



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SALVADOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO**

MARIA ABYGAIL DO AMARAL AGUIAR CUNHA

**PROTEÇÃO AO IDOSO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA POPULAÇÃO IDOSA
DE BAIXA RENDA DO BAIRRO DE PAU DA LIMA EM
SALVADOR/BA**

SALVADOR

2022

MARIA ABYGAIL DO AMARAL AGUIAR CUNHA

**PROTEÇÃO AO IDOSO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA POPULAÇÃO IDOSA
DE BAIXA RENDA DO BAIRRO DE PAU DA LIMA EM
SALVADOR/BA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Direito pela
Universidade Católica de Salvador Programa de
Pós-Graduação em Direito - Mestrado.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Thais Novaes Cavalcanti

SALVADOR

2022

Dados de Catalogação da Publicação (CIP)

Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

C972 Cunha, Maria Abygail do Amaral Aguiar

Proteção ao idoso: políticas públicas de fornecimento de medicamentos para população idosa de baixa renda do bairro de Pau da Lima em Salvador/Ba / Maria Abygail do Amaral Aguiar Cunha .– Salvador, 2024.

180 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Direito.

TERMO DE APROVAÇÃO

Maria Abygail do Amaral Aguiar Cunha

“PROTEÇÃO AO IDOSO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTOS PARA POPULAÇÃO IDOSA DE BAIXA RENDA DE SALVADOR/BA.”


Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Direito
da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 28 de março de 2023.


Banca Examinadora:



Prof. (a)s. Dr. (a)s. Thais Novaes Cavalcanti - UCSAL (orientadora)



Prof. (a) Dr. (a) Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho - UCSAL (examinador interno)



Prof. (a) Dr. (a) Elizaide Trevisan - UFMS - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
(examinadora externa)

AGRADECIMENTOS

Diante de tantos agradecimentos a serem feitos, gostaria de frisar que a ordem estabelecida não é uma “ordem de importância”, pois, se fosse possível, agradeceria a todos ao mesmo tempo sem uma ordem. Agradeço:

Primeiramente a Deus, por ter me proporcionado a chance de chegar até aqui e que nos momentos de aflições e angústia segurou firme a minha mão e me guiou.

A Nossa Senhora que sempre me inspira nas minhas palavras, pensamentos e atitudes me dando a força e inspiração necessária nos momentos que tanto precisei.

Ao filho de Deus, Nosso Senhor Jesus Cristo, que com Sua imensa misericórdia me ajudou a terminar este estudo com dedicação, coragem e confiança.

Ao meu pai, Sudário, sem o qual eu jamais teria aprendido apreciar a pesquisa científica, pelo qual me inspirei em sua trajetória acadêmica, percorrendo até o Doutorado. Com certeza, nossas conversas, debates e, algumas vezes, “embates” foram essenciais a este trabalho e, muito mais, para minha vida. Tenho a certeza de que este trabalho se deve não apenas à sua influência, mas ao seu exemplo e apoio, que tem sido, para mim, fundamental.

À minha mãe, Maria Thereza, cujo amor incondicional, paciência e encorajamento jamais poderão ser medidos e, muito menos, retribuídos. Espero que, com este singelo agradecimento, você possa saber o quanto sou grata, mas que, ainda assim, me faltam palavras para descrever o que realmente sinto pelo apoio e incentivo de meu “*Bisquit*” (apelido carinhoso).

A Maria do Socorro, minha irmã gêmea e grande amiga, apoiadora e incentivadora em tudo que eu faço.

A Emanuela, minha irmã caçula, nossos momentos de descontração foram essenciais nesta caminhada, em especial com minhas duas sobrinhas de patas (Kyra e Kelly).

A Sudário Júnior, meu irmão que sempre me apoia e me enaltece em tudo que me disponho a fazer.

A Mário Rodrigo, meu esposo, amigo e tudo mais que se busca num companheiro, atributos que não tenho a capacidade de descrever. Seu apoio, carinho e sua habilidade de

saber dizer as coisas certas são essenciais. Mais uma vez me faltam palavras para fazer jus a tudo o que você representa para mim.

A Marcelo, meu cunhado, que com sua positividade, incentivo e amizade foi essencial para seguir em frente.

Ao casal e meus amigos, Jéssica e Lucas, que me deram imenso apoio nos momentos que tanto precisei.

A Professora Dra. Thaís Novaes Cavalcanti, minha orientadora, obrigada pela abertura, presteza, paciência, direcionamento e, acima de tudo, pelo conhecimento passado e pelo comprometimento que me orientou com dicas e opiniões de grande ajuda pessoal e relevância intelectual.

Aos membros da banca, Professores Dr. Alexandre Douglas Zaidan Carvalho e Dra. Elisaide Trevisam pelos ensinamentos, dedicação e profissionalismo.

A todos demais professores que fizeram parte dessa minha jornada que enriqueceram e contribuíram para o meu conhecimento.

Ao Coordenador do Curso do Mestrado em Direito - PPGD Prof. Dr. Tagore Trajano pelo incentivo, dedicação e brilhante atuação na proposta do curso, pelo qual soube motivar e gerir tão bem.

À Jussara de Souza Teixeira, Secretária Geral de Cursos de Pós-graduação Stricto de Direito. A solicitude e prontidão para ajudar foram e são, sempre, essenciais para mim.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esta pesquisa chegasse ao ponto em que se encontra, enfim a todos que direta e indiretamente me apoiaram.

*“Não basta, para uma grande Nação, haver
acrescentado novos anos de vida. Nosso objetivo
terá que consistir em acrescentar nova vida há
esses anos”.*

Kennedy, John Fitzgerald

RESUMO

O envelhecimento é uma condição natural da vida, e que, muitas vezes, as leis de proteção ao idoso, por si só, não conseguem ampará-lo para garantir a sua sobrevivência, uma vez que precisa de um olhar mais aguçado do Estado, através de políticas públicas, para enfrentamento e combate dessa vulnerabilidade. O presente trabalho científico trata de políticas públicas concernente ao fornecimento de medicamentos prestado pelo Município de Salvador/Bahia aos idosos de baixa renda do bairro de Pau da Lima, como dimensão do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. O objetivo desta pesquisa foi analisar as políticas públicas e sua efetividade no fornecimento de medicamentos para a população idosa e vulnerável de baixa renda, como garantia dos direitos fundamentais. Trata-se de um estudo teórico qualitativo. A metodologia escolhida foi o estudo documental e pesquisa de campo e em termos de objeto de investigação, escolheu-se o bairro de Pau da Lima, por se um bairro populoso, com muitos idosos de baixa renda. A pesquisa foi realizada com ênfase na análise de publicações selecionados, a partir de procura sistematizada em sites oficiais, doutrinas, jurisprudência, pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas para o alcance dos objetivos propostos. A problemática que se levanta é por que se já existe Lei Municipal acerca de políticas públicas, porque há a ineficácia no fornecimento de medicamentos essenciais para a sobrevivência da população idosa de baixa renda? A amostra do estudo foi composta de 10 (dez) idosos. A análise dos dados foi realizada por meio de procedimentos da estatística descritiva e da análise do discurso dos entrevistados. Os resultados da pesquisa apontam que os direitos presentes do Estatuto do Idoso não vem sendo assegurados. O estudo revelou divergências entre o que determina o enunciado nos princípios do Estatuto e a sua efetivação em formas de ações concretas.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, políticas públicas, dignidade humana, população idosa e medicamentos.

ABSTRACT

Aging is a natural condition of life, and that, often, the laws protecting the elderly, by themselves, cannot support them to guarantee their survival, since they need a sharper look from the State, through of public policies, to confront and combat this vulnerability. The present scientific work deals with public policies regarding the supply of medicines provided by the Municipality of Salvador/Bahia to the low-income elderly in the neighborhood of Pau da Lima, as a dimension of the constitutional principle of human dignity. The objective of this research was to analyze public policies and their effectiveness in providing medication to the elderly and vulnerable low-income population, as a guarantee of fundamental rights. This is a qualitative theoretical study. The methodology chosen was the documentary study and field research and in terms of the object of investigation, the neighborhood of Pau da Lima was chosen, because it is a populous neighborhood, with many elderly and low-income people. The research was carried out with emphasis on the analysis of selected publications, based on a systematic search in official websites, doctrines, jurisprudence, bibliographical and documentary research and interviews to achieve the proposed objectives. The issue that arises is why, if there is already a Municipal Law on public policies, why is there ineffectiveness in the supply of essential medicines for the survival of the low-income elderly population? The study sample consisted of 10 (ten) seniors. Data analysis was carried out using descriptive statistics procedures and analysis of the interviewees' discourse. The research results indicate that the present rights of the Statute of the Elderly have not been ensured. The study revealed divergences between what determines the statement in the principles of the Statute and its effectiveness in forms of concrete actions.

Keywords: Vulnerability, public policies, human dignity, elderly population and medication.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. VULNERABILIDADE SOCIAL DO IDOSO DE BAIXA RENDA	15
2.1 Conceito de vulnerabilidade social	17
2.2 Vulnerabilidade e capacidade no pensamento de Amartya Sen.....	22
2.3 A Dignidade da Pessoa Humana como direito fundamental	27
2.4 Instrumentos jurídicos de proteção aos direitos dos idosos de baixa renda	37
3. PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO	46
3.1 Conceito e Vulnerabilidade do idoso.....	47
3.2 Evolução do Direito do Idoso à luz da Constituição Federal de 1988.....	52
3.3 A Lei nº 8.842 de 1994, que implementa a Política Nacional do Idoso - PNI.....	60
3.4 Análise da Lei 10.741 de 2003 - Estatuto do Idoso (capítulo IV Direito à Saúde).....	65
4. NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE AO IDOSO	76
4.1 Direito à Saúde como Direito Fundamental.....	76
4.2 Direito à Saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos.....	82
4.3 Impacto da pandemia na saúde do idoso	87
4.4 A Lei Municipal nº 6760/2005 - Conselho Municipal do Idoso.....	94
4.5 Dados da Agenda 2030 e ODS 3 (meta 3.8).....	97
5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS EM SALVADOR/BAHIA	108
5.1 Conceito e evolução jurídica de Políticas Públicas	109
5.2 Assistência Social ao idoso a partir da Constituição Federal de 1988	117
5.3 Efetividade das Políticas Públicas na proteção ao idoso	125
5.4 Análise da Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre fornecimento de medicamentos em Salvador/Ba.....	138
5.5 Estudo de Caso: Vulnerabilidade Social do idoso de baixa renda no bairro de Pau da Lima, na cidade de Salvador/Ba	150
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164

APÊNDICE	174
ANEXO	175

1. INTRODUÇÃO

O objetivo do estudo em tela é apresentar as políticas públicas desenvolvidas para assistência ao idoso de baixa renda, sua aplicação e efetividade no que concerne ao fornecimento de medicamentos em Salvador/Bahia. Pretende-se, ainda, verificar de que forma o município de Salvador se organiza para o atendimento desse público que se encontra em constante processo de crescimento e vulnerabilidade no que concerne ao fornecimento de medicamentos, bem como através de uma análise jurisprudencial quanto ao cumprimento das políticas públicas pelos órgãos responsáveis.

Acompanhando a estatística nacional feita pelos órgãos oficiais, aponta que a cidade de Salvador possui um grande número de idoso em situação de pobreza e com a pandemia, a vulnerabilidade aumentou, agravando sensivelmente o acesso à medicamentos. Além disso, outros pontos podem estar causando o agravamento dessa vulnerabilidade, principalmente no quadro pós pandemia, como a falta de acesso a saneamento básico, a falta de assistência social, a precarização das relações de trabalho, serviços de saúde, dentre outros.

Justifica-se a presente pesquisa em razão dos grandes problemas práticos e teóricos decorrentes da falta de uma compreensão adequada dos direitos fundamentais, principalmente no que se refere à efetivação da categoria denominada direitos a prestações em sentido estrito direcionados aos idosos de baixa renda em Salvador/BA para o acesso de medicamentos de uso contínuo.

Nesse intento, é utilizado, preponderantemente, o método hipotético-dedutivo, uma vez que a pesquisa bibliográfica também pressupõe uma análise a partir de teorias e concepções de natureza política. A leitura, também, indica novas vertentes a serem seguidas. São utilizadas as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, tanto doutrinária, como jurisprudencial e legislativa, priorizando-se os escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

O presente trabalho científico busca problematizar a assistência farmacêutica relacionada aos medicamentos, a fim de identificar elementos que corroboram com a validade e a legitimação da atuação do Município e demais instituições para a garantia e efetividade da dignidade humana, já que é tutelado pelo Estado.

O referencial teórico do estudo busca delinear as políticas públicas de atendimento ao direito do idoso, para acesso a medicamento, com enfoque em Pau da Lima, Salvador/Bahia. Foram propostos três objetivos específicos. O primeiro objetivo consistiu em identificar as políticas públicas e suas respectivas ações de atendimento aos direitos dos idosos em Pau da Lima, Salvador. O segundo, verificar as ações desenvolvidas pelo Município de Salvador, em relação ao atendimento dos direitos dos idosos, especialmente, para obtenção de medicamentos. O terceiro, identificar os efeitos das ações de políticas públicas, no âmbito da assistência social e saúde no Município de Salvador.

Visando atender os objetivos do estudo, tomamos como referência a utilização dos seguintes documentos: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB); A lei 10.741 de 2003, conhecido como estatuto do idoso; A Lei nº. 8.842 de 1994, que implementa a Política Nacional do Idoso (PNI); A lei municipal nº Lei nº 6760/2005, que trata da política municipal de atendimento e amparo ao idoso, no município de Salvador/BA. De maneira geral, o atendimento no município de Salvador ainda deixa a desejar, no que se refere ao atendimento específico aos idosos, seja na saúde ou na assistência social, muito ainda temos para avançar.

No primeiro capítulo, a fim de fixar as diretrizes teóricas que darão suporte às posições defendidas no curso do trabalho, foi abordado conceito de vulnerabilidade social do idoso, centrando-se nos aspectos que tenham repercussão no âmbito da proteção aos direitos dos idosos. Inicia-se com uma referência a conceito de vulnerabilidade, bem como as capacidades no pensamento de Amartya Sen, como também a forma como é tratada a dignidade da pessoa humana como direito fundamental e por fim, evidenciando os instrumentos jurídicos de proteção aos direitos dos idosos de baixa renda.

Já no segundo capítulo, partimos para a conceituação e vulnerabilidade do idoso, dando ênfase, também, de como foi a evolução do direito do idoso à luz da Constituição Federal de 1988, percorrendo sobre a Lei nº 8.842 de 1994, que implementou a Política Nacional do Idoso – PNI e finalizando com análise do Estatuto do Idoso.

No terceiro capítulo, buscando entender a necessidade de assistência à saúde do idoso, foi feito uma análise do direito à saúde como direito fundamental, como também do direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos, trazendo o entendimento da Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos da pessoa idosa – CIDHPI,

assim como a aplicabilidade da Lei Municipal nº 6760/2005 de Salvador/Bahia e finalizando com os Dados da Agenda 2030, ODS 3 e IPEA 2017.

No quarto e último capítulo, descreve as políticas públicas de saúde do idoso e fornecimento de medicamentos em Salvador/Bahia, e com isso inicia com sua conceituação e evolução jurídica de políticas públicas, estuda ainda, a assistência social ao idoso a partir da Constituição Federal de 1988, como também a efetividade dessas políticas para a proteção ao idoso, fazendo também uma análise da Jurisprudência do STF acerca do fornecimento de medicamentos e por fim traz um estudo de caso realizado no bairro de Pau da Lima acerca da vulnerabilidade dessa população, convergindo em dois pontos, a saúde do idoso em época de pós pandemia e a garantia da dignidade humana positivada na Carta Magna.

No estudo de caso, participaram 10 idosos recrutados em domicílio no bairro de Pau da Lima, em Salvador/Bahia. Os dados foram obtidos em sessão única de coleta, realizada em 17 de janeiro de 2023. Dos entrevistados, 07 eram mulheres. A média de idade foi 63 anos e a de renda familiar 1 (hum) salário mínimo. As variáveis que melhor explicaram a variabilidade dos dados foram acesso e uso de serviços de saúde, de vulnerabilidade social, renda familiar, acesso a medicamentos. A pesquisa foi realizada neste bairro, pois, segundo o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, além de ser populoso, possui muitos idosos de baixa renda que dependem dos serviços de saúde e assistência disponibilizados pelo município.

Em linhas gerais, pretende-se demonstrar a vulnerabilidade da população idosa de baixa renda de Pau da Lima, em Salvador/Ba, abordando as dificuldades específicas, concernente ao acesso medicamentos, como direito fundamental, buscando junto aos principais órgãos competentes, os dados e contornos da problemática, a fim de demonstrar as dificuldades enfrentadas para o alcance da dignidade humana e difícil efetivação dos seus direitos fundamentais.

Pretende-se traçar um paralelo entre os mecanismos de assistência para a população idosa de baixa renda de Salvador, ao tempo que as condições escassas ao acesso à medicamentos, fatalmente se deve a escassa ou falta de políticas públicas concernentes a efetivação e garantia desse direito positivado, não só na Carta Magna, como também nas leis direcionadas para essa população, como forma de alinhar o quanto aqui que será debatido.

Isto posto, um dos maiores desafios da atualidade é manter a coerência entre o direito posto e a realidade, sobretudo diante dos direitos sociais, como é o caso do direito à saúde e a assistência. No Brasil, ao lado dos duros questionamentos e críticas quanto ao desempenho dos Poderes Públicos na implantação de políticas relacionadas aos direitos humanos fundamentais, que quase sempre ficam muito aquém do necessário e esperado, ainda subsistem controvérsias no que diz respeito à eficácia jurídica e à aplicabilidade imediata dos direitos sociais. Mesmo a aptidão para possibilitar a exigência, inclusive por meio judicial, de sua plena realização, é por vezes colocada no centro das discussões.

Acredita-se que pesquisas com esse tema, englobando principalmente a área do Direito podem contribuir para que se desenvolvam políticas apropriadas para atender essa parcela da população. Nota-se que, para agir com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecer é necessário políticas racionais e, conseqüentemente, a aplicação da legislação vigente.

A metodologia utilizada para se chegar aos fins propostos consiste na realização de pesquisa bibliográfica e documental, além de estudo de caso, sendo de cunho exploratório e descritivo, fazendo uso de entrevistas, um importante componente para a coleta de dados. Este estudo de reflexão crítica, através de dados encontrados, buscou compreender, interpretar e analisar não apenas a situação do idoso de baixa renda, mas ainda para subsidiar a análise da efetividade da aplicação da legislação pertinente à pessoa idosa para o fornecimento de medicamentos para sua sobrevivência e dignidade.

Tendo como pano de fundo essas considerações, o presente estudo visa compreender as dificuldades vivenciadas pela população idosa de baixa renda de Pau da Lima, em Salvador, levando em consideração a vulnerabilidade e as precárias condições de saúde em que vivem a população em estudo. Conforme poderá ser observado, os dados estatísticos mais atuais denotam uma realidade de que a população brasileira está envelhecendo.

2. VULNERABILIDADE SOCIAL DO IDOSO DE BAIXA RENDA

É importante destacar inicialmente qual é o conceito de idoso trazido pelo ordenamento jurídico pátrio e pela doutrina brasileira, cujo entendimento não é unânime, havendo definições entre a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso. Insta ressaltar que o Estatuto do Idoso também traz a prioridade especial ao idoso maior de 80 anos.

No novo Aurélio, de autoria de Ferreira (1999, p. 2054) encontra-se a palavra “velhice” em cinco definições viáveis, tais como: “Estado da condição de velho; idade avançada; antiguidade, vetustez; as pessoas velhas; e rabugice ou disparate próprio de velho”.

Conforme mencionado por Bueno (2000, p. 218), no “Minidicionário da Língua Portuguesa”, observa-se idoso por um “adjetivo, velho, avançado em anos”. O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural da vida que traz consigo algumas alterações sofridas pelo organismo, consideradas normais para esta fase. Envelhecemos desde o momento em que nascemos. (MANZARO, 2013)

De acordo com Ferreira (2014) o envelhecimento do indivíduo, mais além do que do aspecto relacionado a idade cronológica, está ligado a capacidade, seja ela física e psicológica. Este envelhecimento está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.

Segundo Mendonça (2012), com os avanços da medicina e da tecnologia, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou sensivelmente últimos anos. Por outro lado, esse avanço também gerou uma diminuição do número de nascimentos e com isso trouxe certo controle de natalidade. Nosso país vem se tornando cada vez menos um país de jovens, está envelhecendo, a melhor qualidade de vida está fazendo com que o número de idosos cresça cada vez mais. Deste modo, observa-se que o estar saudável não se relaciona somente com a idade cronológica, mas sim também com a possibilidade da pessoa de realizar necessidades do cotidiano.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de idoso é baseada na idade cronológica, na qual inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. O mesmo entendimento está presente na Política Nacional do Idoso (instituída pela lei federal 8.842 de 1994), e no Estatuto do Idoso (lei 10.741 de 2003). No Brasil, portanto, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são consideradas idosas.

Como se sabe o Brasil era considerado um país jovem, porém os dados estatísticos mais atuais denotam uma realidade de que a população brasileira está envelhecendo, conforme verificado que em algumas regiões, onde se vê formado por mais de 10% de pessoas com mais de 60 anos. Nesse sentido, a “Organização Mundial da Saúde (OMS) considera velho todo país que tem mais de 14% da população com 60 anos ou mais”¹.

Essa longevidade da população brasileira não significa dizer que estão vivendo bem, sendo que o acúmulo de doenças crônico-degenerativas está provocando velhices frágeis, portando alto grau de dependência e comprometimento da autonomia. Notadamente este envelhecimento é resultado dos avanços tecnológicos observados pela medicina e ciências afins, como também pela melhoria da qualidade de vida em geral.

Segundo Moura (2016), a Constituição Federal de 1988, tem como um de seus objetivos fundamentais da República promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação em detrimento da idade do cidadão, conforme preceitua o art. 3º, inciso IV da Carta Magna. Isto posto, a Constituição Cidadã trata do idoso em alguns dos seus artigos.² Como é sabido, o idoso é uma pessoa que possui algumas limitações que o tornam vulneráveis, seja na esfera física quanto psíquica. Nesse sentido, resta claro que o processo de vulnerabilidade dessa população idosa de baixa renda, com o advento da pandemia da Covid-19, agravou ainda mais o quadro de acesso ao sistema de saúde e assistência, dificultando sobremaneira o fornecimento de medicamentos de uso contínuo e essenciais. Esse é um ponto central que se propõe a auxiliar na resposta da vulnerabilidade do idoso.

¹ Caminhos para uma melhor idade. Retratos a revista do IBGE. fev 2019. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf Acesso em: 12 out. 2022

² Art. 229 - Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Art. 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos. Art. 1º - É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Assim, é necessário afirmar que a herança que a pandemia deixou foi muito mais sentida pela população idosa de baixa renda, que já vinha sofrendo em diversas áreas, seja no desemprego, assistência, infra- estrutura, saneamento básico, moradia, transporte, acesso à serviços de saúde etc., o que demonstra que a letalidade não afeta, de forma igualitária, todos os segmentos da sociedade, mas sim, àquela população que já era vulnerável, tornando ainda mais prejudicada.

Vulnerabilidade é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos (NEVES, 2007, n.p.).

A falta de ações preventivas opera como elementos de ampliação da vulnerabilidade da população, e a pandemia ajudaram a pautar os limites críticos da desvinculação do Estado junto à saúde e assistência social, trazendo para o centro da discussão qual é o efetivo papel do Estado para a manutenção do direito e uma vida digna.

2.1 CONCEITO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

A palavra “vulnerável” possui origem no latim *Vulnerabilis*, deriva de *vulnus* (eris) e, na língua portuguesa significa: “que se deixa ou que se pode atingir ou ferir, que pode ser ferido; frágil; sujeito predisposto” (BORBA, 2004, p. 142).

A vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que diz respeito a uma condição de fragilidade material ou moral de indivíduos ou grupos que os tornam expostos os riscos produzidos pelo contexto econômico-social (PIRES, 2011). Necessário ter em mente que a vulnerabilidade pode ser causada por diversos fatores que intensificam essa situação.

Este processo de vulnerabilidade está intimamente relacionado a processos de exclusão social, discriminação e violação de direitos desses grupos ou indivíduos, em decorrência do seu nível de renda, localização geográfica, educação, saúde, etc. (AQUINO, 2010).

Segundo o pesquisador Ruben Kaztman (2005), as populações vulneráveis principalmente nos centros urbanos, diga-se população pobre e com relações precarizadas de trabalho, têm dificuldades para acumular capital social, seja: individual, coletivo ou cívico, esta dificuldade é expressa em níveis de qualidade de vida inferiores. Ainda segundo, este

contingente populacional é isolado das correntes predominantes da sociedade, pois, seus laços com a sociedade estão “esgaçados”, quer seja pelo mercado de trabalho, pela sua localização no espaço geográfico ou ainda por uma baixa escolarização.

O autor define vulnerabilidade, como sendo:

Vulnerabilidad no es exactamente lo mismo que pobreza se bien la incluye. Esta última hace referencia a uma situación de carência efectiva y actual mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a futuro la posibilidad de padecería a partir de ciertas debilidades, que se constatan em el presente. (KATZMAN, 2005, p. 04).

A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua origem não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos³. Portanto, o conceito de vulnerabilidade social está relacionado com os lugares e indivíduos que estão expostos à exclusão social, ou seja, que vivem à margem da sociedade.

No estudo realizado pela UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura e BID-Banco Interamericano de Desenvolvimento, que originou o livro “Juventude, violência e vulnerabilidade social na América latina: desafios para políticas públicas trabalha a definição de vulnerabilidade social, sendo:

Vulnerabilidade social como o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais econômicas culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos atores (VIGNOLI; FILGUEIRA, 2001 apud AMBRAMOVAY, 2002, p.13).

No sentido etimológico existe uma conexão dos vocábulos em latim *vulnerare*, que significa ferir, lesar, prejudicar e *‘bilis* – suscetível a – que teria dado origem à palavra vulnerabilidade. Conformado na matriz discursiva da Bioética, o conceito de vulnerabilidade como condição inerente ao ser humano (MORAIS, 2010), naturalmente necessitado de ajuda, diz do estado de ser/estar em perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à existência individual, eivada de contradições (CORRÊA, 2010).

³Do Carmo, Michelly Eustáquia e Guizardi, Francini. 2009. Disponível em: SciELO - Brasil - O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social . Acesso em 14 de out. 2022

Segundo Maria do Céu Patrão Neves, vulnerabilidade é um termo comum na linguagem corrente, e que vem se tornando cada vez mais comezinho no campo da bioética. Ainda para a autora a vulnerabilidade é “susceptibilidade de ser ferido, abusadas, maltratadas, ou seja, de serem prejudicadas em seus interesses pelos interesses de outrem, em especial na experimentação humana. (NEVES,2007).

“A vulnerabilidade no cenário da experimentação humana, foi crescendo, recorrendo a grupos de pessoas desprotegidas, como órfãos, prisioneiros, idosos e mais tarde, judeus e outros grupos étnicos, considerados inferiores e mesmo sub-humanos” (NEVES, 2007). Isto posto, vulnerabilidade é uma particularidade que indica fraqueza, atributo de quem é frágil, delicado e fraco, ou seja, vulnerável na acepção da palavra. Essa vulnerabilidade pode estar relacionada tanto ao comportamento das pessoas, como objetos, situações, ideias e etc.

Cumprir registrar que a vulnerabilidade social tem estreita relação com a exclusão de cidadãos, falta de representatividade e oportunidades. É o resultado de atributos e peculiaridades individuais e, portanto, um indicador da desigualdade social, que enseja em maior suscetibilidade aos agravos de saúde e morte e, ao mesmo tempo, refletindo acerca das possibilidades, bem como de recursos para seu enfrentamento. Vale ressaltar que este conceito inclui não apenas detecção de fragilidades, mas também de pontos fortes para enfrentamento de agravos de saúde.⁴

Segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos⁵.

No entendimento de Oliveira, há uma indefinição conceitual acerca da vulnerabilidade, *literis*:

⁴ Bertolozzi, Maria Rita; Nichiata, Lucia Yasuko Izumi; Takahashi, Renata Ferreira; Ciosak, Suely Itsuko; Hino, Paula; Val, Luciane Ferreira do; Guanillo, Mónica Cecília de La Torre Uguarte; Pereira, Érica Gomes (dezembro de 2009). Disponível em: «Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva». *Revista da Escola de Enfermagem da USP*: 1326–1330. Acesso em 12 nov. 2022.

“Não obstante as críticas em torno de sua indefinição conceitual bastante amalgamada à noção de risco, a adoção de tal categoria, ao mesmo tempo em que buscou definir o objeto próprio e específico da assistência social, se contrapondo ao esvaziamento teórico-metodológico de suas entregas, aproximou-se de uma solução terminológica típica de correntes neoliberais e orientações de organismos internacionais”⁶.

Já a vulnerabilidade para Cançado (2014) não se limita a pobreza apesar de incluí-la.⁷ Enquanto que para Aldanha (2021) uma pessoa não é naturalmente vulnerável, ela se torna devido à ausência de apoio da sociedade, instituições e governos.⁸ Isso porque o estado de vulnerabilidade associa situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos (CARMO, 2018)⁹.

A Vulnerabilidade social se apresenta no grande obstáculo no acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade, resultando, com isso em desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos sujeitos/protagonistas. As desvantagens concernentes às estruturas de oportunidades resultam em um aumento das situações de desproteção e insegurança, o que põe em relevo os problemas de exclusão e marginalidade (KAZTMAN, 2001).

Em linhas gerais, o termo vulnerabilidade social refere-se à situação socioeconômica de grupos de pessoas com poucos recursos financeiros, de moradia, educação e acesso a oportunidades para seu desenvolvimento enquanto cidadão. A vulnerabilidade está na falta ou na não-condição de acesso a bens materiais, bens de serviço, dentre eles o acesso à saúde, à assistência e previdência, que possam suprir aquilo que pode tornar o indivíduo vulnerável ou ainda está relacionado com os lugares e indivíduos que estão expostos à exclusão social, ou seja, que vivem à margem da sociedade.

Alguns dos maiores problemas enfrentados pelo Brasil, ainda nos dias de hoje, são as desigualdades e a pobreza. Há um conflito social no que diz respeito ao abandono político e

⁶ Oliveira, Lis Mônica Araújo de. Vulnerabilidade social e situações de risco. Disponível em: <http://www.mp.rn.gov.br/portal/inicio/pessoa-com-deficiencia/pessoacom-deficiencia-material-de-apoio/2037-vulnerabilidade-social-e-situacoes-de-risco-1?path>. Acesso em 13 de nov. 2022.

⁷ Cançado, Taynara Candida Lopes; Souza, Rayssa Silva de; Cardoso, Cauan Braga da Silva (28 de novembro de 2014). Disponível em: «Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social» (PDF). *XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Acesso em: 15 nov. 2022.

⁸ Aldanha, Jorge Henrique Santos; Pereira, Ana Paula Medeiros; Santos, Amanda Oliveira Costa dos; Miranda, Beatriz Santos; Carvalho, Hercília Kayla Santos de; Nascimento, Lilia Campos; Amaral, Mariana Santos; Macedo, Mariana Silva; Catrini, Melissa (2021). Disponível em: «Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado». *Cadernos de Saúde Pública* (9). Acesso em: 15 nov. 2022.

⁹ Carmo, Michelly Eustáquia do; Guizardi, Francini Lube (26 de março de 2018). Disponível em: «O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social». *Cadernos de Saúde Pública* (3). Acesso em: 15 nov. 2022.

socioeconômico de uma camada populacional brasileira, a qual se defronta com a privação de diversos tipos de oportunidade. Conforme colocado pelo Atlas de Vulnerabilidade Social¹⁰ trata-se de uma privação que vai muito além da restrição monetária. É preciso, portanto, analisar as questões sociais no Brasil por uma ótica multidimensional.

Nussbaum estuda o conceito de vulnerabilidade no livro *Fragilidade da Bondade* (2001), em relação com o conceito de boa vida e das atividades e relações que podemos valorizar como amor, amizade, atividade política etc. – como definições vulneráveis ao risco, ao perecimento e impregnadas de incerteza (NUSSBAUM, 2001).

Ao considerar o nascimento como um elemento do valor moral que um ser humano é capaz de conquistar, Nussbaum (2001) afirma que algo de que não temos controle ou que não depende de nós também contribui, essencialmente, para o crescimento da nossa excelência. Em outros termos, somos vulneráveis à fortuna, e sem esta vulnerabilidade perderíamos o nosso senso de valor, ou seja, teríamos dificuldades para reconhecer como boa uma vida e como valoroso um homem que buscaram banir da sua esfera prática de ação a vulnerabilidade à fortuna. Não há excelência no invulnerável porque, em suma, ele é apenas uma ideia orientadora além do céu líquido que prescindem do nascimento, do crescimento, da exterioridade, enfim, do mundo (NUSSBAUM, 2009, p. 281).

É pertinente destacar que, para Nussbaum (2009) é devido a essa vulnerabilidade que somos levados a estabelecer associações com outros seres humanos, que aprendemos a pressupor outro exterior como elemento indispensável para o crescimento da própria excelência, de forma que, se por um lado, as associações humanas possuem esse substrato frágil de vulnerabilidade, por outro lado, a excelência não cresce e não tem lugar senão nas associações positivas entre os homens sábios e os justos.

Ainda, de acordo com Nussbaum, “o problema torna-se ainda mais complexo com uma outra implicação da imagem poética. Ela sugere que parte da beleza peculiar à excelência humana é justamente sua vulnerabilidade” (2009, p. 2). Assim, ao destacar a vulnerabilidade como aquilo que limita a excelência à humanidade, Nussbaum nos convida a discernir a beleza na fragilidade, na exterioridade, no crescimento no mundo.

¹⁰ IPEA2015. Atlas de Vulnerabilidade Social. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf. Acesso em 10 out. 2022

A vulnerabilidade daquilo que consideramos bens nos abre ao acaso, no entanto, é exatamente essa abertura que o confere e nos permite compreender o valor de uma boa vida cuja excelência não é, portanto, adquirida lançando mão da autossuficiência da razão como capacidade de governar e de orientar o agente então invulnerável, e deste modo, banir a fragilidade, assim como, a beleza do contingente e do mutável presente na vida humana. Com isto, o que Nussbaum combate é a inteira assimilação do pensamento ético grego a essa aspiração à autossuficiência racional, que é “a aspiração de tornar a bondade de uma vida humana boa imune à fortuna pelo poder controlador da razão” (NUSSBAUM, 2009, p. 3).

Portanto, ao tratar da vulnerabilidade, é necessário considerar os fatores específicos da comunidade, o que desloca a questão da vulnerabilidade enquanto fator inerente ao indivíduo para as configurações do contexto social. Assim, observa-se que a vulnerabilidade cresce ainda mais para a população idosa com poucos recursos, evidenciando a partir desses aspectos um resultado proveniente da própria estrutura político social que incidem mais veementemente sobre esses sujeitos.

2.2 A VULNERABILIDADE E CAPACIDADE SEGUNDO AMARTYA SEN

A vulnerabilidade e capacidade estão enquadradas em um processo de conflito por superação, ou seja, a vulnerabilidade encontra a raiz para o seu próprio confronto (SANCHEZ, 2007). Dessa forma, será exigida do Estado, por meio dos serviços públicos, maior aproximação possível com o cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem¹¹.

Amartya Sen (2000) aponta os limites da abordagem das desigualdades pelo critério de renda. Para ele, o essencial é verificar, através das capacidades, como a renda e outros bens e serviços ajudam as pessoas a atingir seus objetivos e ter uma vida digna (SEN, 2000).

A partir da inconsistência de algumas teorias, Amartya Sen propõe o enfoque das capacidades, a fim de estabelecer bases informacionais que captem com mais fidelidade os níveis de desenvolvimento e qualidade de vida, a fim de, assim, sugerir medidas mais precisas

¹¹ Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS no 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009

para o estabelecimento de políticas públicas que visem abolir, de forma mais imediata possível, as causas das maiores iniquidades humanas.

Visando reduzir, assim, do modo mais justo e eficiente, as desigualdades e precariedades que assolam as camadas menos favorecidas da sociedade, Sen não propõe que se trate o ser humano como mero paciente, receptáculo de direitos e realizações outorgados pelo estado, mas, pelo contrário, como agente de seu próprio destino, que está destituído dos meios necessários para gerir seus próprios assuntos (SEN, 2000).

O verdadeiro caminho do desenvolvimento, segundo Sen (2000) é a eliminação de todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e oportunidades dos indivíduos de levar uma vida digna e buscar suas concepções particulares de bem. A liberdade, assim, não é valorizada apenas no seu papel instrumental, de ser um meio, contingente, para atingir determinado fim, mas pelo seu valor intrínseco, que deve ser valorizado por si mesmo (SEN, 2000).

Para Sen (2000) a expansão da liberdade é vista não só como o principal fim, mas, também, como o principal meio do desenvolvimento, pois essa importância da liberdade como fim do desenvolvimento, é suplementada pelo importante papel das liberdades singulares na expansão de outras liberdades em particular e no avanço do desenvolvimento em geral.

No entendimento de Sen (2001), os pontos primordiais de desigualdade giram em torno de liberdade de escolha e justiça social. “A realização liga-se ao que conseguimos fazer ou alcançar, e a liberdade, à oportunidade real que temos para fazer ou alcançar aquilo que valorizamos” (SEN, 2001, p. 69). A compreensão desses conceitos é fundamentada com base no conceito de capacidades e funcionamentos.

Nenhuma conjuntura social onde certo número de pessoas não tenha um conjunto capacitário básico pode ser justificada, pois, mesmo as teorias que justificam as desigualdades sociais como forma de incentivo, para que as pessoas só recebam se, e de acordo com o que, de fato, produziram, só podem, plausivelmente, justificar tal sistema, quando as pessoas têm realmente a possibilidade de produzir algo (SEN, 2012, Cap. 9).

De tudo quanto exposto, se vislumbra os motivos pelos quais Sen (2012) é tão avesso as abordagens que veem o desenvolvimento simplesmente como crescimento econômico:

embora a capacidade, representando aqui a liberdade real, de qualquer sujeito de levar uma vida digna incluam rendas e recursos, de modo algum restringe a isso.

Uma pessoa pode possuir uma renda satisfatória, mas, por motivos múltiplos, não ter a capacidade de exercer um conjunto mínimo de funcionalidades básicas. Pode, por exemplo, sofrer de alguma doença crônica que o faça gastar muito mais do que a média da população para exercer as mesmas funcionalidades. Pode, também, ser uma mulher em um país com legislações totalmente misóginas, não podendo escolher com quem quer se casar, seus próprios representantes ou exercer funcionalidades simples como dirigir um automóvel.

Além disso, o aumento da renda per capita não tem uma relação correlativa de perfeita consonância com o aumento das liberdades individuais: em muitos casos, pessoas com uma renda menor mostram índices de qualidade de vida ligeiramente melhor do que outras com uma renda maior. Por esse motivo, o enfoque dessa análise deve incidir sobre as liberdades geradas pelos bens e não pelos bens em si mesmos.¹²

Também a questão da pobreza, que é normalmente vista como baixos níveis de renda, também é re-conceitualizada pelo enfoque das capacidades. É claro que os níveis de renda são muito importantes para qualquer abordagem avaliativa e comparativa das questões de desigualdade e pobreza, mas, de forma alguma, fornecem todas as ferramentas necessárias para avaliá-las. “No estudo da pobreza,” afirma o autor, “tem-se um argumento excelente em favor de começar com qualquer informação que esteja disponível sobre distribuição de rendas, particularmente baixas rendas reais. Entretanto, existe um argumento igualmente bom para não terminar apenas com a análise da renda” (SEN, 2000, p. 92).

Isso porque, como já foi dito, a renda não é o único, nem o melhor indicador da condição real de vida que as pessoas conseguem levar. Alguém pode estar acima da “linha da pobreza”, estabelecida a partir de considerações monetárias, mas, por condições múltiplas que fogem ao seu controle, não alcançar níveis dignos de vida, por não conseguir transformar aquela renda em funcionalidades valiosas.

¹² Até mesmo abordagens mais sofisticadas, como o foco de John Rawls em bens primários, ou de Ronald Dworkin em recursos, embora possuam o mérito de incluírem dentro desses bens e recursos não só rendas e riquezas, mas também liberdades e direitos políticos, ainda assim são insuficientes como base para a liberdade substantiva dos indivíduos, segundo Sen, pois “o hiato entre os recursos que nos auxiliam a conseguir liberdade e a extensão da liberdade em si é importante em princípio e pode ser crucial na prática” (SEN, 2012, p.75). Segundo ele, tais enfoques ainda continuam sujeitos basicamente as mesmas críticas as noções baseadas em rendas: não captarem todos os meios necessários para o bem viver e estarem sujeitos a extensas variações na conversão entre bens primários e recursos de um lado, e bem-estar e liberdade do outro: duas pessoas podem possuir o mesmo conjunto de bens primários ou recursos que outra, mas, ainda assim, ter níveis bem menos extensos de liberdade e bem estar.

Assim como pode estar abaixo dessa linha, mas possuir níveis de qualidade de vida substancialmente maiores que outras pessoas que estão acima. Além disso, existe o problema do acoplamento: as mesmas características que dificultam a transformação da renda real em funcionalidades básicas, como, por exemplo, idade avançada, doenças crônicas, ou gênero (em sociedades com extensas desigualdades sexuais), também podem vir a impossibilitar os indivíduos de auferir renda, e vice-versa, sujeitando-os a um ciclo vicioso de extensa precariedade. “Isso implica que a pobreza real (no que se refere à privação de capacidades) pode ser, em um sentido significativo, mais intensa do que pode parecer no espaço da renda”. (SEN, 2000, p. 110).

Além disso, a pobreza tem, não só uma dimensão absoluta, mas também uma dimensão relativa, que não é captada pelas análises de renda, fazendo com que uma privação relativa no campo das rendas possa resultar em uma privação absoluta no campo das capacidades.

Ser relativamente pobre em um país rico pode ser uma grande desvantagem em capacidade, mesmo quando a renda absoluta da pessoa é elevada pelos padrões mundiais. Em um país generalizadamente opulento, é preciso mais renda para comprar mercadorias suficientes para realizar o mesmo funcionamento social (SEN, 2000, p. 111).

