

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
Faculdade de Direito de Alagoas
Curso de Mestrado em Direito

KARINA NAKAI DE CARVALHO BARROS

**A (IN)EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO IDOSO
NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL**

Maceió
2011

KARINA NAKAI DE CARVALHO BARROS

**A (IN)EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO IDOSO
NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL**

Dissertação apresentada a Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do Título
de Mestre em Direito pela Universidade Federal
de Alagoas / Faculdade de Direito de Alagoas
(UFAL/FDA)

Orientador: Prof. Dr. George Sarmiento Lins
Júnior

Maceió
2011

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

B277i Barros, Karina Nakai de Carvalho.
A (in)efetividade do direito fundamental à saúde do idoso no município de Maceió / Karina Nakai de Carvalho Barros. -- 2011.
172 f. : il.

Orientador: George Sarmiento Lins Júnior.
Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Alagoas.
Programa de Pós-Graduação em Direito. Maceió, 2011.

Bibliografia: f. 159-165.
Apêndices: f. 166-172.

1. Velhice. 2. Direito à saúde. 3. Idosos. 4. Políticas públicas. I. Título.

CDU: 342.716-053.9

KARINA NAKAI DE CARVALHO BARROS

A (IN)EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO IDOSO NO
MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Alagoas – UFAL, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Professor Doutor George Sarmiento Lins Júnior

A Banca Examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, submeteu a candidata à defesa, em nível de Mestrado, e a julgou nos seguintes termos:

Prof. Dr. Querino Mallmann (UFAL)

Julgamento: 9,0 (Nove)

Assinatura:

Profa. Dra. Olga Jubert Gouveia Krell (UFAL)

Julgamento: 9,0 (Nove)

Assinatura:

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos (UFMA)

Julgamento: 9,0 (Nove)

Assinatura:

Menção Geral:

APROVADA

Maceió, 16 de dezembro de 2011.

Em dedicatória:

À minha avó **Edite** (*In memoriam*) que, na simplicidade do convívio familiar, ajudou-me a compreender melhor o processo de envelhecimento.

A todos os idosos que muito contribuíram, participando da pesquisa e também àqueles que, de alguma maneira, este trabalho possa favorecer.

AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja força conduz os meus passos.

Ao meu estimado professor, eterno orientador e amigo Dr. George Sarmiento Lins Júnior, pelos direcionamentos técnicos precisos, pelo encorajamento e por representar o exemplo mais distinto de educador para mim, sempre acreditando no potencial dos seus alunos.

Ao coordenador do mestrado, Professor Dr. Adrualdo de Lima Catão, pelo incentivo e amizade.

Aos diletos professores, Dra. Olga Krell e Dr. Querino Mallmann, pelas valiosas contribuições na qualificação do projeto.

Ao professor Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos, por ter aceito, tão gentilmente, o convite para participação na banca da defesa.

À professora e amiga Dra. Maria Betânia Buarque Lins Costa, pelas orientações metodológicas.

À minha querida mãe, Marta, Gerontóloga Social, apaixonada pela defesa dos direitos da pessoa idosa, que mais contribuiu, dentro do seu ramo de saber, com as minhas inquietações na pesquisa.

Ao meu amado esposo e pai da minha filha Arthur Tavares, que, além de tudo, apoiou-me com paciência, tolerando a minha ausência em momentos importantes, a fim de me ajudar na busca pelo conhecimento.

À minha filha Lara, cuja ternura sempre renova minhas forças.

A Carol Sarmiento e Nicolás, secretários da Coordenação do Mestrado, por toda a dedicação e colaboração.

Aos amigos do mestrado, Larissa Lima e Bruno Lamenha, pelo apoio e amizade.

Ao meu querido chefe, Dr. Manoel Cavalcante, que sempre me apoia e incentiva nos desafios da vida.

Aos meus amigos maravilhosos, colegas de trabalho, Claudisson, Keyla, Raquelina, Yrlane e Adriano cujo apoio e compreensão ilimitados deram-me condições de concluir essa longa e rigorosa etapa.

“[...] todos nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro”.

Kofi Annan (ONU, 2002).

RESUMO

Esta dissertação de mestrado tem por finalidade, à luz das dimensões do processo do envelhecimento populacional brasileiro – vislumbrado como uma questão social relevante na atualidade –, apresentar uma análise acerca da efetivação do direito à saúde da pessoa idosa no Município de Maceió-AL. Partindo do pressuposto de que o fenômeno do envelhecimento populacional tem acentuado a necessidade de implementação de políticas públicas específicas que garantam a velhice como um direito humano fundamental, pretende-se apontar a atenção à saúde como demanda a ser equacionada com prioridade, a fim de que, pela sua efetivação, os demais direitos outorgados à pessoa idosa, tanto na esfera constitucional, quanto na legislação ordinária, sejam plenamente concretizados na realidade social. A fundamentação dessa pesquisa partirá de uma breve digressão sobre os dois principais eventos mundiais das Nações Unidas referentes ao tema: a primeira e a segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizadas em Viena (1982) e em Madri (2002) respectivamente, cuja importância foi incentivar os países à adoção de medidas que assegurem a todos o direito de envelhecer com segurança e dignidade e, aos idosos, o direito de continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos. A análise dos comandos constitucionais, pátrio e alienígena, bem como dos ditames legais especificamente ocupados na tutela dos direitos da pessoa idosa, também figura como fundamento teórico da temática. Além disso, considerando as dificuldades, especialmente as de ordem orçamentária, continuamente emergidas nas discussões acerca da efetivação dos direitos fundamentais, contestaram-se os principais postulados teóricos – “reserva do possível” e “mínimo existencial” – que dão suporte ao condicionamento ou limitação da plena realização desses direitos. Por intermédio de pesquisa de campo, utilizando as técnicas da entrevista semi estruturada e da observação simples, com base na linha de estudo quanti-qualitativo, colheram-se dados que anunciam a deficiência da prestação dos serviços de saúde à pessoa idosa no Município de Maceió-AL e que as demandas relativas a esse direito fundamental ainda têm sido tratadas de forma insipiente e sem prioridade.

Palavras-Chave: Velhice. Direito à saúde. Efetividade. Políticas públicas.

ABSTRACT

This master's dissertation, based on the dimensions of the Brazilian population aging process – taken as an important social matter nowadays – has the scope to present an analysis concerning the effectiveness of the right to the health of the elderly in the City of Maceió-AL. Assuming that the population aging phenomenon has raised the necessity of implementation of specific public policies, which guarantee aging as a basic human right, we hereby intend to bring people's attention to healthcare as an issue to be equated with priority, so that, for its effectiveness, all the other rights granted to the elderly, not only in the constitutional field, but also in the ordinary legislation, are to be fulfilled in the social reality. The foundation of this research will start with a brief description of the two main world-wide United Nations events regarding the theme: the First and the Second World-wide Assembly on Aging, held, respectively, in Vienna (1982) and in Madrid (2002), whose significance was to stimulate countries to the adoption of measures that assure to everyone the right to age with security and dignity and, to the aged ones, the right to continue taking part in their respective society as citizens with full rights. The analyses of the constitutional commands, both native and foreign, as well as the legal rules that guarantee the rights of the elderly also figure as theoretical basis of this study. Moreover, considering the difficulties, especially of budgetary order, continuously emerged in the debates concerning the effectiveness of the basic rights, the main theoretical postulates have been contested - "existential minimum" and "reserve of the possible" – the ones which support the conditioning or limitation of the full accomplishment of these rights. As per field research, using the techniques of the half interview structuralized and the simple observation, on the basis of the line of quanti-qualitative study, there have been found the deficiency of the services of health facilities to the elderly in the City of Maceió-AL and the insensitive policies with which the relative demands to this basic right have been treated.

Word-Key: Aging. Right to the health. Effectiveness. Public politics.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Conhecimento da legislação específica atinente aos direitos da pessoa idosa (Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso)	121
Gráfico 2 – Conhecimento do direito ao atendimento médico domiciliar, incluindo a internação para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover	123
Gráfico 3 – Conhecimento do direito à gratuidade de medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação	124
Gráfico 4 – Conhecimento do direito ao atendimento prioritário	125
Gráfico 5 – Serviço de Saúde que o idoso utiliza	125
Gráfico 6 – Avaliação do idoso acerca do atendimento prestado no serviço público de saúde	127
Gráfico 7 – O direito ao atendimento prioritário é respeitado no SUS?	127
Gráfico 8 – Casos de mau atendimento, discriminação ou maus-tratos no sistema único de saúde, devido à idade?	128
Gráfico 9 – Quais os principais problemas enfrentados na área da saúde pelo idoso?	129
Gráfico 10 – Forma de obtenção de remédios	130
Gráfico 11 – Já recorreu ao Poder Judiciário para obter remédios gratuitos pelo SUS, ou outro tipo de tratamento de saúde (exames, procedimentos cirúrgicos)?	130
Gráfico 12 – Daqueles que recorreram ao poder judiciário, quantos conseguiram o provimento jurisdicional requerido?	131

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: DELINEAMENTOS ESTATÍSTICOS, CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, CONSTITUCIONAL E LEGAL	19
1.1 A compreensão da velhice como categoria científica	21
1.2 A velhice: uma questão social relevante?	24
1.3 O Plano de Viena: o início do compromisso internacional	32
1.4 O Plano de Madri: mais um passo	37
1.5 A velhice como objeto de proteção das constituições	46
1.5.1 O direito à velhice nas Constituições Europeias.....	48
1.5.2 O direito à velhice na Constituição de Guiné-Bissau	49
1.5.3 O direito à velhice na Constituição da China.....	50
1.5.4 O direito à velhice nas Constituições Latino-Americanas.....	50
1.5.5 O direito à velhice na Constituição Brasileira.....	51
1.5.5.1 O direito à velhice nas Constituições Brasileiras anteriores.....	51
1.5.5.2 O direito à velhice na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.....	52
1.6 A velhice e a legislação infraconstitucional vigente	56
1.6.1 A Política Nacional do Idoso – Lei 8.842/94.....	57
1.6.2 O Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003.....	59
1.6.3 A Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742/1993.....	63
1.6.4 O direito dos idosos e o código civil.....	64
1.6.5 O direito dos idosos e o código penal.....	65
1.6.6 O direito dos idosos e a legislação processual.....	67
2 A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM DIREITO FUNDAMENTAL PRIORITÁRIO	69
2.1 O atendimento da pessoa idosa no sistema de saúde público brasileiro	72
2.2 A política nacional de saúde dos idosos	80
2.3 Direito à saúde da pessoa idosa	82
2.3.1 O Estatuto do Idoso e a prestação de saúde pública.....	83
2.3.1.1 Direito à atenção integral, universal, especial e prioritária.....	83

2.3.1.2	Direito ao atendimento domiciliar.....	85
2.3.1.3	Direito à gratuidade de medicamentos.....	86
2.3.1.4	Direito ao atendimento especializado da pessoa idosa com deficiência.....	87
2.3.1.5	Direito ao acompanhante.....	88
2.3.1.6	Direito à opção pelo tratamento mais favorável.....	89
2.3.1.7	Direito ao atendimento de critérios mínimos pelas instituições de saúde.....	90
2.3.1.8	Direito à comunicação compulsória de maus tratos à pessoa idosa.....	91
2.4	A exigibilidade do direito à saúde do idoso perante o poder público.....	91
2.5	Os direitos da pessoa idosa como objeto das políticas públicas no Brasil.....	106
2.6	A garantia de destinação privilegiada de recursos públicos nas aéreas relacionadas com a proteção à pessoa idosa.....	111
3	A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL.....	114
3.1	Primeira etapa – As entrevistas com os idosos.....	115
3.1.1	Elaboração dos instrumentos de pesquisa.....	117
3.1.2	Seleção dos Sujeitos.....	118
3.1.3	Entrada no Campo.....	118
3.1.4	A Coleta de Dados.....	119
3.1.5	Método de Análise dos Dados.....	120
3.1.6	O Resultado da Primeira Etapa da Pesquisa.....	120
3.2	Segunda etapa – As visitas às Unidades de Referência de Maceió-AL.....	131
3.2.1	Elaboração do instrumento de pesquisa.....	134
3.2.2	A Entrada no Campo.....	135
3.2.3	A Coleta de Dados.....	135
3.2.4	O Resultado da Segunda Etapa.....	136
3.3	Terceira Etapa – O Hospital Universitário como único Centro de Referência de atendimento ao Idoso de Maceió-AL.....	143
3.4	Quarta Etapa – A entrevista com a Defensora Pública do Núcleo de Atendimento dos Idosos.....	149
3.5	Quinta Etapa – O levantamento do número de ações, objetivando a tutela da saúde da pessoa idosa em trâmite nas Varas da Fazenda Pública da Justiça Estadual.....	151
	CONCLUSÕES	154

REFERÊNCIAS.....	159
APÊNDICES.....	166

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente que vem transformando a estrutura etária mundial com um contingente cada vez mais expressivo de pessoas com idade avançada. Pode-se dizer que tal fenômeno é decorrência da diminuição da mortalidade infantil, da baixa taxa de natalidade, e também do retardo da ocorrência de morte nas idades longevas, tudo isso ocasionado pelo avanço de um conjunto de fatores tecnológicos e científicos da contemporaneidade, como a descoberta da terapêutica com antibióticos, das vacinas, da criação das unidades de terapia intensiva e da mudança do estilo de vida das pessoas.

Se o universo de idosos vem aumentando e com ele as demandas que suas necessidades especiais exigem, evidentemente que esse novo quadro social requer proteção jurídica. A legislação pátria vigente é bastante generosa na proteção que confere à pessoa idosa. O conjunto de leis que tutela a velhice determina a efetivação do direito à vida, à alimentação, à moradia, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, ao transporte, à cidadania, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, ao respeito, à dignidade e o direito à saúde, defendido, neste trabalho, como o mais relevante.

Entende-se que é de suma importância centrar a atenção sob o direito fundamental à saúde da pessoa idosa, já que é por intermédio da efetivação desse direito que o indivíduo adquire autonomia para gozar os demais que lhe são outorgados.

O direito à saúde é aquele, entre todos os outros direitos que foram garantidos à população idosa, que maior regulamentação possui no país. As normas da Política Nacional do Idoso e do próprio Estatuto do Idoso ensejaram a edição de decretos e portarias ministeriais, conformando a prestação dos serviços relacionados com a temática, de modo que, do meio de acessibilidade às unidades de saúde até a garantia de ser acompanhado por alguém no momento da internação hospitalar, ou da aquisição dos medicamentos necessários à recuperação da saúde, todos os detalhes referentes à plena realização desse direito foram contemplados.

Diante de tão farta regulamentação, é preciso saber se as ações governamentais acompanham o ritmo da atualização legislativa. Como anda o atendimento dispensado ao indivíduo idoso, na prestação do direito à saúde no Município de Maceió-AL? As normas que

tutelam o direito à saúde da pessoa idosa são cumpridas no Município de Maceió-AL? Essa questão central, articulada a outras problemáticas relacionadas ao tema, serve de itinerário para o estudo da efetividade do direito à saúde da pessoa idosa no Município de Maceió-AL, que é fruto do desenvolvimento do projeto de pesquisa para a elaboração do presente trabalho, referente ao Curso de Mestrado em Direito, da Universidade Federal de Alagoas.

O estudo busca compreender a velhice como um direito humano fundamental e como uma fase da vida que, pela regular incidência de intercorrências, precisa gozar de plena proteção, principalmente no que se refere ao quesito manutenção/recuperação da saúde. O contexto no qual esse direito encontra efetivação localiza a discussão no interior do eixo: Velhice – Direito – Saúde.

Para alcançar o objetivo central desse estudo, que é analisar o cumprimento dos mandamentos legais protetivos do direito à saúde dos idosos, a velhice é tomada como uma fase especial da vida, dotada de especificidades que precisam ser consideradas.

O êxito da elaboração de uma dissertação de mestrado, apesar de não exigir o rigor metodológico dos trabalhos de doutoramento ou de livre-docência, tanto do ponto de vista metodológico como teórico da originalidade, requer revisão bibliográfica acurada, quesito um tanto prejudicado em face da escassez de textos jurídicos específicos dessa temática produzidos pela doutrina especializada na tutela de hipossuficientes.

A análise do tema do envelhecimento social, bem como a compreensão da categoria velhice, para averiguar a completude da prestação dos serviços de saúde do Município de Maceió-AL à pessoa idosa, foram pilares para o desenvolvimento da pesquisa empírica.

A investigação se deu além da observação das unidades de saúde prestadoras de atendimento ao idoso, ou do adimplemento dessas unidades aos tantos requisitos que os instrumentos normativos fixam como necessários, também e, sobretudo, do exame do grau de satisfação do idoso quanto aos serviços que lhe são disponibilizados nessas unidades geridas pelo Poder Público, ainda que tal expediente tenha sua utilidade jurídica questionada, risco que não desencorajou a realização dessa etapa da pesquisa, pela importância que se deu à opinião do destinatário da norma, na realidade concreta, considerando a riqueza desse campo empírico para se investigar os dados teóricos da efetivação do direito à saúde da pessoa idosa no Município de Maceió-AL.

Além da observação das unidades de saúde e das entrevistas aos idosos, considerou-se importante também sentir, mediante a pesquisa na Defensoria Pública do Estado de Alagoas, a taxa de uso do Poder Judiciário como meio hábil para sindicar a omissão dos gestores na prestação de serviços públicos de saúde para a população idosa no Município.

Para subsidiar a excelência da pesquisa empírica, houve a necessidade de percorrer, *a priori*, todo o itinerário teórico fundamentador do direito à saúde da pessoa idosa.

Desse modo, na primeira seção, procurou-se inicialmente apresentar uma análise acerca do fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil, dando destaque aos delineamentos estatísticos atualizados pelo último censo, realizando a contextualização histórica desse fenômeno e a resposta constitucional e legal para o equacionamento dos problemas dele decorrentes.

Em seguida, passou-se a uma compreensão da velhice como categoria científica, explicando por que ela deve ser tratada como objeto de saber científico. Ficou evidente que, para entender essa etapa da vida como categoria de idade autônoma, é preciso observar aspectos relacionados ao estado fisiológico, psicológico e social do segmento idoso e também a postura da sociedade frente ao problema. Descobriu-se, assim, a gerontologia social, ciência que estuda todos esses aspectos do envelhecimento, demonstrando que, de fato, a velhice é uma categoria científica.

Daí, realizou-se uma análise do tratamento dispensado à velhice ao longo da história da civilização humana, expondo como, a cada período, os povos se comportavam em relação aos seus anciãos, podendo-se notar que, na atualidade, esse tratamento se humanizou.

A partir disso, procedeu-se o estudo da tutela internacional do direito fundamental à velhice, realizando uma breve digressão sobre os dois principais eventos mundiais das Nações Unidas referentes ao tema: a primeira e a segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizadas em Viena e em Madri, respectivamente.

Tais assembléias trataram do problema do envelhecimento populacional como uma questão social relevante e produziram, cada uma delas, um Plano de Ação Global para incentivar os países à adoção de medidas que garantam a todos o direito de envelhecer com segurança e dignidade e, aos idosos, o direito de continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos.

Em seguida, passou-se à apresentação das Constituições dos países que nelas já introduziram mecanismos de proteção ao direito à velhice. Ao fim, pode-se verificar que, diante da notável transição demográfica pela qual o mundo está passando, é de grande importância, estabelecer os vínculos de colaboração necessários entre governo, em todos os seus níveis, sociedade civil, setor privado, entidade familiar e os próprios idosos para a construção de uma sociedade para todas as idades.

Vencida essa etapa do trabalho, verificou-se a necessidade de conhecer de que forma as principais leis do país contribuem com seus mandamentos para a plena proteção do segmento idoso no Brasil. Assim, procedeu-se a uma pesquisa, inicialmente na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso, leis exclusivamente ocupadas nessa tutela, para depois examinar a existência de dispositivos protetivos da velhice em leis como o Código Civil, o Código de Processo Civil e o Código Penal.

Na segunda seção da dissertação, a proposta foi discorrer sobre a saúde da pessoa idosa como um direito fundamental prioritário, explicando detalhadamente a forma de atendimento dessa população no sistema de saúde público brasileiro, apresentando todas as Portarias Ministeriais específicas do cuidado da saúde da pessoa idosa e todos os programas implementados pelo Governo Federal, no âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a serem executados nos demais níveis de gestão pública, demonstrando, assim, como é completo e atual o sistema legal atinente a essa temática, tornando amplo o amparo do idoso nessa área de proteção. Além disso, foi estudado cada um dos direitos que o Estatuto do Idoso garante à saúde do idoso.

Partindo dessa análise, a segunda seção ainda tratou de dispor acerca da efetividade do direito à saúde do idoso e os meios de exequibilidade desses direitos perante o poder público. Para isso, trouxe à discussão postulados como da “reserva do possível” e do “mínimo existencial”, para provar, com a ajuda desse embasamento teórico, que o direito à saúde da pessoa idosa goza de prioridade e plena efetivação.

Também foi estudada, nessa seção, a questão dos direitos da pessoa idosa como objeto de políticas públicas, fazendo uma análise evolutiva daquelas que, ao longo dos anos, merecem destaque por ter privilegiado a condição especial dos idosos, concluindo-se ao fim que, no Brasil a questão do envelhecimento populacional brasileiro ainda tem sido tratada de

forma insipiente e sem prioridade, dando a idéia de simbólica à legislação que cuida da proteção dos direitos da pessoa idosa.

Na seção final da dissertação, seção terceira, apresentou-se o resultado da pesquisa de campo realizada, pretendendo com ele oferecer algumas respostas a todos os questionamentos emergidos ao longo da elaboração do trabalho, tendo em vista que o debate está posto, mas ainda não se encontra definido. Foram selecionados, então, alguns pressupostos de análise que nortearam a investigação, considerados de relevância do ponto de vista acadêmico-científico: 1º) a compreensão da velhice como categoria científica digna de proteção jurídica específica; 2º) a existência de norma assecuratória do direito à saúde do idoso e 3º) a efetividade desse direito na realidade fática.

Portanto, partindo desses pressupostos, os objetivos da investigação foram os seguintes: 1º) tratar o envelhecimento populacional dentro do quadro de mudanças sociais visíveis nas três últimas décadas; 2º) compreender as formas de proteção social e jurídica que incidem no seguimento dos idosos e, de forma específica, aquelas relacionadas ao amparo da sua saúde; 3º) conhecer a experiência vivenciada pelos idosos nas Unidades de Saúde do Município de Maceió, no momento da prestação dos serviços de saúde; 4º) verificar a efetividade das normas assecuratórias do direito à saúde do idoso nesse Município.

É objetivo também que a própria sociedade tire proveito das evidências constatadas na pesquisa sobre a real situação do idoso, a partir da identificação das mudanças sociais que o envelhecimento populacional traz para uma sociedade, bem como dos papéis sociais que se apresentam. E finalmente, para os próprios idosos, essa investigação contribuirá para o conhecimento das facilidades a que fazem jus e dos direitos que lhes foram outorgados e apontar alternativas de políticas públicas asseguradoras do direito à saúde e, conseqüentemente, sua inclusão social.

O envelhecimento populacional é um fenômeno atual, cujos efeitos ainda estão sendo introduzidos na seara da pesquisa científica. Utilizando a metodologia como a vereda e o instrumento de verificação da realidade social, iluminado por uma teoria de análise, pode-se afirmar que ela esteve presente no desenvolvimento dessa dissertação desde as primeiras reflexões, procurando entender o processo de envelhecimento inserido no movimento histórico-social da sociedade, que é marcado pelo dinamismo, provisoriedade, transformação e contradição.

Com algumas reflexões e trabalho científico, entendeu-se que a categoria central do estudo era o direito à velhice. As demais categorias – direito à saúde e efetividade – eram transversais ao tema. E, sem deixar de considerar que o fenômeno do envelhecimento reúne também outros contornos teóricos – biológicos e psicológicos – constatou-se a acentuada relevância da análise jurídica desse fenômeno.

Partindo dessa sistemática, a investigação foi conduzida por alguns compromissos teórico-básicos, que forjam um quadro referencial teórico para uma melhor compreensão da realidade e, assim, facilitam a percepção dos vários aspectos que envolvem a referida temática. Contar com esses pressupostos é de fundamental importância para esclarecer e solidificar o pensamento proposto, uma vez que ainda é incipiente a produção científica no campo do envelhecimento.

Apesar de a mídia dar considerável atenção ao tema do envelhecimento, ainda se observam poucos estudos referentes ao tema no âmbito jurídico. A partir da década de 80, no ano de 1982, instituído como o ano Internacional do Idoso, o processo de envelhecimento passou a ser incluído como campo de investigação.

O primeiro ponto relevante exposto no trabalho é a defesa da velhice como direito humano fundamental, inserindo o processo de envelhecimento num contexto de relevância sócio-jurídica, cuja complexidade se explica com a contribuição de autores como Simone de Beauvoir e Norberto Bobbio que, narrando experiências próprias ou extraídas da atmosfera histórica que vivenciaram, ajudam a melhor compreender as particularidades do processo de envelhecimento.

Sobre os referenciais históricos do tratamento da velhice, nos diversos períodos da humanidade, destacam-se o importante estudo de Maria Isolina Dabove Caramuto e Víctor Alba.

O estudo dos marcos legislativos dos direitos da pessoa idosa no Brasil centrou-se nas discussões de Paulo Roberto Barbosa Ramos e Naide Maria Pinheiro. Para discutir as estratégias das políticas públicas destinadas à pessoa idosa, buscou-se amparo nas reflexões de Ana Amélia Camarano. Os questionamentos acerca da eficácia e efetividade do direito à saúde da pessoa idosa foram feitas com Andreas Krell, Ana Paula de Barcelos e Flávio Galdino.

Por fim, nas considerações finais, serão retomadas algumas questões tratadas, não no intuito de concluí-las, mas de apontar indicações de respostas, salientando que este trabalho é um estudo sobre a efetividade do direito à saúde da pessoa idosa.

1 O FENÔMENO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: DELINEAMENTOS ESTATÍSTICOS, CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, CONSTITUCIONAL E LEGAL

Ao longo das últimas décadas, o acelerado processo do envelhecimento populacional vem ganhando ampla notoriedade e sendo reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, ao passo que, em razão da sua relevância e repercussões sociais, tem demandado maior atenção científica no sentido de encontrar as soluções cabíveis para os inúmeros desafios que apresenta.

Em 1991, a expectativa de vida já alcançava os 66 anos de idade¹; na atualidade, já ultrapassa os 73 anos e calcula-se que, até 2050, ela tenha aumentado mais 10 anos.² Esse dado estatístico e o rápido crescimento da população na primeira metade do século XXI indicam que o número de pessoas com mais de 60 anos (que, em 2000, era aproximadamente 600 milhões) chegue a quase 2 bilhões no ano de 2050.³

Esse incremento será ainda mais notável e mais rápido nos países em desenvolvimento nos quais se prevê que a população idosa quadruplicar-se-á nos próximos 50 anos.

Na Ásia e na América Latina, a proporção das pessoas classificadas como idosas aumentará de 8% (1998) para 15% (2025). Na África, é previsto que essa proporção cresça apenas de 5% a 6% durante esse período, e depois se duplique até o ano de 2050. Na Europa e na América do Norte, até 2025, o número de pessoas idosas aumentará 8% e 10%, respectivamente.⁴

Uma transformação demográfica mundial dessa escala acarreta profundas consequências em cada um dos aspectos da vida individual, comunitária, nacional e

¹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística:** evolução da mortalidade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm>. Acesso em: 5 jan. 2011.

² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil já tem 180 milhões de habitantes.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 5 jan. 2011.

³ ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA PREVIDÊNCIA E DA SEGURIDADE SOCIAL. **Dados estatísticos** 2010. Disponível em: <<http://www.anasps.org.br/index.asp?id=2990&categoria=29&subcategoria=90>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

⁴ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento** - 2002. Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M. B. de Mendonça e Vitória Gois. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007. Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1, p. 27.

internacional. As dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais de todo o mundo passarão por mudanças significativas.

Segundo as projeções, a transição demográfica que se verifica na contemporaneidade ocasionará, em meados do século XXI, a equiparação das porcentagens da população mundial correspondentes a velhos e jovens.

Esses dados são relevantes porque a mudança na distribuição etária de um país altera o perfil das políticas sociais, exigindo estratégias e implementação de benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à garantia dos direitos humanos fundamentais dos idosos, notadamente quando se tem em vista que significativa parcela desse segmento encontra-se em situação de abandono.

Nos países desenvolvidos, é possível pensar que o processo do envelhecimento populacional caminhará em um ambiente socioeconômico favorável, garantindo um gradativo alargamento dos sistemas de proteção social voltados para a pessoa idosa.

Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, o fenômeno do envelhecimento da população vem ocorrendo numa conjuntura recessiva e numa crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em especial, para os idosos.⁵

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a demanda do envelhecimento populacional sobrepõe-se a uma larga lista de questões sociais pendentes, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades.

Os estudos demográficos indicam que o número de idosos no Brasil aumenta de forma acelerada anualmente e esse contingente populacional, cada vez mais expressivo, espelha o novo perfil da sociedade brasileira contemporânea que vai redimensionando o estereótipo de país jovem ou país de jovens. Essas mudanças apontam para um número crescente de pessoas idosas, mas também para um número de anos cada vez maior em que as pessoas, individualmente, vivem como velhos.

⁵ CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253.

Conforme a Síntese de Indicadores Sociais 2004 do IBGE, do ano 2002 ao ano 2003, o número de idosos passou de 16 milhões para 16,7 milhões. Atualmente, segundo o censo 2010 do IBGE, existem 20.590.599 idosos no nosso país, dos quais 276.763 estão em Alagoas e 79.087 vivem no município de Maceió.⁶

A questão do envelhecimento populacional, portanto, tornou-se uma realidade também em nosso país. No ano de 2025, segundo projeções demográficas, o Brasil ocupará o 6º lugar no *ranking* mundial de população idosa, quando 15% de sua população, ou seja, 32 milhões de pessoas, aproximadamente, terão 60 anos ou mais. Esses dados demonstram quão acelerado está o processo do envelhecimento no Brasil.

Diante dessa nova realidade demográfica, vê-se que necessária se tornou a inclusão das questões do envelhecimento populacional nas discussões e debates para a definição dos compromissos sociais dos Estados, incluindo o Brasil, já que o envelhecimento populacional é, sobretudo, um fenômeno social e, em razão de sua relevância e dos desafios que impõe ao Estado e à sociedade, deve ganhar prioridade na agenda política dos atuais governos.

Vislumbra-se, dessa forma, quão iminente é o debate construído em torno da elaboração e efetivação das políticas públicas necessárias ao equacionamento dos desafios que o envelhecimento populacional inaugura na agenda das políticas públicas brasileiras, as quais sofrem a influência, na contemporaneidade, tanto dos Planos Internacionais envolvidos na temática, como da legislação específica.

1.1 A compreensão da velhice como categoria científica

Dá-se início a uma investigação científica, por reconhecer a crise em dado conhecimento já constituído, a fim de experimentar a possibilidade de modificá-lo, ampliá-lo ou substituí-lo, quando se constata a sua insuficiência ou impotência para explicar os problemas a ele relacionados e dele decorrentes ou, ainda, diante da inexistência de qualquer sistematização de informações acerca de determinado objeto de propenso discurso científico.

O saber científico se propõe a construir e testar hipóteses, mediante as quais se procura explicar um fato e prever outros acontecimentos dele decorrentes, deduzindo suas

⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente, por sexo e grupos de idade** – 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em: 31 maio 2011.

consequências, abrindo caminho para a admissão das novas necessidades que se apresentam, assim promovendo a evolução da ciência.

Conforme destaca Paulo Roberto Barbosa Ramos:

Um campo de conhecimento somente se estrutura quando emergem as condições de possibilidade para o surgimento do objeto que será o alvo do discurso científico. Os fatos e os conhecimentos sobre os fatos vão se inter-relacionando até a consolidação de um corpo sistemático de informações, cuja pretensão é o conhecimento de todas as peculiaridades do fenômeno.⁷

Cada ciência, como campo de conhecimento, é composta de categorias. Alcança-se o conhecimento observando a realidade, através da prática desenvolvida no cotidiano durante um certo período. Por isso, é preciso entender as categorias como sendo produtos de uma época, síntese de um período histórico.

O sistema de categorias de uma ciência é instrumento de compreensão da realidade. As categorias constituem realidades sociais específicas, uma vez que operam recortes no todo social, dimensionando-lhes valores a partir dos quais se justifica a atribuição de direitos e deveres diferenciados em uma sociedade.