O que a perspectiva das capacidades faz para melhor captar todas essas dimensões da natureza e das causas da pobreza, é mover a definição do conceito de baixos níveis de renda real para privação de capacidades básicas. Definindo a “linha da pobreza” como aquela abaixo da qual as pessoas não possuem as capacidades básicas para exercer funcionalidades valiosas, fica mais fácil captar aporias como condições precárias de vida apesar de rendas satisfatórias e o paradoxo da miséria em países ricos (SEN, 2000, Cap.4).

As vantagens do enfoque das capacidades, frente às outras teorias padrão de análise econômica e social, é principalmente devida à sofisticação de seu aparato conceitual no julgamento das reais condições da vida humana. Isso envolve a valorização da liberdade como bem humano inquestionável. A atenção para as assimetrias na transformação de rendas e recursos em funcionalidades valiosas. A consciência dos múltiplos elementos que compõem uma boa condição de vida. O balanço de fatores materiais e não materiais que determinam as oportunidades individuais. E, principalmente, a não restrição do conceito de liberdade a sua dimensão negativa e formal, pois:

A capacidade é principalmente um reflexo da liberdade para realizar funcionamentos valiosos. Ela se concentra diretamente sobre a liberdade como tal e não sobre os meios para realizar a liberdade, e identifica as alternativas reais que temos. Nesse sentido, ela pode ser lida como um reflexo da liberdade substantiva (SEN, 2012, p. 89).

É claro que, se renda e riqueza fossem medidas que, embora não correspondendo ao fim do processo de desenvolvimento, refletissem fielmente o padrão de vida das pessoas, não haveria na prática problemas se continuasse a usar *somente* tais medidas. No entanto, o caso do Brasil é apenas um entre tantos em que a distribuição desigual dos recursos e a baixa qualidade de serviços públicos como educação básica e saúde levam a distorções tais que cidadãos de países de renda média bastante inferior à brasileira às vezes exibem qualidade de vida superior à dos brasileiros.¹³

Sob a luz da visão fundamental do desenvolvimento como liberdade, a questão é erroneamente formulada, uma vez que deixa de lado o entendimento crucial de que liberdade de participação política e dissensão são partes *constitutivas* do desenvolvimento. Segundo Sen, a abordagem das liberdades substantivas não significa ignorar o papel instrumental dessas liberdades para o progresso econômico, pois como afirma o autor ao se referir às oportunidades sociais.

Essas facilidades são importantes não apenas para a maneira como as pessoas conduzem suas vidas privadas, mas também para maior participação efetiva em atividades econômicas e políticas. Por exemplo, analfabetismo pode ser uma grande barreira para participação em atividades econômicas [...]. De maneira similar, a participação política pode ser prejudicada pela incapacidade de ler jornais ou de comunicação escrita com outros envolvidos em atividades políticas (SEN, 1999a, p. 39).

A essa altura, já é possível notar que "desenvolvimento como liberdade" pode ser interpretado como "desenvolvimento como expansão de capacitações" (SEN, 1990a, p.39). A remoção de privações significa a realização de certos funcionamentos. O conceito de desenvolvimento aqui empregado tem seu foco na vida das pessoas e, portanto, justiça e desenvolvimento, com a defesa da igualdade e da expansão de capacitações estão integradas na abordagem de Sen, ou seja, ele propõe as capacitações em vez de renda ou riqueza, embora

¹³Disponível em: Políticas de combate à fome e à pobreza no Brasil (1library.org). Acesso em: 7 out. 2022. Conferir o ranking do IDH da ONU (<http://hdr.undp.org/en/statistics/>), no qual o Brasil apresenta índices piores do que países como Romênia, Cuba e Bósnia-Herzegovina nos resultados divulgados para 2007-2008.

de forma alguma a abordagem das capacitações deixe de reconhecer a importância do crescimento econômico.

Para Cavalcanti, “toda pessoa tem o direito à promoção de suas capacidades, seja pela elaboração de normas que auxiliem nas escolhas individuais, seja como ação do Estado em favor do exercício da sua liberdade. O ponto fundamental da concepção de capacidade é a relação com a liberdade e a possibilidade de transformação dos hábitos” (CAVALCANTI, 2019, p. 190).

Nesse sentido, toda pessoa tem direito a escolhas, ou seja, de promover suas capacidades, que significa maior liberdade e, por conseguinte maior oportunidade para buscar os objetivos individuais. Essa capacidade está ligada à ideia de sistema jurídico e ao fato de que todo o direito corresponde a um sujeito. Essa ideia está associada ao princípio da igualdade de oportunidades para escolha de uma vida digna e o bem estar.

2.3 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A dignidade da pessoa humana encontra-se prevista no primeiro artigo da Constituição Brasileira de 1988, sendo indicado como fundamento do Estado Democrático de Direito, no art. 1º, III, ao lado de outros importantes postulados de uma ordem política e juridicamente estruturada, tais como, a soberania, cidadania, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político (BRASIL, 1988).

A compreensão do princípio da dignidade da pessoa humana, pode ser entendido como a garantia das necessidades vitais de cada indivíduo. É um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. A Constituição Federal de 1988 previu a dignidade da pessoa humana entre os princípios fundamentais da República Federativa do Brasil que são os núcleos informativos básicos de todo o ordenamento jurídico, ou seja, o fundamento basilar da República.

Dirley da Cunha Júnior (2011, p. 554) conceitua os direitos fundamentais como posições jurídicas que investem o ser humano de um conjunto de prerrogativas, faculdades e instituições imprescindíveis a assegurar uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas.

Por sua vez, José Afonso da Silva (2004, p. 178) refere que o caráter fundamental de tais direitos decorre da essencialidade das situações jurídicas versadas, sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive.

Para Ingo Sarlet (2004) apresenta a seguinte definição para a dignidade da pessoa humana, *in verbis*:

“qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existentes mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos” (SARLET, 2004, 60-61).

Assim, os aludidos direitos a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados. Como se observa do exposto, os direitos fundamentais constituem os direitos básicos pertencentes a qualquer pessoa.

A doutrina majoritária aponta que todos os direitos fundamentais defluem diretamente do princípio ético-jurídico da dignidade da pessoa humana, porquanto os direitos fundamentais visam assegurar condições essenciais para a existência. Desse modo, para que o sujeito possa ter uma vida digna, diversos direitos fundamentais lhe são garantidos, tais como, a vida, a moradia, a educação, a liberdade, a segurança, o trabalho e a saúde. Eis a razão pela qual o princípio da dignidade da pessoa humana encontra-se reconhecido, tanto internacional como nacionalmente, como eixo norteador dos direitos humanos e fundamentais.

É de clareza meridiana que existem inúmeras situações em que a dignidade da pessoa humana é agredida e violada, ainda que não seja possível estabelecer um elenco exaustivo dessas violações (SARLET, 2004). Apesar dos contornos vagos e imprecisos, não restam dúvidas de que a dignidade da pessoa humana é algo real.

Assim sendo, é o princípio da dignidade humana que demanda fórmulas de limitação do poder, prevenindo o arbítrio e a injustiça. Nessa medida, há de se convir em que os direitos fundamentais, ao menos de forma geral, podem ser considerados concretizações das exigências do princípio da dignidade da pessoa humana. Os direitos e garantias fundamentais, em sentido material, são, pois, pretensões que, em cada momento histórico, se descobrem a partir da perspectiva do valor da dignidade da pessoa humana.

Segundo Gilmar Mendes (2014, p. 140), não obstante a inevitável subjetividade envolvida nas tentativas de discernir a nota de fundamentalidade em um direito, e embora haja direitos formalmente incluídos na classe dos direitos fundamentais que não apresentam ligação direta e imediata com o princípio da dignidade humana, é esse princípio que inspira os típicos direitos fundamentais, atendente à exigência do respeito à vida, à liberdade, à integridade física e íntima de cada ser humano, ao postulado da igualdade em dignidade de todos os homens e à segurança. Para Alexandre de Moraes (2002, p. 128):

“a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos”.

Acerca do tema, Ricardo Maurício Soares (2010, p. 142) menciona que “a dignidade da pessoa humana constitui um núcleo de integridade física e moral que deve ser garantido a todas as pessoas devido a sua existência no mundo”, emergindo a necessidade de satisfação tanto espiritual quanto das condições materiais de subsistência do indivíduo, sendo, portanto, vedada qualquer tentativa de degradação ou coisificação do ser humano na sociedade. Deveras, a dignidade da pessoa humana deve ser entendida como um conjunto de valores civilizatórios, variantes no tempo e no espaço, que vão se incorporando gradativa e historicamente no patrimônio jurídico da pessoa, a fim de oportunizá-la uma existência digna.

Edison Nobre Júnior (2000, p. 128) sustenta que respeitar a dignidade da pessoa humana, traz quatro importantes consequências: igualdade de direitos entre todos os homens, uma vez integrarem a sociedade como pessoas e não como cidadãos; garantia da independência e autonomia do ser humano, de forma a obstar toda coação externa ao desenvolvimento de sua personalidade, bem como toda atuação que implique na sua degradação e desrespeito à sua condição de pessoa, tal como se verifica nas hipóteses de risco de vida; não admissibilidade da negativa dos meios fundamentais para o desenvolvimento de alguém como pessoa ou imposição de condições insatisfatórias de vida.

A dignidade da pessoa humana é o embasamento de todo o sistema jurídico constitucional, notadamente dos direitos fundamentais, e, por reflexo, da ordem legal ou infraconstitucional subordinada, pelo que a tutela e a promoção dos direitos fundamentais constituem as finalidades precípua do Estado Democrático de Direito.

Na Constituição Federal de 1988, conforme preceitua Luís Roberto Barroso, o princípio da dignidade da pessoa humana foi elevado ao patamar de fundamento de Estado Democrático de Direito (Art. 1º, III) integrando a categoria dos princípios fundamentais do Título I da Carta Magna.

Assim, os direitos fundamentais, enquanto instâncias de exteriorização em diferentes formas da dignidade da pessoa humana, constituem normas reguladoras das faculdades essenciais ao homem e, por conseguinte, o mecanismo de respaldo e de legitimação das atividades estatais.

Neste diapasão, Dirley da Cunha Júnior (2011, p. 525) leciona que os direitos fundamentais representam a base de legitimação e justificação do Estado e do sistema jurídico nacional, na medida em que vinculam, como normas que são, toda atuação estatal, impondo-se-lhe o dever sobranceiro de proteger a vida humana no seu nível atual de dignidade, buscando realizar, em últimas instâncias, a felicidade humana.

Por essa razão, não existe Estado democrático se não houver o reconhecimento, garantia e efetivação dos direitos fundamentais. Tanto assim, que o nível de democracia de um país pode ser medido pelo nível de reconhecimento e concretização daquelas faculdades, haja vista que elas restringem o arbítrio dos governantes, os quais, agora, não podem mais agir a fim de atender interesses próprios.

Conforme as lições de Ingo Sarlet (2004, p. 47), é justamente neste sentido que assume particular relevância a constatação de que a dignidade da pessoa humana é simultaneamente limite e tarefa dos poderes estatais e da comunidade em geral. Em perspectiva mais ampla, os direitos fundamentais podem ser considerados direitos humanos reconhecidos pelo Estado Soberano ou, simplesmente, direitos humanos positivados pelo legislador constituinte para maximizar a consecução da dignidade da pessoa humana.

Neste sentido, importante é o pensamento de Ricardo Maurício Freire Soares (2010, p. 133), para quem a partir da internacionalização da dignidade da pessoa humana e dos direitos humanos correlatos, seguiu-se o fenômeno da constitucionalização desses direitos humanos, que passaram a ser denominados, com a positivação social, direitos fundamentais, ampliando a possibilidade de garantir a sua aplicabilidade nas relações sociais desenvolvidas no âmbito dos ordenamentos jurídicos internos.

Ainda segundo Soares (2010), esse progressivo reconhecimento da dignidade da pessoa humana representa a passagem dos direitos humanos, dotados de natureza superpositiva e de universalidade moral, geralmente expressos em tratados e convenções internacionais, para os direitos fundamentais, que se apresentam como direitos que foram acolhidos numa Constituição.

Com efeito, para Barcellos (2011) a proclamação da normatividade do princípio da dignidade da pessoa humana, na maioria das Constituições contemporâneas, conduziu ao reconhecimento da eficácia jurídica dos direitos humanos, afastando-se a concepção arcaica da sua inexigibilidade em face de comportamentos lesivos à vida digna do ser humano, seja por ações de governantes ou de particulares, por se tratar de máximas éticas-morais desprovidas de coerção e de imperatividade.

Isso sucede porque, segundo Barcellos (2011), enquanto os direitos fundamentais são positivados em nível interno ou constitucional, os direitos humanos têm plano de existência na seara externa, notadamente nos tratados internacionais, e, por isso, constituem um substrato de moralidade jurídica universal, dependentes, em regra, de reconhecimento pela ordem jurídica de cada país. Logo, embora os termos direitos fundamentais e direitos humanos sejam corriqueiramente utilizados pela doutrina e jurisprudência nacional como se fossem sinônimos, tecnicamente, há diferença nas respectivas definições.

Considerando a diferenciação apenas quanto à possibilidade de serem positivados ou não e, por outro lado, respeitando a identidade material de ambos os direitos, os direitos humanos revelam-se como um conjunto de direitos, positivados ou não, cuja finalidade é assegurar o respeito à dignidade da pessoa humana, por meio da limitação do arbítrio estatal e do estabelecimento da igualdade nos pontos de partida dos indivíduos, em um dado momento histórico.

Sendo assim, para Barcellos (2011) a despeito de qual seja o critério justificador, a congruência entre o rol dos direitos fundamentais e dos direitos humanos pode ser medida de acordo com o nível de positivação destes últimos na ordem nacional. No âmbito interno, os direitos fundamentais formalmente são elencados na Constituição Federal, enquanto norma suprema do ordenamento jurídico e, portanto, documento adequado para preconizar os valores superiores do Estado e do homem, diante de sua força vinculativa máxima.

Neste diapasão, Gilmar Ferreira Mendes (2014, p. 135) refere que a relevância da proclamação dos direitos fundamentais entre nós pode ser sentida pela leitura do Preâmbulo da atual Constituição. Ali se proclama que a Assembleia Constituinte teve como inspiração básica dos seus trabalhos o propósito de “instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança”. Esse objetivo há de erigir-se como o pilar técnico-jurídico-político da própria compreensão da Constituição. O domínio das considerações técnicas que os direitos fundamentais suscitam, por isso, é indispensável para a interpretação constitucional.

Na Carta Magna de 1988, os direitos fundamentais estão previstos no Título II, denominado de direitos e garantias Fundamentais, o qual constitui gênero que abarca as espécies de direitos derivados, basicamente, das noções de liberdade, igualdade e solidariedade. Destarte, estão incluídos os direitos e deveres individuais e coletivos - capítulo I; os direitos sociais - capítulo II; os direitos atinentes a nacionalidade - capítulo III; os direitos políticos - capítulo IV; e os partidos políticos - capítulo V (BRASIL, 1988).

Ao lado dos direitos formalmente fundamentais, ou seja, daqueles catalogados na Carta Magna, existem os direitos materialmente fundamentais, os quais, embora estejam previstos em instrumento jurídico diverso, devido a indispensabilidade e importância de seu conteúdo, também adquirem este escalão superior.

Tal possibilidade é admitida pela própria CF/88, no bojo do artigo 5º, parágrafo 2º, conhecido como cláusula de abertura, cujo enunciado menciona que os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte (BRASIL, 1988).

Dessa forma, os direitos fundamentais constituem tanto as prerrogativas reconhecidas expressamente pelo legislador constituinte quanto as prerrogativas por ele autorizadas ou admitidas, ainda que previstas em documento diverso da Constituição, com o fito realizar a dignidade da pessoa humana. Os direitos fundamentais, contudo, não se caracterizam apenas como direitos humanos positivados ou como direitos com matriz constitucional, mas se destacam também pelo seu poder vinculante, de modo que tais direitos, a rigor, deixam de ser dependentes da lei e, por outro viés, a lei é que passa a ser dependentes deles.

Sendo assim, Barcellos (2011) afirma que a natureza programática dos direitos fundamentais, especialmente dos direitos prestacionais, direciona o exercício das funções legislativa, executiva e jurisdicional, de modo que nenhum dos seus agentes terá mais irrestrita liberdade e voluntariedade, pois, uma vez subordinados ao imperativo constitucional, devem efetivar os direitos fundamentais ali abarcados.

Nesse diapasão, o constituinte de 1988 nitidamente adotou a Teoria da Constituição Dirigente do Doutrinador português J. J. Canotilho (1993, p. 184), segundo a qual as normas programáticas vinculam o órgão legiferante e os órgãos concretizadores, além de estabelecerem os limites materiais negativos aos Poderes Públicos, justificando a eventual censura, sob a forma de inconstitucionalidade, em relação aos atos que as contrariam.

Com o advento do pós-positivismo jurídico, os direitos fundamentais, sobretudo os prestacionais, deixaram de ser vistos como meras orientações ou recomendações e passaram a ser reconhecidos como possuidores de normatividade jurídica, tendo, portanto, eficácia direta e imediata. Por essa razão, diante desse novo modelo jurídico-político, os direitos fundamentais são passíveis de concretização pelo Poder Judiciário na hipótese de indevida transgressão pelo poder público, pois a ordem constitucional não se satisfaz mais apenas com a segurança jurídica advinda do positivismo jurídico, mas exige a legitimação da atuação estatal através da consecução dos ideais de justiça.

Nesse sentido, a força dirigente vincula o Poder Executivo para o implemento de políticas públicas que tenham o desiderato de concretizar os direitos fundamentais; compele o Poder Legislativo a criar normas necessárias para a sua efetivação e respeito nas relações particulares; e condiciona o Poder Judiciário a decidir de modo a viabilizá-los, quando for o caso.

Malgrado os direitos fundamentais exerçam esse poder vinculante em face das Instituições Públicas, para Barcellos (2011), isso não impede que tais direitos sejam restringidos pela lei, haja vista que uma de suas características é a relatividade. Destarte, por não serem absolutos, os direitos fundamentais podem ser relativizados na hipótese de conflitarem entre si, mediante a técnica da ponderação de interesses, a ser feita no caso concreto, e quando existir a necessidade do legislador impor-lhes limitações razoáveis e proporcionais.

Segundo Konrad Hesse (1998, p. 256),” a limitação de direitos fundamentais deve, por conseguinte, ser adequada para produzir a proteção do bem jurídico, por cujo motivo ela é efetuada.” Ela deve ser necessária para isto, o que não é o caso, quando um meio mais ameno bastaria. Ela deve, finalmente, ser proporcional em sentido restrito, isto é, guardar relação adequada com o peso e o significado do direito fundamental. Com efeito, é natural que a lei concilie os direitos fundamentais e, com isso, reduza a sua potencialidade de exercício, seja com escopo de proteger e efetivar outros direitos fundamentais, de um mesmo titular ou não, seja para garantir bens de alto valor jurídico, como a segurança e ordem pública.

O direito ao livre exercício de qualquer trabalho ou profissão pode ser condicionado as qualificações que a lei, porventura, venha a estabelecer para fins de assegurar a melhor técnica e a adequada prestação do serviço correspondente. O direito à livre locomoção no território nacional, da mesma forma, pode ser condicionado pela lei, tanto em tempo de paz quanto em tempos de guerra, assim como acontece com outros direitos.

Segundo Barcellos (2011), a lei poderá restringir os direitos fundamentais desde que preserve o seu respectivo núcleo essencial, ou seja, a restrição, embora legítima do ponto de vista constitucional, não representa uma “carta em branco” para as instâncias legislativas. Mas também a exigência de respeitar os requisitos das reservas legais e os critérios da proporcionalidade, bem como a inclusão dos direitos fundamentais na esfera das assim chamadas “cláusulas pétreas” da Constituição constituem mecanismos cujo escopo é reforçar a proteção dos direitos.

Segundo Barcellos (2011), uma característica dos direitos fundamentais é a imprescritibilidade, ao passo que o não exercício da prerrogativa não acarreta o seu perdimento, respeitadas as exceções, como acontece com o direito de propriedade, que pode ser aniquilado pelo decurso do tempo, mediante o instituto de usucapião. Outrossim, os direitos fundamentais são inalienáveis, haja vista que não são passíveis de transação por seu titular, porquanto não podem ser transferidos e negociados, uma vez que não possuem cunho patrimonial. Ademais, os direitos fundamentais são irrenunciáveis, pois, embora o seu titular possa voluntariamente deixar de exercê-los, não poderá dispô-los, pois tais prerrogativas lhes são atribuídas devido a sua condição de ser humano.

Desse modo, ainda que o sujeito não exerça o direito de petição, pelo simples fato desse titular continuar a existir enquanto pessoa humana, a referida prerrogativa estará sempre à sua mercê, para ser praticada perante os órgãos públicos, em defesa de direitos ou contra

ilegalidade ou abuso de poder. Ademais, os direitos fundamentais podem ser exercidos cumulativamente, no âmbito de uma verdadeira concorrência, podendo, por conta disso, o indivíduo acumular e usufruir, ao mesmo tempo, por exemplo, do direito à vida, à saúde, à honra e à intimidade.

Além disso, os direitos fundamentais também possuem como característica a constitucionalização, ao passo que, embora o seu conteúdo possa ter previsão externa nos direitos humanos, para que possam existir e ter eficácia no âmbito interno precisam ser preconizados ou, ao menos, autorizados pela ordem constitucional.

Uma vez reconhecidos pelo constituinte, o direito fundamental não poderá ser suprimido, abolido ou enfraquecido, vedação que dá azo a característica da proibição ao retrocesso. Decerto, o artigo 60, parágrafo quarto, inciso quatro, da Carta Magna estabelece que não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir os direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988).

O constituinte, por sua vez, instituiu tais prerrogativas como uma das cláusulas pétreas, ao lado de outros mandamentos, igualmente relevantes para a estruturação do Estado, tais como, a forma federativa; o voto direto secreto, universal e periódico; e a separação dos Poderes. Para Barcellos (2011), os direitos fundamentais são, ainda, universais, haja vista que se destinam, indistintamente, a todos os seres humanos, diante de sua condição primordial para permitir a existência digna, livre e igualitária.

Por fim, Barcellos (2011) afirma que os direitos fundamentais são históricos, pois surgem como resultado da afirmação de prerrogativas angariadas a partir de determinados acontecimentos causados pelo homem em busca da expansão de seu patrimônio jurídico. Diante da dificuldade enfrentada pela doutrina para conceituar, de forma materialmente ampla e vantajosa, os direitos fundamentais, sobretudo pela ausência de homogeneidade da classe e diferença na estruturação normativa, essas suas características básicas são corriqueiramente utilizadas como forma de explicá-los.

Logo, os direitos fundamentais possuem natureza histórica, haja vista que surgem de forma gradual, a partir das lutas travadas pelos indivíduos reivindicando o reconhecimento de prerrogativas em seu favor. Desse modo, por exemplo, a liberdade religiosa é fruto da repressão e intolerância religiosa; as liberdades civis resultam da luta dos parlamentos contra o absolutismo monárquico; a liberdade política e as liberdades sociais decorrem do

desenvolvimento da classe trabalhadora, dos movimentos sindicais, enfim, da sociedade civil organizada.

A partir do momento de incorporação na Carta Magna, tradicionalmente entendem-se que os direitos fundamentais podem ser de primeira, segunda, terceira e quarta dimensão, todas complementares entre si. Para Bonavides (2003), os direitos de primeira dimensão traduzem o valor de liberdade, haja vista que, relacionados às liberdades públicas e aos direitos políticos, visam limitar o poder estatal e combater as intromissões excessivas e abusivas na vida privada, fazendo com que o Estado passe a ter uma conduta passiva, isto é, permitindo que os indivíduos sejam livres para contratar entre si e conduzir as suas próprias vidas.

Por sua vez, ainda segundo Bonavides (2003), os direitos de segunda dimensão decorreram da posterior conscientização de que a conduta passiva do Estado deveria ser substituída pela conduta ativa, a fim de impulsionar o poder público a realizar ações de melhoria das condições de vida da população. Essa mudança foi ocasionada pela Revolução Industrial Europeia, que, substituindo a força de trabalho humana pelo maquinário, aumentou o desemprego, prejudicou as condições laborais e, por consequência, o bem-estar das pessoas, dando azo ao fomento da desigualdade social.

Assim, os direitos de segunda dimensão possuem como substrato a noção de igualdade, atribuindo ao Estado o dever de realizar políticas públicas de índole social, cultural e econômica. Nessa linha, entende-se que os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações promovidas pelo Poder Público, seja de forma direta ou indireta, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos; direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

Ademais, os direitos fundamentais de terceira dimensão, segundo Bonavides (2003), se baseiam nas noções de solidariedade, os quais emergem da alteração do panorama nacional e internacional, em razão do desenvolvimento tecnológico e científico e, por consequência, das mutações ocorridas nas relações jurídico-sociais, em que o ser humano passa a ser visto e protegido de forma coletiva.

Finalmente, para Bonavides (2003), a quarta dimensão compreende os direitos derivados dos estudos e implantação das técnicas genéticas, os quais estão intrinsecamente

ligados a bioética. Enquanto os direitos de primeira geração realçam o princípio da liberdade, os direitos de segunda geração acentuam o princípio da igualdade, os direitos de terceira geração, que materializam poderes de titularidade coletiva atribuídos genericamente a todas as formações sociais, consagram o princípio da solidariedade.

Dessa maneira, se enquadram como direitos prestacionais, os direitos sociais, elencados no art. 6º da Constituição Cidadã, quais sejam, à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, a previdência social, à proteção à maternidade e à infância, bem como à assistência aos desamparados. Tal fato se justifica pela adoção da sistemática do Estado do Bem-Estar Social, que impõe aos Poderes do Estado a obrigação de instituir e executar medidas com o desiderato de garantir o exercício dos direitos a um maior número de indivíduos, de modo a atenuar as desigualdades sociais.

Com efeito, observa-se que o Estado contemporâneo deixou de ser propriamente liberal, cuja preocupação consistia, basicamente, em garantir a liberdade individual, e passou a ser social, para não só assegurar os direitos de defesa, mas, precipuamente, reconhecer e viabilizar os direitos sociais indispensáveis a uma vida digna, justa e igualitária. Sendo assim, a igualdade perquirida deixou de ter o enfoque formal e passou a ter o enfoque substancial ou material, ao passo que não visa mais tratar todos da mesma forma, mas, ao revés, tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de suas desigualdades.

Nesse sentido, a atuação estatal hodierna deve visar igualar os indivíduos não apenas perante a égide legal, mas, sobretudo, no cotidiano, na ordem econômica, social, política e cultural, a fim de assegurar que todos possam usufruir das condições necessárias para a existência digna. Destarte, o status ativo adquire destaque diante da necessidade do poder público de efetivar medidas de concretização das promessas constitucionais, mediante a administração e alocação de recursos econômicos para promover prestações passíveis de satisfazer as demandas salutaras da sociedade, dentre as quais se inclui a assistência à saúde.

2.4 INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DOS IDOSOS

Antes de adentrar nos instrumentos jurídicos de proteção aos direitos dos idosos, necessário trazer que a nomenclatura “pessoa”, inclui o ser humano, sujeito de direitos ao longo de toda a vida, até mesmo tutelado antes do seu nascimento e possuindo leis sobre

após a sua morte, a principal crítica se refere à não necessidade das novas nomenclaturas, aplicadas aos grupos específicos, sejam idosos, jovens, mulheres, negros etc.

Como é sabido, todo ser humano ter direitos garantidos na Constituição Federal/88 e mais ainda, em especial a pessoa idosa, que são vulneráveis pela idade e condição física de mobilidade e outras especificidades, decorrentes da própria velhice, que possui leis específicas para resguardar seus direitos.

Diante disso, em 1º de outubro de 2003 foi criada a Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso) e entrou em vigor em 2004 e ela define proteção integral e dá prioridade em serviços às pessoas com mais de 60 anos no Brasil. Este Estatuto foi criado e substanciado no art. 1º da Constituição Federal de 1988, que trata de princípios básicos e direito fundamental à vida. Essa lei criminaliza o abandono, discriminação, negligência, violências e abusos. Segundo o IBGE, até 2034, os idosos devem representar cerca de 45% da população brasileira.

Definitivamente a Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) veio assegurar direitos para o público que está envelhecendo com o objetivo de ampliar a proteção e as garantias aos idosos. Com o passar dos anos, foram feitas algumas atualizações, notadamente com a criação da prioridade especial para maiores de 80 anos de idade.

Baseado na Carta Magna, o idoso goza dos direitos fundamentais, conforme preceitua o art. 2º da Lei nº 10.741, *literis*:

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.

Com a Constituição Federal/88, a participação da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas foi garantida, este acontecimento foi imprescindível para a elaboração da Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) no Brasil. Regulamentada em 1996 pelo Decreto nº 1948, a PNI possui como princípios à integração, a autonomia e a participação efetiva dos idosos na comunidade, de modo que estes exerçam a sua cidadania, com direitos e dignidade (RAMOS, 2005).

Costuma-se aduzir que o referido Estatuto é mais abrangente do que a Política Nacional do Idoso, e considera os mais velhos como prioridade absoluta. Um dos princípios norteadores da PNI foi o de estabelecer uma política de direito ao idoso, com garantia de

renda, de vínculos relacionais, proteção social e promoção da cidadania em ações executadas nos municípios, com a parceria da sociedade civil (CORRÊA, 2010). Ou seja, seus objetivos principais foram o de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. Cabendo aos poderes públicos e à sociedade a aplicação dessa lei, atentando para as diferenças sociais, econômicas e regionais (ALCÂNTARA, 2016).

Em síntese, a política do idoso nasce para ratificar questões fundamentais como os princípios de que o envelhecimento diz respeito a toda a sociedade e não somente às pessoas idosas; de que as transformações necessárias na estrutura social exigem que o idoso seja o agente e o destinatário delas; e de que as pessoas idosas têm direito ao desenvolvimento de ações em todas as políticas setoriais (CAMARANO, 2016).

Dando seguimento às diretrizes lançadas pela Constituição Federal de 1988 e a criação do PNI, outra medida essencial veio resgatar os princípios e diretrizes constitucionais. Essa medida refere-se à criação do Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 1.074 que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004. O estatuto surge em parte como reflexo da não implementação da PNI e por isso mesmo reitera vários de seus dispositivos, com o intuito de “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (Brasil, 2003, art. 1º). O estatuto reafirma o direito da pessoa idosa a educação, cultura, lazer e esporte (art. 20), bem como regulamenta que o poder público criará oportunidades de acesso do idoso à educação (art. 21), como também à saúde (art. 15), assistência (art. 33), vida (arts. 8ª), etc. (ASSIS; DIAS; NECHA, 2016).

O respectivo estatuto conta com 118 artigos sobre diversas áreas dos direitos fundamentais, incluídas as necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI. Vale ressaltar que o Estatuto abarca não só leis e políticas já aprovadas, como também contemplam novos elementos e enfoques, atribuindo um tratamento integral ao estabelecimento de medidas destinadas a proporcionar o bem-estar dos idosos (ASSIS; DIAS; NECHA, 2016). De acordo com Justo e Rozendo (2010), o Estatuto do Idoso em conjunto com a PNI, é um dispositivo de Estado formado por um conjunto de normas e diretrizes para a formulação e execução de políticas públicas e serviços destinados à população idosa.

É considerado um marco para as políticas dirigidas aos idosos no sentido que reconhece, por lei, os direitos e deveres dessa população, assegurando prioridades e os

protegendo de maus-tratos a partir de uma legislação específica garantindo ao idoso acesso aos direitos fundamentais que se apoiam no direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (CENEVIVA, 2004).

De certa forma, a ideia do Estatuto nasceu da crítica em relação à falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na Lei que instituiu a PNI. A proposta de uma lei que trouxesse uma proteção específica ao grupo de pessoas idosas (grupo social vulnerável) também foi formada a partir da experiência social do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assim, em 2001, a Câmara dos Deputados constituiu uma comissão especial, composta de vários deputados pertencentes a vários partidos políticos, para examinar as propostas ou projetos de lei, que tratavam do Estatuto do Idoso. O movimento social do idoso também foi convidado pela comissão para participar dos debates, fato que legitimou o processo legislativo, principalmente pela ativa participação dos representantes dos cinco fóruns regionais da política nacional do idoso: Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul, bem como de outras várias organizações não governamentais que atendem aos idosos, em todos os estados brasileiros.

Diante dessa mobilização social, foi organizado em Brasília um seminário sobre o Estatuto do Idoso, que contou com cerca de 500 participantes e resultou em rica contribuição ao projeto do senador Paulo Paim, na qual foi considerado o mais pertinente aos interesses dos idosos. Somados todos esses esforços, o projeto foi aprovado, em outubro de 2003, após dois anos de tramitação no Congresso, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2004 (ALCÂNTARA, 2016).

Para Rodrigues (2007), seguramente o Estatuto do Idoso é um dos principais instrumentos de direito da pessoa idosa no Brasil, sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira, ele ratifica os princípios que nortearam as discussões sobre os direitos humanos dessa população, cabendo ao Estado, à Sociedade e à Família a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos. Embora seja alvo de críticas por sua ineficácia, o Estatuto do idoso tem um grande mérito, pois criou um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa, que, apesar de vários percalços, tem buscado efetivar os direitos sociais dos idosos brasileiros. O sistema de garantias previsto no Estatuto é composto pelas seguintes instituições/órgãos: Conselhos do Idoso; Sistema Único de Saúde (SUS); Sistema

Único de Assistência Social (SUAS); Vigilância em Saúde; Poder Judiciário; Defensoria Pública; Ministério Público; e Polícia Civil. A eficiência dessa rede de garantias é uma das possibilidades para que a efetividade dos direitos das pessoas idosas se torne efetivas (ALCÂNTARA, 2016).

No que diz respeito a criação de políticas de atenção específicas à saúde da população idosa é extremamente importante, pois uma das maiores demandas colocadas pela população idosa é por serviços de saúde. Por isso, segundo Camarano (2016), é fundamental conhecer o perfil de morbimortalidade da população idosa, para que se possa definir o planejamento e a elaboração de políticas para melhorar as suas condições de vida e saúde. Por conseguinte, como parte dos desdobramentos da Política Nacional do Idoso - PNI, foi promulgada pela Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que foi posteriormente atualizada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Esta política apresenta como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. A PNSPI tem como desafio a articulação do complexo sistema de saúde pública às necessidades da população idosa, numa realidade assinalada pela iniquidade social. Entre as diretrizes desta política, ressalta-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável, que enfatiza a necessidade de “facilitar a participação das pessoas idosas em atividades sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades” (ASSIS; DIAS; NECHA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) a PNSPI define que a atenção dessa população terá como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Essa política visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, e também à preservação, melhoria e reabilitação da capacidade funcional dos idosos com o intuito de assegurar-lhes sua permanência no meio em que vivem de maneira independente (RODRIGUES, 2007).

A PNSPI destaca que a capacidade funcional da pessoa idosa deva ser um balizador das ações dos serviços de saúde e acena para a necessidade de efetivação de políticas de

cuidado para a população idosa frágil, insistindo na necessidade de apoio às famílias com idosos e na capacitação para os profissionais para atendimento das necessidades dos idosos.

Vale salientar, que a PNSPI teve origem de um consenso estabelecido a partir de um amplo debate com vários pesquisadores, técnicos, gerontólogos e geriatras de renome nacional de todo o país, que foram convidados pelo Ministério da Saúde a propor uma estratégia de implementação da PNI na saúde pública (GIACOMIN, 2016).

Em sequência, no ano de 2006, os gestores das três esferas de governo discutiram e acordaram um “pacto de gestão”, pautado no respeito às diferenças regionais, e cuja avaliação e cobrança pelo Ministério da Saúde aconteceria com base em resultados. Esse processo mais acirrado de discussão culminou com a publicação do Pacto pela Saúde, que revê e enfatiza a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais. O Pacto pela Saúde congrega o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Gestão e o Pacto pela Vida. O Pacto pelo SUS reafirma este sistema de saúde como uma política de Estado, assim, como os princípios que o norteiam desde a sua origem: a universalidade, a integralidade e a equidade. O Pacto pela Gestão define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional, e o Pacto pela Vida retoma algumas normas operacionais básicas do SUS, e incorpora muitos de seus conceitos, entretanto, ele o faz com uma abordagem bastante diferente, estabelecendo que a atenção ao idoso deva ser prioritária.

Em resumo, observa-se que com a criação do SUS houve expressiva melhoria do acesso aos serviços de saúde em todo país, contudo, no que se refere à parcela idosa, pode-se inferir que os avanços reflitam muito mais a implementação do SUS do que propriamente a influência ou a incorporação da PNI nesse processo. Provavelmente em razão disso, o legislador repetiu no Estatuto do Idoso as mesmas determinações para o direito à saúde, existentes na PNI, exigindo ainda prioridade à parcela idosa nos serviços públicos e privados de atendimento.

Porém, o próprio Estatuto do Idoso tem sido descumprido, se considerado o direito à prioridade (art. 3º, parágrafo único), na formulação e na execução de políticas públicas específicas, e na destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção social. Muitas vezes, os aspectos formais garantidos no plano legal não correspondem ou demoram a se expressar em mudanças práticas de direitos e coberturas. Assim, a não efetivação da PNI na saúde reflete questões de ordem estrutural ou de escolha

política no sistema geral de saúde pública que afeta diretamente os programas voltados à pessoa idosa.

Desttéfani (2000) expõe que com a idade, se pode adquirir experiências, como também novos desafios.

“À medida que avançamos em idade, conhecemos os seus mistérios, encontramos novos desafios e adquirimos experiência, maturidade, estabilidade e equilíbrio também (...)”. A ancianidade é o coroamento das etapas da vida. Ela traz em si a colheita do que se aprendeu e viveu, a colheita de quanto se sofreu e suportou. Como ao final de uma grande sinfonia, os temas dominantes da vida voltam para uma rigorosa síntese sonora (DESTTÉFANI, 2000, p.5).

Sendo a velhice uma fase de síntese do vivido, é justo que também seja um momento da vida de atendimento das necessidades de amparo jurídico e demais dimensões, visando a verdadeira igualdade preconizada na Constituição cidadã. A justiça e o equilíbrio social só encontrarão consonância quando os idosos passarem a ser respeitados e reconhecidos em seus direitos.

Uma grande conquista se deu com a criação do Estatuto do Idoso, porém para que os idosos estejam totalmente inclusos nos contextos sociais e culturais, ainda há muito que se percorrer. Sabe-se que não se deve esperar somente por Políticas Públicas e Leis a serem cumpridas, há muitas iniciativas que podem ser colocadas em prática por pessoas dispostas a construir o espaço social.

Imperioso registrar que os direitos dos idosos são muitos e muitas vezes desconhecidos pela população, a saber: “Atendimento Preferencial - direito que asseguram que pessoas idosas sejam atendidas com prioridade em hospitais, cinemas, teatros, lojas, etc. Em emergências de saúde, a prioridade de atendimento depende da avaliação médica em relação à gravidade do caso. Ainda, o Estatuto garante que esse idoso tenha um acompanhante em tempo integral, desde que apta para a permanência no local. Medicamentos Gratuitos - Os remédios devem ser fornecidos sem custo, principalmente os de uso contínuo. Para ter acesso a esse benefício, é preciso ir até uma Farmácia Popular ou farmácias conveniadas com o Programa e levar um documento com foto, CPF e a receita médica dentro do prazo de validade. Transporte Público - Apesar de assegurado, esse direito fica dependente de cada município. Isso porque a obrigatoriedade da passagem gratuita do transporte público é a partir dos 65 anos, porém, essa idade pode variar entre 60 a 65 anos, ficando pendente a cada município decidir isso. Isenção do Pagamento de IPTU - A partir dos 60 anos, pessoas que sejam aposentadas e que tenham apenas um imóvel e com renda de até dois salários mínimos,

estão isentas do pagamento do IPTU. Pensão Alimentícia - De acordo com o Estatuto, idosos que apresentarem não ter renda suficiente para se sustentar, podem solicitar pensão alimentícia a um filho. O não pagamento pode levar à prisão. Porém, caso esse filho comprove não ter condições de pagar a pensão, o idoso pode solicitar o benefício assistencial no valor de um salário mínimo. Tramitação de processos na justiça - Para usufruir desse direito, é preciso fazer uma prova de idade e solicitar a uma autoridade jurídica competente. Atualmente, há dois tipos de prioridades: 60+ e 80+. A mais alta prioridade é para as pessoas com mais de 80 anos, desde 2017”.¹⁴

Diante o exposto, a grande maioria dos idosos não tem o conhecimento dessas garantias para usufruir esses direitos, passando por privações e/ou necessidades. É bem verdade que esse Estatuto é relativamente novo, que foi posto em vigor em 2004, tendo apenas 18 anos de existência.

Um outro instrumento legal é a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, regulamentada pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, novos conceitos e modelos passaram a vigorar no Brasil. Dispõe-se sobre a organização da Assistência Social o que contribui para a consolidação do caráter de maturidade legal aos serviços socioassistenciais, tendo como instância de gestão (acompanhamento, regulamentação, avaliação e coordenação geral) o atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Enquanto marco legal a LOAS,

“inova ao afirmar para a Assistência Social seu caráter de direito não contributivo (independentemente de contribuição à Seguridade e para além dos interesses do mercado), ao apontar a necessária integração entre o econômico e o social e ao apresentar novo desenho institucional para a Assistência Social” (YASBECK, 2006, p.12).

Neste sentido, a referida lei busca romper com antigas práticas assistenciais destinadas às pessoas que não conseguiam ingressar no mercado formal de trabalho, e, por conseguinte, estavam também desprotegidas pelas políticas trabalhistas. Em consonância com os preceitos constitucionais, a LOAS preconiza a “universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (LOAS, 1993, art. 4º), sem necessariamente existir contribuição ao sistema de Seguridade Social.

¹⁴ Brasil. Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 10 out. 2022

A LOAS institucionaliza alguns instrumentos de controle social, como o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) enquanto instância máxima de deliberação. O artigo 18 da LOAS, em seu inciso primeiro, dispõe que compete também ao CNAS a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) sistematizada em um documento normatizador das ações de assistência social – Resolução nº 145 de 15/10/2004. Cabendo dessa forma, por meio do Estado e suas instituições, concretizarem em rede uma política pública de direito, desfazendo com antigas práticas de benemerência e filantropia.

A LOAS estabelece também, a organização e gestão do sistema de forma descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Criado a partir das discussões da IV Conferência Nacional de Assistência Social, a fim de promover uma gestão descentralizada no que toca o financiamento e monitoramento dos serviços socioassistenciais, com cooperação técnica entre os três entes federativos, o SUAS teve as bases de implantação consolidadas em 2005, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) – aprovada pelo CNAS, Resolução nº 130 de 15/07/2005 – que apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa.