A distinção de um grupo etário e sua identificação como um problema social importante são resultados de uma construção social. No Brasil, a velhice vem suscitando progressivo interesse pelos variados setores científicos da sociedade que objetivam compreender suas especificidades. Tal interesse envolve o reconhecimento de uma nova categoria no mundo social e a sua legitimação, no sentido de promover o seu ingresso no campo das “preocupações sociais” do momento.

A velhice, como objeto de saber científico, traz à investigação demandas de múltiplas dimensões. Para entender essa etapa da vida como categoria de idade autônoma, requer a observação de aspectos relacionados ao estado fisiológico, psicológico e social do segmento idoso e também da análise da sociedade em geral frente ao problema.

A velhice, que vem sendo discutida como uma questão social relevante, agora se torna objeto do discurso científico, por intermédio da ciência chamada gerontologia: o caráter de especialidade envolve-a como objeto desse discurso. Assim, a velhice não só constitui um problema social, como também passa a ser objeto dessa ciência que se propõe a estudar o

⁷ RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002, p. 21.

processo do envelhecimento, a velhice e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa nos diferentes aspectos socioculturais e históricos.⁸ Propõe-se também a investigar o potencial de desenvolvimento humano, associado ao curso de vida e ao processo de envelhecimento e caracteriza-se como um campo de estudos multidisciplinar, recebendo contribuições metodológicas e conceituais da biologia, psicologia, ciências sociais, bem como da neuropsicologia, história, filosofia, direito e enfermagem.

Pode-se dizer que a velhice é uma categoria científica, uma categoria própria da ciência gerontológica, que configura um tipo de conhecimento científico: os aspectos do processo de envelhecimento.

Trata-se de uma categoria socialmente constituída. Toda sociedade elabora uma grade de idades, as categorias de idades constitutivas de realidades sociais específicas, operando recortes no todo social, a fim de identificar os eventos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que inteferem em cada fase da vida, podendo, assim, estabelecer direitos e deveres diferenciais em uma população.

A pluralidade de especialidade e abordagens que a gerontologia abarca não impede a constituição de um campo de saber claramente delimitado. Cada uma das disciplinas, à sua maneira, contribui para definir a última etapa da vida como uma categoria de idade autônoma, com prioridades específicas, dadas naturalmente pelo avanço da idade e em razão das novas demandas e problemas, que exigem tratamento especializado.

É preciso entender também que é legítima a categorização das idades. Categorias e grupos de idade promovem uma visão de mundo social que contribui para manter ou transformar as posições de cada pessoa em espaços sociais específicos. Assim, por exemplo, fixação da maioridade civil, do início da vida escolar, da entrada no mercado de trabalho é, em nossa sociedade, fundamental para a organização do sistema de ensino, a organização política, a organização do mercado de trabalho.

Como destaca Barros, as formas pelas quais a vida é periodizada, as categorias de idade presentes em uma sociedade e o caráter dos grupos etários nela constituídos são um importante material para se pensar na produção e na reprodução da vida social, e o estudo dessas dimensões é parte fundamental das etnografias que se preocupam com tipos de

⁸ PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p. 4.

organização social, formas de controle dos recursos políticos e especificidades das representações culturais.⁹

Nessa linha, a autora mostra a importância e a utilidade de assumir a constituição da gerontologia como ciência e de constatar a velhice como uma de suas categorias ou especialidades, explicando a centralidade da temática do envelhecimento nesse discurso científico. Destacou que as primeiras análises pertenciam ao campo médico e tratavam do envelhecimento orgânico. Em seguida, com as políticas de aposentadoria, passou-se a pensar na problemática econômica e financeira, baseada na especialidade da demografia e no custo financeiro do envelhecimento, estabelecendo a relação entre a população ativa e aquela que está fora do mercado de trabalho. Mais tarde, dessa relação demográfica se servem os especialistas em administração pública e em gestão de caixas de aposentadoria para calcular o montante dos impostos ou das cotas de seus associados e dos gastos com pensões, assim como, especialistas em psicologia e sociologia emprestam seu saber para definir as necessidades dos aposentados e os modos de resolvê-las.

Além dessas discussões, a gerontologia tende cada vez mais a abarcar o problema do envelhecimento populacional, que se transforma em problema nacional, não apenas solucionado pela melhora das condições de vida do velho pobre ou pela proposta de formas de bem estar que deveriam acompanhar o avanço das idades, ou ainda de calcular contribuições adequadas às despesas com aposentadoria. Trata-se agora de apontar os problemas que o aumento da população idosa traz para a perpetuação da vida social: o envelhecimento converte-se em perigo, em uma ameaça à vida social.¹⁰ Daí a necessidade, cada vez mais premente, de incluir o processo de envelhecimento populacional como objeto de estudo e campo de intervenção científica.

1.2 A velhice: uma questão social relevante?

A velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. Esse processo consiste numa sucessão progressiva de mudanças orgânicas, psíquicas e sociais durante toda a trajetória existencial do homem.

⁹ BARROS, Myriam Moraes Lins de. (Org.) **Velhice e terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 49.

¹⁰ BARROS, Myriam Moraes Lins de. (Org.) **Velhice e terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 65.

Infere-se que se trata de um processo contínuo, heterogêneo e complexo. Simone de Beauvoir, ao analisar a significância da velhice, explicita uma interpretação que leva em conta a sua complexidade:

É um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. Acarreta conseqüências psicológicas: determinadas condutas, que são consideradas típicas da idade avançada. Tem uma dimensão existencial como todas as situações humanas: modifica a relação do homem no tempo e, portanto, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural: seu estatuto lhe é imposto tanto na velhice, como em todas as idades, pela sociedade a que pertence. A complexidade da questão é devida à estreita interdependência desses pontos de vista.¹¹

Diante da complexidade que envolve a velhice, pode-se dizer que suas demandas exigem respostas não limitadas a questões puramente biopsíquicas, mas, sobretudo nos tempos contemporâneos, a velhice deve ser encarada como uma questão social relevante, decorrente não apenas da singela constatação do aumento demográfico da população idosa, mas, sobretudo, da intervenção de fatores ainda mais complexos. A compreensão da velhice na contemporaneidade envolve o reconhecimento da sua dimensão histórica e social.

Durante o curso histórico da humanidade, não se tem envelhecido de forma sempre igual, nem tem sido idêntica a posição dos idosos na sociedade. Deve-se atentar, todavia, para o fato de que a exclusão desse segmento humano esteve presente em boa parte dos períodos históricos.

Cada época histórica se propõe a responder dois questionamentos fundamentais acerca da velhice: pretende-se saber que lugar outorgar ao velho na sociedade onde vive, como também, que conceito de velhice melhor identifica as pessoas que se encontram nessa fase. Apesar disso, pode-se dizer que todo o passado da velhice tem sido um doloroso ensaio de respostas. Ensaio múltiplo, descontínuo e variado, e também ambíguo e contraditório, porque a velhice tem ocupado um lugar ambivalente. Nas primeiras civilizações, ao velho se atribuiu poderes sobre-humanos, considerando-o um sujeito capaz de mediar os mundos dos vivos e dos mortos e, nesse papel, foi venerado. No entanto, simultaneamente, pela perda das suas

¹¹ BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, p.15.

habilidades, o velho tem sofrido de maneira frequente o abandono, a discriminação e a exclusão.¹²

Nas sociedades primitivas, poucas pessoas alcançavam a velhice, já que fatores como guerras, epidemias, falta de higiene, limitações da ciência médica dificultavam o seguimento normal do envelhecimento da população. Nas sociedades primitivas, o velho era um membro importante no sentido de continuidade, por transmitir conhecimentos, modos de vida e valores morais para os mais jovens, tornando-se assim um ser excepcional, não somente pela idade alcançada, mas pela experiência e memória que possuía.¹³

Apesar de existirem, nessas sociedades, núcleos familiares pobres que desamparavam seus anciãos (a exemplo dos yakutas, povo do nordeste siberiano; dos hopis, tribais da América do Norte), abandonando-os à própria sorte, fazendo-os passar à mendicância, convertendo-os em escravos ou, até mesmo, assassinando-os em rituais sagrados, por não poderem atender às suas necessidades e por considerá-los inúteis e improdutivos¹⁴, existiam também grupos familiares que protegiam seus idosos e respeitavam as pessoas de idade avançada, porque para eles a decadência senil não implicava decadência social e a família tinha o dever de ampará-los, exemplo dos chuchkees do interior da Sibéria.¹⁵

Já com o Renascimento, somente a juventude era exaltada como objeto de valoração plena. O velho renascentista figurava como um ser trágico, por estar fragilmente vivo, sendo a velhice uma fase na qual se experimenta pura e simplesmente a volta débil à infância.¹⁶

A divisão da vida em etapas não era, no entanto, até a consolidação do modelo de sociedade capitalista, a partir das Revoluções Burguesas, objeto de análise e sobre a velhice não incidia nenhuma preocupação científica.

A necessidade de estudar e conhecer o homem em cada uma de suas fases biológicas surge como uma tônica desse sistema capitalista de produção que exigia a participação do homem apto para o mercado de trabalho. A partir disso, passa-se a firmar o ciclo biológico da

¹² CARAMUTO, Maria Isolina Dabove; LABORDE, Adolfo Benjamín José Prunotto. **Derecho de la ancianidad**: perspectiva interdisciplinaria. 1 ed. Rosário: Editorial Juris, 2006, p. 27.

¹³ ALBA, Víctor. **Historia social de la vejez**. Barcelona: Laertes, 1992, p. 32.

¹⁴ CARAMUTO, Maria Isolina Dabove. **Los derechos de los ancianos**. 1 ed. Buenos Aires: Ciudad Argentina, 2005, p.126-128.

¹⁵ CARAMUTO, Maria Isolina Dabove. **Los derechos de los ancianos**. 1 ed. Buenos Aires: Ciudad Argentina, 2005, p.129.

¹⁶ CARAMUTO, Maria Isolina Dabove; LABORDE, Adolfo Benjamín José Prunotto. **Derecho de la ancianidad**: perspectiva interdisciplinaria. 1 ed. Rosário: Editorial Juris, 2006, p. 29.

existência humana em faixas etárias bem definidas, mas esse objeto de estudo era destinado mais especificamente à área médica.

A ciência médica periodizou a vida, passando a analisá-las por meio de fases. Às diferentes etapas etárias foram atribuídos valores diferenciados, na medida de sua importância para o fenômeno da produção de riquezas.

Nesse momento histórico, ao passo que se tornava alvo de análises científicas (ainda que restritas às questões biológicas), a velhice era conduzida, na qualidade de fenômeno social, a uma situação de marginalização, já que definida como etapa final da vida, fora dos potenciais produtivos.¹⁷

Assim, entre os séculos XVII e XVIII, pode-se afirmar que o velho encontrou grande dificuldade de colocação social, por se tratar de uma época em que os objetivos de produção da ordem econômica capitalista exigiam o envolvimento de pessoas em plenas condições físicas para o aproveitamento produtivo, prerrogativas, na maioria das vezes, ausentes na velhice.

Diante do tratamento outorgado à velhice, no decorrer da evolução histórica da humanidade, sumariamente exposto acima, é importante conhecer em que contexto o velho surge como sujeito de direito no âmbito dos direitos humanos.

Os direitos humanos podem ser vislumbrados sob várias perspectivas, no entanto, o caráter histórico parece ser o mais elucidativo, posto que a afirmação desses direitos é fruto de conquistas históricas alcançadas por movimentos revolucionários incitados ao ritmo das mudanças dos fatos, dos interesses e das necessidades dos grupos sociais no poder e em busca da concreção de ideais e aspirações perseguidos em cada fase da humanidade.

Não é excessivo lembrar a conhecida assertiva de Norberto Bobbio, ao sustentar que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos e nascem de modo gradual em face das circunstâncias em que vão se apresentando, razão pela qual se afirma, por exemplo, que a liberdade religiosa é consequência das guerras de religião; que as liberdades civis são resultado da luta dos parlamentos contra o absolutismo; que a liberdade

¹⁷ BIRMAN, Joel. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, Renato (org.). **Terceira idade**: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995, p.30.

política e social é efeito do crescimento e amadurecimento do movimento dos trabalhadores assalariados.¹⁸

Dessa forma, o nascimento dos direitos humanos dá-se ao passo do desenvolvimento de uma consciência libertadora em prol da elevação da pessoa humana e se desenvolve através das sucessivas gerações, de modo a procurar continuamente abranger todas as modalidades de direitos que vão sendo identificados e agrupados como fundamentais ao pleno desenvolvimento dos indivíduos.

As grandes revoluções burguesas do século XVIII estão intimamente relacionadas com o início da construção doutrinária dos direitos humanos e as conseqüentes mudanças sociais. A pretensão ou inspiração universalista dos direitos humanos surgiram com a Revolução Francesa e com a Declaração dos Direitos do Homem de 1789.

Basta lembrar, como Daniel Sarmento, que os ideais da Revolução Francesa – igualdade, liberdade e fraternidade – são ainda hoje a fonte axiológica de onde promanam, como manancial inesgotável, os direitos fundamentais, modelados por novas exigências impostas pela consciência ética dos povos, que a história vai tratando de incorporar ao patrimônio jurídico da humanidade.¹⁹

A primeira conquista deu-se no âmbito dos direitos individuais, advindos, mormente, dos ideais burgueses da Revolução Francesa, comumente identificados como direitos de liberdade, cuja missão fundamental é assegurar ao indivíduo uma esfera livre da intervenção da autoridade política ou do Estado. Nessa linha, foram progressivamente conquistados: o direito à liberdade religiosa, à liberdade civil e profissional, à liberdade de opinião, de expressão e de reunião, entre outros.

Em seguida, verificou-se que o homem idealizado pelo liberalismo, cuja única necessidade era a sua própria liberdade, não existia mais. A garantia dos direitos individuais clássicos tornou-se insuficiente, surgindo a demanda dos direitos sociais, correspondentes aos direitos econômicos, sociais e culturais: saúde, educação, alimentação, informação. Passa-se a exigir do Estado a efetiva prestação positiva, o fazer em benefício da pessoa que necessite

¹⁸ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 6. reimp. Rio de Janeiro: Campus. 1992, p. 5.

¹⁹ SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2 ed., 3. tir. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p. 9.

desses direitos. As ações do Estado devem estar motivadas e orientadas para atender à justiça social.

Os direitos coletivos ou difusos, denominados também de direitos de solidariedade e fraternidade, constituem a terceira categoria de direitos reclamada nessa ordem sucessiva. O Estado tem obrigação de proteger não só o ser humano de forma isolada, mas a coletividade de pessoas e os interesses representativos dessa coletividade. Os principais são: direito ao desenvolvimento, ao meio ambiente, à qualidade de vida, à paz, à autodeterminação dos povos, à comunicação.

Adiante, numa nova perspectiva de direitos, surgem exigências decorrentes da evolução da sociedade e da globalização, envolvendo questões relacionadas à informática, pesquisa biológica, biociência, clonagem, eutanásia, ao estudo de células tronco.

No decorrer da evolução histórica dos direitos humanos, é preciso identificar em qual dessas dimensões dos direitos enquadra-se o velho, como sujeito de direitos.

Historicamente, segundo os dados pesquisados, o velho começa a ser visto como sujeito singular de direitos, quando da construção e da afirmação dos direitos sociais.

A Alemanha, a partir do estadista Otto Von Bismark, passou a introduzir uma série de seguros sociais, a fim de atenuar a tensão existente nas classes trabalhadoras, instituindo, em 1883, o seguro-doença; decretando, em 1884, o seguro contra acidentes de trabalho; e, em 1889, então, criando o seguro de invalidez e velhice. Essas leis instituídas pelo estadista alemão tornaram obrigatória a filiação às sociedades seguradoras ou entidades de socorros mútuos de todos os trabalhadores que recebessem até dois mil marcos anuais.²⁰

Em 1898, a França criou a assistência à velhice e a acidentes de trabalho. Na Inglaterra, a instituição desse sistema de assistência deu-se em 1897. E em 1908, o *Old Age Pensions Act* concedeu pensões aos maiores de 70 anos, independentemente de contribuição.

A primeira constituição do mundo a incluir o seguro social em seu texto foi a do México, em 1917. A Constituição de Weimar de 1919 também trouxe várias disposições sobre matéria previdenciária.