A LOAS, entre outras prerrogativas, prevê a oferta integrada de Serviços¹⁵, Programas e Benefícios (BPC e Benefícios Eventuais – BE¹⁶) socioassistenciais.

Vale registrar que o arcabouço legal composto pelas legislações LOAS, PNI e Estatuto do Idoso, vem somar-se em 2004, a Política Nacional de Assistência Social - PNAS, em cujas diretrizes passa a figurar a proteção social básica e proteção social especial, destinadas aos segmentos sociais prioritários entre os quais se inclui os idosos. As ações caracterizadas por esses dois níveis de proteção passam a ser reguladas pelo Sistema Único de Assistência Social, com atribuições e competências definidas em cada ente federativo e sob a supervisão geral do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A PNAS vem

¹⁵ Os serviços socioassistenciais são aqueles que garantem: o fortalecimento da convivência familiar e comunitária; a referência para escuta e apoio sócio familiar; a informação para garantir direitos; a geração de trabalho e renda; a orientação para outras políticas públicas; a prevenção; são aqueles que garantam direitos violados ou ameaçados (BRASIL, 2005a).

¹⁶ Os Benefícios Eventuais são assegurados pelo artigo 22 da Lei Nº 8.742/1993, alterado pela Lei Nº 12.435/2011, e integram organicamente as garantias do Sistema Único de Assistência Social-SUAS. São benefícios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de caráter suplementar e provisório, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de morte, nascimento, calamidade pública e situações de vulnerabilidade temporária. Os Benefícios Eventuais configuram-se como elementos potencializadores da proteção ofertada pelos serviços de natureza básica ou especial, contribuindo dessa forma, com o fortalecimento das potencialidades de indivíduos e familiares (BRASIL, 2011c).

materializar o disposto no texto constitucional acerca da área da assistência social, política que integra junto à saúde e a previdência social o famoso tripé da seguridade social brasileira.

Nesse sentido, a desigualdade social, decorrente da distribuição de renda injusta, é o que mais provoca empecilhos à melhor qualidade de vida. Embora haja um esforço para a implementação das políticas, o que observa é entrave causado pela escassez de recurso e a burocracia. Com isso, resta claro que a legislação brasileira, concernente aos direitos do idoso, seja no trabalho, na aposentadoria, na saúde, vida, educação, etc., ainda tem um longo caminho a ser percorrido e uma preocupação com a efetividade das conquistas adquiridas.

3. PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO

A Proteção social básica e especial à pessoa idosa visa o atendimento de pessoas idosas pobres, a partir dos 60 anos de idade, e que é constituído através do apoio financeiro federal a serviços, programas e projetos executados por governos de Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como por entidades sociais.

Seu objetivo é auxiliar para a promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade e fortalecer seus vínculos familiares. Para fazer jus a esse apoio financeiro, os Municípios terão de comprovar a implantação de Conselho e Fundo de Assistência Social, bem como a existência de Plano devidamente aprovado pelo Conselho; alocação de recursos do tesouro municipal nos seu respectivo Fundo de Assistência Social; implantação de um Centro de Referência da Assistência Social (Casa das Famílias); solicitação à Secretaria Estadual de Assistência Social, por meio de ofício, de inclusão do Município no critério de partilha do Serviço de Ação Continuada, informando o número de beneficiários por modalidade de atendimento e cofinanciamento da atividade.

Outra proteção social básica desenvolvida pela política de Assistência Social que indiretamente beneficia os idosos é o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), realizado nos Municípios, em unidades locais de Assistência Social, denominadas Casa das Famílias, com vistas ao acolhimento, convivência, socialização e estímulo à participação social das famílias e seus membros.

Como qualquer cidadão, o idoso possui direito à liberdade, à dignidade, à integridade, à educação, à saúde, a um meio ambiente de qualidade, entre outros direitos fundamentais, como individuais, sociais, difusos e coletivos, cabendo ao Estado, à Sociedade e à família a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos.

Isto posto, imperioso a tríade para a proteção social do idoso, sendo, portanto, a responsabilidade de todos, para garantir uma vida digna.

3.1 CONCEITO E VULNERABILIDADE DO IDOSO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais, bem como o Estatuto do Idoso em seu artigo 1º, institui que este Estatuto assegura os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Registra-se que a idade acima de 60 (sessenta) anos é o marco diferencial que define o conceito de idoso para nosso ordenamento, de acordo com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, em seu primeiro artigo, a saber, Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

A vulnerabilidade não possui uma definição consensual. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, lenta recuperação de doenças, hospitalização, institucionalização de longa permanência e morte.

De acordo com o Dicionário de Desenvolvimento (2020), vulnerabilidade significa: situação de risco e fragilidade, tanto por motivos sociais, econômicos, ambientais ou quaisquer outros. As vulnerabilidades às quais estamos expostos são particularmente evidentes no caso da população idosa, e por isso estão mais suscetíveis ao que possa advir dessa exposição. O público considerado vulnerável faz parte de uma classe de menor força social.

A vulnerabilidade é um conceito empregado para inúmeras circunstâncias em condições diversas, sem uma explicação consistente, mas que permite definir algo como risco social. Há duas categorias de vulnerabilidade, a relativa, em que o ser humano detém determinada autonomia, e a absoluta, quando carece de amparo pleno para administrar sua vida, sendo uma questão de interpretação (BITENCOURT, 2013).

O legislador discorre sobre determinadas situações, como a idade, para caracterizar o indivíduo vulnerável e a necessidade de proteção estatal sobre ele. A vulnerabilidade é uma locução abrangente, portanto, não se aplica ao Direito exatamente, uma vez que requer noções imprescindíveis e estabelecidas (FAVIER, 2012).

Com o decorrer do tempo, o ser humano passa pelo processo de envelhecimento biológico, o que torna o organismo frágil e propício às agressões internas e externas, os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de forma modesta ao longo da vida. Este processo é o resultado da soma dos efeitos da passagem do tempo no organismo – envelhecimento somático – e psiquismo – envelhecimento psíquico (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Enquanto a noção de grupos de risco tende a individualizar e personificar a adversidade vivida, relacionando-a a uma questão de conduta, a perspectiva de vulnerabilidade social propõe-se a entendê-la como resultado de um processo social que remete à condição de vida e aos suportes sociais (KOLLER; MORAIS; RAFFAELLI, 2012).

Diversos são os riscos sociais atrelados aos indivíduos da terceira idade. Mesmo diante da preocupação significativa em relação aos direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana, incluindo-se os idosos, é notória a violação contínua desses preceitos (EMERIQUE; GUERRA, 2006).

Com o passar da idade é possível observar que acontecimentos sociais, históricos, culturais, normativos e adventícios, comunicam com o lado interno do ser humano, especificamente psicológicos e biológicos, com o lado externo, por exemplo: ambientais, políticos e sociais, resultando em idosos mais, ou menos vulneráveis diante dos eventos da vida. Essa classe é a que apresenta maior incidência de incapacidade e necessita de amparo instrumental/social e proteção (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Conforme o princípio da assistência, os idosos devem possuir acesso aos cuidados de saúde física, mental e emocional, mantendo o bem-estar. É dever do Estado assegurar à pessoa idosa saúde. Para tal, o aparato utilizado é a efetivação de políticas públicas, garantindo um envelhecimento saudável e digno.

Assim preconiza o artigo 9º, do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003): “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

Além do Estado, a CF/88 determina que os filhos têm o dever de cuidar dos pais na velhice, sendo imputado valor jurídico material cível e criminal aos que descumprem a norma de proteção, deixando os pais no abandono. O artigo 2º do Estatuto do Idoso reafirma os princípios constitucionais e garante aos idosos a proteção do Estado:

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).

O abandono da pessoa idosa atalha os seus direitos fundamentais, contidos nos Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, tendo como exemplo o direito à alimentação, alojamento e cuidados de saúde adequados. Segundo esses princípios, os idosos devem estar em companhia de seus familiares (BRASIL, 1993).

Sabe-se que a família é a base fundamental da sociedade, por isso, o abandono destes é um dos maiores dilemas enfrentados pela pessoa idosa, que deveria executar um papel assistencial. Ressalta-se que essa solidariedade, não afasta a responsabilidade do Estado para com o Idoso (ARGOLO; FURTADO, 2013).

Em concordância a isso, o artigo 4º do Estatuto do Idoso dispõe que nenhum idoso será alvo de negligências, discriminações, violências ou qualquer ato cruel ou opressivo, e qualquer tentativa contra os seus direitos, será punido conforme a Lei, ressalta-se que é dever de todos prevenir as violações aos direitos dos idosos.

Outro fator que contribui para a vulnerabilidade do idoso é a falta de oportunidades no mercado de trabalho, visto que as empresas buscam trabalhadores jovens, mais qualificados, e os idosos enfrentam a estigmatização social, o que dificulta a sua permanência no mercado de trabalho. De acordo com a Fundação Getúlio Vargas (2018), apenas 10% das empresas possuem políticas de contratação de profissionais mais velhos, acima dos 50 anos.

O envelhecimento ocasiona diversos impactos no indivíduo e um dos principais é a vitalidade, onde os movimentos são reduzidos, assim como o raciocínio e a coordenação motora. À medida que a saúde dos idosos se fragiliza, surge a necessidade de cuidados especiais, que provavelmente reincidirão sobre a família, considerando os laços afetivos e as obrigações impostas por lei.

Nesta mesma linha de raciocínio, a Constituição Federal determina que os filhos têm o dever de cuidar dos pais na velhice, sendo imputado valor jurídico material cível e criminal aos que descumprem a norma de proteção, deixando os pais no abandono, tanto afetivo quanto material. O artigo 229 da CF diz: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os

filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (BRASIL, 1988).

A vulnerabilidade, portanto, representa um estado inespecífico de risco aumentado de mortalidade e de eventos adversos de saúde. Os indivíduos frágeis são os que mais necessitam de cuidados de saúde, e, por essa razão, a fragilidade pode ser utilizada como um potencial organizador de gerenciamento de saúde do idoso.

Assim, torna-se necessário o estabelecimento de critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma. Entre aqueles cuja síndrome já foi instalada, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos.

Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos. Percebe-se que, a idade mais avançada parece, de alguma forma, estar associada ao maior risco de ocorrência da síndrome, o que torna os grupos de pessoas idosas em velhice avançada prioritários na organização dessa atenção. No entanto, fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções clínicas.

A partir da década de 90 a associação entre incapacidade e fragilidade passou a ser questionada com base em três grandes premissas: a) nem todas as pessoas com declínio funcional são frágeis; b) nem todas as pessoas frágeis apresentam declínio funcional; c) medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome. O conceito de "ser frágil" foi sendo gradativamente substituído pela condição de "tornar-se frágil".

A maioria da população acima dos 60 anos é saudável, está ativa e em plena capacidade funcional. Por isso, a longevidade é um bônus para a sociedade brasileira. Inclusive, muitos idosos e idosas continuam trabalhando, mantêm suas famílias ou contribuem para tanto, constituindo parte da força produtiva e da sociedade de consumo.

Porém, uma parte expressiva desse grupo etário possui alguma ou múltiplas dependências físicas, mentais e sociais. Essas pessoas são as mais vulneráveis a doenças,

violências, negligências e abandono. E dentre todas, as pobres e as que não têm família são as mais frágeis. Também são essas as maiores vítimas da escassez de recursos, ficando a cargo das famílias atender às suas necessidades.

Dessa forma, o contingente criado exige cuidados e atenção por parte do Poder Público, e torna-se cada vez maior, exigindo que esse, idealize políticas públicas, programas e legislação que acoberte e assegure suas necessidades e direitos, exigindo, portanto, o fiel cumprimento do que já é previsto em lei e a correta adequação e positivação daquilo que ainda não esteja.

Essa segurança que o Poder Público tem o dever de prestar, vem como forma de oferecer igualdade social a todos, principalmente, aos menos favorecidos. Mas, a tríade que sustenta o idoso e seus direitos e deveres, além do Estado, é composta ainda pela sociedade e pela família.

O bem estar da população envolve relações pessoais, sociais, econômicas e até estruturais, advindos da oferta de serviços básicos à população, que são obrigação do Estado, de acordo com nossa Constituição Federal de 1988, possibilitando qualidade de vida, *in verbis*:

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

Via de regra, os idosos tendem a apresentar capacidades regenerativas decrescentes, o que pode levar a um processo de crescente vulnerabilidade, como o declínio funcional. Nesse sentido, diante do envelhecimento da população brasileira, a Lei 10.741/93, o Estatuto do Idoso, trouxe em seu conteúdo uma série de medidas de caráter obrigatório para regulamentação de políticas de atendimento à saúde, assistência social, educação, esporte, lazer, transporte etc. O Estatuto do idoso, com à perspectiva de envelhecimento da população brasileira, tem por característica o respeito ao idoso.

Nessa seara, Paulo Frange (2004, n.p.) dispõe que:

O Estatuto do Idoso é um verdadeiro exercício bioético. Começou pelo que poderia chamar de Comissão de Bioética, já que ele é fruto de trabalho conjunto de parlamentares, especialistas, profissionais das áreas de Saúde, Direito, Assistência Social e das entidades e organizações não governamentais voltadas para a defesa dos direitos e proteção aos idosos. Tudo está contemplado no Estatuto: a saúde, a

educação, a habitação, a ação do Ministério Público para acelerar processos em defesa do idoso. Poderíamos dizer que o Estatuto do Idoso representa um exercício de cidadania no resgate da dignidade da pessoa humana (contemplado na Bioética).

Segundo Fried (2001), fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas embora possam ocorrer simultaneamente. Comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas a partir de diagnóstico médico, com base em critérios firmemente estabelecidos. Incapacidade refere-se à dificuldade e à necessidade de auxílio para o desempenho das atividades cotidianas. Tais condições representam respostas ou consequências da síndrome de fragilidade/vulnerabilidade.

Nesse sentido, verifica-se que a probabilidade de existir a comorbidade e incapacidade nos idosos é bem maior, causando-lhes a fragilidade e por consequência a incapacidade para prover suas necessidades básicas, dependendo de outros para garantir sua sobrevivência e por consequência sua dignidade.

3.2 EVOLUÇÃO DO DIREITO DO IDOSO À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL/1988

Para melhor entendimento acerca da evolução e conquistas do direito do idosos atuais, necessário verificar a trajetória desses direitos quanto às disposições nas Constituições anteriores à Constituição Federal de 1988.

No Brasil, a evolução se deu de forma gradativa. A Constituição de 1934 referia-se à velhice como uma etapa improdutiva que merecia favor e apoiava a filantropia das instituições de caridade aos idosos. Somente haveria direito se a pessoa tivesse sido inscrita na produção. Assim, os direitos da pessoa idosa foram inscritos na Constituição de 1934 (art.121, item h) como direitos trabalhistas, na implementação da previdência social “a favor da velhice”. Ao se tornar improdutivo, na era industrial, o sujeito passava a ser considerado velho. Na Constituição de 1937 (art. 137) reafirmava o seguro de velhice para o trabalhador. A Constituição de 1946 (art. 157) dispunha sobre formulação de previdência “contra as consequências da velhice” e a Constituição de 1967 estabelecia a previdência social “nos casos de velhice” (art.158), os direitos previdenciários, era de caráter contributivo (FALEIROS, 2007, p.40-41).

O direito do idoso está fundamentado na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 230, §§ 1º e 2º, na Lei Orgânica da Assistência Social, (Lei 8.742 de 07.12.1993) Política Nacional do Idoso, (Lei 8.842 de 04.01.1994) no Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 01 de

outubro de 2003) e no Código Civil de 2002. Vale ressaltar que, ao analisar a questão do conceito de idoso é um pouco complicado, vez que está ligado à velhice e ao envelhecimento

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, hoje há mais de 23,5 milhões de idosos, e a cada ano, esta população é acrescida de 650 mil pessoas idosas, e com uma estimativa que em 2025, deverá ser de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Verifica-se que o envelhecimento da população é evidente, não somente no Brasil, mas em todo mundo. Com isso, espera-se que essas pessoas tenham melhores condições e qualidade de vida, envelhecendo com autonomia e independência, mas para que esse objetivo seja uma realidade, seus direitos devem ser avalizados (CORRÊA, 2010).¹⁷

Ainda segundo Corrêa (2010), deve-se “pensar em políticas públicas eficazes que cumpram seu papel de incluir essa população, que contribuiu por toda sua vida laborativa, tanto para a família como para a sociedade”¹⁸. É preciso ter direitos fundamentais garantidos, ou seja, melhores condições de saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, trabalho, respeito, liberdade e, sobretudo, dignidade.

Nesse sentido, será abordado o envelhecimento nos contextos sociais, bem como a evolução das leis no ordenamento jurídico brasileiro, como mecanismos de proteção a pessoa idosa, considerando sua necessidade prioritária e específica, em relação ao contexto geral, de um envelhecimento populacional acelerado.

Registra-se que, primeiramente foi verificado certa preocupação com o idoso nos artigos 229 e 230 da Constituição Federal de 1988, prevendo que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na “velhice”, como também a família, sociedade e o Estado.

Posteriormente, em 1994, foi criada a Lei 8.842 que instituiu a Política Nacional do Idoso - PNI e qualificou a pessoa idosa como a pessoa com mais de 60 anos. Até a promulgação desta lei havia muita discussão na doutrina. Para alguns doutrinadores deveria ser considerada somente a idade e para outros deveria ser analisada a condição biopsicológica da pessoa, e não somente a biológica.

¹⁷ Corrêa, LPNRMSC e Goulart, Denise. A proteção jurídica dos idosos no ordenamento brasileiro. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51664/a-protecao-juridica-dos-idosos-no-ordenamento-brasileiro>. Acesso em 14 set. 2022.

¹⁸ Corrêa, LPNRMSC e Goulart, Denise. A proteção jurídica dos idosos no ordenamento brasileiro. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51664/a-protecao-juridica-dos-idosos-no-ordenamento-brasileiro>. Acesso em 14 set. 2022.

Anos depois, em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso - Lei 10.741 de outubro de 2003, que definiu como idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Em se tratando de Código Civil Brasileiro não faz referência ao conceito de idoso, limitando-se a fornecer parâmetros para a definição dessa parte da população e orienta na determinação do ponto de partida do qual uma pessoa pode ser considerada civilmente idosa, deixando às leis especiais e demais documentos legais a incumbência de tal definição (MOURA, 2016).¹⁹

A Lei nº 10.741 evidencia em seu primeiro artigo o conceito de idoso. Assim, percebe-se que, com base no art. 1º, idosa é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, sendo, Redação dada pela Lei nº 14.423/2022.²⁰

Já a Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742/1993, popularmente conhecida como LOAS, dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Tem como objetivo a assistência social, direito do cidadão e dever do estado, provendo os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantia do atendimento às necessidades básicas, definindo, no seu artigo 20 a idade de 65 (sessenta e cinco) anos ou mais para pessoa ser considerada idosa” (MOURA, 2016, n.p.). A referida lei define, em seu art. 20, que a pessoa idosa é aquela que possui 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.²¹

Ainda segundo Moura (2016), para esta lei, deve levar em consideração não somente a idade cronológica, como também o meio, a condição física e psicológica da pessoa, o grau de dependência e o convívio familiar, dentre outros fatores. Percebe-se, então, que entre a Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003) e a Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993), não há uma concordância em relação à idade mínima para que se considere uma pessoa idosa.

Os direitos das pessoas idosas, regulamentados pela Constituição Federal de 1988, foram ampliados com os adventos de outras legislações, como por exemplo, a Lei nº 8.842, de

¹⁹ MOURA, L. As acepções do vocábulo idoso. 2016. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/46598/as-acepcoes-do-vocabulo-idoso>. Acesso em: 11 nov. 2022.

²⁰ “Art. 1º É instituído o Estatuto da Pessoa Idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.” (NR)

²¹ 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 tê-la provida por sua família.

4 de janeiro de 1994.²² O pacto social da Constituição de 1988 reflete a democratização da sociedade e a expressão dos direitos fundamentais e específicos dos idosos na Lei Maior do país, com garantia de implementação.

A Constituição, portanto, rompeu com o centralismo e a fragmentação de políticas sociais, com o fortalecimento do federalismo e do municipalismo, assegurando a participação da sociedade em várias instâncias como nos Conselhos e também por meio da democracia direta do plebiscito, do referendo e de projetos de iniciativa popular.

Os direitos da pessoa idosa estão presentes em vários capítulos da Constituição, considerando-se a mudança de paradigma do idoso assistido para o do idoso ativo, do idoso improdutivo excluído do mercado de trabalho para o do idoso como sujeito de direitos como pessoa em envelhecimento, do idoso cuidado exclusivamente na família para o do idoso protegido pelo Estado e pela sociedade, do idoso marginalizado para o do idoso participante.

A Constituição não só assegurou direitos, como também garantiu o espaço para sua defesa, por exemplo, com manifestações públicas como a de pessoas idosas na luta pelos 147% de reajuste nas aposentadorias, no Governo Collor. As organizações sociais vinculadas aos idosos passaram a implementar fóruns, conselhos e uma articulação da Política Nacional do Idoso em 1994 e o Estatuto do Idoso em 2003. A I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi realizada em 2006, com mobilização em todos os estados da Federação.

Como se sabe, o Brasil era visto como um país predominantemente de jovem, porém hoje se verifica em algumas regiões, mais de 10% de pessoas com mais de 60 anos. Registro esse que a OMS (Organização Mundial da Saúde) considera velho, todo país que tem mais de 14% da população com 60 anos ou mais (FERREIRA, 2016). Constata-se que mais brasileiros vivem mais atualmente e isso ocorre devido a diversos fatores ligados a tecnologia na área da medicina. Todavia, nem sempre estão vivendo bem, sendo que o acúmulo de doenças crônico-degenerativas está provocando velhices frágeis, portando alto grau de dependência e comprometimento da autonomia. Tal realidade vem lhes retirando a capacidade para o exercício da cidadania.

A Constituição de 1988 contempla a inclusão da velhice no contexto da assistência social para cobertura de suas necessidades. É no art. 203 da Constituição Federal que se

²² Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

garante o benefício de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Isto posto, está clara a intenção de se combater a pobreza na velhice e de se manter o idoso no mesmo patamar de renda que milhões de trabalhadores produtivos que ganham um salário mínimo. Simbolicamente significa ter a mesma dignidade que um trabalhador no mercado. Afirma-se que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”²³. Não é à previdência que a lei se refere, mas à seguridade social.

Assim, na Constituição Federal de 1988 prevê que a assistência social deva ser descentralizada e participativa, com coordenação e normas gerais de competência da esfera federal, mas com “a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social”²⁴. Resta claro que a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis, ou seja, os idosos são também protagonistas da política de assistência. São sujeitos políticos, portanto cidadãos politicamente ativos.

A Constituição, apesar da igualdade formal perante a lei, não elimina a desigualdade social. O acesso à saúde é desigual e depende tanto do sistema de saúde, como da renda, moradia e condições sociais e ambientais. Lima-Costa, Matos e Camarano (2006) dizem que, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003, que quanto menor a renda domiciliar per capita, pior a condição de saúde, menor a capacidade funcional e mais restrito o uso de serviços médicos e odontológicos, tanto entre idosos como entre a população em geral.

Como se sabe a cidadania se define não somente pelo reconhecimento de direitos num Estado de direito, mas pela participação da população em sua definição, seu controle e sua

²³ Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

²⁴ 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.

garantia. Isto posto, o direito à saúde não se restringe aos idosos, sendo “direito de todos e dever do Estado”²⁵, levando em conta também as necessidades relativas à autonomia da pessoa idosa.

A seguridade social, enquanto benefício, permite que os idosos assegurem sua renda e sua autonomia funcional na saúde. No entanto, a própria seguridade social prevê um processo participativo. Na área da assistência essa participação está prevista no art. 204.

Na área da saúde a participação está prevista no art. 198. Na seguridade em geral, incluindo a previdência social, fica assegurado pelo art. 194, inciso VII, que a mesma tem “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”. É clara a referência à participação dos aposentados. Não é somente no âmbito da seguridade que é mencionada a participação dos cidadãos, mas como critério político fundamental da política para a pessoa idosa. Essa política está associada à defesa da dignidade e do bem-estar da pessoa idosa.

Assim, no art. 230 menciona expressamente, na defesa da dignidade e da participação, o dever de amparar as pessoas idosas com a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado: “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 garantindo-lhes o direito à vida”. O § 1º do referido artigo diz: “Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”, obrigando o Estado ao atendimento domiciliar de forma preferencial.

Várias Leis federais, estaduais e municipais (BARROSO, 2001) garantem à pessoa idosa a efetivação de direitos especiais, em função da trajetória de vida que se manifesta na velhice. Esses direitos especiais são uma forma de levar em conta a realidade do envelhecimento social e individual.

Com efeito, o envelhecimento diz respeito a processos do desenvolvimento normal, ou seja, é uma realidade biológica e que alteram as funções neurobiológicas tendo uma dinâmica própria que foge do controle humano. Isto posto, o conceito de velhice, associado negativamente a perdas ou positivamente a ganhos e conquistas, faz parte da visão

²⁵ Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal do Brasil/1988).

contraditória da velhice (FALEIROS, 2006). Essa multidimensionalidade e essa visão de ganhos e perdas fazem parte da organização da legislação.

A legislação, inspirada na Constituição, traduz tanto a necessidade de proteção como o incentivo ao protagonismo, à participação e à qualidade de vida. Essas três dimensões, de fato, devem ser articuladas na implementação das políticas sociais formalmente assinaladas na Constituição.

O enfoque dado a esse estudo será a saúde e assistência do idoso. A cobertura de necessidades que se implementa fundamentalmente pela proteção social. Notadamente a seguridade social, na própria Constituição, está definida como direito à assistência, à previdência e à saúde, com ações tanto dos poderes públicos e da sociedade, que devem conformar um conjunto integrado (Art. 194).

De acordo com a LOAS, em seu art. 2º, a assistência social tem dentre seus objetivos: “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” (inciso I) e “a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (inciso VI). Para efeitos da Lei considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa, a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo. (§ 3º do art. 20). Para inclusão no benefício, é necessário completar 65 anos, conforme o Estatuto do Idoso, de 2003. Desta forma, a proteção se efetiva em primeiro lugar pela garantia de renda aos idosos mais pobres.

Fica claro no art. 23 da LOAS a proteção, por meio de serviços, implica “atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observam os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei”, inclusive “programas de amparo às pessoas que vivem em situação de rua”. (Incluído pela Lei nº 11.258, de 2005). A proteção se vincula a um sistema de garantias de direitos, com participação da sociedade e dos sujeitos de direitos. Na Política Nacional de Assistência Social (Resolução CNAS Nº 145/2004), a proteção é definida como uma segurança de rendimento, de autonomia, de convívio ou vivência familiar, de cuidados e serviços e de projetos operados em rede.

No entanto, o conceito de proteção envolve não somente a renda, como serviços, que devem ser prestados de forma integrada, descentralizada e participativa, não só para o

enfrentamento da pobreza como para “provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais” (art. 2º e art. 6º).

A proteção se dispõe em rede e supõe um sistema, embora sistema e rede sejam formas distintas de organização. Na Norma Operacional Básica do SUAS – Sistema Único de Assistência Social (que implementa o art. 6º da LOAS) a proteção social “consiste no conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional”.

Assim, a proteção social implica, ao mesmo tempo, direitos, sistema de garantias e rede de atores e compromisso. Está pressuposto, nessa perspectiva, que o fundamento da proteção são os direitos humanos, como norma consensuada universal da dignidade do ser humano. O sistema de assistência conforme a estrutura articulada para a efetivação desses direitos, resultantes de pactos políticos, de leis e de normas, segundo a correlação de forças da sociedade, do mercado e do Estado, configurando a cidadania protegida e não apenas declarada na lei.

Para ser considerado cidadão ou cidadã a pessoa precisa ter asseguradas, pelo Estado e pela sociedade, as condições de vida digna na sua história e na sua trajetória. A pessoa se torna credora do Estado de Direitos para viver e conviver com liberdade, igualdade, justiça e equidade democraticamente estabelecidas. A rede proteção também faz parte do pacto democrático, mas territorialmente construído pelo compromisso dos atores e gestores do sistema, com participação dos sujeitos e da sociedade organizada.

O pacto constitucional que estabelece a proteção se traduz na Lei que garante direitos, mas só se efetiva no pacto de cuidados e serviços articulados, com participação do sujeito, com recursos e pessoal, e com compromissos dos gestores do sistema. A sociedade só se torna menos injusta se houver efetividade do pacto na redução das desigualdades e das iniquidades.

Nesse sentido, a proteção social implica uma dinâmica permanente de contratualização dos atores e agentes sociais para garantir e efetivar direitos estabelecidos. Ainda que a cidadania, na sociedade capitalista, se inscreva em um movimento pelos direitos, e seu sistema e sua proteção sempre inconclusos e incompletos, sua efetivação histórica é processual, dependendo da mobilização e da organização dos atores da sociedade e gestores.

A proteção cidadã é essencialmente participativa, pois implica o reconhecimento do sujeito no deciframento comum de suas condições e de seus direitos para o compromisso real de efetivá-los. A proteção social visa uma vida digna, com redução das incertezas e inseguranças provenientes da própria desigualdade capitalista, dos ciclos familiares e individuais e dos conflitos sociais com a satisfação das necessidades fundamentais dentro de um padrão normativo democrático de cidadania.

Na política de atendimento os idosos foram incluídos como prioridade no Pacto da Saúde de 2005, e na Portaria nº 2.528, de 2006, foi definida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que se articula à determinação constitucional do atendimento em domicílio, tendo como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família.

Assim, a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foram as principais conquistas desse processo. Entretanto, apesar dos avanços e conquistas, na prática a garantia dos direitos dos idosos ainda não tem se concretizado de forma efetiva. Por esse motivo, a operacionalização das políticas públicas continua a ser o principal desafio a ser superado, pois, somente assim poderá ser garantida à pessoa idosa os seus direitos como cidadãos.

3.3 A LEI Nº 8.842 DE 1994 E A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO – PNI

A Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política.

No Brasil, foi implementada a Lei no 8.842 – Política Nacional do Idoso – PNI na tentativa de dar efetividade aos princípios constitucionais. Resultado de inúmeras discussões, esta política adota como princípios basilares garantir ao idoso os direitos de cidadania efetiva na sociedade, assegurando a sua autonomia e integração social, bem como a promoção do bem-estar e do direito à vida, colocando estes princípios como deveres do Estado e das famílias.

Após a criação desta lei, o Estado coíbe qualquer tipo de discriminação às pessoas com idade avançada, bem como incentiva a difusão de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento à população brasileira.

Existe também a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006) que direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.

A PNI surge no cenário brasileiro como a explicitação das políticas que o Estado estabelece em relação às pessoas idosas. Sua estrutura se apresenta dividida em quatro capítulos: i) Da finalidade (arts. 1º e 2º), que define quem é o idoso a partir de um único critério, o cronológico; ii) Dos princípios e das diretrizes (arts. 3º e 4º), que traz alguns postulados norteadores da ação social; iii) Da organização e gestão (arts. 5º a 9º), que atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a coordenação da PNI; e iv) Das ações governamentais (arts. 10 a 22), que trata da implementação da PNI nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer.

O direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A Política Nacional do Idoso, instituída pela lei 8842/94 e promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do

Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Assim, se revela como uma política que depende essencialmente do agir coordenado entre as três esferas federativas governamentais (BRASIL, 1994).

Essa política estabelece, entre suas diretrizes, “a descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais” (RODRIGUES *et al.*, 2007, p. 537). Atualmente, a PNI está inserida no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). O idoso abrigado em ILPI está sob os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que deve corresponder à legislação específica caracterizada na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.

Além disso, atribui competências a órgãos e entidades públicas e incentiva propostas orçamentárias para o financiamento de programas voltados para os idosos. Neste sentido, a União deve coordenar esta política junto com os Conselhos nacionais, estaduais e municipais do idoso. A própria lei estabelece que todos estes conselhos sejam órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos em igual número por representantes dos órgãos, entidades públicas e representantes da sociedade civil (BRASIL, 1994; GOMES, 2009). Nesse sentido, compete à União coordenar, formular, acompanhar, avaliar, elaborar proposta orçamentária para assistência social do idoso e promover a articulação intra e interministerial para a implementação desta política. E aos Conselhos é dada a prerrogativa de formular, coordenar, supervisionar e avaliar esta política, no âmbito de suas instâncias respectivas (Brasil, 1994).

A Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI evidencia a necessidade de implementação de ações que objetivem atender às necessidades básicas de saúde, educação, habitação, urbanismo, esporte, trabalho, assistência e previdência social, e justiça para a população idosa (Brasil, 1994). Esta lei também considerou a vulnerabilidade do idoso com relação à violência, principalmente a violência doméstica (CASTRO *et al.*, 2013).

Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso – CRAS (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A Portaria no. 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa tem o objetivo de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. Essa Portaria ainda determina que o Ministério da Saúde elabore ou adapte seus programas, projetos e atividades às diretrizes e responsabilidades estabelecidas. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Ainda em 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Inter gestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ações capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Inter gestores Tripartite. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar e vida digna.

Ressalta-se que o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro, bem como os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde, o conhecimento atual da Ciência, o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica, a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso e o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se na participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; no fomento à saúde e bem-estar na velhice (promoção do envelhecimento saudável) e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

Vale ressaltar que a necessidade de enfrentamento dos desafios como a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio, número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar

ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso, são enormes. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental e a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, bem como a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso são fatores relevantes e de extrema importância, porém também muito incipientes.

3.4 ANÁLISE DA LEI 10.741 DE 2003 – Estatuto do idoso – Capítulo IV Direito à Saúde

A história do direito do idoso acompanha as transformações sociais. A Constituição de 1988 estabeleceu os fundamentos de organização política e social fixando uma declaração de direitos e garantias fundamentais. Nela houve a preocupação em reduzir as intoleráveis discriminações e instituir uma sociedade para todos os cidadãos por meio do princípio da dignidade humana.

Tendo por fundamento as premissas estabelecidas na Constituição, o Estatuto do Idoso tornou-se um marco de proteção ao idoso no Brasil. O Estatuto veio a preencher a ausência de uma regulação específica destinada a assegurar o atendimento das reivindicações da sociedade em prol da proteção e garantia dos direitos dessa categoria social. A trajetória do processo que culminou na aprovação do Estatuto em 2003 é marcada por mobilizações do movimento social dos idosos em defesa da garantia dos seus direitos, entretanto a discussão interna entre os associados de inúmeras entidades que representam os interesses de idosos e aposentados começou a partir dos anos 1970 e foi consolidando-se até meados da década de 1990.

As entidades e os órgãos de defesa dos interesses das pessoas idosas tiveram um papel decisivo na aprovação do Estatuto do Idoso. Foram os ativistas de entidades representativas de aposentados, o Movimento dos Servidores Aposentados e Pensionistas (MOSAP), a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), a Associação Nacional de Gerontologia, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), entre vários outros dirigentes e idosos de todo o país que provocaram ampla pressão social em defesa do projeto. Após o debate em conjunto com a representação da sociedade civil e a definição dos parâmetros e diretrizes para a referida lei foi realizado, em 22 de novembro de 2001, na Câmara dos Deputados, o seminário

que tornou público o texto aprovado pela Comissão Especial, visando à aprovação do projeto de lei do Estatuto do Idoso.

Assim, após o avanço das discussões por parte de toda a sociedade brasileira, o Estatuto do Idoso foi aprovado por unanimidade pelo Plenário da Câmara e pelo Senado Federal, em 21 de agosto de 2003 sendo sancionado pelo então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Nas normas presentes no Estatuto, encontram-se preceitos amplamente debatidos pela sociedade, revelando um caráter protetivo dos direitos fundamentais da parcela da população com idade igual ou superior a 60 anos e reconhece direitos importantes ligados à saúde, ao transporte, à moradia, lazer, educação, dignidade do idoso entre outros. No entendimento de Godinho (2010) embora o Estatuto do Idoso não seja inovador em vários de seus dispositivos, indiscutivelmente ele inaugura uma nova era no reconhecimento dos direitos dos idosos.

O Estatuto é composto por 118 artigos estruturados em sete títulos que tratam dos mais variados aspectos, abrangendo “desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes mais comuns cometidos contra as pessoas idosas”, conferindo assim direitos e estipulando deveres para melhoria de vida dos idosos. Cabrera (1999, p. 93) enfatiza que o “Estatuto estabelece regras de direito público, privado, previdenciário e processual civil, incluindo, ainda, a proteção penal do ancião. O referido texto legal constitui, sem dúvida alguma, a consagração legal da Política Nacional do Idoso”.

Uma questão interessante a ser pensada diz respeito à motivação para aprovação de um Estatuto do Idoso, uma vez que já se tinha instituída uma Política Nacional para esse segmento. Segundo Sandra Julião:

A Política Nacional do Idoso, como o próprio nome indica, é de ordem eminentemente programática, estabelecendo somente princípios e diretrizes para promover os direitos dos idosos. Da mesma forma que o Estado não se instrumentalizou para assegurar aquilo que havia sido previsto em lei. E, o pior, não havia nenhuma previsão legal de qualquer penalidade para o caso de omissão ou descumprimento daquilo que estava disposto naquela legislação, que é meramente programática (JULIÃO, 2004, p. 12).

Com efeito, conforme observado pela autora, apesar de aprovada, a PNI na prática não conseguiu ser viabilizada de todo, crescendo a necessidade da implantação do Estatuto como uma forma de consolidar os direitos dos idosos que estavam de certa forma contemplados em leis esparsas.

O principal aspecto inovador do Estatuto são as sanções penais e administrativas para quem descumprir os direitos ali estabelecidos, acentuando as penalidades nos crimes cometidos contra o idoso, aspecto que lhe diferencia da Política Nacional do Idoso. Nas diversas disposições dos vários artigos, o Estatuto institui diretrizes, princípios e regras específicas para o atendimento das garantias da pessoa idosa. São direitos de interesse social, conferidos aos idosos no Estatuto: o direito à vida, liberdade individual, cidadania, saúde, alimentos, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e o trabalho, previdência social, assistência social, habitação e transporte.

O primeiro ponto a destacar no Estatuto refere-se à definição de quem é idoso para os fins da proteção legal. O sujeito titular desse direito como definido no art.1º é a pessoa maior de 60 anos de idade, ratificando o patamar estabelecido pela ONU em 1982 na I assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Viena. Entretanto, ao longo do texto vemos algumas contradições, quando determina a idade superior a 65 anos para inclusão em alguns benefícios legais, como Previdência e a gratuidade dos transportes.

Com relação às competências na garantia dos direitos o art. 3º determina que seja “obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito”. Conteúdo idêntico ao do artigo 3º inciso I da PNI que também dispõe sobre as obrigações familiares, sociais e do Estado com relação ao idoso. Tavares (2006, p.22) salienta que o artigo 3º do Estatuto do idoso, “instituiu o princípio da solidariedade no dever de cumprir todas as disposições estatutárias, em primeiro lugar a família, subseqüente a sua comunidade a sociedade civil e em sentido mais amplo a Administração pública”, ou seja, o comprometimento de todos por uma velhice mais digna.

O Estatuto assegura, ainda, algumas garantias de prioridades para os idosos, como: prioridade no atendimento de entidades públicas e privadas, preferência na formulação de projetos destinadas ao segmento, pronto atendimento nas unidades prestadoras de serviços de saúde e de assistência social, aprimoramento dos recursos humanos em atividades de geriatria e gerontologia e nas demais áreas de cuidado ao idoso. O Estatuto estabelece também no Título IV a política de atendimento ao idoso, definindo a filosofia dos serviços a serem prestados sistematicamente aos idosos, ou seja, determina as entidades de atendimento, seus requisitos, princípios e obrigações a serem seguidos por cada instância, trata ainda da fiscalização dessas entidades de atendimento e penalidades aplicadas em descumprimento das

determinações da lei, bem como das apurações administrativas e judiciais nas infrações às normas de proteção e irregularidades nas entidades de atendimento.

Nas palavras de Camarano (1999, p. 270) a legislação relativa à atenção dos idosos até recentemente permaneceu fragmentada, mas a aprovação do Estatuto do Idoso conseguiu reunir, em uma única e ampla peça legal, muitas das leis e políticas já aprovadas, incorporando “novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos”.

Por fim, um Título (II) específico é dedicado aos Direitos fundamentais dos idosos, que por se tratar de direitos básicos, são essenciais a qualquer pessoa na obtenção de uma vida digna.

Os Direitos fundamentais sintetizam os valores básicos de uma sociedade democrática tendo por princípio último realizar, na sua plenitude, a dignidade da pessoa humana. No entendimento de Cunha, os direitos fundamentais se observados em sentido estrito e:

são todos aqueles que correspondem aos direitos sociais propriamente ditos, consistentes em posições jurídicas que objetivam realizar os ideais de liberdade e igualdade materiais, reais e efetivas, pressupondo um comportamento ativo do Estado no fornecimento de prestações materiais sociais saúde, educação, assistência social, cultura, etc., (CUNHA, 2009, p. 658).

Assim, os direitos, para efetiva e especial proteção da velhice, regulados no Estatuto do idoso, tem por fundamento os direitos humanos fundamentais conferidos na Constituição Federal de 1988. O art. 2º do Estatuto, por exemplo, reafirma o preceito Constitucional (art. 5º), de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza e torna-se enfático ao dispor que os idosos gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana assegurando-lhe, liberdade e dignidade.

Conforme Tavares (2006), explicita que a proteção integral devida ao idoso engloba todos os direitos fundamentais, sobre o prisma da dignidade humana. Valer ressaltar que a introdução dessa lei esteve ligada a um contexto de luta em que os idosos, suas entidades representantes e as associações de aposentados reivindicavam o direito de igualdade em relação a outros segmentos sociais, de forma a garantirem oportunidades concretas definidas por instrumento legal.

O primeiro capítulo do Estatuto do Idoso - Dos Direitos Fundamentais, confere aos idosos o direito à vida. Conforme Cunha (2009, p. 659) “o direito à vida é um direito legítimo

de defender a própria existência e de existir com dignidade, a salvo de qualquer violação”. O direito à vida é ainda garantido pelo Estatuto nos artigos 8º e 9º, que tratam do envelhecimento como um direito personalíssimo, e sua proteção como um direito social. Dessa forma, esse capítulo do Estatuto trata do direito à vida no sentido de que, não basta tão-somente existir fisicamente, mas é preciso ter o direito de viver um envelhecimento saudável, que lhe confira um envelhecer digno a todo cidadão.

A leitura que Almeida (2005) faz desse primeiro capítulo, é de que cabe então ao Estado a obrigação de garantir à pessoa idosa proteção à vida e à saúde, que consistem no respeito à integridade física e moral por meio da efetivação de políticas sociais públicas. Assim, ao Estado é imposto o dever permanente de realizá-los, pois, o direito fundamental a vida, se constitui como condição primária para os demais direitos.

No capítulo II, artigo 10º do Estatuto está estabelecido que é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

Tal artigo confere ao idoso a qualidade de sujeito de direitos individuais, políticos, civis e sociais. O direito à liberdade (art. 10, § 1º) compreende a faculdade de locomoção, o direito de ir e vir, opinião e expressão, crença e culto religiosos, prática de esportes e diversão, participação na vida familiar e comunitária, participação na vida política, na forma da Lei, faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação. O direito ao respeito (art. 10, § 2º) explica que deve ser garantida a integridade física, psíquica e moral, preservação da imagem, da identidade, de valores e crença. E no direito à dignidade (art.10, § 3º) é estabelecida a salvaguarda contra o tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Sendo que é obrigação do Estado e da sociedade a positivação desses direitos da pessoa idosa. Contudo, o que temos visto é a transferência desse encargo para a família, já que segundo Debert e Simões (2006) no Brasil contemporâneo, a família passou a ocupar a cena das políticas sociais assumindo o papel como principais cuidadores dos idosos. A obrigação alimentar é outro direito mencionado no Estatuto do Idoso inserida no capítulo III e prevê que a prestação de alimentos é devida aos idosos que não possuam meios para a sua subsistência, garantindo assim recursos que possam subsidiar a alimentação no sentido de viabilizar as condições dignas de sobrevivência. Nesse sentido, a obrigação prioritária em garantir a alimentação é da parentela, tais como filhos, netos, irmão, companheiro entre

outros. Caso o idoso não possua vínculos de parentesco, caberá ao Estado assumir tal responsabilidade através de recursos da Assistência Social.

No capítulo IV do artigo 15º ao 19º afirma-se o primado da saúde, um direito extremamente fundamental, por estar intimamente ligado ao direito a vida. No direito à saúde art. 15 é assegurada a universalização da assistência à saúde do idoso que em hipótese alguma estará sujeita a restrição, dando ao idoso o acesso pleno a todo e qualquer tipo de tratamento nas diversas especialidades médicas.

O poder público deve garantir ao idoso acesso à saúde, criando serviços alternativos de prevenção e recuperação da saúde, conforme preceitua o art. 15 da Lei 10.741/2003, *in verbis*:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, 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 as pessoas idosas (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022).

Isto posto, o idoso tem direito receber assistência integral à saúde pela rede pública, assim como o direito ao atendimento preferencial nos postos de saúde e hospitais municipais, juntamente com as gestantes, deficientes, devendo os mesmos ser adaptados para o seu atendimento. O idoso também tem direito de ser vacinado anualmente contra gripe e pneumonia, bem como o idoso deve ser informado sobre a prevenção e controle da osteoporose, diabetes, hipertensão, colesterol, etc.

Ainda segundo art.15, § 1º, Capítulo IV, do Direito à Saúde, a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de prevenção geriátrica: a fim de impedir o surgimento de doenças; para realizar um diagnóstico precoce e adotar uma terapêutica eficiente e por fim retardar a progressão da doença e reabilitar o paciente para que a doença não fique crônica.

O artigo 3º do Estatuto garante também ao idoso o 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, enquanto que no artigo 15, garante atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal e igualitário, com o objetivo de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde de pessoas acima dos 60 anos, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Prevê também o cadastramento da população idosa, com atendimento geriátrico e gerontológico ambulatorial, assim como atendimento médico domiciliar para os que necessitarem, bem como a reabilitação orientada para redução de sequelas, fornecimento de medicamentos gratuitos, principalmente os de uso continuado e atendimento especializado a idosos com limitação incapacitante.

Imperioso registrar também que é vedado qualquer tipo de discriminação ao idoso na cobrança de planos de saúde. Em caso de internação ou de o paciente ficar em observação, o Estatuto assegura ao idoso o direito de ter acompanhante. O profissional de saúde fica encarregado de autorizar a presença do acompanhante ou, em caso de impossibilidade, justificá-la. O idoso que estiver em pleno domínio de suas faculdades mentais pode optar pelo tratamento de saúde que considerar mais favorável. Se não estiver apto a fazê-lo, ficarão incumbidos dessa responsabilidade, nessa ordem: o curador, os familiares e o médico.

O Estatuto estabelece que as instituições de saúde devem promover o treinamento e capacitação de profissionais e a orientação de familiares, cuidadores e programas de auto-ajuda. Em caso de suspeita de maus-tratos contra idosos devem ser avisados os seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

Ainda no art. 15 do Estatuto garante atendimento preferencial, prevenção e manutenção da saúde dos idosos no Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei 8.080/90 (SUS – Sistema Único de Saúde), através de medidas efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; 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; reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

Conforme preceitua o § 2º do Estatuto, “Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”. Sabe-se que as conquistas dos idosos garantem o fornecimento de remédios gratuitos, assim como próteses e

outros recursos relativos ao tratamento, habitação ou reabilitação, bem como o atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde – SUS.

Os planos de saúde ficam proibidos de discriminar idosos e fazer reajustes considerando cobrança diferenciada por faixa de idade. A Lei 9.656/98 - Planos de Saúde, no seu art. 15, parágrafo único, faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei em razão da idade do consumidor, desde que sejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme critérios e parâmetros gerais fixados pelo CNSP- Conselho Nacional de Seguros Privados. Sendo importante ressaltar que é vedada a variação a que menciona o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, se já participarem do mesmo plano ou seguro, ou sucessor, há mais de dez anos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS alterou as regras de faixas etárias para adequar os contratos dos planos de saúde ao Estatuto do Idoso, que proíbe o reajuste para usuários com mais de 60 anos. Desde janeiro de 2004 passaram a existir dez faixas etárias. A regra atual também permite uma diferença de preço de 500% entre o usuário da primeira faixa (de 0 a 18 anos) e da última (59 anos ou mais). Nos planos com contratos assinados de janeiro de 99 a dezembro de 2003 continham sete faixas etárias e os mesmos 500% de aumento entre elas. Já para os planos anteriores à Lei 9656/98 vale o que está escrito nos contratos, que não têm qualquer padronização em relação às faixas e aos reajustes.

As regras atuais de 10 faixas só valem para contratos novos assinados a partir de janeiro de 2004. Os demais, que são a maioria, ficam como estão, e podem continuar reajustando mensalidades após os 60 anos de idade. Com as novas regras foram antecipados os reajustes. Antes concentradas nas faixas 50-59 anos e 60-69 anos, os reajustes passam a acontecer com mais intensidade já a partir dos 39 anos. Houve uma distribuição maior dos reajustes, pois, agora acontecem de 5/5 anos e não de 10/10 anos.

A conclusão é de que as novas regras beneficiam as empresas, mantêm as distorções anteriores e pioram ainda mais a situação, pois encarecem os valores dos planos e antecipam a “expulsão” dos idosos. A regulamentação deve ser revista com a diminuição de dez faixas etárias e diminuição do reajuste de 500% entre a primeira e a última faixa. Os órgãos de defesa do consumidor defendem a existência de 05 faixas etárias e 100% de reajuste entre elas.

No § 4º prescreve que os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei. Ou seja, ninguém pode ser impedido de participar de plano ou seguro de saúde por causa da idade ou doença. A mensalidade do plano de saúde da pessoa com mais de 70 anos não pode custar seis vezes mais do que a menor mensalidade cobrada pelo mesmo plano. A partir dos 60 anos, quem estiver associado ao mesmo plano ou seguro saúde por mais de dez anos não terá aumento de mensalidade por mudança de faixa etária e qualquer aumento de mensalidade deverá ser autorizado pelo governo. Ao se aposentar, o trabalhador que tiver contribuído para um plano contratado pela empresa por, no mínimo, dez anos poderá continuar no plano desde que passe a pagar também a parte que antes era da empresa. Com menos de dez anos, o candidato à aposentadoria poderá continuar no plano durante um período igual ao tempo que contribuiu, também pagando as mensalidades.

No art. 16. É assegurado ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. A lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 regulamentou os direitos do Idoso, dispondo em seus artigos 16 e seguintes prerrogativas em caso de necessidade de atenção à saúde em unidades de atendimento, em especial no que diz respeito ao direito a acompanhante em caso de internação ou em caso de observação.

O Idoso portador de plano de saúde, com direito a internação em quarto individual, já tem assegurado o direito a acompanhante durante todo o período de internação, vez que, nesses casos, existe plenas condições de manutenção do acompanhante, sem que haja risco ao paciente internado. Nos casos mais comuns, de internação em enfermaria, especialmente através do Sistema Único de Saúde, o problema pode ser mais complexo, uma vez que a permanência de muitos acompanhantes num pequeno espaço pode gerar risco de danos aos internados.

O Sistema Único de Saúde não prevê pagamento de despesas feitas por acompanhante. Os planos de saúde com direito a internação em enfermaria, igualmente não preveem esse tipo de despesa. Ora, em especial nos hospitais públicos, a grande maioria dos pacientes são pessoas de pouca posse, sendo certo que os acompanhantes não dispõem, na maior parte das vezes, de condições financeiras para arcar com os custos de mais de uma refeição por dia.

Percorrendo o art. 17. prevê: “Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”. O envelhecimento é um processo biológico natural cujo conhecimento científico pode contribuir para atenuar as limitações próprias da idade. Como em outras situações, os profissionais da saúde e a população em geral devem estar alertas para a propaganda indiscriminada de produtos milagrosos, não comprovados cientificamente. Cuidados com a dieta são fundamentais para a saúde do idoso. A ciência aponta também para as vantagens do exercício físico na terceira idade. Atualmente se faz extremamente presente o desafio da Ciência na busca do aumento da expectativa de vida com melhor qualidade para a terceira idade.

O Art. 18 reza que “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda”, poderá cair no esquecimento, até porque é mais uma cobrança que se faz para a rede prestadora de serviços médico- hospitalar sem a contrapartida correspondente. Há, também, dificuldade na fiscalização das mesmas.

Em que pese os idosos serem mais propensos a enfermidades, especialistas afirmam que não é possível apontar diferenças fisiológicas entre pessoas com 60 e 65 anos de idade. Mas as chances de ter algumas doenças aumentam com o passar dos anos. Alguns problemas de saúde aparecem com mais frequência em quem tem maior idade, como Hipertensão, Diabetes, Derrame, Infarto, Úlcera, Perda de Audição, Perda de Memória, Problemas de visão, Perda de massa muscular, Artrose, Tumores, dentre outros, conforme estudo no Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica, nº 19, Brasília, DF, 2006 .

O Estatuto do Idoso, Lei 10741/03, tem como fundamento estabelecer direitos a todos os cidadãos a partir de sessenta anos, assim como deveres e medidas de punição. Segundo Gomes (2009, p.35) “é a forma legal de maior potencial da perspectiva da proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa”.

Esta lei reforça e complementa em alguns casos o que foi estipulado na Política Nacional do Idoso. De acordo com suas regras, nenhum idoso pode ser vítima de nenhum tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, sendo dever de todo cidadão

comunicar à autoridade competente qualquer fato que atente contra os direitos dos idosos (Brasil, 2003).

A lei reconhece o envelhecimento como um direito personalíssimo, sendo um direito social que requer a proteção do Estado contra, por exemplo, violação da integridade física, psíquica e moral; liberdade, saúde, crenças, identidade, assistência social, esporte, lazer, envelhecimento saudável, seguridade social, educação, diversão, transporte coletivo público gratuito para maiores de 65 anos (BRASIL, 2003).

Estas ações devem contemplar a implementação de políticas sociais básicas, políticas e programas de assistência social, serviços especiais de prevenção e atendimento aos idosos vítimas e maus tratos, negligência, exploração, abuso, crueldade; criar serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis em se tratando de idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência; proteção jurídico-social de seus direitos e mobilização da opinião pública para que os diversos segmentos da sociedade participem de ações voltadas ao atendimento dos idosos (BRASIL, 2003).

Ressalta-se, ainda, a importância de uma atuação dos Conselhos do Idoso que, junto com o Ministério Público e a Vigilância Sanitária, têm a função de fiscalizar a atuação das entidades governamentais e não governamentais que tratam e amparam os idosos. Os Conselhos também têm a função de avaliar da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (BRASIL, 2003).

Isto posto, assevera que existem Leis suficientes para efetivação dos direitos dos idosos, porém mesmo com a fiscalização das instituições acima pontuadas, verifica-se que ainda existe uma lacuna concernente a quantitativo de pessoal, bem como políticas públicas que não refletem a realidade da população ou até mesmo a falta de recursos destinados a colocar em prática o quanto positivado.

4. NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DO IDOSO

Com as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro em consequência do aumento da expectativa de vida da população, torna-se cada vez mais urgente o planejamento e adequação dos ambientes assistenciais e à saúde das pessoas idosas. O crescimento deste grupo etário significa mudanças na vida do indivíduo, na dinâmica familiar e na estrutura da sociedade. Neste contexto as políticas públicas de amparo ao idoso estimulam ações que buscam a promoção do envelhecimento saudável e qualidade de vida, bem como a ampliação e renovação dos modelos institucionais de atenção à saúde.

Após o fim da 2ª Guerra Mundial, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH), em 10 de dezembro de 1948, reconhecendo que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, dotados de razão e consciência, devendo agir com espírito de fraternidade.

Tendo estes dados como pressuposto, necessário assegurar a assistência e à saúde do idoso garantido pelo Carta Magna de 1988.

4.1 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

No Brasil, a Constituição vigente contempla o direito à saúde como direito humano fundamental social, no art. 6.º, que assim dispõe:

Artigo 6º da Constituição Federal de 1988: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (VADE MECUM, 2017).

A saúde é um direito fundamental do ser humano, inerente ao direito à vida (art.5º da Constituição Federal de 1988) e a dignidade da pessoa humana (art.1º, inciso III da Constituição Federal de 1988), condição para o pleno exercício dos demais direitos.

Quando pensamos à saúde, conceito abstrato, imaginamos como um estado de completo bem estar físico, mental e social, materializado na vida com dignidade. Saindo do plano abstrato do conceito, percebemos que somente será possível a vivificação deste direito quando associado ao direito à vida e ao princípio da dignidade. Continuando a digressão do

pensamento fundado, é necessário pontuar o conceito de vida e dignidade da pessoa humana e sua interface com o direito à saúde.

O dever do Estado para com a vida de cada pessoa, conceito integral de vida, abarca o status negativo, do Estado Liberal, e o status positivo, do Estado Social, ou seja, ao tempo em que ao Estado não é permitido invadir ou violar a esfera individual, cabe a este criar os mecanismos jurídicos e materiais para a sua preservação e sobrevivência. Nesta linha, pode-se afirmar que a *ratio* do direito à saúde é tutelar o direito à vida, à integridade física e moral, bem como, o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Isto posto, segundo o art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Vale registrar que no Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconheceu os direitos da pessoa idosa em seu texto nos artigos 3º, IV; 7º, XXX; 14º, §1º, II, b; 201º; 203º; 229º e 230º. Assim, observa-se que um dos objetivos fundamentais do Estado brasileiro é a promoção do bem de todos, independentemente de origem, raça, sexo, cor, idade e demais formas de discriminação. É proibida também a existência de diferença salarial e/ou exercício de funções por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. E aos idosos maiores de setenta anos o voto é facultativo.

O direito à saúde, portanto, é um direito do indivíduo frente ao Estado, bem como direito deste frente aos demais de sua espécie. Neste sentido, como um direito do indivíduo frente ao Estado e aos demais, deve ser aplicado tanto na função de defesa, como na função de proteção e prestação.

Nesta perspectiva o direito à saúde exige do Estado um *facere* e um *non facere*, ou seja, não intervenção, refletida no respeito à autodeterminação de cada indivíduo, e um *facere* que corresponde à prática de ações e serviços que garantam a fruição plena do direito à vida de cada indivíduo. A proteção, pelo Estado, desse direito fundamental, "deve ser prioridade em qualquer sociedade, ou seja, “deve ser compreendido, interpretado e aplicado como norma jurídica vinculativa” (CANOTILHO, 2003, p. 378).

Logo, o direito fundamental à saúde como os demais direitos fundamentais, são “normas dotadas de vinculatividade imediata dos poderes públicos constituem parâmetros

materiais de escolhas, decisões, ações e controle, dos órgãos legislativos, administrativos e jurisdicionais” (CANOTILHO, 2003, p. 379).

O direito fundamental à saúde, no plano formal, ou seja, o direito constitucionalizado, vincula os poderes públicos e delimita os deveres deste quanto à sua efetividade. O Estado-poder deve priorizar as ações na área da saúde, por se tratar de um direito fundamental da pessoa humana, sem o qual haverá a privação de todos os demais direitos fundamentais.

Na mesma proporção e simetricamente ao direito à saúde, está a gênese do dever fundamental do Estado de defender e promover a saúde, conforme preceitua o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil. Nesta seara, o direito à saúde emerge na dimensão subjetiva e objetiva, ou seja, ao tempo em que assegura ao indivíduo o direito à proteção da saúde, implica na imposição de deveres ao Estado, com fins de concretude.

Conforme adverte Paulo Bonavides (2003), a dimensão jurídico-objetiva dos direitos fundamentais resultou em “inovações constitucionais de extrema importância e alcance, tais como: a) a irradiação e propagação dos direitos fundamentais a toda a esfera do Direito Privado; b) a elevação de tais direitos à categoria de princípios, de tal sorte que se convertem no mais importante polo de eficácia normativa da Constituição; c) a eficácia vinculante, cada vez mais enérgica e extensa, com respeito aos três Poderes, nomeadamente o Legislativo; d) a aplicabilidade direta e eficácia imediata dos direitos fundamentais, com perda do caráter de normas programáticas; e) a dimensão axiológica, mediante a qual os direitos fundamentais aparecem como postulados sociais que exprimem uma determinada ordem de valores e ao mesmo passo servem de inspiração, impulso e diretriz para a legislação administração e a jurisdição; f) o desenvolvimento da eficácia *inter privatos*, ou seja, em relação a terceiros, com atuação no campo dos poderes sociais, fora, portanto, da órbita propriamente dita do Poder Público ou do Estado, dissolvendo, assim, a exclusividade do confronto subjetivo imediato entre o direito individual e a máquina estatal; g) a aquisição de um “duplo caráter”, ou seja, os direitos fundamentais conservaram a dimensão subjetiva – da qual nunca se podem apartar, pois, se o fizessem, perderiam parte de sua essencialidade - e recebem um aditivo, uma nova qualidade, um novo feitio, que é a dimensão objetiva, dotada de conteúdo valorativo-decisório, e de função protetora tão excelentemente assinalada pelos publicistas e juízes constitucionais da Alemanha; h) a elaboração do conceito de concretização, de grau constitucional, de que se têm valido, com assiduidade, os tribunais constitucionais do Velho Mundo na sua construção jurisprudencial em matéria de direitos fundamentais; i) o emprego

do princípio da proporcionalidade vinculado à hermenêutica concretizante, emprego não raro abusivo, de que derivam graves riscos para o equilíbrio dos Poderes, com os membros da judicatura constitucional desempenhando de fato e de maneira insólita o papel de legisladores constituintes paralelos, sem todavia possuírem, para tanto, o indeclinável título de legitimidade; e j) a introdução do conceito de pré-compreensão, sem o qual não há concretização” (BONAVIDES, 2003, p. 588 e ss.).

Quando o indivíduo recorre ao Estado-prestador para a proteção do direito à saúde, não pode este, em hipótese alguma, negar este direito ao indivíduo, pois caso contrário, estará consentindo e violando o direito à vida e desrespeitando o princípio da dignidade da pessoa humana, ferindo frontalmente ao primado da Constituição, que assegura a todos os direitos fundamentais. O §1º do artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil estabelece que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. Logo, o direito à saúde, imanente ao direito à vida e dignidade da pessoa humana, é um direito de aplicação imediata.

Finalmente, cumpre ressaltar, que se ao Estado compete a tarefa de estruturar o Sistema Único de Saúde de forma a garantir a prestação continuada das ações e serviços em favor da saúde no plano coletivo e individual, de igual modo, cabe a cada pessoa cuidar de sua saúde.

Ao direito à saúde, inserto na Carta Maior, corresponde um dever dirigido ao Estado, coletividade e indivíduo. A saúde como um bem da vida, exige do seu titular a adoção de medidas para assegurá-la e preservá-la. Em outras palavras, cabe a cada um tomar as medidas necessárias, que estejam ao seu alcance, como por exemplo buscar a instrução no plano social e higiene no plano físico, para assegurar uma qualidade de vida.

A saúde é um bem indisponível e inviolável com implicações para o indivíduo, coletividade e Estado. Neste sentido, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe no art. 2º, § 2º que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. O dever de cada membro da sociedade, para com o seu próprio bem estar, físico, mental e social, tem por limite o direito do outro.

Segundo TESSLER (2001), *literis*:

“Utilizando a ideia do direito alemão, poderíamos falar em uma “Selbstwirkung” os efeitos em si próprio das regras, constitucionalmente, impostas como deveres do Estado e erigidas em atenção à saúde individual. A ideia de dignidade humana passa, necessariamente, pela construção da própria dignidade pessoal. A exigência de atenções por parte de terceiros reclama o inicial cuidado próprio”

O direito à saúde tem duas faces, uma no plano individual, que diz respeito diretamente à modificação do estado de saúde para o estado doença, com a necessidade imediata de restabelecimento desta através de ações curativas, e outra, no plano coletivo, que se relaciona com as ações preventivas.

Assim, quando falamos em direito à saúde, devemos aplicá-la na perspectiva do indivíduo e da coletividade. Para uma compreensão das duas dimensões deste direito e seus reflexos no mundo jurídico, temos como exemplos de ações preventivas de cunho coletivo: obras de saneamento, campanhas de vacinação, hipertensão, diabete, controle da qualidade da água, etc., e como exemplos de ações curativas de cunho individual: o atendimento médico individualizado, internamento, fornecimento de medicamentos, cirurgias, dentre outros.

Desta forma, o direito à saúde, no plano coletivo, como ações preventivas, é um direito social, logo, norma de cunho programático, o que não exclui a prioridade por parte do Estado, quanto à alocação de recursos, por ser de relevância pública.

Nesta esteira, cumpre lembrar as palavras do constitucionalista Paulo Bonavides, ao afirmar que “as chamadas normas programáticas foram sempre uma espécie de salvo-conduto para as omissões do constitucionalismo liberal no campo da positividade social do direito”(BONAVIDES, 2003,p. 630).

Não pode mais o Estado, responsável direto pela prestação material objetiva do direito social, adiar *ad eternum* um direito fundamental, utilizando o caráter de norma programática destes, como instrumento para impedir a sua concretude. Sem a concretização dos direitos sociais não se poderá alcançar jamais “a sociedade livre, justa e solidária”, contemplada constitucionalmente como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil (art.3º).

O mesmo tem pertinência com respeito à redução das desigualdades sociais, que é, ao mesmo passo, um princípio da ordem econômica e um dos objetivos fundamentais de nosso ordenamento republicano, qual consta respectivamente do art. 170, VII, e do sobredito art.3º” (BONAVIDES, 2003).

O Direito à saúde, no plano coletivo, é um direito que tutela o bem da vida, logo, deve ser garantido e priorizado com fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana e o princípio do não retrocesso social.

O direito à saúde, na perspectiva do indivíduo, enquanto um direito à existência com dignidade, ele assume as feições dos direitos, liberdades e garantias. Quando o Estado não consegue, através de medidas preventivas garantir uma qualidade de vida, e se inverte o estado de saúde para o estado doença, surge para o indivíduo o direito de exigir uma prestação imediata.

O direito à vida, enquanto um direito fundamental deve ser garantido tanto como um direito de defesa, *status* negativo, como no *status* positivo, quer isto dizer que, ao mesmo tempo em que impede que o Estado interfira na esfera privada do indivíduo, assegura que através de um *facere* do Estado, este bem maior não será ceifado. Imaginar que o Estado, quando acionado pelo indivíduo, pode negar o internamento ou medicamento, em caso de visível perigo de vida, ou seja, quando se inverte o estado de completo bem estar físico e mental, é conceber que, àquele é permitido dispor da vida humana. Admitir este raciocínio significa quebrar a lógica do Estado Social de Direito.

Defender a ideia de que a prestação estatal positiva em favor da saúde humana está condicionada à existência de recursos nos cofres públicos, é o mesmo que afirmar que o direito existe somente no plano formal e, mais, é aniquilar a existência e dignidade humana. Por óbvio que este não pode ser o raciocínio aplicado, posto que, neste caso, o direito à saúde é uma manifestação da própria vida, logo um direito de defesa do indivíduo, instrumento para a preservação da vida humana.

Isso, contudo, não tem sido o bastante, pois o reconhecimento e a declaração constitucional do direito à saúde, tal como outros direitos sociais contemplados na Carta Federal, e a existência de leis específicas que tratam da questão saúde não têm significado a garantia de sua efetividade, o que nos instigou a pesquisar o tema²⁶.

²⁶ Muitas são as normas constitucionais que tratam diretamente da saúde, o que pode demonstrar, a princípio, preocupação do poder constituinte em conferir plena efetividade às ações, políticas e programas nessa área. Os arts. 7a , XXII (redução de riscos no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança), a EC n. 29/2000 (alínea e acrescentada ao inciso VII do art. 34, possibilitando a intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal), a EC n. 29/ 2000 (alteração do inciso III do art. 35 que possibilita a intervenção dos Estados nos Municípios) e o art. 208, VII (inclui a assistência à saúde entre os programas suplementares à educação no ensino fundamental) são alguns exemplos dessas normas. Do ponto de vista infraconstitucional, o direito à saúde está contemplado na Lei Orgânica de Saúde — LOS, cujo conteúdo está disposto nas Leis ns. 8.080/90 e

4.2 DIREITO À SAÚDE NA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde está intimamente ligado ao direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Na Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, também se menciona a saúde como parte do direito a um nível de vida adequado (art. 25). O direito à saúde também foi reconhecido como direito humano pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, supracitado (ONU, 1948).

Vale salientar que o direito à saúde não se limita apenas ao atendimento hospitalar ou em unidades básicas de saúde. É bem verdade que o acesso a serviços tenha extrema relevância, como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

Sarlet (2017) nos alerta para o fato de que, em vários contextos, são utilizadas, indistintamente, as expressões como direitos humanos, direitos do homem, direitos subjetivos públicos, liberdades públicas, direitos individuais liberdades fundamentais, que seriam categorias mais limitadas do que o amplo universo abrangido pelo que chamamos de direitos fundamentais:

(...) ao passo que, no âmbito da filosofia política e das ciências sociais de um modo geral, bem como no plano do direito internacional, a expressão mais utilizada siga

8.142/90. Esta disciplina as questões financeiras e a participação da sociedade nas ações de saúde; aquela, por sua vez, cuida da regulamentação político-administrativa do SUS.

sendo a de direitos humanos, no domínio do direito constitucional (...) a opção terminológica pelos direitos fundamentais acaba sendo a mais afinada com o significado e conteúdo de tais direitos na Constituição, para além do fato, já referido, de que se cuida da terminologia adotada pelo próprio constituinte brasileiro (SARLET, 2017, p. 302-303).

Os direitos do homem viriam da própria natureza humana e, por isso, seriam invioláveis, atemporais e universais; e os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes, numa ordem jurídica concreta (CANOTILHO, 1991, p. 529).

Resta patente que com o desenvolvimento das relações econômico-sociais, a preocupação com os direitos humanos também evoluiu para um novo patamar, que envolvia direitos sociais, culturais e econômicos, a não exigir a ausência, o afastamento do Estado, mas, pelo contrário, sua presença e proteção em tais relações, direitos esses que se vieram acumular aos direitos individuais e civis.

Com efeito, não há dúvida de que os direitos fundamentais são direitos humanos, pois sua titularidade é sempre do ser humano, mesmo que representado por coletividades ou grupos, mas a distinção deve ser feita, considerando o contexto do direito constitucional positivo.

O desejo mais importante da humanidade é o que define seu caráter de ser humano: a liberdade. Todos a querem, precisam dela, tanto a pessoal, como a de espírito, assim também a liberdade econômica e a liberdade de política. Sendo assim, a liberdade é uma necessidade básica e pressuposto da humanização, as normas que devem garanti-la são chamadas de direitos fundamentais, assim chamados porque nenhum outro direito existe sem eles. A garantia de liberdade é um dos pressupostos de legitimidade de toda a ordem jurídica, na lição de Michael e Morlok (2016, p. 47), que colocam os direitos fundamentais entre os elementos nucleares de uma Constituição.

Os autores nos ensinam, também, que os direitos fundamentais pertencem a uma categoria jurídica construída, constitucionalmente, para a proteção da dignidade humana, em todas as suas dimensões. São multifacetados e protegem o ser humano em sua liberdade – direitos civis e garantias individuais -, em suas necessidades – direitos econômicos, sociais e culturais - e na preservação da espécie - direitos à fraternidade e à solidariedade (ARAÚJO; NUNES JÚNIOR, 2017, p. 153).

Muitos doutrinadores sustentam que o direito à vida, do qual o direito à saúde é derivado, é um pressuposto inafastável para o pleno e digno desenvolvimento da personalidade. Müller (2014) quando ressalta que “o direito à saúde é o umbral do direito à vida e, sem dúvida, um dos pressupostos básicos da dignidade e do desenvolvimento da pessoa.

A autora ressalta, ainda, que “o direito fundamental que protege a vida digna é o direito à vida, que compreende um sem-número de facetas, como o direito à saúde e o direito a uma vida decente”. A mesma completa, ao afirmar que: “o direito à saúde é um direito derivado do direito personalíssimo à vida, a saúde é uma situação, estado e uma dinâmica que permite ao ser humano estar ótimo com seu corpo, mente e espírito, e o desenvolvimento de seu projeto de vida individual e social” (MÜLLER, 2014).

O direito à saúde, como bem jurídico indissolúvelmente ligado à vida, pode ser considerado como direito coletivo ou direito de incidência coletiva, no rol dos chamados direitos de terceira dimensão ou geração. Esses direitos abrangem desde pequenos grupos, até toda a sociedade. Pode-se falar em direito de solidariedade, uma visão mais ampla e profunda do direito à proteção e promoção da saúde integral dos cidadãos e, ainda, o direito à atenção sanitária, em condições de real igualdade.

Isto posto, resta claro que a dignidade humana é alicerce para os direitos humanos, os quais são universais, porque são aplicados igualmente e sem nenhum tipo de restrição ou discriminação a todo e qualquer ser humano, são inalienáveis, isto é, ninguém deve ter seu direito vedado a não ser em circunstâncias muito raras e específicas como, por exemplo, quando alguém tem sua liberdade restringida após ter sido condenado por um tribunal. E também, são considerados indivisíveis, quer dizer, coexistem de modo inter-relacionado e interdependente sendo, por esta razão, insuficiente respeitar apenas alguns deles e relegar os demais.

O desenvolvimento dos direitos humanos foi marcado por marchas e contramarchas, conhecendo a influência dos interesses políticos, econômicos e sociais na sua formação. Os direitos de primeira geração, direitos de cunho individualista, proclamados nas revoluções francesa e americana, visavam tutelar o indivíduo contra os abusos do próprio Estado, cujo poder crescia ameaçando a dissolução do indivíduo num todo coletivo.

Os direitos de segunda geração, direitos econômicos, sociais e culturais, concebidos como créditos dos indivíduos em relação à sociedade, ganharam destaque com o Estado do Bem Estar Social e deveriam ser saldados pelo Estado, por meio do desenvolvimento de programas governamentais. O direito à saúde é sem dúvida, um direito de segunda geração em destaque nesse universo, conhecendo amplo debate sobre sua asserção jurídica, social, econômica e política (LAFER, 1997).

A construção dos direitos humanos na ordem jurídica foi influenciada pelos ideais da tradição judaico-cristã, pelo pensamento grego, pelo jusnaturalismo e pelo positivismo. No entanto, é no pensamento moderno, quando o homem se nega a procurar na revelação religiosa e em causas metafísicas o fundamento de validade do direito, é que surge a noção do direito como criação humana, cujo valor está intrinsecamente no seu criador.

Essa conclusão só foi possível com o advento do racionalismo, que inicialmente percebe a característica humana da racionalidade lógica e geométrica, mas, paulatinamente, vai compreendendo-a também, como um atributo valorativo. A dignidade humana confere valor à pessoa humana, que se torna a fonte da ordem da vida em sociedade, encontrando sua expressão jurídica nos direitos humanos.

O primeiro marco de conquistas relacionadas aos direitos dos idosos ocorreu em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, destacando-se o artigo 25º, que assegura que todo ser humano tem direito a um padrão de vida que contemple a saúde e o bem-estar em sua plenitude, como também, a segurança em casos de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, etc., (ONU, 2009).

Os diversos tratados e declarações como a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948 ressaltam a importância da promoção e proteção dos direitos humanos como um pré-requisito para a saúde e o bem-estar. Mesmo se dedicando a um direito específico ou a uma categoria deles, todos os direitos, segundo a Conferência Mundial dos Direitos Humanos estão interconectados (ONU, 2009).

A saúde com base nos direitos humanos é um direito utilizado para o desenvolvimento sanitário, quando se avaliam as consequências de qualquer política, programa ou legislação sanitária e quando são levados em conta os direitos humanos na concepção, aplicação, supervisão e avaliação de todos os tipos de programas e políticas que guardem relação com a saúde.

Os benefícios para a saúde são inúmeros. Inicialmente, pode-se fazer com que grupos vulneráveis e marginalizados tenham participação valiosa e voz ativa na proposição e construção das políticas públicas de saúde. Porém, entra em cena um fator determinante no acesso das pessoas aos serviços de saúde: a não discriminação. Por outro lado, a aplicação dessas políticas públicas fornece normas que servem de referência para avaliar resultados obtidos pelos governos em matéria de saúde, fazendo assim com que estes assumam uma posição mais responsável em relação às questões sanitárias.

Nessa mesma linha, os Estados podem seguir diretrizes coerentes aceitas internacionalmente e torna-se mais fácil a supervisão por mecanismos nacionais e internacionais, estabelecendo uma base sólida para as atividades de promoção dos direitos humanos e da saúde (OMS, 2002). Dessa forma, o direito à saúde, como direito social possui a característica de exigir do Estado ação concentrada e efetiva para a promoção e a recuperação da saúde.

Como é sabido, sem saúde os cidadãos não teriam como pleitear os demais direitos que lhes são garantidos, ela é a garantia do bem maior que é a vida, ou seja, o direito a saúde é um mecanismo para a manutenção da vida, derivando uma prestação obrigacional do Estado. No Brasil, o administrador público está vinculado às políticas estabelecidas na Constituição e nas normas infraconstitucionais para a implementação das políticas públicas relativas à ordem social constitucional.

O Estado tem a obrigação de promover os meios de acesso do cidadão aos bens e serviços deste, pois uma vez alienado ao Estado o direito de cada qual, espera-se que este utilize os recursos e poderes aludidos pela Constituição, necessários às suas garantias. Com efeito, o direito a saúde é um mecanismo para a manutenção da vida, derivando uma prestação obrigação do Estado, determinada na repartição de competência dos entes federados. São obrigações positivas do poder político para garantir existência digna do indivíduo, pois a Constituição Federal já consagrou fundamental à saúde.

No entanto, segundo Faleiros (2016), existe um descompasso entre o envelhecimento da população brasileira e a implementação de políticas concretas que beneficiem a população idosa, ou seja, mesmo com a existência dos marcos legais, é preciso que o poder público seja mais proativo neste processo para que a responsabilização não seja apenas da família e do próprio idoso, quando se tratar do seu bem-estar.

O envelhecimento da população brasileira é considerado um processo progressivo e crescente, e configura-se como um fenômeno que tem se tornado alvo de discussão, principalmente nas áreas que envolvem a atenção à saúde do idoso e as políticas públicas (PIUVEZAM *et al.*, 2015, p. 93).

E Faleiros (2016) destaca que a inclusão da proteção do idoso na legislação brasileira evidencia que as formas de proteção ao idoso estão se modificando, mas ainda carecem de políticas cujas ações sejam mais articuladas e mais abrangentes.

No Brasil, a preocupação pública com as necessidades acarretadas pelo processo do envelhecimento foi forçada em grande parte pela organização social dos idosos no país, realçando-se o protagonismo do movimento social dos trabalhadores aposentados na luta pela garantia de direitos conquistados pela dedicação a uma longa jornada laboral. Esse movimento contribuiu para posicionar na cena pública os idosos como um novo sujeito político que reivindicava direitos a uma velhice com dignidade (SILVA; YAZBEK, 2014).

A luta dos idosos pelo reconhecimento de seus direitos traz embutido um novo sentido de ressignificação da velhice na realidade brasileira como um tempo de poder atribuir melhor qualidade aos anos acrescidos à existência humana (SILVA; YAZBEK, 2014).

4.3 IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO

Inicialmente, mister informar que saúde é um direito universal garantido pela Constituição Cidadã. Nesse sentido, todos têm direito a tratamentos adequados, fornecidos pelo poder público, o que significa dizer que com essa garantia se criou um dos maiores sistemas públicos do mundo, atendendo desde procedimentos de baixa complexidade como também àqueles mais complexos.

Com a criação do SUS possibilitou a todos o acesso universal e integral à saúde, prestando serviços a todo cidadão, não só na área da saúde, como também relativo aos cuidados assistenciais. Na prática, isso quer dizer que todos têm direito a cuidados desde a prevenção ao efetivo tratamento das doenças, focando na qualidade de vida do indivíduo.

Esse sistema é chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), que nasceu com a Constituição Federal de 1988, reza em seu art. 196 que “A saúde é direito de todos e dever do

Estado (...)”. Imperioso registrar que antes dessa Carta Magna, o sistema público prestava atendimento apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, ficando o restante da população dependendo do atendimento no setor privado ou entidades filantrópicas, ou seja, o público que não pagava a previdência não tinha acesso ao sistema público, sendo essa parcela da população discriminada.

Com efeito, é público e notório que com o advento da Constituição de 1988, o acesso à saúde no Brasil, mudou significativa, impondo a responsabilidade dos três entes federados o dever de efetivar o direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas, a fim de garantir a igualdade de direitos e indiscriminação no sistema. A Constituição Federal de 1988 passa a ter outro objetivo além de da recuperação da saúde, mas também de promoção e proteção ao cidadão. Como se sabe o acesso ao sistema de saúde pública é gratuita e universal, sendo um principal marco delineado para garantia dos mais necessitados e vulneráveis.

Feita essas breves considerações acerca do direito universal e integral à saúde, importante destacar que com o advento da pandemia da Covid-19, houve um agravamento de algumas doenças, em decorrência das medidas sanitárias de isolamento social, como também a presença de quadros de abalo emocional decorrente das mortes publicadas na mídia em geral, deixando-os com a saúde mental comprometida, fora a as alterações decorrentes da senilidade²⁷. “Apesar do envelhecimento populacional, infelizmente há pouca visibilidade e valorização dessa parcela da população. Verifica-se continuamente visão preconceituosa, estigmatizada e estereotipada, instigando o etarismo, que legitima a idade cronológica como diferenciador de classes, inclusive com envolvimento de crenças e atitudes que ridicularizam o idoso”²⁸.

A pandemia da Covid-19 aflorou o destaque aos idosos, principalmente devido ao potencial de risco dessa população, com direcionamento de ações e estratégias de distanciamento social especificamente para esse grupo. Necessário frisar que com o

²⁷ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

²⁸ Goldani AM. “Ageism” in Brazil: what is it? who does it? what to do with it?. Rev. bras. estud. popul. [Internet]. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000200009&lng=en&nrm=iso.. Acesso em: 04 abr. 2020

advento da pandemia, realçou mais ainda as peculiaridades e características próprias dos idosos, além da diversidade/pluralidade/complexidade do envelhecimento humano.

Como se sabe, o direito à vida consiste no primordial direito do ser humano, posto que dele derivam os demais direitos. Mais do que se manter vivo, o direito à vida significa a possibilidade de que a pessoa humana tenha condições de capacitar o pleno desenvolvimento das faculdades físicas, mentais e sociais que lhe são próprias. Nesse contexto, o direito à saúde sendo um conjunto de deveres do Estado para com todo cidadão, que visa não apenas afastar as enfermidades, mas também garantir o desenvolvimento saudável da população, ficou deveras comprometida, haja vista uma enfermidade nova que trouxe não só sequelas, como também mortes ²⁹.

A Constituição Cidadã consagrou pioneiramente o direito social à saúde como direito e dever fundamental da pessoa humana. Com efeito, a atual Carta Magna, além de reconhecer o direito à saúde como direito fundamental previsto genericamente no art. 6º, juntamente com outros direitos fundamentais sociais, definiu também os princípios norteadores da política pública da saúde.

Conforme posto, a saúde é garantia de todos e no caso em estudo o idoso está agasalhado com esse direito fundamental e, portanto, deve-se redobrar a atenção para essa população que possui maior risco em adquirir doenças, pela própria fragilidade e alterações decorrentes da senilidade. Levando em consideração essa afirmativa, fica evidente a necessidade de um olhar especial voltado para esse segmento, especialmente em tempos de pós pandemia que ficaram esquecidos e prejudicados, por quase dois anos, ao acesso à saúde nos diferentes acometimentos que não foram advindos da Covid-19.

Logo, após a fase da pandemia da Covid-19, cabe mais ainda uma atenção redobrada, ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde (art. 197), os quais integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único —

²⁹ Saúde para a Organização Mundial da Saúde — OMS é o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, reconhecendo assim a essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (Preâmbulo da Constituição da OMS, assinada em 26 de julho de 1946).

SUS (art. 198), cujas atribuições estão previstas no art. 200, permitindo-se complementação da assistência à saúde à iniciativa privada. (art. 199).³⁰

Além disso, há pactos internacionais ratificados e incorporados ao ordenamento jurídico nacional que integram o direito social à saúde na ordem constitucional vigente, isso porque de acordo com o disposto no art. 5º da CF/88, os direitos e garantias fundamentais compreendem também os direitos humanos previstos nos tratados internacionais em que o Brasil seja parte .