²⁰ ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. A velhice no contexto dos direitos humanos. In: GURGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Orgs.). **Pessoas idosas no Brasil** – Abordagens sobre seus direitos. Brasília, DF: Instituto Atenas; AMPID, 2009, p. 13.

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos afirmou, em seu art. 25, que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

As citadas inovações legislativas realizaram, no âmbito dos direitos sociais – tendo em vista a essência da sua intenção protetiva, bem como o momento histórico de sua afirmação –, o ensaio inicial à condição de amparo à pessoa que se encontrava vivenciando a velhice.

Contudo, conforme ressalta Paulo Roberto Barbosa Ramos, tangenciando o problema sob a ótica negativa, presente desde a gênese das discussões acerca da velhice como fase da vida das pessoas, tem-se como maior consequência um fato do qual os idosos ainda hoje não conseguiram superar: a sua exclusão da vida social.²¹

No entanto, não há mais espaço para pensar a velhice, reduzindo-a apenas ao pessimismo de quem já cumpriu todas as fases da vida e, por isso, dela se despede, como deixa transparecer Norberto Bobbio nas reflexões que faz sobre o significado da velhice em seu “Tempo de Memória”, quando diz que “a velhice passa a ser então o momento em que temos plena consciência de que o caminho não apenas não está cumprido, mas também não há mais tempo para cumpri-lo, e devemos renunciar à realização da última etapa”,²² ou quando diz: “a meu ver, quem chegou à minha idade deveria ter um só desejo e uma só esperança: descansar em paz”.²³

Contrario sensu, a velhice deve ser encarada e, na atualidade, é amplamente reconhecida como uma das principais conquistas da humanidade. Uma conquista que deve ser preservada.

Hoje - em contraponto ao que ocorria no início do século XX, quando a expectativa de vida da população brasileira era menor de 35 anos²⁴ e a velhice era tratada como questão

²¹ RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002, p. 17.

²² BOBBIO, Norberto. **O tempo da memória**: de senectude e outros escritos autobiográficos. Tradução de Daniela Versiani. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus. 1997, p. 31.

²³ BOBBIO, Norberto. **O tempo da memória**: de senectude e outros escritos autobiográficos. Tradução de Daniela Versiani. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus. 1997, p. 39.

²⁴ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Aumento da expectativa de vida**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=464>. Acesso em: 11 jan. 2011.

meramente doméstica, tendo em vista o número reduzido de velhos, o aumento da expectativa de vida para aproximadamente 73 anos e a conseqüente organização dos idosos, que passam a lutar por um sistema de aposentadoria capaz de garantir-lhes dignidade, por um sistema de saúde adequado, por espaços de lazer, por leis mais duras contra atos de violência contra eles praticados, a questão do envelhecimento transformou-se em questão pública e fenômeno social relevante.

Na visão de Paulo Roberto Barbosa Ramos, a velhice transformou-se em questão social relevante não somente em decorrência do acelerado envelhecimento populacional, mas também das reivindicações desse segmento e daqueles a ele solidários que objetivam garantir os direitos considerados imprescindíveis à dignidade do ser humano, independentemente de sua faixa etária.²⁵

Com a necessidade atual de verificar as questões do envelhecimento populacional, para enxergar o velho como o sujeito de direito desse fenômeno mundial e encontrar as respostas que os problemas do envelhecimento apresentam, a Assembléia Geral das Nações Unidas convocou duas Assembléias Mundiais sobre o Envelhecimento – a primeira realizada em Viena e a segunda em Madri. Essas assembléias trataram do problema do envelhecimento populacional como uma questão social relevante e produziram, cada uma delas, um Plano de Ação Global para incentivar os países à adoção de medidas que garantam a todos o direito de envelhecer com segurança e dignidade e, aos idosos, o direito de continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos.

As principais metas dos Planos de Ação Global foram fortalecer a capacidade de cada país membro de enfrentar efetivamente o envelhecimento de sua população e atender às necessidades especiais das pessoas de mais idade, fomentando uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem econômica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento.

Diante dos importantes propósitos dos citados Planos, quais sejam, os de transformar o atendimento das necessidades da pessoa idosa em direitos, introduzindo-os no ordenamento jurídico, passa-se à exposição mais detida de suas elaborações.

²⁵ RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002, p. 121.

1.3 O Plano de Viena: o início do compromisso internacional

Como fenômeno de grande relevância na contemporaneidade, tendo em vista as suas repercussões sociais e os desafios que apresenta, o envelhecimento populacional ganha maior destaque, tornando-se objeto de discussão, no final do século passado.

Ocorrida em Viena, no ano de 1982, a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento é considerada o marco inicial do empenho internacional dos membros das Nações Unidas em favor da garantia dos direitos da pessoa idosa. Essa assembléia foi o primeiro fórum global intergovernamental voltado para a questão do envelhecimento populacional e teve como resultado a aprovação de um plano global de ação.

A Assembléia Mundial de Viena significou um importante passo para a promoção do amparo ao envelhecimento porque, até então, essa questão não tinha sido objeto de análise de nenhuma das assembléias gerais, tampouco, de nenhuma agência especializada, programa ou fundo das Nações Unidas, apesar de a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 já ter mencionado, no art. 25, a velhice como situação de proteção pela perda dos meios de subsistência.

Observa-se que, antes do plano global de ação de 1982, apenas havia algumas recomendações isoladas, a exemplo da Recomendação 162 de 4 de junho de 1980 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)²⁶ aplicada a todos os trabalhadores que, pelo avanço de sua idade, estão expostos a encontrar dificuldades em matéria de emprego e ocupação. Esse instrumento recomenda a adoção de medidas de proteção ao trabalhador idoso, tais como a redução das dificuldades de adaptação desses trabalhadores; a diminuição progressiva da duração de trabalho para aqueles que solicitarem; a permissão para que os trabalhadores idosos organizem, à sua própria conveniência, o tempo de trabalho e o tempo livre; entre outras recomendações.

Antes da primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, existiam ainda outras referências marginais aos direitos dos idosos como parte das atividades especializadas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco).

²⁶ ILOLEX. **Base de datos sobre las normas internacionales del trabajo**. Disponível em <<http://www.ilo.org/ilolex/spanish/recdisp1.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

Entretanto, foi com a Assembléia de Viena que se consolidou a cooperação internacional para a promoção do direito ao envelhecimento com dignidade e foi elaborado o específico Plano Global de Ação, que teve como marco referencial a Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968²⁷ e seu fim era garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas e identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.

O Plano Internacional de Ação adotado na primeira Assembléia Mundial é composto de 66 recomendações aos Estados membros destinadas a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. A maioria desses temas era tratada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em comissões de natureza econômica ou política.

Um dos principais resultados do Plano de Viena foi destacar, na agenda internacional, as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. O modelo a seguir era a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos.

A partir da Assembléia de Viena, verificou-se que a formulação e a execução de políticas relativas ao envelhecimento são um direito soberano e uma responsabilidade de cada Estado e que a segurança e o bem-estar das pessoas de idade devem ser parte essencial de um esforço integrado e conclusivo de desenvolvimento realizado no marco da nova ordem econômica internacional, tanto nas partes desenvolvidas do mundo, como nas que estão em vias de desenvolvimento. Por isso, a cooperação internacional e regional deve desempenhar um papel importante.

O Plano de Ação Internacional apoia-se nos seguintes princípios: a) O objetivo do desenvolvimento é melhorar o bem-estar de toda a população mediante sua plena participação no processo de desenvolvimento e de uma distribuição equitativa dos benefícios dele derivados. O processo de desenvolvimento deve realçar a dignidade humana e criar igualdade

²⁷ A Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Teerã entre os dias 22 de abril a 13 de maio de 1968, para examinar os progressos alcançados nos vinte anos transcorridos desde a aprovação da Declaração Universal de Direitos Humanos e preparar um programa para o futuro, declarou solenemente o incentivo a todos os povos e governos à consagração dos princípios contidos na Declaração Universal de Direitos Humanos e a intensificação de esforços para oferecer a todos os seres humanos uma vida livre e digna que lhes permita alcançar um estado de bem estar físico, mental, social e espiritual. (cf. BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República – Direitos Humanos. **Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã**. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/direitos-humanos/Proclamac255eo%20de%20Teer255e.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2009).

entre os distintos grupos de idade para compartilhar os recursos, direitos e obrigações da sociedade. Todas as pessoas, independentemente de idade, sexo ou crenças, devem contribuir segundo suas capacidades e receber ajuda segundo suas necessidades; b) A contribuição que é valiosa para a sociedade, do ponto de vista espiritual, cultural e socioeconômico das pessoas de idade, deve ser reconhecida e mais incentivada. Os gastos relacionados com o envelhecimento deverão ser considerados um investimento duradouro; c) A família, em suas diversas formas e estruturas, é uma unidade fundamental da sociedade que vincula as gerações e deverá manter-se, fortalecer-se e proteger-se de acordo com as tradições e costumes de cada país; d) Os governos e, em particular, as autoridades locais, as organizações não-governamentais, os voluntários individualmente e as organizações de voluntários, incluídas as associações de idosos, podem contribuir para prestar apoio e atenção às pessoas de idade avançada na família e na comunidade. Os governos devem apoiar e fomentar as atividades voluntárias desse tipo; e) Um importante objetivo do desenvolvimento social e econômico é uma sociedade integrada do ponto de vista da idade, em que se tenham eliminado a discriminação e a segregação por motivos de idade e se incentivem a solidariedade e o apoio mútuo entre as gerações; f) As pessoas de idade deverão participar ativamente na formulação e aplicação das políticas, incluídas especialmente as que lhes afetam; g) Os governos, as organizações não-governamentais e todos os interessados têm uma responsabilidade especial para com os idosos mais vulneráveis, em particular as pessoas pobres, muitas das quais são mulheres, e das zonas rurais; h) É necessário que prossigam os estudos de todos os aspectos do envelhecimento.

Percebeu-se a necessidade do reconhecimento de um novo sujeito social - o idoso - com todas as suas necessidades e especificidades que caracterizam a identidade de um grupo, que reclama ações políticas garantidoras de seus direitos:

O surgimento de diferenças que exigem reconhecimento no espaço público – entendido este último tanto em sentido jurídico como político –, reclama bens e recursos para sujeitos que têm uma específica identidade de grupo. Essa exigência põe em crise ou, de qualquer modo, propõe desafios inéditos ao papel e à função do direito nas sociedades contemporâneas.²⁸

Entretanto, nesse momento histórico, o Plano de Viena objetivava transpor tais desafios em favor da pessoa idosa, incluindo entre suas principais metas, o fortalecimento da capacidade dos países para enfrentar, de maneira efetiva, o envelhecimento de sua população,

²⁸ LORETONI, Anna. Estado de direito e diferença de gênero. In: COSTA, Pietro; ZOLO, Danilo (Orgs.). **O Estado de direito: história, teoria, crítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 490.

a partir da qual, restaram fixados como objetivos mais emergentes: o fomento da compreensão nacional e internacional das consequências econômicas, sociais e culturais que o envelhecimento da população tem no processo de desenvolvimento; a promoção da compreensão nacional e internacional das questões humanitárias e de desenvolvimento relacionadas com o envelhecimento; o estímulo à criação de políticas e programas orientados à ação e destinados a garantir a segurança social e econômica às pessoas de idade; o estímulo ao desenvolvimento de ensino, capacitação e pesquisa que respondam adequadamente ao envelhecimento da população mundial.

Ainda que, nesse momento, os países desenvolvidos tenham ocupado o centro das atenções, desde a primeira Assembleia, também os países em desenvolvimento passaram a incluir, em suas agendas político-sociais, a questão do envelhecimento. Alguns países da América Latina alteraram suas Constituições em graus diferenciados, ensejando, a partir disso, a criação de leis que favoreciam a população idosa: Brasil (1988), Peru (1993), Bolívia (1994), Equador (1998) e Venezuela (1999), esses países promoveram um importante avanço em suas legislações, como também, na área de políticas e programas especiais voltados às pessoas idosas.

No entanto, a maioria das recomendações trazidas pelo Plano de Viena exigiam a implementação de políticas e programas dependentes da alocação de considerável soma de recursos que muitos países em desenvolvimento não dispõem ou optam por empregá-los em fins que consideram mais emergentes.

Muitas dessas recomendações visavam promover a independência e autonomia do idoso, envolvendo, evidentemente, gastos públicos, especialmente na área social, como a concessão de pensões, aposentadorias, benefícios assistenciais, ações e serviços de saúde e infraestrutura urbana, relacionadas à garantia de acessibilidade adequada à população idosa; gastos muitas vezes não priorizados, já que sugeridos a título de recomendações – instrumentos, ainda que de porte internacional, com frágil traço de efetividade –, posto que apenas figuram como sugestões que se dirigem aos Estados para que, se forem aceitas, formule-se um encaminhamento legislativo nacional.

As recomendações do Plano de Viena, com natureza de fonte material, serviram apenas de inspiração para a atividade legislativa dos países. Elas não passaram por um processo de ratificação, daí serem menos cogentes. Tiveram apenas a finalidade de fornecer

orientações aos Estados-membros na condução da ordem interna e na adoção da legislação. As recomendações serviram como instrumentos de aproximação das legislações dos Estados que aceitaram dar-lhe seguimento, implementando-as, mais ou menos fielmente na ordem jurídica interna.

Em 1991, na Assembléia Geral das Nações Unidas, 18 princípios em favor da população idosa foram prestigiados. Esses princípios podem ser agrupados em cinco grandes demandas: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade.

A garantia da independência para a pessoa idosa exige políticas públicas que efetivem a sua autonomia física e financeira, ou seja, que assegurem o acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação.

A participação do idoso é assegurada mediante sua integração ao meio social e isso ocorre quando se reservam para ele espaços adequados à vazão, partilha e troca de conhecimentos e habilidades com outras gerações e ambientes propícios à socialização intergeracional.

Os cuidados dizem respeito à necessidade de gozo pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, por intermédio, primordialmente, da convivência e trato familiar ou, na ausência desses, de cuidados institucionais.

Autorrealização ocorre quando a pessoa idosa faz uso das oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos.

Por fim, a dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Ao longo da década de 90, os idosos passaram a ser considerados, também, em outros fóruns das Nações Unidas, como, por exemplo, as conferências mundiais sobre população, aspectos sociais, gênero e meio ambiente.

Em 1992, foi aprovada pela Assembléia Geral da ONU a Proclamação sobre o Envelhecimento e eleito o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso, definindo-se,

nessa oportunidade, os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento.

O conceito de uma “sociedade para todas as idades”, formulado como tema do Ano Internacional do Idoso, congrega quatro dimensões: desenvolvimento individual durante toda a vida; relações entre várias gerações; relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento; e a situação dos idosos.

O Ano Internacional do Idoso contribuiu para a promoção da consciência desses problemas, assim como para a pesquisa e ação em matéria de políticas, em todo o mundo, composta dos esforços por incorporar as questões relacionadas com o envelhecimento às atividades de todos os setores e promover oportunidades relativas a todas as fases da vida.

1.4 O Plano de Madri: mais um passo

Passados vinte anos da realização da Primeira Assembléia Mundial, no ano de 2002, em Madri, acontece a Segunda Assembléia Mundial sobre o envelhecimento.

A Assembléia Mundial de Madri ocorreu em um contexto bem diferente do de Viena. O conselho econômico e social da ONU relatou ao comitê preparatório dessa assembléia as mudanças sociais, culturais e tecnológicas mais evidentes do mundo contemporâneo.

Deu-se destaque à cooperação firmada entre o Estado e a sociedade civil. No âmbito do conselho econômico e social da ONU, cerca de 700 instituições não-governamentais ganharam assento no seu conselho consultivo. Essa participação ocorreu em todos os temas.

A partir da segunda assembléia mundial sobre o envelhecimento, uma nova declaração política e um novo plano de ação foram elaborados, dos quais deveriam provir as orientações para a adoção das medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Esse novo plano de ação deveria exercer uma ampla influência nas políticas e programas destinados ao segmento idoso em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

Em 19 artigos, a declaração política de 2002 enumera os principais compromissos assumidos pelos governos para execução do novo plano: incorporar eficazmente o

envelhecimento nas estratégias, políticas e ações socioeconômicas; proteger os idosos e assisti-los em situações de conflito e ocupação estrangeira; oferecer sistemas adequados e sustentáveis de apoio social à pessoa idosa; fortalecer a solidariedade entre as gerações.