Sob a ótica constitucional, como salienta Sarlet ³¹ há dois aspectos fundamentais formal e material que caracterizam o direito à saúde tal como outros direitos e garantias fundamentais. No aspecto formal, a saúde é um direito constitucional positivado que se desdobra em três elementos: a) é uma norma superior hierárquica; b) sofre limites formais e materiais por se constituir em cláusula pétrea; c) é norma diretamente aplicável, vinculando o Estado e os particulares, a teor do que dispõe o art. 59 , § 1º, da CF/88 ("As normas definidoras dos direitos e garantias têm aplicação imediata"). Sob o aspecto material, não há dúvida quanto à importância da saúde para a vida e a dignidade humana, razão pela qual a saúde é um relevante bem jurídico tutelado pela ordem constitucional no título dedicado à ordem social.

A constitucionalização do direito fundamental à saúde acarreta outras consequências jurídicas: a) abre caminho para que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir saúde, uma vez que ela constitui direito público subjetivo garantido pelo SUS; b) afora o seu valor subjetivo, o direito sanitário ganha uma dimensão objetiva, passando a ser um bem jurídico protegido não só pelo Estado mas também pela sociedade; assim, ainda que não ocorra

³⁰ Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: **I** - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; **II** - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; **III** - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; (...) CF/88

³¹ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, n. 10, p. 3, 2002. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/artigo/ingo-wolfgang-sarlet/algumas-consideracoes-em-torno-do-conteudo-eficacia-e-efetividade-do-direito-a-saude-na-constituicao-de-1988>. Acesso em: 23 set. 2022.

violação direta do direito subjetivo à saúde, é possível invocar ação judicial por ação ou por omissão do Poder Público que afete esse bem jurídico; c) cabe ao Poder Público proteger a saúde no âmbito das relações privadas, devendo o legislador estabelecer legislação adequada a essa proteção e os tribunais interpretar as normas do direito privado em consonância com a Constituição, declarando, por exemplo, a inconstitucionalidade de leis violadoras da saúde, ou, anulando cláusulas contratuais abusivas de planos de saúde.

É público e notório que a pandemia da Covid-19 impactou a saúde mental dos idosos devido a diversos fatores como a vulnerabilidade desses ao vírus, o isolamento social e o excesso de informações negativas. Atrelado a isso, vale salientar que o excesso de notícia preocupante acerca da Covid-19, vêm causando emoções nocivas à saúde mental dos idosos, causando preocupações excessivas e ansiedade nesse grupo.

O isolamento e o distanciamento social - medidas recomendadas para evitar a propagação do vírus - apesar de essenciais e eficazes, também possuíram alto grau de influência à saúde mental dos idosos ao denotar a necessidade de reconfiguração de comportamentos. Os idosos são destaque na pandemia Covid-19, com isso, acendem-se preocupações com a saúde mental desse grupo ao enfatizar a vulnerabilidade, excesso de informações negativas e medidas de afastamento social como pressupostos para o desenvolvimento ou agravamento de condições clínicas.

Na conjuntura de quarentena, os grupos que mais sofreram e foram afetados com as consequências da pandemia, foram os idosos e as pessoas com comorbidades. Portanto, a pandemia da Covid-19 veio como um choque para todos, atingindo de forma particular os idosos que estão dentro do grupo de risco. Segundo Zhang (2020), as chances de óbito por complicações por Covid-19 aumentam com relação à idade do indivíduo, ou seja, esses fatores aumentaram ainda mais o medo constante e isso pode ser considerado um gatilho para afetar a saúde mental da população idosa, sobretudo os que também possuem comorbidades. Porém, o sofrimento causado em relação à pandemia também está associado à desigualdade social, visto que nem todas as pessoas tinha a mesma situação financeira.

Sabe-se que os idosos eram o grupo de risco mediante a fragilidade imunológica decorrente da idade avançada e maior incidência de comorbidades como diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas. Esse fato corrobora para o medo e insegurança que desencadeiam ou pioram quadros de ansiedade, depressão, estresse que são comuns nessa fase da vida.

Além disso, o isolamento social contribui para o afastamento social e o pânico, fatores que influenciam negativamente a saúde mental, com isso pode-se causar alterações dos hábitos de sono, alimentares e desejo de consumir álcool como válvula de escape. O atendimento psicológico não foi prioritário nesse período, visto que o foco do serviço de saúde está direcionado à Covid-19, por isso medidas preventivas e de tratamento da saúde mental dos idosos foram negligenciadas, porém algumas providências como exercícios físicos e a inclusão digital dos idosos nas redes sociais são fatores que podem contribuir positivamente para prevenção de saúde, visto que a primeira pode evitar o surgimento de comorbidades e aumenta a produção de endorfina e a seguinte permite o contato com familiares que é fundamental para saúde mental do idoso.

O cuidado gerontológico, através da equipe de enfermagem durante o período pandêmico, é de vital importância, visto que os idosos, como grupo de maior vulnerabilidade, precisam de cuidados mais especializados, por isso é necessária uma melhor preparação da equipe de enfermagem relacionada a gerontologia. Os idosos que vivem em instituições de longa permanência estão mais aptos à infecção por Covid-19.

Hammerschmidt et al. (2020), abordou os aspectos relacionados à saúde do idoso nos tempos de pandemia (COVID-19). Os autores apresentaram uma preocupação com os idosos, visto que estes são os mais vulneráveis ao vírus. O comportamento preventivo individual e coletivo é de extrema importância em um período, principalmente de pós pandemia. Sendo assim, os autores apresentaram que o contexto pandêmico acarretou, ainda mais, problemas na saúde mental desses sujeitos, advindo do sentimento de solidão pelo isolamento social. Devido a isso, os autores alegaram a necessidade de um cuidado especial gerontológico da enfermagem para com estes indivíduos.

Pela própria natureza, os idosos são mais vulneráveis ao vírus e precisavam de uma maior atenção e cuidado. Portanto, a partir disto se fez necessários traçar cenários futuros que visam a importância da autonomia e independência do idoso (ajudando no envelhecimento saudável), mas que seja de uma forma que respeite as recomendações de medidas de precaução à saúde.

Para Santos *et al.* (2020), investigaram os desafios enfrentados no isolamento social para a saúde mental dos idosos durante a pandemia da Covid-19. Houve a compreensão de

que a quarentena, apesar de ter sido necessária durante a pandemia da Covid-19, trouxe efeitos prejudiciais à saúde mental de idosos.

Já Oliveira *et al.* (2021) relacionou o isolamento social do idosos e a mortalidade, levando em consideração seus efeitos psíquicos, emocionais e sociais, no contexto pandêmico da Covid-19. Segundo os autores, para a terceira idade uma pandemia, é considerada algo negativo, trata-se de um momento de grandes transformações para o indivíduo principalmente para a pessoa idosa. Isso inclui uma série de mudanças físicas, psicossociais, emocionais, doenças, afastamento do trabalho ou perda de pessoas queridas, além de uma redução da independência e autonomia de modo geral.

Ainda o mesmo autor constatou que a depressão é uma consequência de vários fatores que acometem os idosos durante o período de pandemia. Fatores estes que estão relacionados as inúmeras medidas de precaução, como o isolamento social. Além disso, a mídia aberta, a internet e as inúmeras informações circulando sobre o aumento do número de mortes, variantes do vírus, algumas falsas, outras verdadeiras, acabaram impactando de forma intensa e negativa a saúde mental dos idosos.

Já para Figueiredo e Cayana (2021), em suas análises verificaram que a pandemia afeta diretamente a saúde mental, visto que é um cenário repleto de incertezas, angústias e pânico, que são potenciais gatilhos para desenvolvimento de transtornos psicológicos. Arelado a esse contexto, as medidas restritivas corroboram para o aumento das taxas de suicídio, especialmente nos grupos mais vulneráveis como os idosos. Socialmente os idosos estão vulneráveis ao suicídio, depressão e ansiedade, vista a sensação de desligamento social e sentimento de invalidez, diante disso a pandemia pode dificultar o acesso ao atendimento psiquiátrico, em tese que o foco atual do sistema de saúde é tratar os casos graves de Covid19.

Conforme demonstrado, os idosos foram os grupos mais afetados com o advento da pandemia da Covid-19, não só pela fragilidade dessa população, como também devido a comorbidades, o que indubitavelmente corrobora para o impacto negativo a saúde mental.

4.4 A LEI MUNICIPAL DE SALVADOR Nº 6760/2005 – CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

Os conselhos gestores de políticas públicas podem ser definidos como “espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais” (TATAGIBA, 2002, p. 54).

Almeida e Tatagiba (2012) esclarecem que, atualmente, os conselhos não se configuram mais como apostas, mas como conquistas institucionais. Mesmo considerando o avanço institucional dos conselhos, as autoras exibem, a partir de uma extensa bibliografia na área, que esse mecanismo tem se deparado com limites que constroem o seu potencial democrático. Pode-se afirmar que os conselhos não conseguiram alcançar todas as projeções entusiastas depositadas nesses espaços. A construção democrática dos conselhos está relacionada a outros fatores imprescindíveis à sua realização como a destinação de recurso, participação ativa dos sujeitos coletivos (conselheiros ou não) para pressionar e fiscalizar o cumprimento do que foi demandado, práticas democráticas, vontade política, reconhecimento institucional, entre outros.

Nesse sentido, a construção de uma nova cultura democrática não acontece apenas pela existência dos conselhos, que revela não práticas democráticas somente como espaço garantido. Deve-se ter em mente que eles já fazem parte da institucionalidade das políticas públicas do país, o que não garante sua permanência e nem a sua efetivação. Isso porque a garantia da sociedade civil em espaços de decisão não satisfaz as projeções democráticas, tendo em vista que a sociedade civil é heterogênea e composta por diferentes sujeitos.

Apresenta-se o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI a partir das forças políticas existentes que são resultado de fatores históricos, culturais, políticos e econômicos. A garantia institucional para a criação do CNDI veio de forma atrasada se for considerado a criação da PNI em 1994 e em comparação às outras políticas e até aos conselhos estaduais da pessoa idosa. A construção do CNDI foi lenta e protagonizada pela atuação e reivindicação da sociedade civil institucionalizada.

O CNDI foi previsto na criação da PNI, em 1994, mas os artigos que tratavam do Conselho foram vetados com a regulamentação da Política, em 1996. No ano de 2002, quando a PNI passa sua estrutura básica do Ministério de Previdência Assistência Social para o

Ministério da Justiça, o CNDI veio, de fato, a ser instituído com o decreto nº 4.227 na qualidade de conselho consultivo e sem paridade na formação do colegiado. Ainda no mesmo ano, a paridade tornou-se realidade com o decreto nº 4.287.

Apenas em 2004, por intermédio do decreto nº 5.109, o CNDI passa a possuir caráter deliberativo. Isso ocorre, principalmente, pela atuação da sociedade civil e a instituição do Estatuto do Idoso, em 2003, que fortalece a institucionalidade do Conselho em forma de lei e atribui aos conselhos da pessoa idosa o papel de monitorar, fiscalizar e avaliar a PNI. Considera-se que a determinação do Conselho como instância de poder de decisão, a partir do seu caráter deliberativo, é essencial e imprescindível para a construção democrática da política da pessoa idosa, em consonância com Pereira (2005) ao defender que o caráter deliberativo do conselho é o que dá substância ao espaço público. Isto é, o poder de decisão é o que sustenta e qualifica o espaço público de participação.

Atualmente, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - CNDI é vinculado ao Ministério de Direitos Humanos - MDH, que deve oferecer os subsídios necessários para a estrutura técnica e burocrática do Conselho. O decreto nº 9569 de 2018 considera que o CNDI tem a finalidade de elaborar as diretrizes para a formulação e a implementação da PNI, bem como acompanhar e avaliar a execução da política. As competências específicas do Conselho são definidas pelo decreto de regulamentação e por regimento interno.

No tocante ao caráter decisório do Conselho, de acordo com o decreto 5.109 de 2004, as deliberações do CNDI são aprovadas mediante a publicação das resoluções, que são publicadas oficialmente no DOU e atribuem formalidade e transparência ao que foi decidido. Conforme Almeida e Tatagiba (2012) a garantia do caráter deliberativo dos conselhos deve ser uma das suas principais lutas.

Com relação a garantia dos direitos dos idosos, destaca-se o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003) e ainda, o Conselho Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e o Conselho Municipal do Idoso (Lei Municipal nº 6760/2005). Essas leis relatam os deveres dos órgãos públicos e da sociedade para com o idoso, assim como os seus direitos perante a sociedade.

Destaca-se ainda a Portaria nº 810/1989, que foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. A portaria define como deve ser a organização da instituição, a área física, as

instalações e os recursos humanos. Nos países como o Brasil, com extrema desigualdade socioeconômica e diversidade cultural, o atendimento assume contornos diferenciados. (BRASIL, 1989).

De acordo com essa portaria nº 810/1989, existem três modalidades de Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI que são classificadas de acordo com especialização de atendimento são elas:

Modalidade I – destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária (AVDs), mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de autoajuda (andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, entre outros); Modalidade II – destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área de saúde; Modalidade III – destinada a idosos dependentes que necessitem de assistência total em pelo menos uma atividade da vida diária. Requer uma equipe interdisciplinar de saúde. As instituições asilares constituem a modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora de sua família, mas têm como inconveniente conduzi-lo ao isolamento e à inatividade física e mental. Por isso devem representar a última alternativa a ser considerada entre os serviços sociais oferecidos. Nesse sentido, observa-se que as ILPIs são, em geral, locais com espaço e área física semelhantes a grandes alojamentos. Oferecem cuidados básicos de higiene e alimentação, mas podem também dificultar as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção do idoso pela vida e pela construção de sua cidadania (BRASIL, 1989 apud BRITO; RAMOS, 2006 p. 257).

Com o advento da Lei Municipal 6760/2005, essa aprovada pelo Decreto nº 16.860/2006, dispõe sobre a normatização e funcionamento do Conselho Municipal do Idoso, revogando a Lei nº 4477/1992. Esta Lei veio para fiscalizar, deliberar e normatizar a Política Municipal do Idoso “com a finalidade de congregar esforços junto às instituições oficiais e da sociedade civil de atenção ao idoso, estabelecendo diretrizes e aplicabilidade dessa política em consonância com a Política Nacional e Estatuto do Idoso”, conforme se extrai do seu art. 1º.

A sua competência se estende desde a formulação da política de ação municipal destinada a apoiar e integrar a pessoa idosa, como também implementar a Política Nacional do Idoso, promovendo e incentivando a realização de pesquisas, estudos, seminários, campanhas e outros eventos relacionados ao idoso; também realizar fiscalização concernente a implementação de políticas de atenção ao idoso e fiscalizar a aplicação de recursos financeiros do Fundo Municipal do Idoso; implementar a Política Municipal do Idoso, definindo prioridades para as ações correspondentes e aplicação de recursos; envolver as instituições comprometidas com a causa do idoso nas ações a serem desenvolvidas pelo Conselho Municipal do Idoso; promover a integração entre instituições oficiais e da sociedade

civil que atuam com idosos; oferecer subsídios para formulação de leis, decretos ou outros atos administrativos, normativos, pertinentes ao interesse da pessoa idosa; assim como divulgar as políticas públicas de atenção ao idoso.

4.5 – OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS 3 – saúde e bem estar) - AGENDA 2030 (meta 3.8)

Por meio de um acordo firmado entre os 193 estados membros da Organização das Nações Unidas, o documento intitulado “Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável”, oficializado na conferência da cúpula da ONU em Nova Iorque no mês de setembro de 2015, constitui um plano de ação de dimensão mundial que tomou como base os progressos e lições aprendidas com os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e é vista hoje como uma oportunidade histórica para moldar positivamente as sociedades futuras. Esses Estados Membros adotaram uma nova política global, qual seja um documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, onde se comprometeram a fim de possibilitar o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos (ROMA, 2019).

A Agenda 2030 da ONU é um plano global de ação para enfrentar algumas das questões mais urgentes que afligem nossos tempos. Trata-se, portanto, de uma diretriz / procedimentos para governos, sociedade, empresas e universidades, no espírito de uma parceria global que deve orientar as escolhas necessárias para melhorar a vida das pessoas, agora e no futuro.

Essa Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta. São objetivos e metas claras, para que todos os países adotem de acordo com suas próprias prioridades e atuem no espírito de uma parceria global que orienta as escolhas necessárias para melhorar a vida das pessoas, agora e no futuro (AGENDA 2030, 2015, p. 1).

A Agenda 2030 assumiu o compromisso de “não deixar ninguém para trás”, em referência aos mais pobres (ROMA, 2019). Machado Filho (2016) acrescenta que “não deixar ninguém para trás” é o lema e também o maior desafio da agenda, uma vez que “é crucial

buscar que os objetivos e metas sejam alcançados para todas as nações e todos os povos e para todos os segmentos da sociedade até 2030” (MACHADO FILHO, 2016, p. 104).

A Agenda 2030 possui ações direcionadas em áreas de extrema importância para a humanidade e o planeta. Essas áreas, chamadas de 5 P's da Agenda 2030, abrangem: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parceria. É fundamentada nas três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental (AGENDA 2030, 2015).

Os 5 P's da Agenda 2030



Fonte: Movimento Nacional ODS (2021).

No plano das Pessoas, a agenda pretende erradicar a pobreza e a fome de todas as formas e garantir a dignidade e a igualdade; em relação ao Planeta, o intuito é proteger os recursos naturais e o clima para as gerações futuras; quanto à Prosperidade, o objetivo é assegurar que as pessoas tenham vidas prósperas e plenas, em harmonia com a natureza; a Paz busca promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas; e a dimensão Parcerias tem o propósito de implementar a agenda por meio de uma parceria global sólida (ONU, 2015). Os ODS são integrados e indivisíveis e “essa abordagem integrada deve ser refletida no planejamento, na implementação e no monitoramento e avaliação das ações. Existem conexões profundas e diversos elementos transversais entre os objetivos e metas que devem ainda ser explorados” (MACHADO FILHO, 2016, p. 106).

Silva (2018, p. 663) complementa que:

É difícil analisar os ODS de forma independente um do outro, pois todos são correlacionados e têm como base o princípio da indivisibilidade dos direitos

humanos, que concebe a ideia de que nenhum direito humano pode ser integralmente implementado sem que os outros direitos também o sejam. A indivisibilidade sugere uma relação que não pode ser separada sem que se perca seu significado, sua funcionalidade.

Silva (2018) acrescenta que o documento da Agenda 2030 possui um quarto pilar e deve “ser analisado a partir de quatro dimensões do desenvolvimento sustentável: social, econômica, ambiental e institucional” (SILVA, 2018, p. 663). Cada uma dessas dimensões engloba determinados ODS.

Dimensões dos ODS

Dimensão Social – (1, 2,3,4,5 e 10)

Dimensão Econômica – (8,9 e 11)

Dimensão Ambiental – (6,7,12,13,14 e 15)

Dimensão Institucional – (16 e 17)

Fonte: Brasil (2016)

Para a ONU (2015), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade.

As diretrizes dos ODS têm como foco principal os três pilares da sustentabilidade: eixo social, ambiental e econômico; contempla ainda o pilar institucional, que diz respeito às capacidades de colocar em prática esses objetivos. Além disso, são mais globais que os ODM e focalizam, enfaticamente, as questões ambientais. Se antes o compromisso era com a erradicação da pobreza extrema, agora “não deixar ninguém para trás” passou a ser o lema e o grande desafio (CARVALHO; BARCELLOS; MARQUES, 2019, p. 3).

Essa Agenda 2030 “é um guia para a comunidade internacional e um plano de ação para colocar o mundo em um caminho mais sustentável e resiliente até 2030”, a partir da compreensão de que um futuro inclusivo e sustentável, sem fome e pobreza, está alicerçado num ambiente que promove os direitos humanos e o Estado de Direito. Assim, foram definidos 17 objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 169 metas globais interconectadas e

232 indicadores a serem atingidos até 2030, como ficou conhecida, “Agenda 2030”. Mesmo com essas metas e indicadores detalhados, a Agenda 2030 reconhece que todos os países são diferentes e convida cada país a fazer progressos de acordo com as suas próprias condições e prioridades.

Os ODS são um conjunto de objetivos integrados e indivisíveis integrantes da Agenda 2030. São um apelo global para erradicar a pobreza, preservar o meio ambiente e o clima e garantir que todas as pessoas, em todos os lugares, possam usufruir de paz e de prosperidade (ONU, 2015).

Essa Agenda 2030 parte de quatro principais dimensões: social, ambiental, econômica e institucional, e os ODS traçam um caminho para um futuro justo, seguro e sustentável para as pessoas e o planeta, com medidas transformadoras. Esse documento denominado “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” trata-se de uma proposta ambiciosa e desafiadora voltada para os seres humanos, o planeta, a paz universal, o respeito, a liberdade, a erradicação da pobreza e o alcance da paz e da prosperidade.

Conforme se extrai do referido documento, a ODS 3 preconiza na Meta 3.8 que, *literis*:

“Meta 3.8

- Nações Unidas - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
- Brasil - Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS. (https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html#coll_3_8)
- Indicadores
 - 3.8.1 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas)
 - 3.8.2 - Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares” (<https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador382>).

Na Agenda 2030 estão previstas diversas ações e em diversas áreas. De acordo com a descrição da ONU, sobre o objetivo principal de cada ODS, são elas:

- “01 – Erradicação da pobreza: acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
- 02 – Fome zero e agricultura sustentável: acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.
- 03 – Saúde e bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
- 04 – Educação de qualidade: assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.
- 05 – Igualdade de gênero: alcançar à igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
- 06 – Água limpa e saneamento: garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.
- 07 – Energia limpa e acessível: garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos.
- 08 – Trabalho decente e crescimento econômico: promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos.
- 09 – Indústria, inovação e infraestrutura: construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação.
- 10 – Redução das desigualdades: reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles.
- 11 – Cidades e comunidades sustentáveis: tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.
- 12 – Consumo e produção responsáveis: assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.
- 13 – Ação contra a mudança global do clima: tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos.
- 14 – Vida na água: conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares, e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.
- 15 – Vida terrestre: proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter à degradação da Terra e deter a perda da biodiversidade.
- 16 – Paz, justiça e instituições eficazes: promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.
- 17 – Parcerias e meios de implementação: fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável” (ROCKEFELLER PHILANTHROPY ADVISORS).

17 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



Fonte: <https://www.ipea.gov.br/ods/index.html>.



Fonte: <https://www.ipea.gov.br/ods/index.html>

Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são uma das iniciativas mais recentes para o alcance da sustentabilidade efetiva. A Agenda 2030 abrange temas ligados às dimensões ambiental, social, econômica e institucional do desenvolvimento sustentável, com o propósito de erradicar a pobreza, preservar o meio ambiente e proporcionar bem estar para gerações atuais e futuras independente de raça, gênero ou cor (GAMA, 2019). Os 17 ODS representam uma ampla gama de preocupações globais que se aplicam a todos os países. Todos os governos do mundo estão comprometidos em alcançar os ODS até o ano de 2030, o que requer que todas as partes da sociedade trabalhem juntas neles. Todo o desenvolvimento sustentável se baseia em três pilares: desenvolvimento econômico, inclusão social e sustentabilidade ambiental.

Ainda no ano de 2015, foi adotado o primeiro acordo global sobre mudança do clima, em Paris, durante a 21ª Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climáticas, também conhecida como COP21, com o objetivo de reduzir as emissões de gases de efeito estufa na camada de ozônio e manter o aumento da temperatura bem abaixo de 2° C. O chamado Acordo de Paris foi sucessor do Protocolo de Kyoto (ONU, 2022).

Considerando a necessidade de promover o desenvolvimento sustentável e diante do desafio de viabilizar a internalização, territorialização e interiorização dos ODS não apenas entre os países, mas em todos os níveis; no caso do Brasil, não apenas em nível federal, mas no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, na iniciativa privada e sociedade civil, o presente trabalho busca investigar as atitudes e iniciativas adotadas pelo Município de Salvador/Bahia para a consecução dos ODS, no que diz respeito à políticas públicas, mecanismos de avaliação e monitoramento das metas a serem alcançadas, bem como propor recomendações para que estes objetivos sejam alcançados, no que concerne à saúde e bem estar da população idosa de baixa renda.

Na pesquisa em tela, a ODS 3 (Saúde e Bem estar) é o tema em estudo, já que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. “A amplitude de cada objetivo (como o ODS 3 sobre saúde e bem-estar) é complementada por um conjunto de metas ou objetivos mais restritos sob esse objetivo principal e indicadores que são usados para avaliar o progresso em direção às metas.”

Os ODS “buscam realizar os direitos humanos de todos” e estão fundamentados na Declaração Universal e em outros compromissos internacionais de direitos humanos. Os direitos humanos, portanto, são uma parte explícita - e integral - da Agenda 2030. As violações dos direitos humanos estão entre as formas mais grosseiras de exclusão social e impedem a possibilidade de desenvolvimento sustentável. Analisados de forma positiva, os princípios dos direitos humanos - universalidade, igualdade, participação, transparência, responsabilidade e outros - podem ser colocados em prática para garantir que todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sejam alcançados.

Esse é o caso apresentado pelo Centro de Direitos Econômicos e Sociais, que liderou os esforços da sociedade civil para incorporar os direitos humanos nos ODS. Os direitos humanos não apenas são um imperativo ético e legal, mas os princípios de direitos humanos também podem formar a base para um “paradigma de desenvolvimento mais sustentável e mais justo para o século XXI”

Os ODS, propostos pela ONU, possuem metas e indicadores gerais e a Agenda 2030 recomenda que cada país realize a adaptação dessa agenda de acordo com as suas realidades. Os países devem trabalhar para implementar a agenda considerando “as diferentes realidades nacionais, capacidades e níveis de desenvolvimento, e respeitando as políticas e prioridades nacionais” (ONU, 2015). No entanto, a implementação da Agenda 2030, por meio dos ODS, não é responsabilidade de cada país, de forma individual, mas sim de um trabalho conjunto entre as nações, em que cada uma delas deve adaptar os ODS à sua realidade com a finalidade de obter um resultado positivo para o mundo.

Como se sabe, os problemas que o mundo enfrenta são graves e urgentes: grande pobreza, desigualdade, discriminação, violência, guerra, degradação ambiental. Para alguns, a escolha da humanidade é entre alcançar os ODS ou lidar com desastres cada vez mais graves e, em última análise, o colapso da civilização humana.

O Brasil, país-membro da ONU, ao negociar e aderir à agenda no âmbito das Nações Unidas, firmou o compromisso com o desenvolvimento pós-2015. Para promover a adequação da realidade brasileira na implementação dos ODS, em conformidade com as 30 recomendações da ONU, o governo brasileiro criou a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNOODS), em 2016, com a finalidade de internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 no país (Decreto nº 8.892,

de 27 de outubro de 2016). A CNODS, criada com a intenção de subsidiar a implementação da Agenda 2030 no país, trata-se de um órgão consultivo, integrante da Secretaria de Governo da Presidência da República (SEGOV), de estrutura paritária com representantes dos três níveis de governo e da sociedade civil (ARAÚJO, 2019).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) também compuseram a Comissão como órgãos de assessoramento permanente aos trabalhos a serem desenvolvidos. O Artigo 7º do Decreto permitia que a Comissão convidasse outros representantes de entidades e órgãos públicos, da sociedade civil e do setor privado para colaborar com as atividades. Também ficou prevista a criação de Câmaras Temáticas para contribuir com a elaboração de propostas para a implementação dos ODS (ARAÚJO, 2019).

Um ano após a criação e objetivando cumprir as suas atribuições, a CNODS publicou o Plano de Ação 2017-2019 com a finalidade de adequar as 169 metas dos ODS e seus respectivos indicadores globais à realidade brasileira. Esse processo de construção de metas e indicadores nacionais foi coordenado pelo IBGE e pelo Ipea (ROMA, 2019).

O IBGE, detentor das estatísticas e dados nacionais, coordena o processo de produção de indicadores ODS, não apenas no sentido de adequar as metas e indicadores globais, mas também subsidiando discussões acerca da definição, implementação e monitoramento dos indicadores nacionais. Já o Ipea desenvolve atividades de elaboração e disseminação de estudos e análises de dados para subsidiar a CNODS (AGENDA 2030, 2015).

Na promoção da adequação dos ODS à realidade brasileira, Roma (2019, p. 38), que é pesquisador do Ipea, faz um relato de como ocorreu o processo.

Inicialmente os pesquisadores do Ipea analisaram e debateram internamente as 169 metas globais, elaborando propostas de adequação, quando necessário. Posteriormente essas propostas foram apresentadas em oficinas de trabalho que contaram com a participação de mais de 600 técnicos e gestores no total, integrantes de 75 órgãos governamentais envolvidos na implementação da Agenda 2030. Nessa etapa, realizada entre abril e maio de 2018, foram organizadas 17 sessões temáticas e instituídos 17 grupos interministeriais, correspondentes a cada ODS, os quais se dedicaram a apreciar a proposta inicial de adequação das metas elaborada pelo Ipea e, em seguida, a sugerir aprimoramentos necessários. Em continuidade aos debates iniciados nas oficinas e sessões temáticas, esses grupos trabalharam coletivamente, por meio de intensa comunicação via internet e reuniões presenciais, de forma a acordarem sobre a proposta de adequação das metas.

O pesquisador acima citado continua

Em síntese, de um total de 169 metas globais encaminhadas pela ONU, 167 foram consideradas pertinentes ao país, ainda que muitas delas tenham requerido alterações no texto para se adequarem às especificidades nacionais. No total, 39 metas globais foram mantidas em seu formato original e 128 foram alteradas, tendo em vista a necessidade de adequá-las à realidade brasileira, de conferir mais clareza ao seu conteúdo original ou, ainda, de quantificá-las com maior precisão. Adicionalmente, foram criadas oito novas metas, totalizando 175 metas nacionais, das quais 99 foram classificadas como finalísticas e 76 como de implementação (ROMA, 2019, p. 39).

Finalmente, a partir de um esforço conjunto por parte de diferentes instituições governamentais para a produção de indicadores ODS em escala nacional, o Ipea elaborou um relatório que “readequou as metas às prioridades do Brasil, considerando estratégias, planos e programas nacionais e os desafios do país para garantir o desenvolvimento sustentável na próxima década” (IPEA, 2018, p. 1).

O relatório “ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: proposta de adequação” apresentado pelo Ipea, com a adequação das metas globais da Agenda 2030 para a realidade brasileira, contou com a participação de 75 órgãos governamentais e mais de 600 especialistas e gestores do governo federal. Foram realizados debates entre os participantes e envio de sugestões acrescentadas às metas nacionais, além de consulta pública pela internet, em que o Ipea buscou agregar, sempre que possível, as sugestões apresentadas.

Destaca-se que em 11 de abril de 2019, a CNODS foi extinta pelo Decreto nº. 9.759, sob a justificativa de que a Comissão cumpriu com as ações previstas em seu Plano de Ação entre os anos 2017 e 2018.

Após a publicação do Decreto nº 9.759/2019, que extinguiu a CNODS, a Secretaria Especial de Articulação Social informou estar envidando esforços no sentido de reestruturar e/ou estabelecer novo modelo de governança para a implementação dos ODS, como também tem trabalhado no sentido de obter definição sobre a manutenção do Brasil como signatário da Agenda (BRASIL, 2019, p. 11).

Outro fator de impacto bastante negativo para a Agenda 2030, foi o surgimento da pandemia de covid-19, em dezembro de 2019, que persiste até os dias atuais. Diante desse novo cenário, os impactos nos níveis de desenvolvimento humano são profundos e sem precedentes em todas as regiões do planeta, fazendo com que o alcance dos ODS seja ainda mais desafiador (ONU, 2020).

De acordo com os ODS, não há sociedade igualitária e justa sem a atuação do mercado e das empresas, pois a qualidade de vida e o crescimento econômico ocorrem, também, por meio da geração de empregos e inovação. Por isso, é de extrema importância ressaltar que não só a população, mas também governos e corporações têm um papel importante em busca do desenvolvimento sustentável.

5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS EM SALVADOR/BAHIA

As políticas públicas são como ferramentas valiosas de garantia do bem-estar social, entretanto, existe uma segregação entre sua elaboração e a efetividade dessas políticas, especialmente no que concerne as políticas sociais que são uma das mais relevantes para efetivar o direito de melhoria da qualidade de vida da população idosa de baixa renda em Salvador.

Este capítulo tem como objetivo aprofundar as discussões sobre a garantia de direitos sociais através da política pública não contributiva de assistência social a população idosa de baixa renda, a fim de identificar as contradições e tendências predominantes sobre as diferentes concepções para uma gestão da política. Com o advento do Estado democrático no Brasil, ficaram assegurados os direitos sociais, que, viabilizados pelas políticas públicas sociais, são materializados nos diferentes serviços, benefícios, programas e projetos.

A política de assistência social, compondo a Seguridade Social brasileira, vem demonstrando avanços nos processos de gestão e ampliação no campo da proteção social. Nessa perspectiva, a política pública de assistência social contribui para a redução das desigualdades e a melhora de indicadores sociais em decorrência da prioridade de investimentos em políticas de proteção social, principalmente a partir do que propõe a Política Nacional de Assistência Social firmada em 2004.

Apresentada no texto constitucional de 1988, a Seguridade Social há tempos vinha sendo objeto de reivindicação e de movimentos sociais por trabalhadores. Seus pilares são a Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

A Carta de 1988 demarca, no âmbito jurídico, o processo de democratização do Estado brasileiro, ao consolidar o direito a todo cidadão, sem qualquer tipo de discriminação, ao acesso ao sistema de saúde, transformando a vida daqueles que são vulneráveis, em especial o idoso de baixa renda. Esse fator, como este estudo poderá demonstrar, enseja considerável impacto, especialmente na esfera dos direitos fundamentais.

Compreender a forma pela qual o Texto Constitucional consagra os direitos da cidadania impõe-se como requisito fundamental para o enfoque dos princípios constitucionais

a reger o Brasil nas relações a garantia do quanto prega as Políticas Públicas voltadas para o cidadão. Para tanto, como ponto de partida, elege-se a análise das políticas públicas de fornecimento de medicamentos para a população idosa e vulnerável da cidade de Salvador/Bahia para o processo de garantia do direito fundamental à saúde, contexto no qual emerge da Carta de 1988.

Nesse sentido, a relação entre o direito à vida e o direito à saúde e entre eles e o direito ao acesso aos medicamentos, produtos farmacêuticos da mais alta relevância, já ficou evidenciada pela exposição feita até aqui acerca dos direitos humanos fundamentais à vida e à saúde, consagrados pela Constituição brasileira.

Isto posto, a Constituição Cidadã institucionalizou a instauração de um regime político democrático no Brasil. Introduziu, também, indiscutível avanço na consolidação legislativa das garantias e direitos fundamentais e na proteção dos vulneráveis da sociedade brasileira. O que não restou positivado, foi a discriminação da origem dos recursos para que o Estado possa cumprir com seus deveres, constante nas políticas públicas.

5.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO JURÍDICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A noção de políticas públicas emergiu como tema de interesse para o direito com a configuração prestacional do Estado. Para o ministro Eros Roberto Grau (1998), toda a atuação estatal traduz um ato de intervenção na vida da comunidade. A expressão política pública, segundo ele, denota a atuação do Estado, levando-se uma separação bem definida entre este e a sociedade.

Políticas públicas, assim, podem ser definidas como todas as atuações do Estado, cobrindo todas as formas de intervenção do poder público na vida social (GRAU, 1998, p. 22). São prestações de serviços que visam garantir a realização dos objetivos fundamentais do Estado, privilegiando a dignidade da pessoa humana, que incluem a proteção dos direitos fundamentais, juntamente com condições mínimas de existência. Denota um modo de agir do Estado nas funções de coordenação e fiscalização de agentes públicos e privados para a realização de certos fins. Fins estes ligados aos direitos sociais.

Isto posto, torna-se indispensável estudar como estão sendo implantados e elaborados os meios e instrumentos estatais utilizados para a proteção e satisfação dos direitos sociais no

atual Estado Democrático Social de Direito. Como bem leciona Marta M. Assumpção Rodrigues (2011, p.78):

“Jogar o jogo da política democrática, ética, e da justiça social é o desafio que os gestores de políticas públicas têm de enfrentar para planejar, administrar e extrair recursos e formatar políticas redistributivas que busquem promover sociedades mais iguais e mais livres, num contexto mundial de profundas mudanças econômicas, demográficas e ideológicas.”

Para Jayme Benvenuto Lima Júnior afirma:

“A intenção das políticas públicas é, claramente, a de compensar, seja pela ação do estado, seja pela ação da sociedade, as desigualdades advindas do acesso diferenciado a recursos econômicos ou de processos culturais que desconsideram especificidades de setores tidos como minoritários” (LIMA JUNIOR, 2001, p. 132).

Segundo Sérgio Resende de Barros, identifica as políticas públicas com condutas administrativas, *in verbis*:

A política pública pode ser considerada como a conduta comissiva ou omissiva da Administração Pública, em sentido largo, voltada à consecução de programa ou meta previstos em norma constitucional ou legal, sujeitando-se ao controle jurisdicional amplo ou exauriente, especialmente no tocante a eficiência dos meios empregados e a avaliação dos resultados alcançados.

Nesse sentido, políticas públicas podem ser entendidas como o conjunto de ações governamentais direcionadas a intervenção do domínio social, por meio das quais são traçadas as metas a serem implementadas pelo Estado, sobretudo na implementação dos direitos fundamentais disciplinados na Constituição da República.³²

No entendimento de Souza (2006, p.3), “políticas públicas podem ser entendidas como o conjunto de planos e programas de ações governamental voltados à intervenção, no domínio social, por meio dos quais são traçadas as diretrizes e metas a serem fomentadas pelo Estado, sobretudo na implementação dos objetivos e direitos fundamentais dispostos na Constituição”.

Ainda para Souza (2006) as políticas públicas são consideradas um campo do conhecimento movido a interesses que regem regras, diretrizes e/ou modelos de decisão, elaboração, implementação e avaliação de problemas relativos à saúde, educação, segurança e

³² Disponível em: As políticas públicas - Arquivos legislativos: a política pública arquivística em instituições (library.org). p. 50-54. Acesso em 12 out. 2022.

atendimento especial a população carente, amparando a população com base na arrecadação de recursos públicos e distribuição de renda, estas contribuem para a visibilidade desta área na sociedade.

Já no entendimento de Fonte, “as políticas públicas compreendem as ações e programas para dar efetividade aos comandos gerais impostos pela ordem jurídica que necessitam da ação estatal” (FONTE, 2013, p. 45).

Para Maria Paula Dallari Bucci, com maestria, define políticas públicas, *literis*:

“Políticas públicas são programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Políticas públicas são “metas coletivas conscientes” e, como tais, problema de direito público, em sentido lato.” (BUCCI, 2006, p. 241).

Nesse sentido, as políticas públicas são um importante recurso que os Estados dispõem para enfrentar os graves dilemas sociais que ameaçam o seu funcionamento e a sua organização em vista da justiça social. O desenvolvimento das capacidades requer a opção pela superação daquelas situações que são responsáveis pela exclusão, marginalização ou classificação das pessoas.

Segundo Sen (2012), as políticas públicas são orientadas para a equidade social e têm como objetivo o combate às causas das desigualdades que podem ser avaliadas a partir da condição de não agente dos cidadãos, entre as quais se podem sublinhar, a fome, o desemprego, o analfabetismo, a ausência de serviços de saúde adequados e, especialmente, a excessiva concentração de renda.³³

As políticas públicas são instrumentos criados pelos governos a fim de garantir assistência ou prestações de serviços à população. O objetivo é assegurar que a população tenha acesso aos direitos garantidos pela lei. Essas medidas são uma parte importante da administração pública, já que representam planejamentos dos governos e são criadas para melhorar a sociedade e atender necessidades dos cidadãos.

Nesse sentido, as políticas públicas são uma forma de mitigar as desigualdades sociais existentes, podendo ser usada como importante ferramenta de inclusão social. Existem

³³ Salão do Conhecimento. O Enfoque das capacidades em Martha Nussbaum e a Construção de políticas sociais que visem o respeito à dignidade humana. XXVI Seminário de Iniciação Científica.

diversos tipos de políticas públicas, em todas as áreas, que são escolhidas conforme a necessidade local.

Como se observa, os conceitos de política pública são bem variados, mas fica claro que as prioridades dessas ações e programas de Estado advêm do desejo de mudança, por parte dos dirigentes do Estado que recebem demandas sociais. Além disso, têm lugar quando a harmonia em um dos campos da sociedade está fragilizada ou passa por momentos de tensão e/ou instabilidade. Esse tipo de situação só pode ser regularizado por meios de ações pontuais do governo. A partir dessas tensões, o governo elege o rol de prioridades de políticas públicas.

Nesse sentido, o papel do Estado, ao longo do tempo, vem sofrendo inúmeras transformações, e uma delas é promover políticas públicas mais direcionadas para promover o bem-estar da sociedade (LOPES, 2008). Essas políticas públicas, quando postas em prática, são formas de ajudar a diminuir as desigualdades sociais, bem como uma ferramenta de inclusão social. Sendo assim, as políticas existem para atender as necessidades da população.

O Estado atua por meio de políticas públicas³⁴, o que significa acrescentar que a prestação positiva do Estado se destina a garantir o exercício dos direitos fundamentais individuais, para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público.

Assim, o Estado necessita desenvolver uma série de ações e atuar diretamente em diferentes áreas, tais como saúde, educação, meio ambiente, etc., e para atingir esses resultados em diversas áreas e promover o bem-estar da sociedade, os governos se utilizam das chamadas Políticas Públicas.

A política pública aparece como um campo de conhecimento que não pode ser estável ou ter conceitos rígidos. É um campo dinâmico em sua formulação e execução. Ressalta que a política pública está direcionada para a solução de problemas e estes entram na agenda de

³⁴Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isso ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e esses mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e inclusive o próprio Presidente da República) para que atendam às demandas da população.(LIBERATTI, 2013).

governo como prioridades, quando assumimos que devemos fazer algo sobre eles” (SOUZA, 2006).

As políticas públicas tendem a serem compreendidas como o "Estado em ação", ou seja, “o Estado implantando um projeto de governo, ou seja trata-se de ações procedentes de uma autoridade dotada de poder político e de legitimidade governamental que afeta um ou mais setores da sociedade” (JARDIM, 2006, p.7).

Segundo os autores Saravia e Ferrarezi (2006) explicam que as políticas públicas possuem atributos próprios, bem como diferentes conceitos, que coincidem entre os vários autores. Ainda para estes autores, a política pública apresenta etapas distintas. A primeira dela é a criação da agenda; passando para a elaboração; depois a formulação; a fase da implementação; da execução e do acompanhamento e por fim, a avaliação. Essas etapas são comuns a todas as políticas públicas. Necessário ressaltar a importância da participação social nas referidas fases, para que os objetivos sejam melhor alcançados.