Esse último compromisso, o fortalecimento da solidariedade entre as gerações, vem retomar a tese do solidarismo jurídico como argumento para a promoção dos direitos da pessoa idosa, segundo a qual, para um de seus principais expoentes, Léon Duguit:

[...] o homem não somente é um indivíduo independente e autônomo, consciente dessa autonomia; supõe-se que ele seja mais do que isso: ele torna-se um ‘ser social’, não somente por causa de sua ‘natureza social’, mas também porque existe uma norma social e jurídica que lhe impõe um comportamento de colaboração no campo da “solidariedade social.”²⁹

Trata-se, segundo Léon Duguit, da chamada “solidariedade por similitude” que enxerga todo homem como um ser social e por isso participante indispensável da dinâmica de cooperação e sobrevivência da espécie. Para esse autor, toda sociedade implica solidariedade e toda norma de conduta de homens que vivem em sociedade determina a cooperação em prol dessa sociedade.³⁰

A declaração política de 2002 conclama a participação de todas as pessoas, de todos os países e de todos os setores sociais: organizações profissionais, sindicatos, cooperativas, instituições de pesquisas e universidades, para o compromisso de construir uma sociedade para todas as idades, no entanto destaca a responsabilidade primordial dos governos.

O plano de ação de Madri fundamenta-se em três princípios básicos: *a)* participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; *b)* fomento da saúde e bem-estar na velhice – promoção do envelhecimento saudável; e *c)* criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

O primeiro princípio considera que o envelhecimento populacional não é um processo que, necessariamente, esgota os recursos da sociedade. Ao contrário, ele pode significar uma acumulação de capital humano, social e econômico. Em termos de políticas, pode-se pensar na adequação das instituições para que o crescimento da população idosa seja um elemento

²⁹ FARIAS, José Fernando de Castro. **A origem do direito de solidariedade**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998. p. 228.

³⁰ DUGUIT, Léon. **Manuel de droit constitutionnel**. 4 ed. Paris: E. de Boccard, Éditeurp, 1923. p. 11.

propulsor do bem-estar da sociedade. Nesse caso, políticas de trabalho, integração social e seguridade social são importantes.

Para o alcance do segundo princípio, são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde desde a infância e que se prolonguem ao longo de toda vida. Entre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos serviços de saúde pública durante todas as fases da vida da pessoa e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, entre outros, no aparecimento de enfermidades e incapacidades.

Paulo Roberto Barbosa Ramos avalia esse entendimento quando expõe:

Os velhos são seres humanos como os demais. Portadores dos mesmos direitos os quais todos os outros são titulares. Acontece que ser velho não representa apenas ser velho. O velho não nasceu velho, ele foi criança, adolescente, adulto para finalmente ser velho. Observe-se que se não são assegurados direitos elementares às pessoas quando ainda elas são crianças, adolescentes e adultas, elas simplesmente perdem o direito de se tornarem velhas e tornar-se velho é direito humano fundamental, já que é a própria expressão do direito à vida, que precisa ser garantida até quando a natureza biológica indicar.³¹

Finalmente, garantir condições propícias e favoráveis ao envelhecimento, implica promover políticas destinadas à família e à comunidade que assegurem um envelhecimento seguro e promovam a solidariedade intergeracional. Para tanto, é necessário que as políticas públicas sejam efetivadas com base na colaboração entre o Estado e a sociedade civil, de forma a construir um maior acesso ao entorno físico, aos serviços e recursos, incluindo-se também a atenção à proteção ambiental. Assim sendo, os idosos podem contribuir para o bem-estar da sociedade e, ao mesmo tempo, se beneficiar dos direitos de se realizarem como cidadãos, de receberem atenção, de serem independentes e tratados com dignidade.

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de 2002 define os temas centrais vinculados às metas, objetivos e compromissos que propõe. São eles:

a) a plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de todos os idosos;

³¹ RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002, p. 49.

b) o envelhecimento em condições de segurança, o que implica reafirmar o objetivo da eliminação da pobreza na velhice com base nos Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos;

c) a capacitação de idosos para que participem, plena e eficazmente, na vida econômica, política e social de suas sociedades, inclusive com trabalho remunerado ou voluntário;

d) as oportunidades de desenvolvimento, realização pessoal e bem-estar do indivíduo em todo o curso de sua vida, inclusive numa idade avançada, por exemplo, mediante a possibilidade de acesso à aprendizagem durante toda a vida e a participação na comunidade;

e) a garantia dos direitos econômicos, sociais e culturais dos idosos assim como de seus direitos civis e políticos, e a eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra idosos;

f) o compromisso de reafirmar a igualdade dos sexos para as pessoas idosas, mediante a eliminação da discriminação por motivos de gênero;

g) o reconhecimento da importância decisiva que têm as famílias para o desenvolvimento social e a interdependência, a solidariedade e a reciprocidade entre as gerações;

h) a assistência à saúde, apoio e proteção social dos idosos, inclusive os cuidados com a saúde preventiva e de reabilitação;

i) a promoção de associação entre governo, em todos os níveis, sociedade civil, setor privado e os próprios idosos no processo de transformar o Plano de Ação em medidas práticas;

j) a utilização das pesquisas e dos conhecimentos científicos e aproveitamento do potencial da tecnologia para considerar as consequências individuais, sociais e sanitárias do envelhecimento, particularmente nos países em desenvolvimento;

k) o reconhecimento da situação dos idosos pertencentes a populações indígenas, suas circunstâncias singulares e a necessidade de garantir a participação nas decisões que diretamente lhes dizem respeito.³²

Em virtude desses temas, o Plano de Madri foi estruturado em um extenso documento com 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos, mas sem olvidar da importância, para a sua execução, das parcerias com membros da sociedade civil e com o setor privado, destacando-se, também, a importância da cooperação internacional. Aos governos, que detem a responsabilidade primordial de conduzir a liderança sobre as questões relativas ao envelhecimento e à aplicação do Plano Internacional, cabe a tarefa de explicitar as parcerias no processo de sua implementação e de fixar as responsabilidades de cada ente participante, como também as suas próprias responsabilidades.

Na orientação prioritária I do Plano, com o tema **Pessoas Idosas e o Desenvolvimento**, sobressaem-se dois grandes blocos de recomendações.

O primeiro refere-se à valorização e incentivo da força de trabalho da pessoa idosa, exortando os empregadores a promover atitudes favoráveis à capacidade produtiva de trabalhadores idosos, de maneira que possam continuar empregados, e promover a consciência de seu valor no mercado de trabalho, inclusive a consciência de suas próprias possibilidades.

O segundo bloco diz respeito ao fortalecimento da solidariedade, mediante a equidade e a reciprocidade entre as gerações, incitando a promoção, por meio da educação pública, da compreensão do envelhecimento como questão de interesse de toda a sociedade e do fortalecimento da solidariedade entre as gerações como elemento chave do desenvolvimento social.

Na orientação prioritária II, com o tema **Promoção da Saúde e Bem-Estar na Velhice**, as orientações que se destacam referem-se aos riscos resultantes do isolamento social e das doenças mentais, devendo existir a preocupação em apoiar os grupos de habilitação

³² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento - 2002**. Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M. B. de Mendonça e Vitória Gois. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007. Série Institucional em Direitos Humanos, v.1, p. 30-31.

comunitária e assistência mútua, mediante programas de visitas de vizinhos, e facilitar a participação ativa de idosos em atividades voluntárias.

Além disso, o Plano de Madri orienta, no âmbito da elaboração de políticas preventivas da falta de saúde entre as pessoas idosas, algumas medidas entre as quais se destacam: a adoção de formas de diagnóstico antecipado, a fim de impedir ou retardar o aparecimento de doenças e invalidez; a promoção de programas de vacinação de adultos como medida preventiva; a garantia da disponibilidade de programas básicos de exames médicos e prevenção diferenciados, em função dos sexos, com custo acessível para idosos; a elaboração de indicadores estatísticos sobre doenças comuns a idosos para servir de orientação nas políticas destinadas a prevenir novas doenças nesse grupo de população; o estímulo para os idosos manterem ou adotarem modos de vida ativos e saudáveis que incluam atividades físicas e esportivas.

Ainda sob o mesmo tema, há a recomendação destinada à avaliação dos efeitos da AIDS sobre a saúde dos idosos, tanto para os infectados, como para os idosos que cuidam de familiares infectados ou sobreviventes. Nessa sessão, as recomendações visam garantir e ampliar a compilação de dados sobre a AIDS, com a finalidade de avaliar o alcance da infecção pelo HIV nos idosos e prestar especial atenção a idosos que cuidam de pacientes portadores do HIV.

Outro aspecto que se destaca nessa sessão é a necessidade de capacitação dos prestadores de serviços de saúde e dos profissionais de saúde para melhorar a informação e o atendimento às necessidades dos idosos, destinando-lhes incentivos para assessorar e orientar os que estão chegando à velhice sobre as formas saudáveis de vida e o cuidado com a própria saúde. Ressalta-se ainda nessa sessão a recomendação de instituir programas de educação continuada para profissionais da saúde e dos serviços sociais com vistas a aplicar um enfoque integrado da saúde, do bem-estar e da assistência a idosos, assim como de aspectos sociais e psicológicos do envelhecimento.

Por fim, a orientação prioritária III, com o tema **Criação de Ambiente Propício e Favorável** propõe medidas relacionadas à promoção do ambiente favorável ao desenvolvimento social, notadamente no que toca ao direito de acessibilidade e de segurança para os idosos. Essa sessão contém as recomendações para a adoção de medidas de criação de moradias adequadas às necessidades da pessoa idosa e principalmente para a importância de

velar para que os espaços urbanos não ofereçam obstáculos à mobilidade e ao acesso do idoso e de disponibilizar meios de transporte acessíveis e economicamente exequíveis para os idosos.

Um dado relevante que o plano apresenta é a abordagem de gênero. O plano evidencia especial preocupação com as mulheres. São encontrados no plano mais de 40 artigos que enfatizam a maior vulnerabilidade das mulheres com respeito às suas condições de bem-estar e defendem políticas e programas voltados a elas. Por outro lado, não há nenhum artigo que reconheça que os homens idosos têm necessidades especiais e, portanto, nenhuma recomendação foi feita com relação a eles.

Há que se considerar também algumas imperfeições do plano. Tanto as estratégias dispostas no Plano de Madri, quanto aquelas apresentadas por outros documentos das Nações Unidas tendem a ser por bastantes vagas, por não considerarem as diversidades regionais. Observa-se que há um plano único, geral, para uma realidade social bastante diversificada. Algumas recomendações parecem fundamentadas em um modelo distante da realidade, somente exequíveis em países desenvolvidos, que contam com um programa de bem-estar social avançado.

Outro ponto é que, embora todas as medidas propostas tenham sido acertadas pelos países signatários, a sua implementação deverá passar, necessariamente, por uma avaliação das prioridades nacionais das políticas sociais. A sua implementação é de direito e responsabilidade de cada Estado. Segundo as recomendações das Nações Unidas, “corresponde a cada país desenvolver os mecanismos necessários à promoção de um nível de bem-estar social adequado ao número adicional de anos de vida da população idosa”. Em alguns países, os objetivos do Plano de Madri já estão sendo atingidos. Em outros, a sua implementação ainda irá demorar muito, isto é, se for implementada.

Como qualquer outra política, a implementação do Plano de Madri depende, fundamentalmente, da alocação de recursos. O plano não previu recursos para o cumprimento das metas, muito embora a declaração política tenha reconhecido a dificuldade dos países pobres de se integrarem na economia global. Por exemplo, foi estabelecida uma meta de redução, até 2015, de 50% da proporção de pessoas que vivem na pobreza extrema. No entanto, as condições para a sua realização não foram explicitadas. O mesmo ocorre com a meta de promoção de programas que permitam a todos os trabalhadores obter uma proteção

social básica que compreenda aposentadorias, pensões, benefícios por invalidez e atenção à saúde.

Segundo dados relacionados à seguridade social em âmbito mundial³³, na maioria dos países europeus, a proteção social oscila de 50% a 80% da população. Na maior parte dos países desenvolvidos, ela atingiu praticamente 100%. No entanto, na América Latina, a cobertura varia de 10% a 80% e está em franca estagnação. O relatório nacional do Paraguai afirma que 78,5% da população não têm qualquer seguro, e somente três de cada dez pessoas idosas recebem aposentadoria. No Sudeste e no Leste da Ásia, a cobertura pode variar de 10% a 100% da população. E, em alguns países subsaarianos e da Ásia Meridional, mais de 90% da população não têm cobertura. Além de a cobertura ser baixa, o valor do benefício também o é.

De maneira geral, ao longo desses anos, o debate político e acadêmico considerou a população idosa como um segmento homogêneo, com necessidades e experiências comuns.

Essa visão conduziu a dois pontos de vista distintos a respeito da experiência do envelhecimento populacional.

A primeira visão associou o envelhecimento à vulnerabilidade, dependência e a problemas sociais. Observa-se, por exemplo, em estudo do Ministério da Previdência Social do Brasil, que o conceito de vulnerabilidade tem sido o ponto de partida para o desenho de políticas sociais para as pessoas idosas e a Organização Mundial de Saúde toma aspectos do conceito de vulnerabilidade para agrupar o segmento idoso em outros subgrupos ainda mais específicos e homogêneos: aqueles que têm idade superior a 80 anos; aqueles que moram sozinhos; aqueles que moram em instituições; aqueles que não têm família; aqueles que têm recursos escassos; aqueles que têm limitações severas ou incapacidades, situações que tornam os idosos frágeis, caracterizando, assim, a sua situação de dependência.³⁴

³³ Estudo realizado pela Associação Internacional da Seguridade Social (AISS) e pelo Centro de Pesquisa de Políticas Sociais da Universidade de Loughborough, Reino Unido, sob a direção de Simon Roberts. Disponível em: CENTRE FOR RESEARCH IN SOCIAL POLICY. *Projects: Assessing the Coverage Gap*. Disponível em: <http://www.crsp.ac.uk/projects/assessing_the_coverage_gap.html>. Acesso em: 16 jul. 2009.

³⁴ BATISTA, Analía Soria; JACCOUD, Luciana de Barros; AQUINO, Luseni; EL-MOOR, Patrícia Dario. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, Coleção Previdência Social, 2008. v. 28, p.15.

Considera-se, ainda no primeiro ponto de vista, que o envelhecimento populacional pode representar uma ameaça ao futuro das economias e da própria democracia. Vislumbra-se isso, por exemplo, no documento *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote the Growth*, que destaca o efeito do crescimento da população idosa sobre as políticas públicas:

O mundo está se aproximando de uma crise do envelhecimento. Como a esperança de vida aumenta e as taxas de natalidade diminuem, a proporção da população idosa está se expandindo rapidamente, aumentando o peso econômico sobre a população jovem.³⁵

Em contrapartida, o segundo ponto de vista considera que as pessoas idosas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento econômico e social. Muitas pessoas idosas são uma fonte viva de recursos e contribuem para o bem-estar das suas famílias e comunidades.

Por contribuição advinda da população idosa, entende-se a continuação na atividade econômica, mesmo quando aposentado; o trabalho voluntário; a contribuição no orçamento familiar; a provisão de acomodação; o cuidado com netos. As políticas resultantes dessa perspectiva são as que buscam reforçar a capacidade das pessoas idosas e aumentar a sua oportunidade de contribuir para com a sociedade.

Gradualmente, a visão de idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade.

Hoje, entretanto, estudos demonstram que a homogeneidade não é mais a nota característica do segmento idoso, levando-se em conta que, dentro do próprio grupo populacional, já existem variações etárias, com diferença de até 30 anos de idade entre seus componentes. Além disso, as diferentes trajetórias de vida percorridas pelos idosos proporcionaram a eles inserções distintas na vida social e econômica do país. A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários ou socioeconômicos, traz também demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento.

³⁵ *Apud* CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 256.

1.5 A velhice como objeto de proteção das Constituições

Muitos são os aspectos que envolvem a proteção da velhice. Viu-se quão extensos e minudentes são os Planos de Ação Internacional para o Envelhecimento elaborados pelas Assembléias Mundiais do Envelhecimento. Suas recomendações envolvem a necessidade de ações empreendidas por todos os setores da sociedade, seja o governo, seja a iniciativa privada, seja a própria entidade familiar, nas mais diversas áreas de atenção às necessidades humanas.