A primeira fase refere-se à criação da agenda, ou seja, a seleção das prioridades mais emergenciais ou que requerem uma atenção redobrada dos atores, em decorrência da identificação de um problema. A definição de agenda diz respeito ao processo pelo qual os governos decidem quais questões precisam de sua atenção. Ela enfoca, entre outras coisas, a determinação e definição do que constitui o problema que ações de política pública subsequentes são destinadas a resolver (WU, 2014, p. 29).

A segunda está direcionada à formulação da política propriamente dita. A apresentação das ações para a resolução de um problema identificado deve ser embasada no princípio da legalidade, para que não ocorra nenhum vício na formulação e aplicação. Nessa fase, podem ocorrer divergências entre os diversos atores, pois há interesses de ordem técnica e política.

“A formulação de políticas públicas se refere ao processo de gerar um conjunto de escolhas de políticas plausíveis para resolver problemas. Nessa fase do processo, uma gama de potenciais escolhas de políticas é identificada e uma avaliação preliminar da sua viabilidade é oferecida” (WU, 2014, p. 52).

A terceira fase é o processo de tomada de decisões ou escolha das ações. Trata-se do momento em que são fornecidas as diretrizes de resolução do problema, por meio de um instrumento jurídico (lei, decreto ou outro tipo de norma). Os agentes responsáveis pela

tomada de decisão são do alto escalão gerencial do governo. “A tomada de decisão é a função de política pública em que se decide tomar um curso de ação (ou não ação) para tratar de um problema de políticas” (WU, 2014, p. 77).

A quarta fase do ciclo da política pública é a implementação ou execução das tarefas priorizadas pelos atores, ou seja, a transformação destas em atos concretos.

Nessa fase, podem ocorrer fatores prejudiciais à efetivação da política em função das disputas de poder entre os envolvidos na implementação. Dessa forma, o grupo deve possuir a racionalidade necessária para as decisões referentes à política escolhida e para a definição de estratégias para alcançar as metas estabelecidas. Para Wu “a implementação ocorre na fase do processo de políticas públicas em que as decisões de política pública se traduzem em ações” (WU, 2014, p. 77).

A quinta etapa é a avaliação da implementação de uma política pública, tarefa de suma importância para a execução correta e efetiva dos objetivos da política. Dentre os vários escopos da avaliação, pode-se destacar a possibilidade de se detectar, corrigir e prevenir as falhas no programa.

Além das fases, existem outros elementos a serem observados nas políticas públicas. Para Fonte (2013), eles são três: a) o primeiro diz respeito ao orçamento público, que é a previsão financeira para que a política possa ser colocada em prática e alcance os efeitos desejados; b) o segundo elemento refere-se ao planejamento público, pois ele garante a racionalização dos recursos e a transparência das ações governamentais; c) o último elemento considerado é a discricionariedade administrativa, que dá liberdade aos atores, observado o princípio da legalidade, de agir na ausência de uma previsão normativa.

Questionamentos a respeito da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade dessa política serão feitos nesse momento, e essas informações irão realimentar a própria política, de forma a contribuir para o seu aprimoramento (CAMPOS, 2015).

Ainda para Campos (2015), as políticas públicas percorrem um ciclo composto por cinco fases, desde a formulação, fase inicial, até a avaliação (fase final). As políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, alianças, pressões e mobilizações de setores diversos. O Ciclo das Políticas Públicas é um esquema que facilita a interpretação e a visualização das diversas etapas e que constitui a “vida” de uma política pública,

organizada em fases interdependentes, importantes para que a política pública seja capaz de atender efetivamente aos seus objetivos (CAMPOS, 2015).

Nesse sentido, verifica-se que as políticas públicas são de extrema importância, pois o Estado passa a ser o regulador, propiciando através de políticas públicas e sociais, ações, metas e planos para que os indivíduos alcancem autonomia e liberdade através da minimização da desigualdade social e da garantia do acesso aos bens necessários para seu desenvolvimento.³⁵

Além disso, é importante considerar que mesmo políticas voltadas à redução de desigualdades podem repercutir em tratamentos desiguais por meio da atuação de agentes implementadores (PIRES, 2019).

As políticas públicas visam, portanto, responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e da mobilização social. Visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente (TEIXEIRA, 2015).

Assim, os gestores públicos ocupam uma posição privilegiada para identificar questões que merecem cuidados políticos em seus programas e aos beneficiários, antes mesmo que estes se tornem problemas públicos. Estes são importantes atores que podem atuar na triagem das demandas que necessitam de maior atenção e assim, repassarem aos formuladores de políticas públicas na esfera do poder Legislativo e Executivo.

As políticas públicas, de acordo com Procopiuck (2013, p.138), podem ser compreendidas como instrumentos legitimados político-administrativamente para solucionar problemas coletivos fazendo uso dos recursos e esforços do Estado. Ainda segundo Procopiuck (2013, p. 139), estes podem ser maiores ou menores, variando de acordo com a complexidade e amplitude de cada situação.

Nesse compasso, Procopiuck (2013, pp. 140 e 144) afirma que o estudo das políticas públicas possibilita que os pesquisadores analisem a eficácia dos resultados obtidos pela

³⁵ [...] o papel da Análise de Política é encontrar problemas onde soluções podem ser tentadas, ou seja, “o analista deve ser capaz de redefinir problemas de uma forma que torne possível alguma melhoria”. Portanto, a Análise de Política está preocupada tanto com o planejamento como com a política (politics).

implementação das mesmas, preocupando-se com os motivos que levam o governo a atuar ou não para mudar o cenário social preocupante e complexo enfrentado, em grande parte, pelas classes sociais mais baixas.

Canuto (2010) complementa que a avaliação e análise do andamento das políticas públicas é uma forma de evitar que sejam esquecidas e que os recursos tenham a devida destinação. Para a mesma autora, as políticas públicas consistem em instrumentos de justiça social que possibilitam que a população, principalmente aquela parcela excluída e muitas vezes esquecida, goze de seus direitos fundamentais.

De acordo com a mesma autora, “quando certos programas têm curto período de vigência ou sofrem modificações em função, geralmente, da alternância de poder e, conseqüentemente, de interesses, planos e estratégias, a população que mais necessita destes acaba prejudicada” (CANUTO, 2010, p. 187).

Na década de 1980, o modelo de gestão pública que estava sendo utilizado no Brasil, buscou descentralizar as atividades governamentais e promover a participação popular, com o intuito de potencializar os resultados das políticas públicas (CANUTO, 2010, p. 183). No entanto, o que se observa na história das políticas públicas no Brasil é a falta de efetividade dos programas implementados, falta de planejamento ou através de desvios de atenção dos objetivos, como forma de manobra. (CANUTO, 2010, p. 189).

Como os direitos fundamentais são efetivados mediante implantação e disponibilidade de políticas públicas, torna-se fundamental a participação popular cobrando e exigindo ações que modifiquem a realidade social, garantindo, assim, a realização dos mesmos (CANUTO, 2010, p.182).

A autora sustenta, ainda, que o Estado tem o papel e o dever de buscar a efetivação, igualdade e a mudança da realidade social, o que exige a criação de políticas públicas eficazes e bem elaboradas que atinjam seus objetivos inicialmente estabelecidos. Desse modo, quando os resultados das políticas públicas são atingidos, logo pode afirmar que os princípios constitucionais da cidadania e da dignidade da pessoa humana foram atingidos (CANUTO, 2010, pp. 182 e 189).

Segundo a mesma autora, a doutrina que defende essa legitimação prima pela proteção do núcleo dos direitos que oferecem as condições mínimas de existência mediante políticas mal aplicadas ou inexistentes.

Nesse sentido, verifica-se que o Estado é o ator principal para a efetivação dessa garantia, então pode-se inferir que não se trata somente de um direito elencado na Constituição Federal, mas primordialmente um dever do Estado de criar políticas públicas capazes de efetivar a garantia desses direitos de forma plena e satisfatória.

É inegável que as políticas públicas servem como importantes instrumentos de garantia do bem-estar social, especialmente para àqueles que vivem à margem da sociedade, como a população idosa de baixa renda de Salvador/Bahia, para a obtenção de remédios de alto custo.

O que se vê é um cenário de que há extremo descaso na implementação das políticas públicas de assistência social à população idosa de baixa renda e/ou falta de interesse em criar uma agenda com ações pautadas no direito fundamental de atenção à esse grupo vulnerável a fim de garantir uma qualidade de vida e bem estar social.

Enfim, para compreender as políticas públicas é essencial conhecer o regime de finanças públicas, e para compreender estas é necessário inseri-las nos princípios constitucionais que estão além dos limites ao poder de tributar. Na precisa lição de Lopes (2006. p. 132-133), as políticas públicas "precisam ser inseridas no direito que o Estado recebeu de planejar não apenas suas contas, mas de planejar o desenvolvimento nacional, que incluem e exige a efetivação de exercícios dos direitos sociais pelos cidadãos brasileiros". Assim, o Estado não só deve planejar seu orçamento anual, mas também suas despesas de capital e programas de duração continuada (art. 165, § 19).

5.2 ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O Ordenamento Jurídico Pátrio constituiu um grande marco ao prever o “Sistema de Seguridade Social”, contemplando nesse conceito tanto a previdência quanto a assistência social. A previdência entende-se aquela que visa proteger apenas os trabalhadores, enquanto a assistência tem o intuito de garantir que nenhum cidadão fique satisfazer suas necessidades mínimas.

Assim, quando a Constituição Federal/88 menciona “Seguridade Social”, está se referindo à previdência, à assistência social e também à área da saúde. Ou seja, define-se por

“Seguridade Social” o conjunto de ações do Estado que visam atender às necessidades básicas no que tange à saúde, assistência social e previdência.

No entanto, nem sempre a legislação no Brasil previa a adoção de medidas assistenciais para proteção de pessoas em situação de necessidade. Na verdade, a Constituição de 1988 foi a primeira a trazer em seu corpo a previsão expressa desse instituto. As outras constituições e normas legais mencionavam apenas o acesso à previdência social ou à saúde, contudo não falavam nada sobre a assistência social.

Os legisladores da lei 8.743/93 foram pioneiros ao prever e regulamentar a assistência social. No entanto, tanto o Poder Executivo quanto o legislativo foram alvos de ação direta e inconstitucionalidade por omissão, proposta pelo Procurador Geral da República ao Supremo Tribunal Federal, pois ficaram aproximadamente 05 anos após a promulgação da CF/88 sem que tivessem regulamentado a assistência social³⁶.

Cumprir registrar a previsão da assistência social nos artigos 203³⁷ e 204³⁸ da Carta Magna/88, independente de contribuição à seguridade social. Assim, em 13 de julho de 1993 o então Ministro de Estado do Bem-Estar Social apresentou ao Presidente da República o projeto de lei n. 4100, que dispunha sobre a organização da assistência social. Mais tarde, esse projeto de lei transformou-se na Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Com relação ao princípio da proteção integral, a Declaração dos Direitos do Homem (XXV) proclama a segurança na velhice. A Constituição Federal de 1988, de modo expresso, veda discriminação em razão de idade (CF 3º, IV). Atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar, ao idoso, participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, bem como garantindo o direito à vida (CF 230). Não refere o preceito, apenas à assistência material ou econômica, mas também às necessidades afetivas e psíquicas. Assegurada assistência social à velhice, independentemente de contribuição securitária, é garantido ao idoso um salário mínimo de benefício mensal, quando comprovado não possuir ele ou sua família condições de prover à própria manutenção (CF 230, V). Determinada a

³⁶ Wanderley, Maria Cauhi. Disponível em: Conteúdo Jurídico | A Assistência Social na Constituição Federal de 1988 (conteudojuridico.com.br). Acesso em: 10 ago. 2022.

³⁷ No art. 203 prevê quem são os destinatários da assistência social, enquanto o artigo 204 direciona-se para as ações governamentais, indicando a fonte de recursos que a custearão e trazendo diretrizes a serem observadas pelos legisladores e administradores futuros.

³⁸ A inovação sobre a assistência social trazida pela Constituição de 1988 foi a inserção de 2 institutos no art. 204 que visam dar maior amplitude à ajuda aos necessitados: o primeiro, que prevê a descentralização político administrativa, e o segundo, que trata da participação da sociedade nas discussões afetas ao tema.

adoção de políticas de amparo aos idosos, devem os programas ser executados, preferentemente, em seus lares (CF 230, § 1º). Também é deferido, aos maiores de 65 anos, transporte gratuito nos coletivos urbanos. A doutrina da proteção ao idoso, de nítido caráter assistencialista, é mais uma tentativa do Estado de desonerar-se de seu dever de proteger seus cidadãos (DIAS, 2016, p.1.102).

O aumento no número de idosos no Brasil retrata a tendência de envelhecimento da população, conforme registra os dados do IBGE. Em 2010, esse número era de 23,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos. O envelhecimento populacional sem dúvida deve ser considerado uma das maiores conquistas da humanidade, o que reflete a melhoria das condições de vida de uma população. As políticas públicas e os programas de atenção voltados para os idosos possuem papel importante na visibilidade adquirida por esse segmento, retirando o idoso do esquecimento e do silêncio e possibilita a eles uma condição social mais justa. Para atender essa nova realidade e os desafios que a acompanharam são necessários instrumentos legais que garantam proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas (ESCOBAR, MOURA, 2016).

Em 2020, esse número passou para 29,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos, e deve alcançar 72,4 milhões em 2100, segundo dados do IBGE. Ainda de acordo com dados numéricos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “a estrutura da pirâmide etária da população brasileira está em processo de mudança e, até 2050, terá se alterado significativamente. Há 20 anos, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, neste mesmo contexto, o cenário muda para 172,7 idosos. Além disso, uma pesquisa feita pela Folha de S. Paulo em relação ao Brasil e ao mundo, em 10 anos, alega que a sociedade brasileira envelheceu, ou seja, o perfil demográfico do país caminha a passos acelerados rumo ao envelhecimento”.

O envelhecimento da população brasileira é tema recorrente em pesquisas demográficas e comportamentais, mas pouco se fala sobre o impacto do aumento da expectativa de vida e na demanda por Instituições de Longa Permanência (ILPI) - ou asilos e abrigos. Estudo do Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) “descobriu que apenas 0,5% da população com mais de 60 anos está em uma das 3.548 instituições brasileiras. Mais de dois terços dos municípios brasileiros não têm nenhum abrigo para idosos aponta a tendência de crescimento dos números de idosos a procura dessas casas. A quantidade de familiares que antes cuidava dos mais velhos diminuiu”.

Não resta dúvidas de que os idosos possuem vulnerabilidades específicas, as quais se originam das peculiaridades da idade avançada. “O Brasil tem se organizado para tentar responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar um grande desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas. Implicando na necessidade de adoção de políticas sociais específicas para melhorar as condições da vida dessa população (RODRIGUES, 2019).

Na Constituição Federal/88 e/ou cidadã determina de quem é a responsabilidade de criar meios para o atendimento da pessoa idosa, porém é deficitário no que concerne a esclarecimentos sobre às políticas de assistência associadas a realidade que esse público enfrenta.

No Brasil, as políticas sociais para o idoso são recentes e sofreram influências de organismos internacionais na sua elaboração e implementação, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU). As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela emergência do envelhecimento na agenda social como um problema social e político relevante.

Esse período foi marcado por discussões em torno da criação de políticas sociais públicas para os idosos. A primeira política que regulamenta direitos específicos para esse segmento foi resultado desses encontros e debates que foram realizados por meio de vários seminários que culminaram no documento intitulado “Políticas para a Terceira Idade nos anos 90”, que originou mais tarde, em 1994, na Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. A partir dessa política, várias outras foram sendo instituídas, com destaque para o Estatuto do Idoso - Leis nº 10.741, de 03 de outubro de 2003.

Constitucionalmente, a assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado, instituída como política pública não contributiva, integrante da seguridade social. No Brasil, essa política tem na sua história avanços e retrocessos, sendo recente a percepção da necessidade de uma política universal de assistência social. Durante muito tempo, ela ficou limitada a ações caritativas e filantrópicas, principalmente ligadas às ações da caridade cristã, sem o caráter de direito social.

É de responsabilidade do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, elaborar as diretrizes, instrumentos, normas e prioridades da política nacional do idoso, bem como controlar e fiscalizar as ações de execução. Zelar pela aplicação da política nacional de

atendimento ao idoso, dar apoio aos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais dos Direitos do idoso, aos órgãos estaduais, municipais e entidades não-governamentais, para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos pelo Estatuto do idoso.

Compete ao Conselho também em avaliar a política desenvolvida nas esferas estadual, distrital e municipal e a atuação dos conselhos do idoso instituídos nessas áreas de governo, bem como acompanhar o reordenamento institucional, propondo as modificações nas estruturas públicas e privadas destinadas ao atendimento desse grupo etário; deve apoiar a promoção de campanhas educativas sobre os direitos das pessoas da terceira idade, com a indicação das medidas a serem adotadas nos casos de atentados ou violação desses direitos acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos dos idosos; e elaborar o regimento interno, que será aprovado pelo voto de, no mínimo, dois terços de seus membros.

Nesse sentido, a assistência social constitui um setor que visa a manutenção de uma rede de proteção para as pessoas idosas que, para além do benefício de prestação continuada, previsto na Constituição, inclui: “centros de convivência, casas lares, abrigos, centros de cuidados diurnos, atendimento domiciliares, dentre outros, em articulação com as demais políticas públicas”. E estas medidas são realizadas por meio de: “firmação de convênio; repasses de benefícios, doações, concessões e auxílios; criação e regulamentação de entidades asilares e não asilares, programas e eventos; isenção de algumas taxas, tributos, impostos; e declarações de utilidade pública de algumas instituições. Tudo isso tem contribuído para que a assistência social colabore para a melhoria do bem-estar da pessoa idosa na medida em que proporciona a esse segmento populacional, com o controle da sociedade, possibilidades de participação social e usufruto de bens, serviços e direito.

Os benefícios sociais voltados ao idoso, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada - BPC, que é um benefício de assistência social, previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei 8.842/1993, cujo objetivo é o atendimento a pessoas com deficiência e ao Idoso maior de 65 anos, desde que não possuam meios financeiros de subsistência. Para receber o benefício, que é de 1 (um) salário mínimo mensal, a renda familiar por pessoa deve ser de $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Para ter direito ao benefício não é exigido o recolhimento da contribuição ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

A assistência social, portanto, independe de qualquer contribuição, já que se trata de instituto destinado a acolher os cidadãos que estejam em estado de miserabilidade concedendo-lhes o mínimo necessário à sua sobrevivência; visa, pois, acolher os miseráveis, ou seja, os cidadãos incapazes de sobreviver sem o auxílio da assistência social (FREITAS JUNIOR, 2011, p.108).

Com relação ao acolhimento e atendimento, cada município é obrigado a dispor em face de seus cidadãos, entidades públicas que ofereçam serviços e abrigos aos idosos em situação de vulnerabilidade e necessidades. Porém, surgiram as entidades privadas de atendimento aos idosos, que deve seguir a regulamentação prevista no Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003, em decorrência da omissão do Poder Público.

Dentre os benefícios sociais voltados ao idoso, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica de Assistência Social – Lei 8.842/1993, que é um benefício de assistência social cujo objetivo é o atendimento a pessoas com deficiência e ao Idoso maior de 65 anos, desde que não possuam meios financeiros de subsistência. Para receber o benefício, que é de 1 (um) salário mínimo mensal, a renda familiar por pessoa deve ser de $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Para ter direito ao benefício não é exigido o recolhimento da contribuição ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

Acerca dos direitos conquistados pelos idosos e que constituem direitos sociais, estão dispostos no Estatuto do Idoso, direitos estes muito bem relacionados e dissertados por Freitas Junior (2011), diz respeito a:

1. “Educação, cultura e lazer – Não se pode comparar o cidadão idoso com a senilidade, considerando que a senilidade é a diminuição da capacidade física ou mental da pessoa, já o envelhecimento é o processo natural de desgaste do organismo humano e necessariamente não interfere na capacidade física ou psíquica.
2. Acesso ao Trabalho – O idoso tem direito ao exercício da atividade profissional com a observância de suas limitações relativas ao envelhecimento, sendo respeitado às condições físicas, psíquicas e intelectuais.
3. Descontos na cobrança de ingressos – O idoso será contemplado com 50% de descontos em qualquer evento, ou seja, cinemas, casas de shows, teatros, estádios de futebol, boates, shoppings e outros.
4. Habitação – O idoso terá prioridade quanto à aquisição de casa própria junto aos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos.
5. Gratuidade nos transportes coletivos – Os idosos maiores de 65 anos têm o direito de passagem gratuita em transportes coletivos. Fica a critério de legislação de cada município o oferecimento deste benefício aos idosos da faixa etária a partir de 60 anos.

6. Vagas privativas em estacionamentos – Não deve ser confundido “vaga privativa” com “vaga preferencial”. As regras serão aplicadas aos estabelecimentos públicos e privados. As reservas devem obedecer à lei local, com regulamentação de cada Município ou Estado.

7. Prioridade de atendimento – A prioridade abrange de forma ampla todos os setores de prestação de serviços à população, como exemplo: Embarque no sistema de transporte, restituição no imposto de renda, tramitação processual, e outros.

As regras sobre o atendimento, acolhimento e prioridade aos idosos, é uma responsabilidade da família, sociedade e do Estado. A família deve estar atenta e pronta para cuidar e defender os direitos de seus idosos com objetivos de oferecer uma melhor qualidade de vida e manter o idoso em família. A sociedade, intervirá quando faltar o apoio familiar de forma a evitar o abandono do idoso e o Estado proverá ações para o atendimento em todas as áreas de necessidade ao público idoso, promovendo oportunidade de cuidados médicos, assistência, educação, lazer, e casas de acolhimento, evitando que o idoso se encontre em completo abandono.

Segundo Georgia Rocha (2019), a elaboração de políticas públicas, em suas muitas frentes, está intimamente relacionada com uma concepção crítica da realidade, entendendo que o Brasil apresenta condições sociais, econômicas e culturais distintas, historicamente determinadas, o que se reflete na realidade populacional. Estimular o envelhecimento saudável e ativo não pode estar deslocado do entendimento da pessoa idosa em sua totalidade, dentro de múltiplas variáveis, nem da visão da sociedade em suas diversas faces”.

As disposições sobre o atendimento, acolhimento e prioridade aos idosos, é uma responsabilidade da família, sociedade e do Estado. A família deve estar atenta e pronta para cuidar e defender os direitos de seus idosos com objetivos de oferecer uma melhor qualidade de vida e manter o idoso em família. A sociedade, intervirá quando faltar o apoio familiar de forma a evitar o abandono do idoso e o Estado proverá ações para o atendimento em todas as áreas de necessidade ao público idoso, promovendo oportunidade de cuidados médicos, assistência, educação, lazer, e casas de acolhimento, evitando que o idoso se encontre em completo abandono.

Segundo Rolf Madaleno (2017, p. 118), “o ancião não era sujeito passivo de qualquer tutela infraconstitucional de maior relevo e repercussão até a edição da Lei nº 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, ao conferir amparo ao idosos”. Os idosos constituem, inquestionavelmente, um grupo social em franco crescimento quantitativo, que estava à mercê de um reconhecimento especial para a vulnerabilidade de seus direitos fundamentais, ligados aos

seus cuidados como pessoa, com vistas aos cuidados para com sua saúde, seu transporte, sua moradia e atendimento prioritário.

Como se sabe, o idoso, pela própria condição física e da peculiaridade da idade avançada, possuem vulnerabilidades específicas, necessitando de tratamento que dependem da família, Estado e sociedade. Assim, possui atendimento preferencial, imediato e individualizado perante os órgãos públicos e privados.

No Brasil tem se organizado na tentativa de responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar um grande desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas. Implicando na necessidade de adoção de políticas sociais específicas para melhorar as condições da vida dessa população (RODRIGUES, 2019).

Com as reformas de direção neoliberal,³⁹ ocorridas nos últimos anos no Brasil, as políticas públicas de seguridade social sofreram impactos limitantes para a sua cobertura. Ainda que seja possível admitir avanços no desenho do sistema de proteção social brasileiro, há também que se considerar o convívio deste modelo de tendência abrangente e universal com os projetos de retração de benefícios, caracterizados por retrocessos e constantes ameaças de retirada de direitos já conquistados.

A seguridade social não contributiva encontra-se com uma simultaneidade de forças que não permite a efetivação do princípio da universalidade, ensejando por focar nos sujeitos em situação de vulnerabilidade, além de vivenciar um estado de inconclusão, tanto na sua consecução quanto na ideia de cidadania que carrega. Ao dispor sobre organização e funcionamento dos serviços de saúde, na lógica de um sistema único, a Legislação Brasileira, em 1990⁴⁰, já concebia que as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde envolvem fatores como alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação

“Assenta-se, portanto, a concepção de determinantes sociais de saúde, relacionada à vulnerabilidade ao buscar se contrapor ao paradigma estritamente biológico para a

³⁹ Simionatto I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul. Disponível em http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv_150.htm, Acesso em 17 nov. 2022.

⁴⁰ Do Carmo, Michelly Eustáquia e Guizardi, Francini. 2009. Disponível em: SciELO - Brasil - O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social . Acesso em 14 de out. 2022

caracterização do processo saúde-doença”⁴¹. Tal perspectiva traz uma compreensão mais alargada das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde.

5.3 EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA PROTEÇÃO AO IDOSO

O papel do Estado vem experimentando diversas transformações, uma delas é promover políticas públicas mais direcionadas para promover o bem-estar da sociedade. Destarte, o Estado passou a ter o papel de regular e coordenar, com autoridade, o mercado e as ações sociais de todos os tipos (RIBEIRO, 2013).

Vale lembrar que os direitos sociais, entre eles o direito à saúde, estão entre os direitos humanos fundamentais.⁴² Dessa maneira, em conformidade com o disposto no artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal,⁴³ as normas definidoras de direitos fundamentais, sejam estes civis, políticos, sociais, econômicos ou culturais, possuem eficácia plena e a aplicabilidade imediata.

Para Flávia Piovesan:

Este princípio realça a força normativa de todos os preceitos constitucionais referentes a direitos, liberdades e garantias fundamentais, prevendo um regime jurídico específico endereçado a estes direitos. Vale dizer, cabe aos Poderes Públicos conferir eficácia máxima e imediata a todo e qualquer preceito definidor de direito e garantia fundamental. Este princípio intenta assegurar força dirigente e vinculante dos direitos e garantias de cunho fundamental, ou seja, objetiva tornar tais direitos

⁴¹ O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00101417. Disponível em: CSP_1014_17_SAGAS.indd (scielo.br). Acesso em: 16 jun. 2021.

⁴² Apesar de já anteriormente exposto, vale também aqui pontuar o conceito de direitos sociais, dessa vez, nas palavras de José Afonso da Silva: “Como dimensão dos direitos fundamentais do homem, já os entendemos como prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se conxionam com o direito de igualdade. Valem como pressupostos de gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. Sem preocupação com uma classificação rígida, e com base nos arts. 6º a 11 da Constituição, podemos agrupá-los nas quatro classes seguintes: a) direitos sociais relativos ao trabalhador; b) direitos sociais relativos à seguridade, compreendendo os direitos à saúde, à previdência e à assistência social; c) direitos sociais relativos à educação e à cultura; d) direitos sociais relativos à família, criança, adolescente e idoso; e) direitos sociais relativos ao meio ambiente” (Garantias econômicas, políticas e jurídicas da eficácia dos Direitos Sociais. Disponível em: 22.06.2002 na internet: Acesso em 10 de novembro de 2022).

⁴³ CF/88: 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: (...) § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

prerrogativas diretamente aplicáveis pelos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.⁴⁴

Para Lopes o Estado atua por meio de políticas públicas, o que significa acrescentar que a prestação positiva do Estado se destina a garantir o exercício dos direitos fundamentais individuais, para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público⁴⁵. (LOPES, 2008).

Nesse sentido, o Estado necessita desenvolver uma série de ações e atuar diretamente em diferentes áreas, tais como saúde, educação, meio ambiente, etc. E para atingir esses resultados em diversas áreas e promover o bem-estar da sociedade, os governos se utilizam das chamadas Políticas Públicas que podem ser definidas como sendo o conjunto de decisões e ações do governo, voltadas para a solução de problemas apresentados pela sociedade. (LOPES, 2008).

Souza (2006) ressalta que a política pública aparece como um campo dinâmico em sua formulação e execução. Ressalta que a política pública está direcionada para a solução de problemas e estes entram na agenda de governo como prioridades, quando assumimos que devemos fazer algo sobre eles.

Ainda segundo a autora as políticas públicas são consideradas um campo do conhecimento movido a interesses que regem regras, diretrizes e/ ou modelos de decisão, elaboração, implementação e avaliação de problemas relativos à saúde, educação, segurança e atendimento especial a população carente, amparando a população com base na arrecadação

⁴⁴ Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional, cit., p. 59. Ainda sobre a aplicabilidade imediata determinada pelo artigo 5º, parágrafo 1º, da Constituição Federal, Ingo Sarlet ressalta: “Tal formulação, à evidência, traduz uma decisão inequívoca do nosso Constituinte no sentido de outorgar às normas de direitos fundamentais uma normatividade reforçada e, de modo especial, revela que as normas de direitos e garantias fundamentais não mais se encontram na dependência de uma concretização pelo legislador infraconstitucional, para que possam vir a gerar a plenitude de seus efeitos, de tal sorte que permanece atual a expressiva e multicitada frase de Hebert Krüger, no sentido de que hoje não há mais que se falar em direitos fundamentais na medida da lei, mas sim, em leis na medida dos direitos fundamentais” (Algumas Considerações em Torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. Revista Diálogo Jurídico. Salvador: Centro de Atualização Jurídica – CAJ, n. 10, janeiro, 2002. Disponível em: www.direitopublico.com.br, Acesso em 10 nov. 2022.

⁴⁵ “Ou seja, as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isso ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e esses mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e inclusive o próprio Presidente da República) para que atendam às demandas da população”. (LOPES, 2008, p.5).

de recursos públicos e distribuição de renda, estas contribuem para a visibilidade desta área na sociedade.

A partir da compreensão teórica neoinstitucional, reconhece que há uma certa autonomia do Estado e seus governos na definição, formulação e implementação de políticas públicas. (SOUZA, 2006). Isto posto, resta claro que as Políticas Públicas são de extrema importância, pois o Estado passa a ser o regulador, propiciando através de políticas públicas e sociais, ações, metas e planos para que os indivíduos alcancem autonomia e liberdade através da minimização da desigualdade social e da garantia do acesso aos bens necessários para seu desenvolvimento.⁴⁶

Canuto (2010) complementa que a avaliação e análise do andamento das políticas públicas é uma forma de evitar que sejam esquecidas e que os recursos tenham a devida destinação. Para a mesma autora, as políticas públicas consistem em instrumentos de justiça social que possibilitam que a população, principalmente aquela parcela excluída e muitas vezes esquecida, goze de seus direitos fundamentais.

De acordo com a mesma autora, quando certos programas têm curto período de vigência ou sofrem modificações em função, geralmente, da alternância de poder e, conseqüentemente, de interesses, planos e estratégias, a população que mais necessita destes acaba prejudicada (CANUTO, 2010, p.187).

Na década de 1980, o modelo de gestão pública que estava sendo utilizado no Brasil, buscou descentralizar as atividades governamentais e promover a participação popular, com o intuito de potencializar os resultados das políticas públicas (CANUTO, 2010, p. 183). No entanto, o que se observa na história das políticas públicas no Brasil é a falta de efetividade dos programas implementados, falta de planejamento ou através de desvios de atenção dos objetivos, como forma de manobra (CANUTO, 2010, p. 189).

Como os direitos fundamentais são efetivados mediante implantação e disponibilidade de políticas públicas, torna-se fundamental a participação popular cobrando e exigindo ações que modifiquem a realidade social, garantindo, assim, a realização dos mesmos (CANUTO, 2010, p. 182).

⁴⁶ [...] o papel da Análise de Política é encontrar problemas onde soluções podem ser tentadas, ou seja, “o analista deve ser capaz de redefinir problemas de uma forma que torne possível alguma melhoria”. Portanto, a Análise de Política está preocupada tanto com o planejamento como com a política (politics).

A autora sustenta ainda que o Estado tem o papel e o dever de buscar a efetivação, igualdade e a mudança da realidade social, o que exige a criação de políticas públicas eficazes e bem elaboradas que atinjam seus objetivos inicialmente estabelecidos. Desse modo, quando os resultados das políticas públicas são atingidos, logo pode afirmar que os princípios constitucionais da cidadania e da dignidade da pessoa humana foram atingidos (CANUTO, 2010, pp. 182-189).

Além disso, é importante considerar que mesmo políticas voltadas à redução de desigualdades podem repercutir em tratamentos desiguais por meio da atuação de agentes implementadores (PIRES, 2019), ao tempo que também visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis, como o caso em tela os idosos de baixa renda em Salvador/Bahia. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e da mobilização social. Visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente (TEIXEIRA, 2015).

Nesse sentido, os gestores públicos ocupam uma posição privilegiada para identificar questões que merecem cuidados políticos em seus programas e aos beneficiários, antes mesmo que estes se tornem problemas públicos. Estes são importantes atores que podem atuar na triagem das demandas que necessitam de maior atenção e assim, repassarem aos formuladores de políticas públicas na esfera do poder Legislativo e Executivo.

Assim, o que se observa é que o direito sanitário é um direito social, pertencendo à segunda geração dos direitos humanos que impregnaram o chamado Estado social de Direito em evolução ao Estado liberal-burguês de Direito.⁴⁷ O direito à saúde é considerado simultaneamente um direito de defesa, de natureza negativa, na perspectiva de se impedir uma ação indevida do Estado e de terceiros que possa lesar a saúde do titular e, um direito à prestação, de natureza positiva, que se impõe ao Estado na consecução de políticas públicas que visem à efetivação desse direito a todos os cidadãos, que incluem, entre outras prestações materiais, o atendimento médico, ambulatorial e hospitalar, a realização de exames e o

⁴⁷ Para um estudo mais detalhado sobre as dimensões/gerações dos direitos humanos, verifica-se, entre outros: SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. p. 48-60; BONAVIDES, Paulo. Curso de direito constitucional. 10. ed. rev., atual., e ampl. São Paulo: Malheiros Ed., 2000. p. 516-527; e LAFER, Celso. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 125-134.

fornecimento de medicamentos diversos; enfim, toda ação e serviço que promova, proteja e recupere a saúde (CF, art. 196).

O art. 5º, § 1º da Constituição Federal de 1988 prevê que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata, donde se pode concluir que essas normas não mais dependem de uma concretização pelo legislador infraconstitucional para que possam gerar a plenitude de seus efeitos⁴⁸

Silva (1985) considera que a norma contida no art. 5º, § 1º da Constituição Cidadã é uma norma-síntese do plano constitucional de que os direitos humanos, assim entendidos os direitos fundamentais: individuais, coletivos, sociais, de nacionalidade e políticos, só cumprem sua finalidade se as normas que os contemplam tiverem efetividade.

Já Sarlet (2007, p. 9)⁴⁹, por sua vez, entende que essa disposição, "aplicável a todos os direitos fundamentais (incluindo os direitos sociais)", é uma norma-princípio "que se constitui em uma espécie de mandado de otimização, impondo aos órgãos estatais a tarefa de reconhecerem e imprimirem às normas de direitos e garantias fundamentais a maior eficácia e efetividade possível".

Com efeito, a norma insculpida no art. 5º, § 1º, da CF/88 possibilita ao operador do direito, que enfrenta uma situação em que esteja em jogo um dado direito fundamental, criar meios de conferir efetividade a esse direito, independentemente da existência de norma infraconstitucional integradora e mesmo contra norma infraconstitucional que esteja dificultando a concretização do direito. Ademais, com exegese no art. 5º, § 2º, da CF de 1988 é possível extrair novos direitos fundamentais mesmo fora do rol nele elencado.

Desse modo, quando alguém diz que os direitos sociais não possuem ou não podem possuir aplicação direta e imediata por não estarem elencados no art. 5º da Carta Federal de 1988 é um argumento que absolutamente não pode prevalecer, isso porque não leva em conta que a aplicação direta e imediata se funda no princípio da máxima efetividade inerente a

⁴⁸ Sobre o problema da interpretação hermenêutica dos direitos sociais em razão da expressão "direitos e garantias individuais" do art. 60, § 4a, IV, da CF/88, ver, por todos, Paulo Bonavides, op. cit., p. 588-599. Não assiste razão aos que defendem a interpretação meramente gramatical dessa norma e do art. 5a, § 2º a de que tais disposições não se aplicam aos direitos sociais e conseqüentemente ao direito humano à saúde.

⁴⁹ SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), |Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº 11, setembro/outubro/novembro, 2007. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=233>. Acesso em: 30 nov. 2022.

qualquer norma constitucional, sobretudo as definidoras de direito⁵⁰. Se a Constituição diz que a saúde é um direito de todos e indica políticas, mecanismos e a forma de recursos para satisfação desse direito, aí está caracterizada a sua primeira condição de eficácia jurídica, tornando-o justificável.

Todas as normas já citadas e outras relativas à saúde possuem eficácia jurídica, em maior ou menor grau, razão pela qual devem ser utilizadas para fundamentar pedidos ou mesmo decisões em que se discute a concretização do direito à saúde.

Debruçando mais sobre o tema, Sarlet (2002) discorre sobre os padrões de qualidade que o Estado estaria obrigado a prestar, o que chama de clássico dilema do Estado social em relação às suas funções precípua, isto é, se os serviços de saúde devem seguir padrões mínimos suficientes para assegurar a efetividade das prestações. No entanto, diante de prestações de cunho emergencial, cujo indeferimento acarretaria o comprometimento ou mesmo o sacrifício irreversível de bens essenciais da própria vida, integridade física e dignidade humana, o autor reconhece, ao revés, um direito subjetivo individual à prestação reclamada em juízo, desde marcada pelo princípio da razoabilidade.

Nesse passo, pondera-se que o Estado, o legislador e outros destinatários da norma estarão sempre vinculados a proteger o direito à vida, o bem maior do ser humano, de sorte que na seara das prestações existenciais mínimas, cabe-lhes escolher o meio ou conjunto de meios hábeis a tornar efetivo o direito à vida.

Aqui é que ganham importância as políticas públicas, que são um complexo de decisões e normas de natureza variada, e surgem algumas questões que ainda não foram adequadamente respondidas. Para promover a saúde o que deve fazer o Estado? Quais os limites constitucionais, quais as direções impostas pela Constituição? Uma política de saúde dependerá basicamente de gastos públicos, de curto, médio e longo prazo e legislação que discipline as atividades pertinentes à saúde. A legislação deve cuidar da organização do serviço público ou da promoção indireta do serviço de saúde por empresas particulares.

Para compreender as políticas públicas é essencial conhecer o regime de finanças públicas, e para compreender estas é necessário inseri-las nos princípios constitucionais que

⁵⁰ Nas palavras de Celso Antônio Bandeira de Mello: "Todas as normas constitucionais concernentes à Justiça Social — inclusive as programáticas — geram imediatamente direitos para os cidadãos, inobstante tenham teores eficácias distintos. Tais direitos são verdadeiros 'direitos subjetivos', na acepção mais comum da palavra". Eficácia das normas constitucionais sobre justiça social. Revista de Direito Público, São Paulo, v. 57/58. p. 255, 1991.

estão além dos limites ao poder de tributar. Sendo assim, as políticas públicas precisam ser inseridas no direito que o Estado recebeu de planejar não apenas suas contas, mas de planejar o desenvolvimento nacional, que inclui e exige a efetivação de exercícios dos direitos sociais pelos cidadãos brasileiros. Assim, o Estado não só deve planejar seu orçamento anual, mas também suas despesas de capital e programas de duração continuada (art. 165, CF/88).

Como se percebe, há um verdadeiro confronto de direitos para que o Estado possa efetivar um direito humano social, podendo-se inferir que o próprio sistema estatal representa um limite econômico à efetivação dos direitos sociais. A fiscalização deficiente de gastos públicos e a ineficiência na prestação do serviço público também representam um limite econômico ao cumprimento dos direitos sociais, de sorte que o desempenho da função prestacional do Estado depende de uma boa fiscalização nos gastos públicos e da melhoria na eficiência dos serviços estatais.

Diante disso, em razão da reserva do possível, o juiz não pode ficar indiferente quanto à viabilidade material de sua decisão, em particular em matéria de saúde. É preciso lembrar que os recursos são finitos e verificar até que ponto sua decisão será passível de atendimento sem colocar em risco o equilíbrio financeiro do Sistema Único de Saúde. Entretanto, o juiz deve analisar detidamente toda e qualquer alegação de negativa de efetivação de um direito à saúde com base no argumento da reserva do possível. Não basta o destinatário da norma simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras de cumprir a ordem judicial, é preciso demonstrá-la. Portanto, o argumento da reserva do possível somente deve ser acolhido se o Poder Público demonstrar suficientemente que a decisão causará mais danos do que vantagens à efetivação do direito humano à saúde.

Para o autor Madaleno (2017, p. 151) “a prestação judicial, só será eficaz se for eficiente, expedita e justa, não obstante as inúmeras armadilhas que surgem com excessos de prazos, defesas, recursos e expedientes protelatórios a transformar muitas vezes as demandas em verdadeiros calvários judiciais”. Como a idade mais avançada, o idoso dispõe de menos tempo de forma cronológica do que um indivíduo mais jovem e atento à morosidade processual, o Estatuto do Idoso previu em seu artigo 71 uma forma mais eficiente do acesso do idoso à justiça, vez que a diferença de idade transforma a demora processual em um sério e indesejável instrumento de desequilíbrio e de desigualdade de armas em uma demanda judicial.

Conclui-se, com base nessa conformação econômico-financeira do Estado, que tudo aquilo que o impeça de implementar os direitos sociais importa em limitação econômica à consecução desses direitos. Assim, pode-se considerar, de início, que a ausência de dotação orçamentária específica ao atendimento de um determinado direito social representa seguramente um limite econômico a esse direito. O Estado tem, também, uma série de direitos prestacionais a cumprir e para dispor os serviços correspondentes encontra outras limitações econômicas.

O Estatuto do Idoso define proteção integral e dá prioridade em serviços às pessoas com mais de 60 anos no Brasil. Essa lei criminaliza o abandono, discriminação, negligência, violências e abusos. O grande desafio do Estado e da sociedade civil é dar efetividade na legislação de proteção e amparo ao idoso, no âmbito da gestão pública e participativa das políticas sociais.