Viu-se que a complexidade da velhice, como fato social relevante, requer cuidados pertinentes à saúde, alimentação e nutrição, educação, oportunidades de trabalho, moradia, convivência familiar, acessibilidade, proteção contra maus tratos, violência e discriminação.

Conforme dito por Ruth Gelehrter da Costa Lopes:

A velhice não é só decorrência final das etapas sucessivas da vida, mas constitui, juntamente com as demais, uma das etapas do processo de desenvolvimento que se inicia com o nascimento e que não cessa com o avançar da idade. Não pensamos, exclusivamente, num corpo biológico submetido a alterações decorrentes do tempo, mas daquele impregnado de sensações, afetos e emoções.³⁶

O desígnio dos Planos é minimizar a esfera de problemas que cerca a pessoa idosa nos inúmeros desafios que enfrenta, maximizando a idéia de velhice como um direito humano fundamental.

A Constituição é o lugar comum de proteção aos direitos humanos fundamentais. A sua função, vislumbrada no grande pacto social da modernidade, é exatamente garantir os direitos humanos fundamentais.

Por Robert Alexy, eles são essencialmente direitos do homem, transformados em direito positivo. Os direitos do homem insistem em sua institucionalização. Assim, existe não somente um direito do homem à vida, senão também um direito do homem a isto: que exista um Estado que concretize tais direitos.³⁷

Diogo de Figueiredo Moreira Neto expõe que,

³⁶ CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elisabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Org). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 85.

³⁷ ALEXY, Robert. Colisão de direitos fundamentais e realização de direitos fundamentais no estado de direito democrático. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, Renovar, n. 217, 1999, p. 73.

Por existir hoje um consenso de que as Constituições servem mais para garantir os direitos fundamentais das *peçoas* que para atribuir e organizar poderes no *Estado*, pois este conteúdo será cada vez mais função daquele, pode-se ter uma atitude otimista quanto ao devir dos *direitos humanos*, por estar sustentado na permanente busca do progresso firmemente empreendida pelo constitucionalismo.³⁸

Como dito, pode-se afirmar, na atualidade, que o gozo da velhice com dignidade configura um direito fundamental. As Assembléias Mundiais sobre o envelhecimento, ocorridas em Viena (1982) e em Madri (2002), são marcos históricos para a proteção dos direitos da pessoa idosa, e os Planos de Ação Global por elas produzidos são verdadeiras matrizes para a defesa da velhice como um direito humano fundamental.

As recomendações contidas nos referidos Planos inspiraram alguns países a introduzirem a velhice como objeto de proteção em suas Constituições. Um número muito pequeno de países, no entanto, contemplam em suas Constituições o direito à velhice, entre eles o Brasil.

É assim que a velhice, como direito humano fundamental, prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Planos de Ação Global das Assembléias das Nações Unidas, passa a ser introduzida nas constituições de alguns países que consideram relevante a proteção dessa etapa da vida.

Deve-se ressaltar que muitos países que inscreveram o direito à velhice em suas constituições, fizeram-no sob a forma de simbolismo frustrante, como mera retórica, enquanto outros, com real disposição em efetivar esse direito.

Sem olvidar também que, na maioria dos casos, tais normas constitucionais vêm marcadas pela indicação de normas pertencentes ao grupo das programáticas, cuja natureza primordial é a fixação de princípios e programas de ação para o Poder Público, contemplando interesses de caráter prospectivo e firmando posições diretivas a serem efetivadas progressivamente, dentro do quadro de possibilidades do Estado e da sociedade.³⁹

Atualmente, existem 12 constituições que trazem, em seus textos, normas de proteção à velhice: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Constituição da República

³⁸ MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Direitos humanos, legitimidade e constitucionalismo. In: SARMENTO, Daniel; GALDINO, Flávio (Org.). **Direitos fundamentais**: estudos em homenagem ao professor Ricardo Lobo Torres. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 348.

³⁹ BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**: limites e possibilidades da constituição brasileira. 7 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 118.

Popular da China de 1982, Constituição da República de Cuba de 1976, Constituição Espanhola de 1978, Constituição da República de Guiné-Bissau de 1984, Constituição da República da Itália de 1948, Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos de 1917, Constituição Política do Peru de 1993, Constituição de Portugal de 1976, Constituição da Confederação Suíça de 1974, Constituição da República Oriental do Uruguai de 1966 e Constituição da República da Venezuela de 1973.

Em seguida, serão enumerados os dispositivos constitucionais dos países mencionados, referentes à tutela dos direitos da pessoa idosa, mediante pesquisa realizada aos textos dessas Cartas Constitucionais, disponibilizados no meio virtual, especificamente no sítio da Presidência da República Federativa do Brasil. Adotou-se o modelo sistemático de abordagem do tema utilizado por Paulo Ramos na obra Fundamentos Constitucionais do Direito à Velhice da editora Letras Contemporâneas.

1.5.1 O direito à velhice nas Constituições Europeias

Na Europa, continente no qual o direito à velhice encontra melhor espaço à efetivação, apenas Portugal, Espanha, Itália e Suíça reconheceram-no em suas Constituições.

Entre as constituições europeias, a de Portugal é aquela que melhor contempla o direito à velhice. Em seu art. 64, ela prescreve que o direito à proteção da saúde é realizado pela criação de condições econômicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da velhice. Em seguida, no art. 67, dispõe que incumbe, designadamente, ao Estado, para proteção da família, promover a criação de uma política de terceira idade. E por fim, o art. 72, que trata especificamente da terceira idade, determina que as pessoas idosas têm direito à segurança econômica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. O art. 72 dispõe ainda que a política de terceira idade engloba medidas de caráter econômico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, mediante uma participação ativa na vida da comunidade.⁴⁰

⁴⁰ PORTUGAL. Constituição (1976). Disponível em: <<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

A Constituição da Espanha prevê, em seu art. 50, que os poderes públicos garantirão, por intermédio de pensões adequadas e periodicamente atualizadas, a suficiência econômica dos cidadãos durante a terceira idade. Da mesma forma, e com independência das obrigações familiares, os poderes públicos promoverão seu bem estar mediante um sistema de serviços sociais que atendam seus problemas específicos de saúde, moradia, cultura e cuidem do problema do ócio.⁴¹

A Constituição italiana reconhece, em seu art. 38, que todo cidadão, impossibilitado de trabalhar e desprovido dos meios necessários para viver, tem direito ao sustento e à assistência social.⁴²

A Constituição da Suíça manifesta especial preocupação com a distribuição de renda, especialmente entre os velhos. Em seu art. 34, dispõe que a Confederação Suíça toma as medidas apropriadas para promover uma previdência suficiente para os casos de velhice e institui, por via legislativa, um seguro contra a velhice obrigatório para o conjunto da população. Esse seguro entrega prestações em dinheiro e em espécie.⁴³

Observa-se que a maioria dos dispositivos constitucionais dos países europeus destinados à concessão de direitos à velhice está relacionada ao amparo previdenciário e assistencial, de modo a conferir proteção ao idoso nos momentos de advento dos infortúnios da vida.

1.5.2 O direito à velhice na Constituição de Guiné-Bissau

A República da Guiné-Bissau é o único Estado africano que contemplou o direito à velhice em sua Constituição.

Trata-se de uma constituição avançada em termos de afirmação de direitos humanos, enumerando um abrangente rol de prerrogativas individuais e coletivas, liberdades públicas, direitos políticos e sociais.

⁴¹ ESPANHA. Constituição (1978). Disponível em: <<http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

⁴² ITÁLIA. Constituição (1947). Disponível em: <<http://www.senato.it/documenti/repository/costituzione.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

⁴³ RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002, p. 55.

Em seu art. 46, no entanto, essa Constituição apenas estabelece que o Estado criará gradualmente um sistema capaz de garantir ao trabalhador segurança social na velhice,⁴⁴ limitando a proteção que confere àquele que se encontra nessa fase da vida a garantia de proteção securitária pela chegada da velhice.

A exemplo da maioria das Constituições europeias, a Constituição da Guiné-Bissau não contempla expressamente o direito à velhice como fundamental, prevendo os meios de proteção das prerrogativas necessárias ao gozo da dignidade plena da pessoa idosa, apenas menciona a obrigação do Estado em criar o sistema de proteção securitária ao trabalhador na velhice.

1.5.3 O direito à velhice na Constituição da China

A Constituição da República Popular da China prevê a proteção à velhice em dois dispositivos. No art. 45, dispõe que os seus cidadãos têm direito a um auxílio material do Estado e da sociedade na velhice. Para tanto, o Estado desenvolverá os serviços de seguridade social, assistência social e saúde, necessários para que os cidadãos possam gozar de tal direito. No art. 49, a Constituição da China estabelece que os pais têm o dever de criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de manter e auxiliar os pais. São proibidos os maus tratos a velhos, mulheres e crianças.

Nesse caso, além de prever a proteção securitária, a Constituição da China privilegia a condição dos velhos, conferindo-lhes proteção especial, ao lado de mulheres e crianças, considerando seus atributos distintivos.

1.5.4 O direito à velhice nas Constituições Latino-Americanas

A Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos, no extenso art. 123, inserido no Título denominado “Do Trabalho e da Previdência Social”, trata no item XI, alínea a, que a seguridade social cobrirá a velhice.⁴⁵

⁴⁴ GUINÉ-BISSAU. Constituição (1996). Disponível em: <<http://www.anpguinebissau.org/leis/constituicao/constituicaoaguine.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

⁴⁵ MÉXICO. Constituição (1917). Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/mla/sp/mex/sp_mex-int-text-const.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2009.

A Constituição da Venezuela determina, em seu art. 80, que o Estado garantirá aos idosos e às idosas o pleno exercício de seus direitos e garantias e, com a participação solidária das famílias e da sociedade, está obrigado a respeitar sua dignidade humana, sua autonomia e lhes garantirá atenção integral e os benefícios da seguridade social que melhorem e assegurem sua qualidade de vida. O artigo dispõe ainda que as pensões concedidas pelo sistema de Seguridade Social não poderão ser inferiores ao salário mínimo urbano. E, por fim, prescreve que aos idosos e às idosas será garantido o direito a um trabalho adequado às suas capacidades.⁴⁶

A Constituição da República de Cuba trata a velhice em seu art. 47, atribuindo ao Estado o dever de proteção adequada ao idoso, mediante o sistema de seguridade social.⁴⁷

A Constituição da República Oriental do Uruguai protege os idosos em seu art. 67, dispondo que a pensão na velhice constitui um direito para quem chegue ao limite da idade produtiva, depois de larga permanência no país e careça de recursos para sobreviver.⁴⁸

A Constituição do Peru dedica o art. 4º, no capítulo destinado aos direitos sociais e econômicos à proteção da velhice, no qual determina que a comunidade e o Estado devem proteger especialmente a criança, o adolescente, a mãe e o idoso em situação de abandono.⁴⁹

1.5.5 O direito à velhice na Constituição brasileira

1.5.5.1 O direito à velhice nas Constituições brasileiras anteriores

Ao direito à velhice com dignidade ou ao direito de envelhecer com dignidade não foi conferido nenhum regramento nas Constituições anteriores a de 1988. Nenhuma das Constituições passadas entendeu a velhice como questão social relevante, consagrando-a como direito humano fundamental.

A Constituição do Império de 1824 nada mencionou acerca da velhice, não existindo qualquer disposição em seu texto destinada à proteção dessa fase da vida.

⁴⁶ BOLÍVIA. **Tribunal Supremo de Justicia.** Disponível em: <<http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

⁴⁷ CUBA. Constituição (1976). Disponível em: <<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

⁴⁸ RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002, p. 57.

⁴⁹ PERÚ. Constituição (1993). Disponível em: <<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

A Constituição de 1891 apenas fez uma referência no art. 75 à aposentadoria por invalidez, aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da nação, direito não necessariamente concedido a pessoas com idade avançada, mas ao funcionário público, de qualquer idade, que se encontrasse em estado de invalidez, não prestigiando especificamente, portanto, aqueles que atingiram a velhice. Havia também uma norma nas Disposições Constitucionais Transitórias, art. 6º, prevendo o direito de aposentadoria por tempo de serviço aos magistrados com mais de trinta anos de serviço público, sem ampliar o direito a outras categorias de trabalhadores ou atender ao interesse de toda a população.

Diferentemente das Constituições anteriores, a de 1934 trouxe algumas disposições prevendo o direito à aposentadoria, inclusive a aposentadoria compulsória em razão da idade (art.104,§ 5º; art. 170, 3º) a certas classes de trabalhadores, como a dos redatores, operários e demais empregados da imprensa brasileira (art. 131), de funcionários públicos (art. 33, 3º; art. 170, 4º) e juízes (art. 64, a). Essa Constituição previu também um Título destinado à normatização da Ordem Econômica Social, no qual se garantiu a assistência previdenciária aos trabalhadores em razão da velhice.

As Constituições de 1937, 1946, 1967 e de 1969 apenas repetiram o tratamento da Constituição de 1934.

1.5.5.2 O direito à velhice na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A Constituição Federal de 1988, entre as constituições pátrias, considerada a mais avançada em matéria de direitos fundamentais, tanto em relação à amplitude do rol dos direitos e garantias que enuncia, quanto ao traço de efetividade que neles imprimiu, tratou a velhice como um desdobramento do direito à vida que precisa ser vivida com dignidade, considerando a pessoa do idoso merecedora de proteção integral e especial.

Como visto, a velhice como problemática social não foi objeto de preocupação das Constituições brasileiras anteriores. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é a primeira a dispor, efetivamente, de normas que promovem a fundamentação do direito à velhice.

Inicialmente, no Título I, que cuida dos Princípios Fundamentais, a Constituição fixa como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil, no inciso IV do art. 3º, a promoção do bem de todos sem preconceito de idade, elemento sobre o qual não deverá

repousar qualquer tipo de discriminação. A Constituição consigna, portanto, especificamente, entre os objetivos reputados fundamentais e no propósito de promover, na prática, a dignidade da pessoa humana, o postulado da promoção do bem de todas as pessoas, coibindo, entre elas ou sobre elas, qualquer tipo de discriminação, inclusive a albergada no fator idade.

Adiante, o art. 5º proclama o direito à igualdade sem distinção de qualquer natureza, assegurando a todas as pessoas o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança. Nesse dispositivo, que assenta o princípio da igualdade consistente - retomando a justiça aristotélica -, no tratamento igualitário a situações iguais e tratamento desigual a situações desiguais, é possível encontrar fundamento de proteção à pessoa idosa, tendo em vista que o princípio da igualdade, postulado dirigido de maneira mais incisiva ao legislador no seu mister de elaborar leis, permite-lhe precipuamente discriminar situações, para que os seus destinatários sejam, a depender de suas condições pessoais, enquadrados em determinados regimes jurídicos, sendo-lhes deferidos certos direitos e impostas certas obrigações que não assistem a outras pessoas, por estarem abrigadas em diversa categoria, regulada por diferente plexo de deveres e direitos.⁵⁰

No entanto, é importante a compreensão do termo igualdade, um dos mais polissêmicos da Ciência do Direito, já que o seu conteúdo, além de uniformidade, regularidade e similitude no reconhecimento de direitos, traz a significância da proteção jurídica das diferenças, sentido mais atinente à problemática jurídica dos idosos ou à forma como corrigir o desequilíbrio a que estão expostos na satisfação de suas necessidades.

Nesse contexto, segundo propõe Robert Alexy, se não há razão suficiente para a permissão de um tratamento desigual, está ordenado então um tratamento igual. No entanto, se existe alguma razão suficiente para ordenar um tratamento desigual, então está ordenado um tratamento desigual.⁵¹

Desse modo, o princípio da igualdade vem garantir à pessoa idosa o direito de ter suas condições especiais valoradas pelo legislador, a fim de que, tutelados os seus direitos, a sua situação de vulnerabilidade seja sanada mediante normas inibidoras da exclusão em razão da idade.

⁵⁰ MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Conteúdo jurídico do princípio da igualdade**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 12-13.

⁵¹ ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. Traduzido por Ernesto Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993, p. 395.