Ainda o art. 8º da Lei 10.741/2003 assegura que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”⁵¹. Dessa forma, é obrigação da sociedade garantir a efetivação desse direito de forma digna, como também é obrigação do Estado a efetivação de políticas públicas que contribuam para a garantia deles (BASTOS, 2019).

Assim, dada a dificuldade de proteção dos direitos, faz-se, cada vez mais imperiosos, a participação do Estado nessa tarefa para garantir o pleno exercício da cidadania aos indivíduos de modo geral, percebidos enquanto cidadãos portadores de uma gama de direitos, em especial àqueles cidadãos idosos de baixa renda que dependem exclusivamente dos serviços estatais para garantia da sua sobrevivência. Assegurados num sistema de garantias, tais direitos são ofertados pelo Estado Democrático de Direito, que exerce um papel importante, sobretudo para os direitos sociais, que necessitam de uma intervenção positiva do Estado, para que possam ser efetivamente usufruídos, e dependem diretamente da vontade política para serem promovidos.

As dificuldades na implementação das políticas públicas, abrangem desde a captação precária de recursos ao frágil sistema de informação para a análise das condições de vida e de saúde, como também a capacitação inadequada de recursos humanos. O idoso deve ser o principal agente e destinatário das transformações e também não deve sofrer discriminações,

⁵¹ BRASIL, Planalto. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 mai. 2022.

já que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral (RODRIGUES, 2007).

O entendimento desse direito passa pelo acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia da integralidade da atenção, considerando as diferentes realidades e necessidades de saúde da população. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem as estratégias e os movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

Simultaneamente à regulamentação do SUS, o Brasil se organiza para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece e assegura os direitos sociais à pessoa idosa, ao criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS⁵².

Na sequência de desenvolvimento da PNI surge o Plano Integrado de Ação Governamental. Esse plano de ação foi composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão; e Secretaria de Desenvolvimento Urbano, o qual tem como finalidade nortear as ações integradas de forma a viabilizar a implementação da PNI.

Assim, a PNI define as ações e as estratégias para cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - e acompanha, controla e avalia as ações para assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, com a família, a sociedade e o Estado responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida⁵³.

⁵² Brasil. Lei n. 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. Brasília; 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 17 ago. 2022

⁵³ FERNANDES, Maria Terezinha de Oliveira e SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Disponível em: SciELO - Brasil - O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Acesso em 21 out. 2022

Para além dos desvios de finalidade vinculados às receitas do orçamento e da aplicação desmedida e crescente de princípios restritivos à implementação de políticas públicas sociais, quais sejam pela via da consagração da reserva do possível e do mínimo existencial, o financiamento das políticas públicas sociais sofre com outros obstáculos de gravidade superior: o desvio de verbas, roubo pela mão que arrecada em causa própria e que é “uma infeliz tradição que maltrata eticamente e espolia economicamente a sociedade brasileira” (DOMINGUES, 2008, p.299) e também pelas falhas governamentais devido a inexistência de uma gestão orçamentária eficaz, o que reflete negativamente para a consolidação de ações que venham acolher essa população idosa de baixa renda.

Em 2003, com a aprovação do Estatuto do Idoso⁵⁴ e junto à PNI, esses documentos importantes ampliaram os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa e foram fundamentais para a afirmação de ações dinâmicas e consistentes. O Estatuto do Idoso veio dar prioridades a todos. E com as ações fundamentais de prevenção secundária, de reabilitação, de promoção da saúde, além do cuidado e do tratamento, que é possível garantir melhor qualidade de vida para idosos na vida em família e em sociedade. Isto posto, o estatuto do idoso enfatiza a interface entre a intersetorialidade e o direito à saúde⁵⁵.

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa — PNSPI⁵⁶, instituída pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, busca garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando sua integração. Para que possa implementar, necessário que primeiramente se compreenda a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor da saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto.

⁵⁴ Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências Brasília; 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm, Acesso em: 11 ago. 2022.

⁵⁵ Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que “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 (...) 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” (Art. 2). 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 (Art.15). Coerentemente, aborda a problemática de recursos humanos: as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (Art.18). Demanda a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, de conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos (Art. 22).

⁵⁶ Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 11 ago. 2022

Nesse sentido, a PNSPI tem como objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde.

Assim, essa política define diretrizes norteadoras de todas as ações no setor da saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta, como também a orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática⁵⁷. Com o propósito de apresentar as diretrizes e as estratégias e abordar as questões da Política Nacional de Saúde do Idoso, foi possível especificar suas finalidades essenciais propostas para o envelhecimento populacional brasileiro.

A legislação brasileira, relativa aos cuidados da população idosa, embora bastante avançada, na prática, ainda é insipiente. Com a vigência do Estatuto do Idoso, na incessante busca em garantir direitos dos idosos e com a ampliação da Estratégia Saúde da Família, tornou-se pública a presença de idosos em famílias fragilizadas, em situação crítica de vulnerabilidade social, o que aponta para a imperiosa readequação da PNSPI⁵⁸.

No entanto, essa política veio concretizar um passo importante para a saúde de mais de 18 milhões de idosos no país, que correspondem a aproximadamente 10,5% da população

⁵⁷ Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, com vistas à integralidade da atenção; Implantação de serviços de atenção domiciliar; Acolhimento preferencial em unidades de saúde, com respeito ao critério de risco; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Fortalecimento da participação social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. A PNSPI também aponta estratégias para: Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Edição e distribuição do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, nº 19; Realização do Curso de Educação à Distância em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – EAD; Elaboração do Plano Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa SUAS-SUS; Edição e distribuição do Guia Prático do Cuidador; Criação e implantação do Plano Nacional de Formação de Cuidadores de IDOSOS Dependentes na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS); Publicação da portaria sobre Prevenção e Cuidado à osteoporose e quedas (Portaria nº 3.213/GM de 20 dezembro de 2007); Ampliação de acesso à consulta no Programa Olhar Brasil (Portaria n/33/SAS de 23 de janeiro de 2008); Fomento à pesquisa na área de Envelhecimento de Saúde da Pessoa Idosa; Implementação do Programa de Internação Domiciliar; Fomento ao acesso e uso racional de medicamentos (Portaria nº 2.529/GM de 19 de outubro de 2006).

⁵⁸ Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 11 ago. 2022.

brasileira⁵⁹. Não obstante, a organização da rede do SUS, é fundamental que as diretrizes da PNSPI sejam plenamente alcançadas e talvez efetivadas.

Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/ SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Inter gestores Tripartite. Cabe destacar alguns movimentos, ainda tênues, como as experiências de gestores locais, de Estados e Municípios, que ao organizar serviços para essa população, viabilizaram a revisão da portaria de 1999 (PNI) que a revogou e deu origem, em 2006, à portaria 2.528, e as diretrizes desse processo serviram de base para um importante documento — o Pacto pela Saúde⁶⁰, o qual foi assinado pelo Ministério da Saúde, pelos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems), e foi aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

A política em questão assume o envelhecimento ativo colocado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, cujo enfoque é a pessoa idosa de modo a reconhecê-la como participante ativa e condutora de sua vida nas questões familiares e de sua comunidade. É um 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. Envolve políticas públicas que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros em todos os ciclos de vida.

É importante destacar ainda que aproximadamente 75% dos idosos encontram-se vivendo de forma independente, sem precisar de auxílio para suas atividades cotidianas. Para essa população é fundamental manter as atividades de promoção e de prevenção, a fim de que continue vivendo de forma independente e autônoma, mantendo sua cidadania⁶¹.

Por outro lado, tem-se em torno de 20% a 25% de idosos que já desenvolveram algum grau de dependência, e essas pessoas precisam de um atendimento diferenciado na saúde e em outros setores⁶². Calcula-se que em torno de 70% a 80% das pessoas idosas são dependentes, única e exclusivamente, dos serviços públicos de saúde, o que leva a refletir que os serviços

⁵⁹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>. Acesso em: 11 ago. 2022.

⁶⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. O que é o Pacto pela Saúde? Brasília; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021. Acesso em: 11 ago. 2022

⁶¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>. Acesso em: 11 ago. 2022.

⁶² *Ibidem*, *Loc. cit*

de saúde da rede pública precisam se adequar ao envelhecimento populacional, principalmente no que se refere à atenção primária⁶³.

Nesse sentido é que um dos principais objetivos dessa política é a reorientação dos Serviços Públicos de Saúde para identificar o nível de dependência desses idosos, dando a eles um acompanhamento diferenciado em cada situação, somado à promoção da qualidade de sua vida na heterogeneidade e diversidade desse contexto.

Em relação as políticas públicas de atendimento aos idosos previstas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei 8.842/1994 – Política Nacional do Idoso e em seguida por legislação específica, Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso, é relevante verificar o que foi realizado efetivamente, de forma que esteja de fato em funcionamento, para que torne o envelhecimento um processo tranquilo para aqueles que necessitam de atendimento especializado, propiciando a saúde física e psicológica, a convivência familiar e participação ativa em sociedade, através das ações de políticas públicas.

Quando se fala em saúde de idosos, o estatuto do idoso em seu artigo 15 determina que “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”.

São diversos os benefícios garantidos e conquistados aos idosos, como na área da saúde, que têm direitos a medicamentos gratuitos, principalmente aqueles de uso contínuo. Porém, com o advento da pandemia da Covid-19, essa garantia ficou comprometida, já que todos olhares e atenção estavam voltados para o atendimento e fornecimento de medicamentos para a população acometida da doença, dificultando, portanto o acesso a medicamentos de uso continuado para àqueles que dependiam e dependem da assistência para sobreviver.

É bem verdade que muitas doenças crônicas e até mesmo fáceis de se resolver foram deixadas de lado, a fim de atender uma demanda urgente e nova para toda a população, ao tempo que trouxe sequelas e até mesmo mortes em decorrência da falta de atendimento para o público idoso que dependia dos recursos do Estado para dar continuidade ao seu tratamento, seja moléstia grave, crônica e/ou passível de controle e solução.

⁶³ *Ibidem, Loc. cit*

Segundo pesquisas realizadas pelo IBGE, em 2019, o Brasil contava com mais de 29 milhões de pessoas idosas, com a expectativa que esse número ultrapasse 73 milhões em 2060. Com o previsto aumento do número de idosos, surge a necessidade de ampliar políticas que possam atender as necessidades desse crescente público, que ainda passa por diversas necessidades para a garantia do direito fundamental, qual seja acesso saúde, notadamente aos medicamentos de alto custo e sua efetivação e garantia para os mais necessitados, os idosos de baixa renda.

5.4 ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL SOBRE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Como já exposto, o direito à saúde é direito social fundamental, previsto no art. 6º, da Constituição Federal que integra o próprio direito à vida (art. 5º). Neste sentido, saúde e vida são direitos indissociáveis e indivisíveis, de modo que a ausência de um implica a não garantia do outro.

Os bens jurídicos envolvidos na relação entre saúde e vida são os mais valiosos e merecedores da tutela do Estado, já que indisponíveis.

No art. 196 da CF/88 aponta ainda que o direito à saúde abarca as ações que buscam reduzir os riscos e agravo de doenças. Acerca das previsões constitucionais concernentes ao direito fundamental à saúde, temos que o Sistema Único de Saúde - SUS que implementa programas e dispõe de medicamentos gratuitos para fornecer, sem custos, o atendimento necessário ao controle de doenças, atendimentos preventivos, além dos de emergência ou de urgência.

Imperioso registrar, também, que o SUS, embora seja um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, não sincroniza com a realidade experimentada por pacientes e profissionais que nele atuam, seja por carência estrutural ou de recursos humanos. O SUS é um sistema de saúde que sobrevive com o básico para o seu funcionamento, garante assistência de forma totalmente gratuita.

Independente dos problemas apontados, com relação à saúde, as previsões constitucionais obrigam o Ministério da Saúde a desenvolver políticas que atendam às demandas da população, sejam elas coletivas ou individuais. Dessa forma, o SUS estabelece

protocolos de tratamento preventivo de doenças crônicas e fornece os medicamentos necessários ao seu controle, como, por exemplo, os programas voltados a diabetes e a hipertensão.

Para além dos programas “padrão”, o SUS também é acionado diariamente para cobrir o tratamento de doenças crônicas gravíssimas e raras, as quais, normalmente, possuem um custo altíssimo de tratamento. Outro ponto que gera conflito entre paciente e sistema de saúde é o caso específico de pacientes acometidos com doenças que possuem protocolo de tratamento, porém, não respondem a ele de forma satisfatória e necessária para a sua sobrevivência.

Dentro desse contexto, surge o fenômeno da judicialização da saúde, no qual os pacientes acionam o poder público judicialmente, a fim de obter o tratamento necessário à sua condição. As ações postulam, normalmente, por medicamentos de alto custo que não fazem parte das listas oficiais do SUS ou aqueles também de alto custo e que, além de não estarem nas listas, não possuem registros junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Segundo levantamento elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada disponibiliza os gastos do Ministério da Saúde com medicamentos⁶⁴. Como se pode constatar, as demandas judiciais explicam, em parte, o aumento do gasto com os componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica, particularmente com este último.

Em síntese, vemos que os dados apontam um crescimento de 547% no gasto público com medicamentos solicitados via judicial entre 2010 e 2016. Soma-se ao crescimento dos gastos, a preocupação dos pesquisadores quanto à seletividade do alcance de determinados medicamentos por aqueles que tenham condições de postular via judicial. Nesse sentido, a judicialização da saúde tem preocupado gestores públicos e pesquisadores da área pelo seu potencial de produzir iniquidades no SUS, ainda que o fenômeno demonstre maior consciência dos cidadãos sobre seus direitos e a via judicial seja um dos meios de efetivá-los.

⁶⁴ Instituto de Economia Aplicada, 2016, p.23. “[...] no período de 2009 a 2015, o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos solicitados pela via judicial foi de R\$ 3,4 bilhões em valores de 2015, atingindo no último ano o patamar de R\$ 715 milhões (Vieira, 2016). De acordo com dados da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o crescimento real do gasto com as ações judiciais de medicamentos foi de 547% entre 2010 e 2016, passando de R\$ 199,6 milhões para R\$ 1,3 bilhão em valores de 2016. No acumulado, o gasto foi de R\$ 4,8 bilhões (Brasil, 2017b). No período de 2010 a 2015, os medicamentos mais solicitados pela via judicial destinaram-se ao tratamento de doenças raras e da diabetes, sendo que as cinco tecnologias mais judicializadas foram, nesta ordem, tira reagente, insulina glargina, insulina lispro, insulina asparte e eculizumabe. Em 2015, metade das vinte tecnologias mais caras demandadas ao Ministério da Saúde por meio do Judiciário não tinha registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destacando-se nas solicitações os medicamentos biológicos.

Um dos problemas é que o acesso aos serviços de saúde, aos exames e ao sistema de justiça é desigual no Brasil, o que pode contribuir para que os grupos socioeconomicamente mais favorecidos acionem mais o Poder Judiciário que os menos favorecidos (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

A preocupação dos órgãos públicos quanto à seletividade possui fundamento, principalmente quando consideramos a possibilidade de um grande número de pessoas não ter sua necessidade atendida, devido aos recursos terem sido dispensados ao tratamento de um indivíduo.

Todavia, em contraposição, temos o fato de que algumas doenças, como a diabetes, se devidamente tratadas, permite uma economia em longo prazo aos cofres públicos. No caso da diabetes, o Sistema Único de Saúde exaure 84% do seu orçamento para pacientes acometidos com essa moléstia apenas no tratamento com complicações crônicas da doença. Esse fato já fundamentou decisão da Sexta Turma do Tribunal Regional Federal do TRF-1. A Decisão Jurisprudencial, relativo ao caso:

“EMENTA. ADMINISTRATIVO, CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO (DIABETES MELLITUS TIPO I). INSULINA E BOMBA DE INFUSÃO. PROVA DOCUMENTAL. PERÍCIA MÉDICA. COMPROVAÇÃO. PRINCÍPIOS DA ISONOMIA, DA SEPARAÇÃO DOS PODERES E DA RESERVA DO POSSÍVEL. NÃO VIOLAÇÃO. TRATAMENTO. EFICÁCIA E NECESSIDADE. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DO SUS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Consoante se extrai da Constituição Federal de 1988, à Saúde foi dispensado o status de direito social fundamental (art. 6º), atrelado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, consubstanciando-se em "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196). 2. É responsabilidade do Poder Público, independentemente de qual seja o ente público em questão, garantir a saúde ao cidadão. No caso em análise, a obrigação de fazer consistiu em assegurar a aquisição e fornecimento de medicamentos (insulinas glargina e aspart) e de bomba de infusão, ambos destinados ao tratamento da Diabetes Mellitus Tipo I, conforme constou da perícia médica realizada, na qual foi expressamente consignada à necessidade e eficácia do tratamento. 3. É fato incontroverso na hipótese o alto custo dos medicamentos/equipamentos pleiteados (insulinas e bomba de infusão), evidenciada, portanto, a impossibilidade dos respectivos custeios através de recursos próprios dos pacientes. 4. Extrai-se da perícia técnica também que a utilização de medicamentos ou equipamentos mais modernos no controle dos níveis insulínicos não constitui mera comodidade aos pacientes, pelos menos não apenas isso. Um rigoroso controle da glicemia, para além de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao enfermo e uma redução nos riscos de progressão da doença, traz também, em médio prazo, inobstante os seus altos custos iniciais, uma significativa economia nos gastos públicos. É que, segundo o referido exame, das despesas realizadas com os pacientes diabéticos, apenas 16% (dezesesseis por cento) se referem aos cuidados básicos e ao controle da glicemia (prevenção), o restante, cerca de 84% (oitenta e quatro por cento), destina-se (I) às complicações crônicas da doença (acidentes vasculares encefálicos, cegueira, amputação de membros, doenças renais), (II) aos

cuidados médicos (internações) e (III) a outras morbidades decorrentes exatamente do descontrole dos níveis glicêmicos. 5. Cabe ressaltar que, caso a hipótese estivesse em uma fase inicial, em que houvesse ainda a necessidade de prévia perícia, não seria possível falar em acolhimento da pretensão autoral, notadamente pela imperatividade de se comprovar a necessidade, a efetividade e a eficácia do tratamento. No entanto, não é o caso dos autos. Na atual conjuntura procedimental, em que se verificam a realização do exame técnico, a prolação de sentença de mérito, a inicialização do tratamento com os novos medicamentos/aparelho, bem como a sua efetividade e eficácia, forçoso adotar, por tais circunstâncias, a manutenção e continuidade desse tratamento. 6. Além disso, levando em consideração que, em médio prazo, um rigoroso controle dos níveis glicêmicos pode trazer uma considerável economia ao erário, posicionar-se de forma contrária a isso acaba por militar contra os direitos fundamentais à vida, à saúde e à dignidade de pessoa humana, além do equilíbrio econômico-financeiro do Sistema Único de Saúde - SUS. 7. Por fim, quanto à alegação da reserva do possível, em caso tais "O Estado não pode, a pretexto do descumprimento de seus deveres institucionais, esconder-se sob o manto da "reserva do possível", pois essa não se presta como justificativa para que o Poder Público se exonere do cumprimento de obrigações constitucionais, principalmente aquelas que se referem aos direitos fundamentais da pessoa humana".

Se por um lado temos a preocupação com o aumento dos gastos públicos e da seletividade, por outro temos as vidas dos pacientes que buscam sobrevivência e/ou qualidade de vida. O conflito legal e ético que permeia a complexidade da situação provocou o Supremo Tribunal Federal a reconhecer, em 07 de dezembro de 2007, a repercussão geral do julgamento do Recurso Extraordinário 566.471 do Rio Grande do Norte. Tal fato provocou o sobrestamento de milhares de ações em que o mesmo conflito de interesses está colocado.

Referido recurso teve origem na ação de obrigação de fazer proposta por Carmelita Anunciada de Souza, a qual é acometida de Miocardite Isquêmica e Hipertensão Pulmonar Arterial, não possuindo condições financeiras suficientes para comprar os medicamentos necessários o seu tratamento.

Para o controle da doença da requerente, o único medicamento na época da propositura da ação era Sildenafil 50mg®. Este medicamento não constava na lista de medicamentos fornecidos gratuitamente pelo SUS até 2009 e custava cerca de 20 mil reais uma caixa. Após 2009 que este medicamento foi incorporado ao Componente Especializado de Assistência Farmacêutica – CEAF pela Portaria nº 2.981/2009 do Ministério da Saúde.

Em primeira instância a ação foi julgada procedente, porém o Estado do Rio Grande do Norte recorreu em apelação, não obtendo sucesso. O acórdão do Tribunal de Justiça estadual é objeto do recurso extraordinário em discussão. Segundo relatório constante no voto do Ministro Luís Roberto Barroso, [...] O Estado sustenta ser aplicável à hipótese o princípio

da reserva do possível, já que, diante da escassez de recursos, o Estado deveria privilegiar a destinação de recursos a políticas de saúde capazes de atender a centenas de cidadãos, ao invés de empregar a mesma quantia para atender a um único cidadão. Afirma que apenas de janeiro a abril de 2007 mais de 76% dos recursos do Estado destinados à saúde foram gastos para o cumprimento de decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos. E, destes, quase R\$ 2 milhões foram dispendidos com fármacos de alto custo que estavam fora da lista de medicamentos do Ministério da Saúde. Por fim, o Estado argumenta que o deferimento do pedido fere o princípio constitucional da legalidade orçamentária, uma vez que a verba prevista se destina à compra de medicamentos previstos no programa do Ministério da Saúde.

Como se pressupõe, os votos dos Ministros do STF aprofundaram o tema em diversos aspectos. Seja tratando de disposições legais orçamentárias ou do conflito ético da situação, os Ministros convergiram e divergiram em diversos pontos. A fim de expor os principais argumentos e enriquecer a discussão, traremos os principais delineamentos de cada voto nos tópicos que se seguem.

O Ministro Marco Aurélio figura como relator do RE 566.471 e, sendo assim, foi o primeiro a se manifestar quanto à matéria. Logo no início de sua prolação, Marco Aurélio cita o autor Norberto Bobbio para afirmar que o mais gravoso problema relacionado aos direitos humanos está na dificuldade de protegê-los, não fundamentá-los. Com isso, o Ministro aduz que o RE discorre exatamente da preocupação de Bobbio, já que versa sobre o “dever estatal de efetivamente proteger e promover direitos fundamentais”.

Isto posto, o Ministro inicia a defesa do seu voto expondo o entendimento que defendeu em outros casos semelhantes. Para ele, “O Estado deve assumir as funções que lhe são próprias, sendo certo, ainda, que problemas orçamentários não podem obstaculizar o implemento do que previsto constitucionalmente”

Tratando-se das prestações ligadas à saúde o Ministro afirma que, ainda que a organização objetiva de tal direito seja vinculada às políticas públicas, as características de “fundamentalidade, inalienabilidade, essencialidade e plena judicialização desses direitos” integram o mínimo existencial. Portanto, “o direito à saúde como direito ao mínimo existencial é direito fundamental”.

“Sabe-se que há, no País, a Política Nacional de Medicamentos, com a elaboração de listas daqueles a serem distribuídos aos que necessitem [...]. Espera-se que essas políticas cheguem, progressivamente, à distribuição universal e ao uso racional dos medicamentos. Entretanto, não se discute o controle jurisdicional do mérito amplo dessas políticas, e sim a tutela judicial de situações especiais, quando não alcançadas por essas políticas. Não cabe ao Poder Judiciário formular políticas públicas, mas pode e deve corrigir injustiças concretas. Em casos do tipo, não se admite a alegação alusiva ao caráter puramente programático das normas constitucionais versando o direito à saúde”.

Relacionando o dever de solidariedade da sociedade no custeamento dos direitos sociais (por meio dos impostos e contribuições) à solidariedade entre a família quanto à prestação de assistência, o Ministro conclui que o dever familiar precede o estatal. Portanto, a responsabilidade do Estado no fornecimento da assistência requisitada é subsidiária (seja ela exclusiva ou complementar), devendo-se considerar o nível da capacidade financeira da família solidária.

Através de tal concepção, o Ministro estabelece como critério objetivo na judicialização da questão, a instrução da inicial com a declaração de hipossuficiência financeira não só do requerente, mas também dos seguintes familiares em ordem de prioridade: 1º) cônjuge ou companheiro; 2º) ascendentes; 3º) descendentes; e 4º) irmãos

Por fim, Marco Aurélio propõe a seguinte tese em caráter de repercussão geral:

” [...] o reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, depende da comprovação da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e dos membros da família solidária, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil”.

Portanto, o Ministro entendeu que, no caso em apreço, a recorrida fazia jus à tutela estatal já que buscava o mínimo existencial, desprovendo, assim, o recurso do Rio Grande do Norte.

Já para o ministro que proferiu o seu voto diferentemente de Marco Aurélio, Barroso defendeu uma interpretação mais restritiva quanto à obrigação do Estado ao fornecimento de medicamentos de alto custo. No início de sua abordagem, o Ministro destaca premissas filosóficas sobre a matéria discutida, expondo-as em três pontos.

Primeiro, Barroso afirma que não se podem ter ilusões ao tratar de tal matéria, haja vista que “cada cidadão brasileiro faz jus, sem discriminação ou privilégio, ao máximo de justiça em matéria de saúde que o país possa pagar”. Ou seja, deve-se reconhecer limites à capacidade econômica do Estado. Nesse sentido, o Ministro defende que é necessário a realização de “escolhas trágicas, mas inexoráveis”, sendo que o “populismo não é a solução, mas parte do problema.

No segundo ponto, o Ministro aduz que o debate sobre saúde deve ser desjudicializado e transferido para outros fóruns, quais sejam: orçamento e instâncias técnicas do Ministério da Saúde. Para ele, o judiciário não seria a instância adequada para definir políticas públicas de saúde.

A terceira e última premissa filosófica apontada por Barroso, destaca que o conflito existente na matéria discutida não é entre o direito à saúde e à vida, em um polo, e a separação de Poderes e políticas orçamentárias, em outro. Afirma o ministro que, se o conflito fosse este, a solução não seria difícil.

“Como os recursos são limitados e precisam ser distribuídos entre fins alternativos, a ponderação termina sendo entre vida e saúde de uns versus vida e saúde de outros. A vida e a saúde de quem tem condições de ir a juízo não têm valor maior do que a dos muitos que são invisíveis para o sistema de justiça”.

O Ministro aponta a existência de diversos excessos e inconsistências na maneira como se trata atualmente a questão. Para ele, a ausência de critérios, o voluntarismo e o excesso de ambição mobilizam um grande aparato jurídico-institucional que representa gastos e disfuncionalidade da prestação jurisdicional.

Barroso ressalta que o tema em discussão é coberto de complexidades e sutilezas, não sendo possível esgotá-lo no julgamento do RE 566.471. Com isso, afirma que o seu voto pretende expor, brevemente: a) as injustiças causadas pela distribuição de medicamentos na via judicial; b) uma síntese do modelo brasileiro de assistência pública de saúde; e c)

estabelecer critérios e parâmetros que permitem a racionalização da judicialização. Através da ementa construída pelo Ministro Barroso, é possível sintetizar os pontos por ele discutidos.

“Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL. RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL. MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO. IMPOSSIBILIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO INCORPORADO NO SUS POR DECISÃO JUDICIAL, SALVO SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS.

1. No caso de demanda judicial por medicamento incorporado pelo SUS (i.e., incluído na política pública de saúde, devendo ser objeto de dispensação gratuita), não há dúvida acerca da obrigação do Estado de fornecê-lo ao requerente. Em tais circunstâncias, a atuação do Judiciário volta-se apenas a efetivar as políticas públicas já formuladas no âmbito do sistema de saúde. Nessa hipótese, deve-se exigir apenas que o requerente comprove (i) a necessidade do fármaco e (ii) a prévia tentativa de sua obtenção na via administrativa[21]. [...] No ponto um da ementa, o Ministro reforça que o papel do Judiciário na questão é o de efetivar políticas públicas já formuladas pelos órgãos competentes, não o de criá-las ou alterá-las por meio da judicialização. Referido entendimento já é o que prevalece atualmente na jurisprudência de grande parte dos Estados da federação e nos tribunais superiores.”

2. Já no caso de demanda judicial por medicamento não incorporado pelo SUS, inclusive quando de alto custo, o Estado não pode ser, como regra geral, obrigado a fornecê-lo. Não há sistema de saúde que possa resistir a um modelo em que todos os remédios, independentemente de seu custo e impacto financeiro, devam ser oferecidos pelo Estado a todas as pessoas. É preciso, tanto quanto possível, reduzir e racionalizar a judicialização da saúde, bem como prestigiar as decisões dos órgãos técnicos, conferindo caráter excepcional à dispensação de medicamentos não incluídos na política pública.

3. Para tanto, proponho 5 (cinco) requisitos cumulativos que devem ser observados pelo Poder Judiciário para o deferimento de determinada prestação de saúde. São eles: (i) a incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente; (ii) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; (iii) a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; (iv) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e (v) a propositura da demanda necessariamente em face da União, já que a responsabilidade pela decisão final sobre a incorporação ou não de medicamentos no âmbito do SUS é, em regra, desse ente federativo.

4. Ademais, proponho a observância de 1 (um) parâmetro procedimental: a necessária realização de diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde (e.g., câmaras e núcleos de apoio técnico em saúde no âmbito dos tribunais, profissionais do SUS e CONITEC). Tal diálogo deverá ser exigido, em um primeiro momento, para aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento. E, em um segundo momento, no caso de deferimento judicial do fármaco, para determinar que os órgãos competentes (CONITEC e Ministério da Saúde) avaliem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS, mediante manifestação fundamentada a esse respeito[22]. [...]”. Nos pontos seguintes (dois, três e quatro), Barroso reforça a insustentabilidade da judicialização da saúde como feita atualmente, defendendo a imposição de caráter excepcional à dispensação de remédios que não fazem parte de listas oficiais. Os requisitos cumulativos e o parâmetro procedimental sugeridos pelo Ministro concedem à sua proposta um caráter restritivo, já que apenas em situações extremamente específicas o Ministério da Saúde seria compelido a fornecer os fármacos pleiteados via judicial. “5. Desprovisionamento do recurso extraordinário em razão da incorporação, no curso do processo, do medicamento em questão pelo Sistema Único de Saúde. Afirmação, em repercussão geral, da seguinte tese: “O Estado não pode ser obrigado por decisão judicial a fornecer medicamento não incorporado pelo SUS, independentemente de custo, salvo hipóteses excepcionais, em que preenchidos cinco requisitos: (i) a incapacidade financeira do requerente para arcar com o custo correspondente; (ii) a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão

expressa dos órgãos competentes; (iii) a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; (iv) a comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências; e (v) a propositura da demanda necessariamente em face da União, que é a entidade estatal competente para a incorporação de novos medicamentos ao sistema.

“Ademais, deve-se observar um parâmetro procedimental: a realização de diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde tanto para aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, quanto, no caso de deferimento judicial do fármaco, para determinar que os órgãos competentes avaliem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS”.

O quinto e último ponto da ementa traz a tese de repercussão geral proposta por Barroso, na qual o Ministro busca coibir a seletividade da judicialização da saúde, estabelecendo critérios rígidos que dificultam a propositura de novas ações e, conseqüentemente, reduzir o impacto orçamentário por esta causada, quando praticada nos atuais moldes.

Já o Ministro Edson Fachin proferiu voto pelo provimento parcial ao RE 566.471 apenas no que se refere à inclusão da União no polo passivo. Quanto à alegação de que o Poder Judiciário não poderia determinar o fornecimento de medicamento não incorporado por política de saúde, já que desrespeitaria a separação dos poderes, usurpando a competência daqueles, Fachin votou pelo não acolhimento da tese.

Edson Fachin destoa de Barroso quanto à abrangência do direito à saúde e da atuação do Judiciário para garanti-lo a todos. Enquanto o último militou por uma interpretação restritiva do caso, Fachin resume sua tese da seguinte forma: o direito à saúde é assegurado a todos pela Constituição, assim, é dever do Estado prover a saúde de todos e do STF assegurar que o Estado proveja saúde para todos.

Segundo o Ministro, a atuação do Estado deve ser voltada a promover tratamentos e disponibilizar medicamentos que atendam a grande demanda, ou seja, “tratamentos que possam do ponto de vista prático e financeiro ser estendidos a todos aqueles que se encontrarem na particular situação do litigante que bate à porta do Poder Judiciário”. Porém, o Ministro Fachin não defende que, para isso, as ações individuais que postulam por medicamentos devam ser extintas. Pelo contrário, afirma que “é próprio do Judiciário o

reconhecimento e a atuação em eventuais falhas na implementação de políticas públicas, a partir de casos concretos”.

Nesse contexto, o Ministro aduz que o Judiciário, na busca por efetivação de políticas públicas, deve agir com responsabilidade ao realocar recursos públicos. Portanto, é essencial que o próprio Judiciário estabeleça critérios a serem utilizados em tais ações, a fim de conferir segurança jurídica às decisões.

Após discorrer sobre as diferenças na classificação dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, em componentes Básico, Estratégico e Especializado, o Ministro Fachin estabelece critérios para o tema e fixa a seguinte sugestão para tese de repercussão geral: “Há direito subjetivo às políticas públicas de assistência à saúde, configurando-se violação a direito individual líquido e certo a sua omissão ou falha na prestação, quando injustificada a demora em sua implementação”.

Ainda de acordo com o ministro, “as tutelas de implementação (condenatórias) de dispensa de medicamento ou tratamento ainda não incorporado à rede pública devem ser – preferencialmente – pleiteadas em ações coletivas ou coletivizáveis, de forma a se conferir máxima eficácia ao comando de universalidade que rege o direito à saúde”.

Em linhas gerais, entendeu a Suprema Corte, nos autos dos precedentes acima referidos, que a legislação gaúcha - consubstanciada nas Leis 9.908/93, 9.828/93 e 10.529/95 -, ao instituir esse programa de caráter marcadamente social, dava efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República e representava um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade.

Isto porque, o direito subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República, traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar o Poder Público, a quem incumbe formular e implementar políticas públicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico hospitalar.

Registra-se que na visão do Supremo Tribunal Federal, o caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política não poderia converter-se em promessa constitucional, sob pena do Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela

coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

Nessa toada, a obrigação de tornar efetivas as prestações de saúde, afetaria diretamente ao Poder Público, incumbindo-lhe promover, em favor das pessoas e das comunidades, medidas que, fundadas em políticas públicas idôneas, viabilizar e dar concreção ao que prescreve, em seu art. 196, a Constituição de 1988. Com efeito, a Corte Constitucional reconheceu o sentido de fundamentalidade do direito à saúde, que impõe ao Poder Público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional, não bastando, portanto, que o Estado meramente proclamasse o reconhecimento formal de um direito, tornando-se essencial que ele integralmente fosse respeitado e plenamente garantido, especialmente naqueles casos em que o direito à saúde se qualifica como prerrogativa jurídica de que decorre o poder do cidadão de exigir, do Estado, a implementação de prestações positivas impostas pelo próprio ordenamento constitucional.

Logo, a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde (CF, art. 197), em ordem a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais, anormalmente, deixassem de respeitar o mandamento constitucional, frustrando-lhe, arbitrariamente, a eficácia jurídico-social, seja por intolerável omissão, seja por qualquer outra inaceitável modalidade de comportamento governamental desviante.

Sendo assim, pronunciou-se o Supremo Tribunal Federal que o direito público subjetivo à saúde representaria prerrogativa jurídica indisponível assegurada a todas as pessoas pela norma do art. 196 da Carta da República. Portanto, o Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de configuração de grave comportamento inconstitucional.

O caso concreto diz respeito à recusa do Estado do Rio Grande do Norte de fornecer citrato de sildenafil para o tratamento de cardiomiopatia isquêmica e hipertensão arterial

pulmonar de uma senhora idosa e carente, com fundamento no alto custo do medicamento e na ausência de previsão de fornecimento no programa estatal de dispensação de medicamentos. A paciente acionou a Justiça para pleitear que o estado fosse obrigado a fornecer o remédio. O juízo de primeiro grau determinou a obrigação do fornecimento, decisão que foi confirmada pelo Tribunal de Justiça estadual. A maioria dos ministros - oito votos no total – desproveu o recurso tendo como condutor o voto do Relator, Ministro Marco Aurélio, proferido em setembro de 2016.

A vertente vencedora entendeu que, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento, também, considera que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na agência reguladora. O Ministro Edson Fachin abriu divergência e votou em favor do fornecimento imediato do medicamento solicitado, tendo em vista que, durante o trâmite do processo, ele foi registrado e incluído na política de assistência à saúde. O julgamento, na ocasião, foi interrompido por pedido de vista do então Ministro Teori Zavascki, sucedido pelo Ministro Alexandre Moraes. Por sua vez, o Ministro Alexandre de Moraes acompanhou o relator.

Segundo ele, o excesso de judicialização da saúde tem prejudicado políticas públicas, pois decisões judiciais favoráveis a poucas pessoas, por mais importantes que sejam seus problemas, comprometem o orçamento total destinado a milhões de pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde. Sustentou não haver mágica orçamentária e nenhum país do mundo que garanta acesso a todos os medicamentos e tratamentos de forma generalizada. A seu turno, as Ministras Rosa Weber e Carmen Lúcia e os Ministros Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes e Luiz Fux acompanharam o entendimento do relator pelo desprovimento do recurso. Em seus votos, eles salientaram que, em caráter excepcional, é possível a concessão de medicamentos não registrados na lista da ANVISA.

Neste sentido, fizeram os Ministros do Supremo Tribunal Federal a ponderação de bens e interesses entre o direito à vida, a dignidade da pessoa humana, o limite do financeiramente possível aos entes federados, tendo em vista as restrições orçamentárias, o desrespeito às filas já existentes e o prejuízo a outros interesses idênticos. Os Ministros entenderam que, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do

medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. Logo, o fornecimento do medicamento de alto custo ficará na dependência da comprovação da imprescindibilidade, a partir do exame da adequação e da necessidade, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e dos membros da respectiva família.

Sendo certo de que o dever de garantir a saúde, direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, é de toda a sociedade, família e Poder Público, de aplicabilidade imediata e condição para dignidade humana. Assim, o pleito judicial por sua efetivação se torna uma das principais medidas utilizadas por aqueles que necessitam da assistência estatal. Em todo o país é possível encontrar decisões nos Tribunais estaduais que condenam o Estado e os municípios à concessão de medicamentos, principalmente os de alto custo. Nos Tribunais superiores, a realidade não é outra.

Em suma, os recursos interpostos pelos mencionados Entes Federativos, na tentativa de se imiscuir da responsabilidade de dispor dos medicamentos, não lograram êxito, seja porque não foram conhecidos ou porque, no mérito, não foram providos.

5.5. ESTUDO DE CASO: VULNERABILIDADE SOCIAL DO IDOSO DE BAIXA RENDA NO BAIRRO DE PAU DA LIMA, EM SALVADOR/BAHIA

Pau da Lima é um bairro, localizado na cidade de Salvador, na Bahia. Fica situado na região do Miolo Central de Salvador, fazendo divisa com os bairros: São Marcos, Sete de Abril, Vila Canária, Jardim Cajazeiras e Sussuarana. (ObservaSSA).

Ainda segundo dados do ObservaSSA, de acordo com os dados dos infográficos presentes neste site, em 2010, o bairro Pau da Lima contava com uma população total de 24.693 habitantes, a maior parte se autodeclarou parda (55,01%) e preta (30,62%), do sexo feminino (52,48%) e se encontrava na faixa etária de 20 a 49 anos (53,16%). No que diz respeito aos domicílios, 3,17% dos responsáveis não eram alfabetizados e apesar de 41,5% estar na faixa de 0 a 1 salário mínimo, a renda média dos responsáveis por domicílio no bairro era de R\$1.007,00. Já com relação a infraestrutura ofertada, 94,78% dos domicílios contavam com coleta de lixo, 98,31% com abastecimento de água e 85,66% com esgotamento sanitário.

Como se verifica, Pau da Lima possui uma densidade demográfica de 215,6 por habitante, sendo 55,01% autodeclaradas pardas e do sexo feminino 52,48%, estando entre a faixa etária entre 20 a 49 anos correspondente a 53,16%, tendo 4,69% da população acima de 15 anos não alfabetizada (OBSERVA SSA, 2010).

O Estado da Bahia, situado na Região Nordeste do país, é composto por 417 municípios, tendo como capital a cidade de Salvador, situada na macrorregião Leste e que representa 19,3% do total de habitantes do estado e possui uma área de aproximadamente 564.733.080 km². De acordo com dados do IBGE (2020), a Bahia possuía uma população constituída por 14.930.634 milhões de habitantes. Somente a capital Salvador concentra 2,6 milhões de habitantes, o que corresponde a 19% da população baiana. Em seguida, os municípios mais populosos são Feira de Santana com 556,6 mil habitantes (4%) e Vitória da Conquista com 306 mil habitantes (2,2%). A população estimada em 2021 foi de 14.985.284 habitantes (IBGE, 2021).

A Bahia é o maior do Nordeste com um total de 564,7 mil km² de área. Por causa de sua alta extensão a população relativa (densidade demográficas) acaba sendo baixa, com 24,82 hab/km². A Bahia possui a terceira menor densidade no Nordeste (superando apenas Maranhão e Piauí). As mulheres são maioria na Bahia, sendo 7,1 milhões de mulheres (51%), enquanto, os homens são 6,8 milhões (49%).

A cor ou raça predominante na Bahia é de pardos com 8,3 milhões (59%), acompanhados pelos brancos (22%) e negros (17%). São 10 milhões de baianos que vivem na área urbana (72%) e 3 milhões que residem na área rural (27%). Essa média de população urbana é baixa em comparação a média nacional que é 84%. Da região nordeste, a Bahia é o terceiro colocado com maior número de população rural (perdendo apenas para Maranhão e Piauí) (IBGE, 2011).

A Bahia é o quarto estado mais populoso do país, com 14.985.284 milhões de habitantes. Em 2020, a população baiana era de 14.930.634 milhões de pessoas, o que registrou um aumento de 54.650 mil. A Bahia representa, portanto, 3,4% da população do Brasil, sendo o 12º Estado da Federação com o maior número de habitantes e o quarto maior da região Nordeste, ficando atrás apenas da Bahia (14,9 milhões de habitantes), Pernambuco (9,6 milhões) e Pará (8,7 milhões) (IBGE, 2021). O Estado possui o menor grau de urbanização dentre os estados brasileiros, 63,07%, segundo o último Censo realizado (2010),

sendo inferior à média regional (73,13%) e à nacional (84,0%). Portanto, é o Estado mais rural do país, com 36,93% dos indivíduos vivendo no campo.