Por George Sarmento, essa perspectiva, denominada de “igualdade de pontos de partida”, deve ser aplicada indistintamente a todos os membros da coletividade, sem qualquer tipo de preconceitos. Todos têm direito a posições de partida equilibradas na conquista e manutenção de uma vida digna e no acesso a bens e serviços essenciais. E, para isso, o Estado deve voltar-se para a valorização do homem, assumindo a obrigação de proporcionar aos cidadãos necessitados serviços públicos de boa qualidade.⁵²

No art. 7º dos Direitos Sociais, há também a proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Em seu art. 203, a CF/88 determina que a assistência social seja prestada a quem dela necessite, independentemente de contribuição à seguridade social, tendo por objetivos a proteção à velhice e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. A regulação desse dispositivo constitucional se deu com a lei 8.742 de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social.

Adiante, mais dois artigos da Constituição Federal contemplam, de forma direta, a velhice. O primeiro, art. 229, prevê o dever dos filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, dando destaque à necessidade do acordo intergeracional, mais fortemente evidente no núcleo familiar. O segundo, art. 230, determina que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas e assegurar sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida, incumbindo todos os entes sociais no dever de defesa da dignidade e do bem estar da pessoa idosa, ressaltando a corresponsabilidade da família, da sociedade e do Estado.

Percebe-se que todos os entes sociais foram incumbidos da defesa da pessoa idosa, mas quem encabeça esse rol de responsáveis pela defesa da dignidade e bem estar desse segmento etário é a família, e tal preferência decorre da própria essência desse ente social, da sua maior proximidade com o idoso e principalmente em razão do relevante papel que é capaz de exercer no equacionamento dos desafios que o processo de envelhecimento populacional vem apresentando na atualidade.

⁵² LINS JÚNIOR, George Sarmento. Pontes de Miranda e a teoria dos direitos fundamentais. **Revista do Mestrado em Direito**, Maceió, Nossa Livraria, v. 1. n. 1, dez., 2005, p. 83.

A entidade familiar, considerada a base da sociedade, na qual, geralmente, ocorrem as relações mais estreitas do idoso, firmadas junto àqueles que mais proximamente conhecem e convivem com seus problemas, passa a ser cobrada – com maior densidade na contemporaneidade, quando as necessidades da pessoa idosa se tornam bem evidentes – do dever constitucional de participação na difícil tarefa de efetivação dos seus direitos.

O papel da família é extremamente fundamental porque ela é a maior conhecedora das necessidades, dificuldades e dos anseios de seus membros, devendo, por isso, ser a primeira a protegê-los. A família que, segundo Cristiano Chaves de Farias, é o núcleo fecundo para o desenvolvimento dos aspectos mais positivos do ser humano, como a solidariedade, a ajuda mútua, a troca enriquecedora e os laços afetivos⁵³, pode, com maior facilidade, realizar a recomendada convivência intergeracional. O desempenho dos familiares é tão importante que a omissão de algum de seus membros quanto ao atendimento das necessidades de seu idoso tipifica o crime do art. 98 do Estatuto do Idoso.

No entanto, é importante frisar que, entendendo a família como instância responsável pelos cuidados com seus idosos, também deve ser considerado o fato de que algumas delas não têm condições para tal desiderato. Isso significa dizer que muitas famílias podem estar expostas a condições de vida adversas, tanto no sentido estritamente material – ausência de disponibilidade financeira – quanto da não disponibilidade de tempo necessária aos cuidados. Essa questão dos cuidados apresenta um enorme viés de gênero, especialmente entre as famílias mais pobres, nas quais, as mulheres, normalmente, deparam-se com o dilema entre trabalhar fora, contribuindo para o sustento da família e cuidar dos membros da família em condições de dependência (crianças, idosos, portadores de deficiência). Isso requer ações por parte do Estado, no sentido de criar mecanismos de apoio para que as famílias possam ter todos os seus membros atendidos.⁵⁴

No tocante ao segundo ente social incumbido da defesa dos direitos da pessoa idosa, a sociedade, deve-se ressaltar que a sua participação nesse desiderato constitucional encontra fundamento na dimensão da solidariedade.

⁵³ FARIAS, Cristiano Chaves de. **Escritos de direito de família**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p.14.

⁵⁴ CAMARANO, Ana Maria; PASINATO, Maria Tereza. Apoio à ou da população idosa: Famílias ou o Estado? In: BENECKE, Dieter W.; NASCIMENTO, Renata (Org.). **Política social preventiva: desafio para o Brasil**. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2003, p.143.

George Sarmiento Lins Júnior expõe que a solidariedade implica a aliança com o “nós” sem o rompimento do “eu”. Explica ainda que solidariedade significa a superação dos interesses egoísticos por uma postura altruística, comprometida com o bem comum. Traduz a responsabilidade de cada indivíduo pelos destinos da sociedade. É a mais profunda manifestação do sentimento de pertença. Um dever imposto a todos pela ordem constitucional.⁵⁵

Por isso, pode-se dizer que a participação da sociedade no mister constitucional de proteção dos direitos do idoso é decorrência do dever de solidariedade, pois é interesse de todos o combate às violações desses direitos.

Além da família e da sociedade, a norma constitucional também incumbiu o Estado no dever de amparo aos idosos. Do Estado pode-se cobrar tanto a elaboração de um sistema legal moderno, capaz de tutelar, de maneira ampla e satisfatória, o patrimônio jurídico do segmento idoso, quanto a implementação de políticas públicas que tragam ao cotidiano da pessoa idosa a efetividade do direito de envelhecer em plenas condições de dignidade e bem estar.

Destaque-se que a Constituição de 1988 deu enfoque à garantia de vida com dignidade e bem-estar para a pessoa idosa, deixando clara a amplitude do amparo que deve ser encaminhado a esse segmento humano, sem restringir sua proteção à mera concessão de benefícios assistenciais.

1.6 A velhice e a legislação infraconstitucional vigente

As recomendações dos Planos Mundiais sobre o envelhecimento, acolhidas pela Constituição Federal de 1988, bem como o crescente movimento em favor da consagração dos direitos da pessoa idosa, incitaram o Poder Legislativo a construir, com a decisiva colaboração da sociedade civil, um conjunto de normas voltadas a tutelar a velhice e efetivar os direitos relativos ao contingente idoso da população, enunciados nos dispositivos constitucionais que garantem dignidade a todo ser humano, independentemente de sua idade.

⁵⁵ LINS JÚNIOR, George Sarmiento. **As gerações dos direitos humanos e os desafios da efetividade**. Disponível em: <<http://www.georgesarmiento.com.br/wp-content/uploads/2011/02/Gerações-dos-direitos-humanos-e-os-desafios-de-sua-efetividade1.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

É assim que o direito, por estar em contínua (re)criação, permite o aperfeiçoamento da sociedade que acompanha as alterações com fundamento em seu código binário (direito/não-direito), dando lugar à construção de um sistema jurídico dinâmico mais adequado à hipercomplexidade da sociedade atual.

É nesse ambiente que a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) foram discutidos, votados e sancionados, trazendo um conjunto de normas que objetivam firmar o traço da efetividade ao direito da pessoa idosa, consolidar os direitos já existentes e assegurar outros às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, garantindo a cidadania em sua plenitude, as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e o seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Segundo Marcos Bernardes de Mello:

A norma jurídica representa a valoração de fatos feita pela comunidade jurídica. Realmente, quando o homem traça as regras jurídicas de convivência social trata os fatos segundo critérios axiológicos, em razão dos quais é medida a importância que possuem para o relacionamento humano. A regulação dos fatos, assim, está na contingência da sua maior ou menor afetação pelas necessidades dos homens.⁵⁶

A existência de uma norma jurídica tutelando um fato é o indicativo da importância desse fato para a sociedade de um determinado lugar, em um dado momento histórico. É o indicativo de que esse fato foi valorado relevante e merecedor da descrição normativa.

1.6.1 A Política Nacional do Idoso – Lei 8.842/94

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. Diz também, em seu art. 2º, que se considera idoso, para os efeitos legais, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

Essa lei define programas e serviços destinados às pessoas idosas nas áreas da assistência social, saúde, esporte, cultura, habitação, justiça e trabalho, distribuindo as competências entre as entidades e os órgãos públicos.

⁵⁶ MELLO, Marcos Bernardes de. **Teoria do fato jurídico**: plano da existência. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 1995, p.37.

Considerando as demandas sociais, econômicas e culturais da população idosa, a Política Nacional do Idoso caracteriza-se como uma política que integra os serviços, programas e projetos para a proteção do idoso.

Segundo a Lei 8.842/94 (art.4º), constituem diretrizes da política nacional do idoso: I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; IV - descentralização político-administrativa; V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Como se vê, a Política Nacional do Idoso, considerando as demandas sociais, econômicas e culturais da população idosa, revela-se como uma política que integra os serviços, programas e projetos dirigidos a atender as necessidades básicas desse contingente, orientados por diretrizes bem firmadas e voltadas à realização do ideal de plena dignidade para aqueles que, no estágio de vulnerabilidade decorrente do avanço da idade, mais precisam de uma rede pública de serviços satisfatória.

São diretrizes que se alinham às recomendações dos Planos de Viena e de Madri, no sentido de viabilizar a autonomia da pessoa idosa, como também a implementação de políticas que assegurem seus direitos de maneira mais específica e direcionada às suas necessidades especiais.

1.6.2 O Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003

A aprovação do Estatuto do Idoso pode ser considerada um grande avanço na legislação brasileira. O Estatuto consolidou e ampliou direitos já contemplados na Constituição de 1988, além de instituir instrumentos legais capazes de coibir a violação desses direitos. Ademais, contemplou a Política de Atendimento ao Idoso.

O Estatuto do Idoso, mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, tem como objetivo promover a inclusão social e a garantia dos direitos desses cidadãos e traz um amplo rol de direitos e medidas de proteção destinados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, tais como: 1) atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário; 2) distribuição gratuita, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso continuado, de próteses e órteses; 3) proteção do idoso contra negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão; 4) descontos em atividades de cultura, esporte e lazer; 5) reserva de 3% de unidades residências nos programas habitacionais públicos; 6) reserva de duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários-mínimos, no sistema de transporte coletivo interestadual; 7) a vedação à discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade; dentre outros.

Essa lei proclama, em seu art. 8º, que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social. É preciso diferenciar as duas dimensões de direitos vislumbradas nesse dispositivo estatutário. O envelhecimento é tratado como direito personalíssimo e assim, como expressão lógica do direito à vida, de cunho privado. O envelhecimento é direito pertencente ao patrimônio jurídico das pessoas, como tais, ao passo que a sua proteção é ditada como um direito social. A proteção do direito ao envelhecimento é um direito social, ou seja, destinado a prover as necessidades da coletividade, com fundamento nos princípios da dignidade e da igualdade.

As duas dimensões são complementares, ressaltando-se que a melhor interpretação da Carta de 1988 é a compreensão da velhice em si e de sua proteção como um direito fundamental.

O direito ao envelhecimento traduz-se no direito de cada pessoa, como tal, de atingir a velhice, sendo personalíssimo como dita a lei. A proteção ao envelhecimento, apesar de não

figurar na lista dos direitos sociais, enumerada no art. 6º da Constituição Federal de 1988, encontra previsão no Título da Ordem Social, art. 230 da lei maior, e o próprio Estatuto do Idoso assegura, art. 115, que o orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional do Idoso os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.⁵⁷

Existe um amplo rol de direitos e medidas a serem implementados para a garantia de uma velhice vivida com dignidade, tratando a norma de fixar a idade cronológica que assinala o início da fase da vida a partir da qual as pessoas a ela pertencentes (em razão de fatores biopsicossociais) passem a gozar dessa proteção especial.

A norma utilizou a idade cronológica como critério jurídico para a fixação de direitos. Tratar do reconhecimento dos direitos dos idosos significa, antes de tudo, considerar que o ordenamento jurídico se serve do critério etário para a outorga ou limitação de direitos, ou seja, a idade serve, nesse e em outros tantos casos no ordenamento brasileiro, como parâmetro para a aquisição, modificação ou extinção de direitos.⁵⁸

É questionada, no entanto, a razoabilidade desse critério discriminador que elege a idade de 60 anos como início da velhice.

Angelika Nussberger afirma que um sistema jurídico, no qual discriminações fundamentadas na idade fossem explicitamente proibidas, não poderia oferecer nenhuma garantia para uma compensação efetivamente justa entre as gerações em perspectiva horizontal – entre a geração dos idosos e a geração dos moços – bem como em perspectiva vertical – entre as oportunidades e possibilidades que as pessoas recebem nas suas diversas faixas etárias. De qualquer modo, ser rotulado por força do Direito como excessivamente velho ou excessivamente jovem representa uma intervenção nítida no livre desenvolvimento

⁵⁷ A lei 12.213/2010 que institui o Fundo Nacional do Idoso foi sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 20/01/2010. Com a nova legislação, publicada em 21/01/2010, no Diário Oficial da União, pessoas físicas e jurídicas poderão deduzir do Imposto de Renda doações feitas ao fundo, nos âmbitos nacional, estadual e municipal. O Fundo será gerenciado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) e tem por objetivo financiar programas e ações que assegurem os direitos sociais do idoso e criem condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Sua receita virá principalmente dos recursos destinados ao Fundo Nacional de Assistência Social; das contribuições feitas a fundos controlados por Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos do Idoso; de recursos destinados no orçamento da União; de contribuições e resultado de aplicações de governos e organismos estrangeiros e internacionais; e de resultado de aplicações no mercado financeiro. A nova lei entrou em vigor em janeiro de 2011.

⁵⁸ GODINHO, Robson Renault. **A proteção processual dos direitos dos idosos**. Ministério público, tutela de direitos individuais e coletivos e acesso à justiça. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.7.

da personalidade, que não pode subsistir sem uma cuidadosa ponderação dos diversos interesses afetados, por um lado, da sociedade; por outro, do indivíduo.⁵⁹

Discute-se também o grau de violação ao princípio da igualdade em decorrência do emprego da discriminação etária para a garantia de direitos, com o argumento de que, na ausência de um nexos lógico entre a discriminação etária e os fins com ela pretendidos, a diferenciação jurídica venha ser considerada inconstitucional.⁶⁰

No entanto, o direito à velhice surge de uma especial exigência de justiça em atenção à identidade do idoso, como pessoa em particular condição e em respeito ao seu lugar no mundo. Ademais, a própria Organização Mundial de Saúde estabeleceu como limite divisório entre a fase adulta e a velhice a idade de 60 anos, dada a dificuldade de se definir a idade biológica e da ausência de outro critério que melhor identifique o ingresso a essa fase da vida.⁶¹

Como se vê, em tantos exemplos no ordenamento jurídico brasileiro, a idade é um possível critério jurídico diferenciador e a Constituição Federal de 1988 utiliza-o em vários de seus dispositivos. Assim como as crianças e os adolescentes, aos quais é destinado um conjunto de normas que tutela os direitos inerentes às necessidades que possuem pelas características próprias da idade, os idosos também são sujeitos de especial proteção em razão de suas condições particulares e também do contexto social atual, exigindo, portanto, as atenções políticas necessárias à garantia de sua dignidade.

O Estatuto do Idoso trouxe extensa proteção ao idoso, assegurando-lhe todos os direitos fundamentais inerentes à condição de pessoa, já que, segundo acentua Paulo Roberto Barbosa Ramos, a velhice não lhe retira a qualidade de sujeito de direito:

[...] os velhos são sujeitos de direito, o que comprova que o fato das pessoas irem envelhecendo não lhes retira, em hipótese alguma, a sua dignidade, porquanto continuam sendo seres humanos, portadores dos mesmos direitos dos quais são sujeitos todas as criaturas de semblante humano. Dessa forma, nenhuma sociedade pode ignorá-los, deixando de desenvolver políticas públicas voltadas a atender as

⁵⁹ NUSSBERGER, Angelika. Limites de idade como problema do direito constitucional. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Direitos fundamentais sociais**: estudos de direito constitucional, internacional e comparado. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p.492.

⁶⁰ GODINHO, Robson Renault. **A proteção processual dos direitos dos idosos**. Ministério público, tutela de direitos individuais e coletivos e acesso à justiça. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.8.

⁶¹ PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 502.

suas necessidades, necessidades essas facilmente averiguáveis a partir do simples conhecimento da realidade desse segmento em cada sociedade.⁶²

O amplo rol de direitos contemplados no Estatuto do idoso, associado às linhas de ação da política específica de atendimento, enumeradas no seu art. 47, revelam quão veemente é o desígnio de amparo total a esse contingente humano, dado o fenômeno do envelhecimento populacional brasileiro.