Salvador é o município mais populoso da Bahia, e possui 2.886.698 habitantes (capital do estado, com quase três milhões de habitantes), sendo também o terceiro mais populoso do Brasil (IBGE, 2011).

O Censo é realizado no Brasil em intervalos de dez anos. Com a pandemia de Covid-19 e cortes orçamentários atrasaram a coleta de dados para o Censo 2020 do IBGE, que começou a ser feita somente em 2022. Sua divulgação será feita em 2023. Diante disso, a pesquisa bibliográfica realizada foi com os dados do Censo de 2010.

Diante as informações do Censo 2010, o estudo realizado nesta região deveu-se ao grande número de idosos de baixa renda e por ser um bairro populoso, instigando o interesse em aprofundar na discussão sobre a proteção e garantia dos direitos destes idosos, de forma a buscar conhecer melhor o Estatuto do Idoso e Leis de proteção aos idosos e investigar se o mesmo tem dado subsídios pra que os direitos venham a ser viabilizados. O caminho para a ampliação do conhecimento sobre a temática seria a realização de uma pesquisa de campo com 10 (dez) entrevistados. A metodologia e análise de dados sobre a realidade dos idosos de baixa renda, foi focado Pau da Lima, em Salvador/Bahia.

A pesquisa foi realizada através de um questionário e aplicado para 10 (dez) idosos com idade ente 60 e 68 anos, sendo 07 (sete) mulheres e 03 (três) homens, onde foi realizado algumas perguntas acerca de sua idade, sexo, estado civil, escolaridade, ..., conforme se extrai abaixo:

QUESTIONÁRIO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

BAIRRO: PAU DA LIMA

ENTREVISTADOR: MARIA ABYGAIL CUNHA

DATA DA ENTREVISTA: 17 de janeiro de 2023

- 1- Nome do entrevistado:
- 2- Sexo: F () M ()
- 3- Idade:
- 4- Estado Civil: SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO
- 5- Escolaridade (sabe ler e escrever): SIM () NÃO ()
- 6- Possui algum auxílio do Governo? SIM () NÃO ()
- 7- Possui alguma profissão? SIM () NÃO (). Se Sim, qual?
- 8- Possui alguma renda? SIM () NÃO (). Se Sim, qual o valor?
- 9- Possui alguma comorbidade? SIM () NÃO (). Se Sim, qual?
- 10- Precisa de medicamentos fornecidos pelo Município/Farmácia do Povo? SIM () NÃO ()
- 11- Quais os medicamentos que necessita?
- 12- Possui Cartão Nacional de Saúde? SIM () NÃO ()
- 13- Tem dificuldade de obter medicamentos fornecidos pelo Município/Farmácia do Povo? SIM () NÃO ()
- 14- Conhece o Estatuto do Idoso? SIM () NÃO ()

Necessário inferir, também, que além de populoso e com grande quantidade de idosos de baixa renda, existe uma concentração de pessoas que possuem algum tipo de comorbidade e que dependem de medicamentos fornecidos pelo Governo, leia-se Município de Salvador. Verifica-se que a saúde em Salvador não é das melhores da Bahia. Algumas doenças têm altos índices de doentes, como a hipertensão e diabetes, conforme se extrai das respostas dadas pelos entrevistados.

O estudo de caso foi a estratégia utilizada para a coleta de informações em uma entrevista realizada em 17 de janeiro de 2023 com 10 (dez) idosos. A escolha se deveu ao fato de estarmos estudando um acontecimento contemporâneo multidimensional, impossível de ser isolado do contexto social onde as práticas acontecem, uma vez que estamos analisando as ações de atenção básica à pessoa idosa, ou seja, o processo de implementação das políticas públicas de saúde ao idoso, concernente ao fornecimento de medicamentos essenciais a sobrevivência do cidadão.

Portanto, estudamos uma questão que envolve a avaliação de políticas como a PNSPI e a PNS, com ênfase nas ações desenvolvidas pelo SUS. Em outras palavras, levamos em consideração não apenas o quanto posto nas políticas públicas direcionadas ao idoso de baixa renda, mas sobretudo a sua efetividade.

Para Yin (2005), o estudo de caso é uma forma distintiva de investigação empírica que estuda o fenômeno no seu próprio contexto, que exige planejamento acurado da questão central a ser investigada e procedimentos sistemáticos para a coleta das informações, como observação direta e entrevistas das pessoas nele envolvidas, além de outras complementares, como: pesquisa documental, levantamentos, manipulação informal, entre outros. É, pois, “uma estratégia exploratória utilizada nas ciências sociais, que se define a partir das questões como e porque sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle” (YIN, 2005, p. 28-29).

A pesquisa foi realizada no bairro de Pau da Lima, Salvador/Bahia no dia 17 de janeiro de 2023. Como já informado, a amostra do estudo foi composta de 10 (dez) idosos com idade igual ou superior a 60 anos e escolhidos de forma aleatória, seguindo a faixa estabelecida pelo Estatuto do Idoso. Nesse sentido, aos participantes da pesquisa foram esclarecidos detalhadamente os objetivos da pesquisa, e informado que suas identidades seriam mantidas em sigilo. A idade dos entrevistados variou entre 60 e 68 anos, sendo que a maior parte tem mais de 63 anos, são do sexo feminino e estão viúvos/as.

O roteiro da entrevista, utilizado na pesquisa, contemplou dados como sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, trabalho, renda individual dos entrevistados, etc., analisando essas variáveis. Na segunda parte, procedemos à análise das categorias avaliadas pelos entrevistados, utilizando como técnica a análise de discurso que contou com questões específicas quanto ao conhecimento dos idosos sobre o Estatuto do Idoso, bem como sobre a análise que os idosos fazem da efetividade dos direitos que lhe são conferidos.

4.5.1 Traçando o perfil dos entrevistados

a) Sexo

De acordo com os dados da pesquisa, a maioria da amostra total, 70% é constituída de idosos do sexo feminino, enquanto que 30 % são do sexo masculino. Esses números não se distanciam daqueles referentes à população de idosos na cidade de Salvador, levantados pelo Censo de 2010 do IBGE, quando as mulheres representavam 59% do total de pessoas com 60

anos ou mais. Com a pesquisa verifica-se as mulheres são ampla maioria nos grupos de terceira idade do país.

b) Idade

Quanto à idade dos entrevistados, os dados refletem o aumento da expectativa de vida população brasileira. Em 1980, a esperança de vida dos brasileiros era de 62 anos, passando em 2010 para 73 anos. No âmbito geral a média de idade dos entrevistados é de 64,2 anos sendo que a idade máxima encontrada foi 68 anos e a mínima de 60 anos.

No último censo realizado em Salvador, os dados sobre a distribuição da população segundo os grupos de idade apresentaram taxas de crescimento da população idosa. Assim, a amostra da população idosa entre 60 a 64 anos do censo 2010 atingiram valores superiores (2,7%) àqueles apresentados no Censo 2000 (2,6%). Conforme o Censo Demográfico de 2010, as proporções da população “muito idoso”, ou seja, a de 80 anos e mais também estão aumentando o que reflete o crescimento do seguimento dessa população no município.

c) Estado Civil

Houve predomínio de idosas viúvas, com 5 (50%) entrevistados, seguidos de 3 (30%) casados/união estável, 1 (10%) divorciado e 1 (10 %) solteiro.

d) Escolaridade (sabe ler e escrever)

No grupo estudado o nível de escolaridade, tendo como referência o total de séries concluídas, foi baixo: é que a maioria ou 60% tem pouca escolaridade, pois não sabem ler e escrever. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2010 o analfabetismo ainda se concentra entre idosos no Brasil. Em números absolutos, o contingente era de 14,1 milhões de pessoas 57 analfabetas. Destas, 42,6% tinham mais de 60 anos, 52,2% residiam no Nordeste e 16,4% viviam com ½ salário mínimo de renda familiar per capita. Esses dados revelam como o baixo nível de escolaridade.

Segundo Langoni (2005), a educação tem papel importante na explicação da desigualdade salarial no Brasil, ou seja, a baixa escolaridade pode influenciar diretamente no

nível de renda. A predominância da baixa escolaridade entre idosos é constatada no estudo de caso.

e) Possui algum auxílio do Governo?

No universo de 10 entrevistados, apenas 03(três) possuem auxílio do governo.

f) Possui alguma Profissão (Participação no mercado de trabalho?)

A pesquisa buscou identificar também a participação dos idosos em atividade ocupacional remunerada. Podemos observar que a maioria (90%) dos entrevistados não se encontra inserido no mercado de trabalho ou não exercem alguma atividade econômica e apenas 10% dos entrevistados declarou possuir profissão e trabalhar.

A dificuldade dos idosos em permanecer no mercado de trabalho está ligada a fenômenos multideterminados e multidimensionais, entre eles o preconceito social quanto a sua idade e até mesmo na forma em que os próprios idosos percebem sua capacidade para a ação profissional.

Nesse sentido, foi observado nas entrevistas que os idosos já não se veem aptos para o trabalho. Neri (2001) explica que essa relação entre o direito ao trabalho e ao não trabalho se expressa em um contexto em que a sociedade vivencia a crença imposta pelo sistema econômico que o trabalhador idoso é incapaz de produzir

g) Fonte de rendimento (possui alguma renda?)

Os dados sobre renda demonstram que a maioria da população entrevistada possui individualmente baixa renda. Nesse sentido, dos idosos entrevistados 60% apresentam renda de até um salário mínimo, 10% percebe um salário mínimo e os 30% dos idosos restantes não possuem renda, apenas auxílio do governo.

Numa análise de condições de vida, uma das questões importantes a serem consideradas é o rendimento. Assim foi perguntado qual a fonte atual de rendimento dos entrevistados, 60% referiram ser aposentados, 30% recebem benefício do governo (LOAS). Camarano (2004) observa a importância da renda proveniente da aposentadoria, pois antes da aposentadoria ser uma política social o sustento do idoso era de responsabilidade da família e

até mesmo das agências filantrópicas. Note-se ainda que, a fonte de renda da 60% dos entrevistados é a aposentadoria.

Como em grande parte os entrevistados são mulheres a interpretação que se pode dar a esse fato é de que ser aposentada, antes de mais nada, indica a participação prévia das mulheres no mercado de trabalho, revelando a preferência ou necessidade pela atividade de mercado.

h) Possui alguma Comorbidade?

Do grupo pesquisado, 90% possui alguma comorbidade, sendo as principais delas a Hipertensão e Diabetes.

A Hipertensão Arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Como se verifica, essa doença prevalece na maioria dos idosos entrevistados.

De igual forma com relação a Diabetes Mellitus e suas complicações é um desafio, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver, envolvendo a vida de seus familiares e amigos, na casa e no ambiente de trabalho. Aos poucos, essa pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo contínuo, que vise qualidade de vida e autonomia. Isto posto, este cuidado gera maior especificidades do Diabetes na pessoa idosa, sendo essa uma das doenças crônicas mais comuns nessa faixa de idade. A segunda maior predominância constatada, assim também como ocorreu no estudo de caso.

i) Necessita de algum medicamento?

Foi quase unanimidade na resposta. Quase todos os entrevistados necessitam de algum tipo de medicamento para sua sobrevivência, haja vista possuir alguma comorbidade. Apenas 01(uma) não necessita de nenhum medicamento.

j) Quais?

Registra-se que os medicamentos mais prescritos e procurados para uso são: Ablok Plus, Metformina, glicazida, Atenolol e Losartana.

k) Possui Cartão Nacional de Saúde?

Todos os entrevistados possuem o cartão de saúde.

l) Possui dificuldades de obter os medicamentos?

40% disseram ter dificuldade para obter para o diabetes, assim como para a hipertensão com os medicamentos Ablok Plus, Metformina, Atenolol, e Losartana.

m) Conhece o Estatuto do Idoso?

Importante dado a ser observado nesta pesquisa foi o desconhecimento do Estatuto do Idoso, pois apenas 03 do universo pesquisado diz conhecer seus direitos, ou seja apenas 30% é sabedor e os outros já ouviu falar do referido Estatuto.

Diante o estudo, verificou-se um número considerável de pessoas em situações de vulnerabilidade social, que é a população mais empobrecida, as quais não tem acesso, muitas vezes ao mínimo existencial, quiçá o quanto garantido na norma constitucional, dando efetividade as políticas públicas para acesso à uma qualidade de vida através de acesso à saúde e medicamentos que venham atender às suas necessidades.

A busca por um ordenamento social equitativo e por condições de justiça que expressem as condições de vida digna para os cidadãos é um dos objetivos mais caros dos Estados, governos, instituições, personalidades e líderes que têm responsabilidades coletivas. As políticas públicas empreendidas pelos gestores públicos são ferramentas relevantes e decisivas para atingir essa prerrogativa. Assim, este estudo de caso compreendeu as dificuldades vivenciadas pela população idosa de baixa renda ao acesso à medicamentos para tratamento e qualidade de vida, levando em consideração a vulnerabilidade e as precárias condições em que vivem a população em estudo.

Esta pesquisa teve como principal foco analisar as ações e serviços de atenção básica com a pessoa idosa em Pau da Lima, Salvador/Bahia e como essas atuações estão se

configurando em atitudes de proteção ao envelhecimento ativo e saudável e em garantias sociais ao público idoso. Ressalta-se que embora existam políticas públicas voltadas para concretização dessas ações, assim como Leis de proteção ao idoso, está muito aquém de alcançar o que está posto para sua efetivação.

Vale ratificar que o estudo realizado acerca das necessidades concernentes à assistência à saúde e acesso de medicamentos de uso contínuo, restou comprovado através dos questionários aplicados aos idosos, que embora a maioria tenha problemas relevantes de saúde e que dependem efetivamente dos fármacos para sobrevivência, o próprio Estado, que tem o condão de garantir esta efetividade, não oferta o básico dos medicamentos para garantia do direito constitucional, quiçá remédios de alto custo, recorrendo à justiça para pleitear o direito positivado, que é o direito à vida e a saúde.

Esta pesquisa foi de abordagem quali-qualitativa, tendo como procedimento a pesquisa realizada diretamente com os idosos e a tabulação das informações colhidas, a fim de poder estratificar os indicadores por idade, tipo de doença, sexo, renda, etc. Diante a desconfiança de muitos idosos em conversar e de fornecer as respostas do quanto questionado, sem falar que alegavam estar sem tempo para fornecer o quanto solicitado, foi feito um breve apanhado dessa população com apenas 10 (dez) idosos, e observado que o processo de implementação das ações da PNSPI ainda é muito ineficiente, em decorrência de um planejamento incipiente para as ações de promoção ao envelhecimento ativo, autônomo e saudável, sem falar, também, que alguns desconhecem o Estatuto do Idoso.

O que se espera a médio e longo prazo é que haja um novo paradigma de saúde para a atenção às pessoas idosas, a fim de avaliá-las de forma multidimensionalmente a partir de suas capacidades funcionais, a fim de interferir na qualidade de vidas delas e reafirmar o compromisso com o cuidado individual e a saúde coletiva. Nesse contexto, observa-se que houve avanço na proposta de universalização do acesso e integralidade do cuidado em saúde na base do SUS pelo viés jurídico-institucional, esse mesmo avanço não se fez acompanhar de ações efetivas na saúde da família, pois os impasses persistem nessa Estratégia e para que haja a implementação de ações de promoção e proteção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento ativo, autônomo e saudável, na atual conjuntura da sociedade brasileira, marcada por iniquidades sociais, só faz ratificar o que aos longos dos anos essa população vem sofrendo para adquirir o que é de direito.

O que restou delimitado e comprovado foi que a população idosa de Pau da Lima, em Salvador/Bahia, ainda tem que percorrer um longo caminho para que as ações e garantias sejam efetivamente postas em prática e em contrapartida garantir o direito básico da saúde assistência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescente número de idosos no Brasil e o aumento da longevidade têm contribuído para um novo perfil populacional. Tais mudanças se mostram em uma realidade que exige medidas protetivas e ações eficazes nos vários campos sociais com vistas ao reconhecimento dos direitos dos idosos.

Procurando tecer uma reflexão sobre o objeto em estudo, qual seja a políticas públicas de fornecimentos de medicamentos para população idosa de baixa renda em Salvador/Bahia, verifica que é uma realidade que aumentou sensivelmente para a sobrevivência dessa população, não só pelas condições sociais que vivem, como também e mais relevante, a falta de efetividade das políticas públicas e de frágil aplicabilidade das leis do idoso, comprometendo sobremaneira a garantia constitucional: direito à saúde e dignidade humana.

Levando-se em conta os dispositivos da Constituição, das Leis Federais e dos Decretos podemos concluir, que ao mesmo tempo que se vive uma transição demográfica e epidemiológica, o Brasil está vivenciando uma transição jurídico/política para o reconhecimento, no contexto democrático, dos direitos da pessoa idosa enquanto sujeito de direitos à cobertura das necessidades, à dignidade, à velhice, à proteção e ao protagonismo.

Na Constituição de 1988 esse paradigma foi consolidado, rompendo-se com uma representação de velhice improdutiva e incapaz e com um dispositivo filantrópico para as pessoas idosas. O formato, para não falarmos de modelo de bem-estar social, hoje muito criticado, presente na Constituição de 1988 se aproxima da articulação de uma provisão estatal/social e de mercado. A saúde como um direito universal, garantido pelo Ordenamento Jurídico Pátrio, prevê que todos têm direito a vida e tratamentos adequado e efetivo, assim como atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

A assistência social pública tem um Sistema que convive com entidades filantrópicas, na maioria com subsídios do Estado. A família assume um papel significativo no cuidado dos idosos dependentes. As pessoas idosas têm direito à renda previdenciária ou assistencial e à atenção à saúde, mas o acesso ainda é profundamente desigual, cabendo à família o cuidado dos idosos dependentes.

De igual forma a assistência farmacêutica que constitui uma das medidas propulsoras da saúde e, por isso, deve ser contextualizada à luz da dignidade da pessoa humana e da fundamentalidade assegurada pela Constituição Federal aos direitos sociais. Considerando o dever estatal de implementar medidas sociais e econômicas voltadas não só a reduzir o risco de doenças e agravos, como também a proporcionar o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, o cidadão torna-se legitimado a deduzir pretensões com o intuito de efetivar seu direito fundamental à saúde.

Nesse sentido, a Constituição possibilitou a consolidação tanto do direito à idade avançada com um mínimo de dignidade, participativa e protegida como direito individual e coletivo, embora persista a profunda desigualdade social. Esses direitos estão se corporificando numa rede de proteção que envolve vários órgãos públicos. O paradigma do envelhecimento ativo está previsto no marco legal e deve ser efetivado de forma integrada para garantia de direitos, de forma descentralizada.

A reflexão crítica sobre vulnerabilidade da população idosa de baixa renda ao acesso à saúde e assistência, se apresentou ainda mais vulnerável e revelou pontos de convergência bastante sinérgicos no que diz respeito à ideia de um conceito que representa as múltiplas determinações que incidem sobre os contextos de cidadãos que vivenciam frágil ou nulo acesso a direitos. Como se verificou no estudo de caso, onde demonstrou o quão frágil e desprotegida esta população que vivem à margem da sociedade, já que as leis de proteção embora existentes e positivadas, não refletem a sua realidade.

Nesse sentido, a presente dissertação tem como objeto analisar as políticas públicas direcionadas aos idosos de baixa renda e como se consolidou no ordenamento jurídico brasileiro, bem como a evolução dos direitos assistenciais à pessoa idosa, considerando que o fenômeno do envelhecimento da população brasileira é um fator crítico, sendo de suma importância para o atendimento dessa população, as políticas adotadas, que atendam às normas Constitucionais e o Estatuto do Idoso.

Sendo a dignidade da pessoa humana o postulador norteador dos dispositivos constitucionais e, por isso, do ordenamento jurídico como um todo, o fator de justificação de amparo e efetivação não pode ser outro, senão a proteção do direito fundamental à saúde. Nesse sentido, caso o medicamento não possa ser obtido diretamente através do Sistema único de Saúde, a dignidade da pessoa humana não pode ser violada e muito menos prejudicar a

saúde a ponto de comprometer a vida do idoso, pondo em risco essa população caso as circunstâncias do caso concreto revelem que o fármaco preservará a vida e a saúde do paciente necessitado.

Como se sabe, a missão do Estado, conjugado com mecanismos institucional local, é ser o protagonista da construção de propostas de desenvolvimento capazes de minimizar os problemas vivenciados e prevenir novas ameaças à população idosa e vulnerável de baixa renda de Salvador e para mitigar esse quadro, necessário se faz com que as políticas de saúde pública e econômicas devem ser integradas, visando a dignidade da pessoa humana e o direito à vida de cada cidadão.

Ante o exposto, percebe-se que as políticas públicas estão intimamente relacionadas ao fazer estatal, assumindo o papel de instrumento concretizador dos direitos fundamentais, realizando o próprio planejamento e diretrizes dessa atuação. Logo, não se pode aceitar que a institucionalização incompleta ou deficiente do direito à saúde não proporcione o mínimo existencial. Portanto, existindo violação a esse mínimo, o direito à saúde torna-se imponderável e, por isso, se sobrepõe aos demais argumentos de ordem administrativa e financeira.

Nessa perspectiva, o direito não pode ser indiferente e insensível à necessidade do idoso de baixa renda, ao ponto de permitir que ele sofra com o agravamento de sua enfermidade e/ou doença, somente porque o fármaco não está incluído na rede de assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde.

O Estatuto do Idoso (Estatuto da Pessoa Idosa) como, um conjunto de normas especialmente destinadas a regular direitos, confere proteção integral e dá absoluta prioridade às pessoas com 60 ou mais anos de idade, reconhecendo, direitos importantes no atendimento das necessidades dessa categoria social. Isto posto, é desnecessário realçar que o Estatuto, pela sua especificidade protetiva, tangencia o cumprimento do preceito constitucional de respeito à dignidade humana na plenitude da cidadania. Entretanto, em nosso país, a luta para o estabelecimento de leis que representem um avanço nas políticas sociais, como o Estatuto do Idoso, é árdua, sendo, sua aplicação ainda mais complexa.

O objetivo principal deste trabalho como já apresentado, foi analisar com que efetividade das leis de proteção do Idoso vem assegurando seus direitos residentes no município de Salvador, no Estado da Bahia, procurando enfocar a relação entre conquistas

sociais e suas garantias, a partir da percepção dos idosos, no que diz respeito à efetivação dos seus direitos através das políticas públicas.

A amostra tratada nesse estudo permitiu realizar uma análise concisa sobre a aplicação do Estatuto do Idoso como instrumento de garantia de direitos, de modo que os resultados obtidos responderam de maneira satisfatória aos objetivos propostos. Após a coleta de dados da pesquisa de campo foi possível constatar que a maioria dos entrevistados conhece o documento que assegura seus direitos, entretanto não de forma plena e em suas falas os idosos lançam críticas ao Estatuto do Idoso no que diz respeito ao efetivo cumprimento dos direitos que nele lhe são assegurados, entretanto, não negam a relevância do estatuto como um marco legal.

Na visão dos entrevistados, o Estatuto do Idoso dispõe de normas consideradas avançadas, entretanto, desacompanhadas de políticas planejadas para a efetivação dos direitos.

Não obstante o avanço relativo às Políticas Públicas, ainda há muito o que fazer para o efetivo atendimento e acolhimento da pessoa idosa. A falta de divulgação adequada por parte dos Estados quanto as Políticas Públicas existentes, faz com a sociedade não tenha o conhecimento de que necessita para fazer as devidas cobranças no cumprimento das mesmas, visto que, as medidas são voltadas à qualidade de vida do idoso, portanto, um forte trabalho de base ainda deve ser realizado nesse campo, para que o atendimento integral seja efetivo e completo, contemplando a todos que realmente necessitam.

De maneira geral, o atendimento no município de Salvador ainda encontra a desejar, no que se refere ao atendimento específico aos idosos, seja na saúde ou na assistência social, muito ainda temos a avançar.

A base para um envelhecimento ativo é garantida constitucionalmente, garantindo políticas públicas de assistência e inclusão do idoso no seio social. Desta forma, torna-se possível garantir que os direitos previstos em lei sejam cumpridos e que futuros direitos sejam celebrados em favor das pessoas idosas, as quais possuem o direito ao envelhecimento digno. Por fim, enfatiza-se que é dever de todos assegurar ao idoso a efetivação aos direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, OA. Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: A difícil construção de um sistema de garantias de Direitos da pessoa idosa. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea; 2016, p. 615

ALMEIDA, Vera Lúcia V. **Direitos Humanos e Pessoa Idosa**: publicação de apoio ao Curso de Capacitação para a Cidadania: Atenção e Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

ALMEIDA, Carla e TATAGIBA, Luciana. **Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 68-92, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/pRrVfjB4MXqZkbLJDYwd7GJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 28 jan. 2023

ALVARENGA, MS. **Risco e vulnerabilidade: razões e implicações para o uso na Política Nacional de Assistência Social** [Dissertação de Mestrado]. Vitória: Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo; 2012

ARGOLO, Diêgo Edington; FURTADO, Natália Maria Reis Oliveira. **Os direitos dos idosos no Brasil: uma investigação dos planos fático e legislativo**. 2013. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-112/os-direitos-dos-idosos-no-brasil-uma-investigacao-dos-planos-fatico-e-legislativo/>. Acesso em: 30 jan. 2023.

ASSIS, MG, DIAS, RC, NECHA, RM. A universidade para a terceira idade na construção da cidadania da pessoa idosa. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.

Anais do II Seminário Sobre a Teoria da Justiça de Amartya Sen: **Impactos da Teoria de Sen na pesquisa científica social**. Disponível em: <https://books.google.com.br/>. Acesso em 11 de novembro de 2022

BAHIA. **Lei Municipal nº 6760/2005 – Conselho Municipal do Idoso**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2005/676/6760/lei-ordinaria-n-6760-2005-dispoe-sobre-a-normatizacao-e-funcionamento-do-conselho-municipal-do-idoso-e-revoga-a-lei-n-44771992>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 2ª Edição, Rio de Janeiro. Renovar. 2011

BARROSO, Celeste Taques Bittencourt. **O idoso no direito positivo brasileiro**: legislação federal, estadual (Minas Gerais) e municipal (Belo Horizonte). Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estados dos Direitos Humanos, 2001.

BEHRING, ER. **Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez Editora; 2003.

BERTOLOZZI, Maria Rita; NICHIATA, Lucia YASUKO, Izumi; Takahashi, Renata Ferreira; Ciosak, Suely Itsuko; Hino, Paula; Val, Luciane Ferreira do; Guanillo, Mónica Cecília de La Torre Uguarte; Pereira, Érica Gomes (dezembro de 2009). Disponível em: «**Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**». *Revista da Escola de Enfermagem da USP*: 1326–1330. Acesso em 12 nov. 2022.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **O conceito de vulnerabilidade e a violência implícita**. *Revista Consultor Jurídico*. 2012. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2012-jun-19/cezar-bitencourt-conceito-vulnerabilidade-violencia-implicita#:~:text=O%20legislador%20atribui%2C%20num%20primeiro,causa%2C%20n%C3%A3o%20possa%20oferecer%20resist%C3%A2ncia>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo, 13ª edição, Malheiros, 2003, p.588 e ss.

BORBA, Francisco S. (Org.) e colaboradores. **Dicionário Unesp do Português Contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2004, p.142

BORGES, M. C. M. A pessoa idosa no sistema único de assistência social. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martini, 2012. p. 99-124.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça – STJ. Disponível em: <https://agenda2030.stj.jus.br/sobre-a-agenda-2030/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF; Senado, 1988.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. *Índice Provisório População 2011. Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>. Acesso em 14 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília; 1997.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 10 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento da pessoa idosa. Caderno de atenção básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto do Idoso**, Lei 10.741, 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Política Nacional do Idoso**. Lei 8.842, 1994.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Social - PNAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.

BRASIL. **Agenda 2030. Plataforma Agenda 2030**. Disponível em: <https://www.agenda2030.org.br>. Acesso em 05 fev. 2023

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006, p.241.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000.

CABRERA, Carlos Cabral. **Direito constitucional da família**. 2ªed. Belo Horizonte: Del Rey, 1999, p.93

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 5.

CAMARANO, Ana Amélia, KANSO S, e FERNANDES, D. **Brasil envelhece antes e pós-PNI**. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.

CAMARANO, A. A, PASINATO, T. M. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas** In: CAMARANO, A. A. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, p. 270.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional**. Coimbra, Almedina, 1993, p. 184.

_____. **Fundamentos da Constituição**. Ed. Coimbra, 1991, p.529.

_____. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Coimbra, Almedina, 2003, p.378 e 379.

CAVALCANTI, Thais; TREVISAM, Elisaide. **A abordagem das capacidades na Teoria de Amartya Sen sobre Desenvolvimento Humano**. Revista Jurídica Unicuritiba, vol. 01, n. 54, 2019. p.173-192.

CÔRTE, Beltrina e LOPES, Ruth G. da Costa. **Portal do Envelhecimento**. Disponível em: <https://portaldoenvelhecimento.com.br/algumas-politicas-publicas-para-a-pessoa-idosa>. Acesso em: 17 jul. 2022.

CORRÊA, LPNRMSC e GOULART, Denise. **A proteção jurídica dos idosos no ordenamento brasileiro**. Disponível em: A proteção jurídica dos idosos no ordenamento brasileiro - Jus.com.br | Jus Navigandi. Acesso em: 14 set. 2022.

CORRÊA, MR, França S, Hashimoto F. **Políticas Públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento 2010;15(2):219-38.

CENEVIVA, Walter. **“Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei”**. A Terceira Idade 2004;15(30):7-23.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da _____. **Curso de Direito Constitucional**. Bahia: Juspodivm, 2011, p. 525 e 554.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. rev. atual. ampl. Salvador: Jus PODIVIM, 2009, p.658 e 659.

DEBERT, G. G; SIMÕES A. J. **Envelhecimento e Velhice na família contemporânea** In: FREITAS, Elizabete Viana. **Tratando de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DE BARROS, Sérgio Resende. **O poder judiciário e as políticas públicas: alguns parâmetros de atuação**. Disponível em:< <http://www.srbarros.com.br/artigos.php?TextID=89>>. Acesso em 17 nov. 2022.

DESTTÉFANI, Gema. **Envelhecer com dignidade**. VI Congresso Internacional de envelhecimento humano – CIEH. São Paulo: Editora Loyola, 2000, p. 5

DIAS, Maria Berenice, **Manual de Direito das Famílias**, 4ª Ed. em e-book – baseada na 11ª Ed. impressa. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

DO CARMO, Michelly Eustáquia e GUIZARDI, Francini. 2009. Disponível em: SciELO - Brasil - **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Acesso em 14 de out. 2022

EMERIQUE, Lilian Márcia Balmant; GUERRA, Sidney. **O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial**. Revista da Faculdade de Direito de Campos, ano VII, nº 9, p. 379-397, 2006. Disponível em: <http://fdc.br/Arquivos/Mestrado/Revistas/Revista09/Artigos/Sidney.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023.

ESCOBAR, Karina Alves do Amaral; MOURA, Flavia Aparecida. Caderno UniFoa. **Análise de políticas sociais para idosos no Brasil: um estudo bibliográfico**. Abr. 2016. Disponível em: web.unifia.edu/cadernos/edição/30/47-55.pdf. Acesso em: 01 de set. 2022.

FALEIROS, Vicente de Paula – **Cidadania e direito da pessoa idosa**. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/8353>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FAVIER, Yann. **Vulnerabilidade e fragilidade no envelhecimento**: a abordagem do Direito francês. Revista Temática Kairós Gerontologia, “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp. 69-78. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. 2012. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/IDEP/Downloads/17287-Texto%20do%20artigo-43102-1-10-20131121.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FERNANDES, Maria Terezinha de Oliveira e SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Disponível em: SciELO - Brasil - O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Acesso em 21 out. 2022

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2014, p.7.

FERREIRA, Ana Carolina de Oliveira e DO PRADO, Florestan Rodrigo. **O conceito do idoso e a evolução histórica de seus direitos**. Encontro de Iniciação Científica - ETIC 2016.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos fundamentais**. 1ª ed. 2013, p.45

FREITAS JÚNIOR, Roberto Mendes de. **Direitos e garantias do idoso: doutrina, jurisprudência e legislação**, 2ª ed., 2011, p. 108.

FRIED et al, 2001. **Frailty in older adults: evidence for a phenotype**. J Geront. 2001;56(3):M146-56.

GAMA, Daniela Gomes da et al. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: análise da ODS 5**, X Congresso de Logística das FATECS. FATEC de Guarulhos, Guarulhos, de 31 de maio a 01 de junho de 2019.

GODINHO, Renault. Robson. **A proteção Processual dos Direitos dos idosos**. 2º ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. 3.ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p. 22.

Giacomin, KC, Maio, GI. A PNI na área da saúde. In: Alcântara AO. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomin, KC. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira et al. **Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19**. Cogitare enfermagem. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023.

HUNT, Paul e KHOSLA, Rajat. **El derecho humano a los medicamentos**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sur/a/xGbqrTycXRkNXwMF4RNC4fL/?lang=es>. Acesso em: 29 out. 2022.

IAMAMOTO, MV. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez Editora; 2000.

JULIÃO, Sandra de Oliveira. **Uma nova lei: o Estatuto do Idoso**, in: Revista Reviva, ed. PRODIDE, 2004, v.01, pp. 12-13. Disponível em: < <http://www.mpdf.gov.br>>/. Acesso em: 20 jan. 2023.

JUSTO, JS e ROZENDO, AS. **A velhice no Estatuto do Idoso**. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2010;10(02):471-479.

KAZTMAN, R. **Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos**. Revista de la CEPAL, Santiago do Chile, n.75, p.171-189. dec. 2001.

KOLLER, Sílvia Helena; MORAIS, Normanda Araújo de; RAFFAELLI, Marcela. **Adolescentes em situação de vulnerabilidade social e o contínuo risco-proteção**. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Volume 30. 118-136. 2012. Acesso em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924085009>. Acesso em: 30 jan. 2023.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha**. Porto Alegre: 1998, p. 256.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt**. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/9Sr35XjVCx9L7Ws7QypPMrG/?lang=pt>. Acesso em 27 jan. 2023.

LANGONI, C. G. **Distribuição de Renda e Desenvolvimento Econômico no Brasil**. 3. Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005. Disponível em: < www.ipece.ce.gov.br>. Acesso em: 12 fev. 2023.

LIMA JÚNIOR, Jayme Benvenuto. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p.132.

Lima-Costa, M. F., Matos, D.L. & Camarano, A.A. (2006). **Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 2, 941-950.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. São Paulo, Atlas, 2013.

LOPEZ, José Reinaldo de Lima. **Direitos sociais: teoria e prática**. Imprensa: São Paulo, Método, 2006, p.132-133

MADELENO, Rolf. **Direito de Família**, 7ª Ed. Ver. Atualizada e Ampliada – Rio de Janeiro: Forense, 2016.

MANZARO, S.C.F. **Envelhecimento: idoso, velhice ou terceira idade?** 2013. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-idoso-velhice-ou-terceira-idade>. Acesso em: 11 nov. 2022.

MARTINS, Richarlls. **A vulnerabilidade não é democrática**. Disponível em: <<https://ufrj.br/noticia/2020/04/07/vulnerabilidade-nao-e-democratica>> Acesso em: 07 abr. 2020.

MENDES, Gilmar Ferreira. BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p.135.

MENDONÇA, B.M. “**O idoso perante a legislação brasileira e os crimes previstos no Estatuto do idoso**”, 2012. Disponível em <http://arquivo.fmu.br/prodisc/direito/mboemm.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2022.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. **O marco conceitual da vulnerabilidade social**. Sociedade em Debate, Pelotas, 17: 29-40, julho-dezembro de 2011.

MORAIS, IM. **Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual**. Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2010;

MORAES, Edgar Nunes de; MORAS, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. **Características biológicas e psicológicas do envelhecimento**. Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG, p. 67-73, 2020. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.

MORAES, Alexandre. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 128

MOURA, L. **As acepções do vocábulo idoso**. 2016. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/46598/as-acepcoes-do-vocabulo-idoso>. Acesso em: 11 nov. 2022.

Nunes Júnior, Flávio Martins Alves. **O Direito à saúde como direito humano fundamental**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2017.

NERI, A. L. (2001a). **O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento**. In A. L. Neri (Org.), *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais* (pp.11-52). Campinas: Papirus.

NEVES, Maria do Céu Patrão. **Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio**. Cap.2, 2007.

NOBRE JÚNIOR, Edison. **O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana**. São Paulo: Juris Síntese, 2000, p. 128.

NUSSBAUM, Martha. **A fragilidade da bondade**. São Paulo: Martins Fontes, 2009. Capítulo 11 e 12.

NUSSBAUM, Martha. **The fragility of goodness: luck and ethics in greek tragedy and philosophy**. 2. ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

OBSERVASSA. Disponível em: <https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/pau-da-lima>. Acesso em: 14 Jan. 2023.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 2001. **How to implement and develop a national drug policy**. Second Edition. Geneva: WHO. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/en/>. Acesso em 29 out. 2022

OLIVEIRA, Lis Mônara Araújo de. **Vulnerabilidade social e situações de risco**. Disponível em: <http://www.mp.rn.gov.br/portal/inicio/pessoa-com-deficiencia/pessoacom-deficiencia-material-de-apoio/2037-vulnerabilidade-social-e-situacoes-de-risco-1?path>. Acesso em 13 de nov. 2022.

PIRES, R. R. C. (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

PROCOPIUCK, Mario. Políticas Públicas. In: _____. **Políticas públicas e fundamentos da administração pública: análise e avaliação governança e redes de políticas administração judiciária**. São Paulo: Atlas, 2013. p. 138-168.

RAMOS, PRB, Logrado YSC, Perdigão VF, Lima GKS, Caldas AM. **Políticas Públicas direcionadas ao Idoso: Aplicabilidade do artigo 4º do decreto nº 1.948/96**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA, 2005.

RIBEIRO, Fernanda Martins Castro. **O papel do estado na sociedade**. UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora, Ubá – 2013.

RODRIGUES, Elizangela Martins Souza – Âmbito Jurídico – **A Proteção da Pessoa Idosa no Desenvolvimento Social: Uma análise da efetividade das Políticas Públicas**. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/a-protecao-da-pessoa-idosa-no-desenvolvimento-social-uma-analise-da-efetividade-das-politicas-publicas/>>. Acesso em 09 de jun. 2022.

RODRIGUES, RAP, Kusumot L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. Texto & Contexto Enferm 2007;16(3):536-45.

ROMA, Júlio Cesar. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável.** Cienc. Cult., São Paulo, v. 71, n. 1, p. 33-39, jan., 2019

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e Silva e Yazbek, Maria Carmelita. **Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/yGpCjdCY8gjG3ZZ5dPpZbTL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 30 jan. 2023

SARAIVA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas.** Coletânea – Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

Salão do Conhecimento. **O Enfoque das capacidades em Martha Nussbaum e a Construção de políticas sociais que visem o respeito à dignidade humana. XXVI Seminário de Iniciação Científica.**

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004, p. 40, 47, 60-61.

_____. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988.** Revista Diálogo Jurídico, Salvador, nº. 10, 2002. Disponível em: www.direitopublico.com.br. Acesso em: 30 nov. 2022.

_____. **Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.** Revista Jurídica da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2017, 302 e 303.

SEN, A. K. (1990a), "**Development as Capability Expansion**". In: Griffin K., Knight, J. (Eds.). *Human Development and the International Development Strategy for the 1990s*, London: MacMillan, pp. 36, 41-58, 70-71.

SEN, Amartya. **A ideia de Justiça.** São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SCIELO em Perspectiva| Press Releases. **Problemas de saúde e vulnerabilidade da população idosa** . Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2017/01/03>. Acesso em: 17 jan. 2023.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade e eficácia das normas constitucionais.** 2ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1985. p. 444.

_____. Curso de Direito Constitucional Positivo. São Paulo: Malheiros, 2004, p. 178.

SIMIONATO I. **Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul.** Disponível em <http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv150.htm>, Acesso em 17 nov. 2022.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.** São Paulo: Saraiva, 2010.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura; Sociologia.*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

TATAGIBA, L. 2002. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil.** In : DAGNINO, E. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.* São Paulo : Paz e Terra.

TAVARES, José. Farias. **Estatuto do idoso.** Rio de Janeiro: Forense, 2006, p.22.

TESSLER, Marga Inge Barth. **O Direito à Saúde. A Saúde como direito e como dever na Constituição Federal de 1988.** Porto Alegre, 2001, Curso de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade.** Disponível em:
http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

VITA, A. de. *O Liberalismo Igualitário. Sociedade Democrática e Justiça Internacional.* São Paulo: Martins Fontes, 2008, p.107.

WANDERLEY, Maria Cauhi. Disponível em: Conteúdo Jurídico | A Assistência Social na Constituição Federal de 1988 (conteudojuridico.com.br). Acesso em:10 ago. 2022.

WU, Xun. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos;** traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014.

YAZBEK, M. C. *Sistemas de Proteção Social, intersetorialidade e integração de políticas sociais* Jan. 2006, p. 12

Yin (2005), R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YOUNG, Iris. “**O ideal da imparcialidade e o público cívico**” In: Revista Brasileira de Ciência Política, nº 9. Brasília, setembro - dezembro de 2012, pp. 169-204

XIMENES, Daniel de Aquino. **Vulnerabilidade Social.** Gestrado. UFMG, 2010

APÊNDICE 01
ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

BAIRRO: PAU DA LIMA

ENTREVISTADOR: MARIA ABYGAIL CUNHA

DATA DA ENTREVISTA: 17 de janeiro de 2023

- 1- Nome do entrevistado:
- 2- Sexo: F () M ()
- 3- Idade:
- 4- Estado Civil: SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO
- 5- Escolaridade (sabe ler e escrever): SIM () NÃO ()
- 6- Possui algum auxílio do Governo? SIM () NÃO ()
- 7- Possui alguma profissão? SIM () NÃO (). Se Sim, qual?
- 8- Possui alguma renda? SIM () NÃO (). Se Sim, qual o valor?
- 9- Possui alguma comorbidade? SIM () NÃO (). Se Sim, qual?
- 10- Precisa de medicamentos fornecidos pelo Município/Farmácia do Povo? SIM () NÃO ()
- 11- Quais os medicamentos que necessita?
- 12- Possui Cartão Nacional de Saúde? SIM () NÃO ()
- 13- Tem dificuldade de obter medicamentos fornecidos pelo Município/Farmácia do Povo? SIM () NÃO ()
- 14- Conhece o Estatuto do Idoso? SIM () NÃO ()

ANEXO 01



ANEXO 02



ANEXO 03



ANEXO 04