A questão social do envelhecimento, no entanto, ainda não tem a visibilidade que precisa ter, pois, no Brasil, as contradições regionais e a desigualdade social, que refletem a injusta distribuição de renda da população, estão presentes em todas as etapas do curso da vida, dificultando aos brasileiros de todas as idades a vivência real da cidadania como um direito. Essa luta começa na infância, continua na adolescência, juventude, idade adulta, culminando na velhice, por direitos básicos, como saúde, educação, emprego, enfim, pela dignidade do ser humano.⁶³

O art. 46 do Estatuto do Idoso determina que a política de atendimento deverá ser implementada por meio de conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, enumerando, em seguida, as linhas de ação dessa política. A política pública de atendimento à pessoa idosa está vinculada, portanto, à ação estatal, uma vez que cabe ao governo o dever de coordenar as ações governamentais e não governamentais voltadas ao atendimento das necessidades desse contingente populacional. Para tanto, o gestor público observará os ditames dos tratados e convenções internacionais atinentes à matéria, as recomendações dos Planos de Viena e de Madri, os mandamentos constitucionais pátrios e as Leis 8.842/94 e 10.741/03.

O estudo da Lei 10.741/03 leva à conclusão de que, em vários de seus dispositivos, há uma clara limitação do poder-dever de discricionariedade do gestor público, de modo a restringir a sua liberdade de escolha entre cumprir ou não cumprir tais preceitos.

O art. 3º dessa lei, por exemplo, proclama a obrigação do Poder Público (e também de outros agentes sociais, como a família) em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer,

⁶² RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2002, p.79.

⁶³ BORGES, Maria Cláudia Moura. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Editora Alínea, 2003, p.100.

ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Deixa claro, portanto, o caráter obrigatório de atuação do Poder Público.

Mais adiante, o art. 9º dispõe que 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. Novamente, a lei ressalta a obrigação do Estado para com as demandas da pessoa idosa.

Assim, a discricionariedade administrativa restringe-se, em tais casos, à eleição dos meios, programas e planos dos quais se servirá o gestor público para a realização dos direitos previstos. Conclui-se, pois, pela prevalência do critério de oportunidade quanto à forma de execução das ações, descabendo a escolha quanto ao cumprimento do estabelecido.⁶⁴

1.6.3 A Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742/1993

A inclusão constitucional da assistência, ao lado da saúde e previdência, no plano da Seguridade Social, diferenciando-a da simples caridade ou favor, confere a esse importante pilar do sistema de proteção social o *status* formal de política pública que promove a ampliação das oportunidades de integração das pessoas oferecidas pelas políticas públicas universalistas.

A Lei Orgânica da Assistência Social inclui programas, benefícios e projetos de atenção à pessoa idosa e diz, em seu art. 2º, que a assistência social tem por objetivo a proteção à velhice e garante o valor de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Essa lei prescreve a definição do benefício de prestação continuada como a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família e possuam renda mensal familiar per capita inferior a um quarto do salário mínimo vigente.

⁶⁴ FLORIANO, Míriam Villamil Balestro. Políticas públicas e atendimento aos idosos. In: GURGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Orgs.). **Pessoas idosas no Brasil** – Abordagens sobre seus direitos. Brasília, DF: Instituto Atenas; AMPID, 2009, p. 274.

Se, ao somar a renda mensal dos integrantes da família, dividindo-se o total obtido pelo número de seus componentes, obtiver, como resultado, um valor inferior a um quarto do salário mínimo, o idoso terá direito ao benefício.

A Lei Orgânica da Assistência Social diz também que poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender as necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

1.6.4 O direito dos idosos e o Código Civil

Entre as disposições normativas do Código Civil – Lei 10.406/2002, aquelas que guardam estreita relação com a tutela protetiva da pessoa idosa são referentes ao direito a alimentos e ao regramento do regime de bens em casamento.

O direito a alimentos deve ser prestado à pessoa idosa de forma ampla, abrangendo não apenas o valor necessário para a alimentação da pessoa idosa, mas o suficiente para a sua sobrevivência, incluindo recursos para a recuperação e a manutenção da saúde, despesas com água, luz, telefone e, até mesmo, com cuidadores ou empregados, caso o idoso não possa viver sozinho.

O art. 11 do Estatuto do Idoso determina que os alimentos serão prestados na forma da Lei civil. O Código Civil, por sua vez, disciplina a prestação de alimentos, nos art. 1694 a 1710, que determinam serem eles devidos, quando quem os pretende não tem bens suficientes, nem pode prover, pelo seu trabalho, a própria manutenção, e aquele de quem se reclamam pode fornecê-los, sem desfalque do necessário ao seu sustento.

O Código Civil firma o princípio da reciprocidade, estabelecendo que o direito a alimentos é recíproco entre pais e filhos e estende-se aos ascendentes, descendentes e irmãos, recaindo a obrigação nos mais próximos em grau, uns na falta dos outros.

Todavia, o Estatuto do Idoso disciplinou, de maneira mais favorável à pessoa idosa, o acesso aos alimentos, facultando-lhe a escolha a quem demandar, sem qualquer ordem de preferência. O idoso pode optar por ingressar com ação pleiteando alimentos somente contra um dos seus quatro filhos, ou dois dos seus sete irmãos, desde que eles tenham condições de arcar com tal obrigação.

Nos casos em que os familiares da pessoa idosa também sejam comprovadamente carentes, a obrigação alimentar passa para o Estado, ao qual caberá incluir o idoso em programa assistencial. A contribuição do Estado ocorre no âmbito da Assistência Social, de forma a mitigar o sofrimento dos idosos e garantir sua dignidade, mediante os mandamentos da lei orgânica da assistência – Lei 8742/93, como visto acima.

Quanto ao regramento do regime de bens adotado em casamento de pessoa idosa, o Código Civil utilizou o critério etário para determinar a obrigatoriedade da utilização do regime de separação de bens quando o nubente é pessoa maior de 70 (setenta) anos.

Objetivou a lei civil a proteção do patrimônio da pessoa idosa contra pessoas que tentam servir-se do casamento para auferir vantagem econômica, mediante a participação dos bens do cônjuge idoso.

Tal mandamento legal, no entanto, parece não atingir de maneira satisfatória o fim pretendido. De constitucionalidade duvidosa pela incompatibilidade com a dignidade do idoso, o dispositivo não encontra nenhum respaldo científico e engessa a autonomia garantida pela Política Nacional do Idoso que lhe assegura a liberdade de dispor de seus bens, cuja proteção, nos casos necessários e previstos em lei, é garantida pelos instrumentos legais de interdição.

1.6.5 O direito dos idosos e o Código Penal

Antes da publicação do Estatuto do Idoso, apenas existiam alguns dispositivos esparsos no Código Penal que pretendiam, ainda que de forma bastante acanhada, proteger o idoso.

O art. 61, II, *h*, do Código Penal já previa como circunstância que sempre agrava a pena, quando não constitui ou qualifica o crime, ter o agente o cometido contra o velho (redação dada pela Lei nº 9.318 de 1996, utilizando o termo “velho”; mais tarde, substituído pela expressão “maior de 60 (sessenta) anos” em decorrência do Estatuto do Idoso). O art. 65, I, por outro lado, também já previa, como circunstância que sempre atenua a pena, ser o autor do crime maior de setenta anos na data da sentença.

Os artigos 77, § 2º e 115 do Código Penal estabelecem que a execução da pena privativa de liberdade, não superior a quatro anos, poderá ser suspensa, por quatro a seis anos,

desde que o condenado seja maior de setenta anos de idade e que serão reduzidos na metade os prazos de prescrição quando o criminoso era, na data da sentença, maior de 70 (setenta) anos.

Igualmente, o art. 244 do CP que prescreve como crime a conduta de deixar, sem justa causa, de prover a subsistência de valetudinário, não lhe proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada. Aqui outro caso em que a redação do Código Penal foi alterada pelo estatuto do Idoso, substituindo a palavra “valetudinário”, pela expressão “maior de 60 (sessenta) anos”.

Essas eram as disposições contidas no Código Penal, quando da edição do Estatuto do Idoso, em decorrência do qual, outros artigos foram alterados, de modo a ampliar a proteção penal do segmento idoso no país.

Eis as alterações sofridas pelo Código Penal em razão do Estatuto do Idoso.

O § 4º do art. 121 do Código Penal passa a dispor que, no homicídio doloso, a pena será aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos. Ao § 3º do art. 133 é acrescentado o inciso III, mediante o qual se aumenta a pena do crime de abandono de pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono, em um terço, quando a vítima é maior de sessenta anos. O crime de injúria do art. 140 possui pena mais severa, de um a três anos de reclusão e multa, se for cometido mediante a utilização de elementos referentes à condição de pessoa idosa. Incluiu-se também o inciso IV ao art. 141, de modo a determinar que toda pena cominada no capítulo dos crimes contra a honra, será aumentada de um terço, se forem cometidos contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos. A pena do crime de exortação mediante sequestro do art. 159 também se torna mais severa, de doze a vinte anos de reclusão, se o sequestrado é maior de 60 (sessenta) anos. Por fim, o art. 183, § 3º dispõe que não são aplicadas as isenções de pena do art. 181, nem a exigência de representação do art. 182, nos casos dos crimes contra o patrimônio, praticados contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Além das alterações ao Código Penal acima enumeradas, o Estatuto do Idoso criou quatorze tipos penais, objetivando a tutela dos direitos da pessoa idosa. O Estatuto do idoso veio também com essa perspectiva da proteção penal.

Há certa diversidade de condutas criminalizadas pelo Estatuto do Idoso (algumas se identificam com outros tipos do Código Penal) todas, no entanto, especializam-se no conceito da pessoa idosa.

A maioria dos tipos penais previstos no Estatuto do Idoso contempla, para coibi-las, as situações onde se caracterizam atos de discriminação, de negligência, de abandono, de depreciação da imagem e de apropriação patrimonial indevida – situações corriqueiras em razão da condição de vulnerabilidade da pessoa idosa e que precisam ser reprimidas pelo Estado.

Esses atos de negligência, discriminação, segregação, crueldade ou opressão configuram a nítida violência por que passam ou a que são submetidos os idosos, problema que se apresenta das mais variadas formas: física, psicológica, sexual, institucional. A lei 10.741/2003 visa combater tais expressões de violência também mediante a tutela penal.

1.6.6 O direito dos idosos e a legislação processual

O Código de Processo Civil, após as alterações promovidas pela lei 12.008/2009, garante a prioridade de tramitação em todas as instâncias, para os procedimentos judiciais, nos quais figure como parte ou interessado pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Essa lei processual já dispunha de tal previsão por ocasião da edição da lei 10.173/2001 que, no entanto, reservava o direito de prioridade de tramitação apenas para aqueles com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos.

A partir da vigência da lei 12.008/2009, o disciplinamento do Código de Processo Civil harmonizou-se com aquele ditado pelo Estatuto do Idoso, passando a prever ainda que, concedida a prioridade, essa não cessa em razão da morte do beneficiado, mas estende-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, em união estável.

Diz ainda o CPC que a pessoa interessada na obtenção desse benefício judicial, provando a sua condição de idosa, deverá requerê-lo ao juiz competente à decisão do feito, e ele determinará as providências a serem cumpridas para tal fim. Deferida a prioridade, os autos receberão identificação própria, evidenciando o regime de tramitação prioritária.

O direito à tramitação prioritária também se estende, segundo o § 3º do art. 71 do Estatuto do Idoso, aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

2 A SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM DIREITO FUNDAMENTAL PRIORITÁRIO

Diante dos dados estatísticos acima enunciados, destacando a relevância das demandas do atual fenômeno do envelhecimento populacional e após analisar a contextualização histórica do tratamento da pessoa idosa no decurso das etapas evolutivas da sociedade e também o disciplinamento que a temática tem recebido – após a influência dos Planos Internacionais sobre o Envelhecimento – da Constituição Brasileira e da legislação infraconstitucional, passa-se ao exame do direito à saúde da pessoa idosa no ordenamento legislativo pátrio, do atendimento a ela dispensado no Sistema Único de Saúde, mediante políticas públicas específicas e da questão da exigibilidade desse direito perante o poder público.

A diminuição da parcela jovem da população e a evidência de ampliação do número de idosos no país promovem consequências demográficas, sociais e econômicas. Entre elas, uma das mais importantes diz respeito às demandas de saúde. O impacto do processo de envelhecimento populacional é bastante expressivo nessa área.

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas, não apenas como ausência de enfermidades, invalidez ou sofrimentos físicos, mas, especialmente, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social.

O alcance da velhice com saúde e bem-estar, além de empenho individual durante todas as fases da vida, necessita de um ambiente propício a tal fim. A responsabilidade pessoal consiste em manter-se em uma rotina de vida saudável; a responsabilidade social, em propiciar as condições para que esse ambiente favorável à saúde aconteça, inclusive na velhice.

Seguindo o modelo proposto por Michael Grossman, a saúde pode ser vista como um estoque de capital durável que produz tempo de vida saudável. Assim, todo indivíduo nasce com determinado estoque de saúde (dependente da herança genética, dos cuidados e condições da gestação ou da intercorrência de infortúnios nesse período) que, consumido ao

longo da vida, vai decrescendo em quantidade e qualidade, a menos que seja incrementado por meio de investimentos.⁶⁵

No geral, é comum observar que, durante a infância e na fase adulta, as pessoas usufruem de melhores condições de saúde e o advento de enfermidades é raro ou amenizado. À medida que os anos passam, para manter um bom nível de capital de saúde, os investimentos vão ficando cada vez mais onerosos.

Na velhice, quando as condições de morbidade são comprovadamente maiores, os investimentos tornam-se mais elevados e mais frequentes. É por essa razão que o envelhecimento tem sido apontado como um dos principais fatores de amplificação das desigualdades sociais.

A velhice não é doença, é apenas mais uma das crises vitais que resulta em novas formas de relação com o meio, e essa relação pode ser prazerosa e positiva se respeitada a experiência de vida do idoso e permitida a expressão de seus potenciais⁶⁶

Pode-se assim dizer que o envelhecimento bem-sucedido, ou seja, saudável, é aquele no qual se dispõe não apenas de capacidade funcional, mas também, e sobretudo, de qualidade de vida e autonomia.

Aos idosos, é preciso garantir, assim como aos outros grupos etários, mas, de modo específico, dadas as suas especiais necessidades, o acesso integral à assistência de saúde preventiva e curativa e à reabilitação.

Além dos governos, outros agentes sociais importantes, como organizações não governamentais e famílias, podem participar ativamente da criação de um ambiente propício ao pleno desenvolvimento de vida saudável para a população idosa.

O acesso dos idosos aos serviços de saúde que, além da assistência curativa, da reabilitação e dos serviços de saúde sexual, incluem a prevenção de doenças, implica o reconhecimento de que as atividades de promoção da saúde, ao longo da vida, devem centrar-

⁶⁵ GROSSMAN, Michael. On the concept of health capital and demand for health. *Journal of Political Economy*, Chicago, v.80, n.2, jul., 1972, p. 235-255.

⁶⁶ CARLETTI, Suzana Maria da Matta; REJANI, Mirian Iolanda. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 415.

se na manutenção da independência, na prevenção das doenças e na atenção da invalidez, bem como na melhoria da qualidade de vida dos idosos que já estejam com incapacidade. Os serviços de saúde devem incluir a capacitação de pessoal necessária e recursos que permitam atender às necessidades especiais da população idosa.

O serviço de saúde, entendido aqui como a prestação de cuidados médico-hospitalares, direcionado para atividades curativas, tem exigido cada vez mais especialidades médicas e incorporado tecnologias mais dispendiosas, tornando-se mais cara para todas as idades. Todavia, as pessoas de maior idade possuem um perfil de morbidade mais dispendioso, por pelo menos três motivos: *a)* a morbidade prevalecente nessas faixas etárias é mais cara (doenças crônico-degenerativas); *b)* as taxas de internação em faixas etárias mais avançadas são mais elevadas, ou seja, essas pessoas tendem a “consumir” mais serviços de saúde; e *c)* o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens.⁶⁷

Esses padrões de morbidade da população idosa, naturalmente diferentes daqueles observados no restante da população, indicam a necessidade de políticas de saúde especiais para esse segmento social. Isso ocorre, primordialmente, em decorrência, nessa etapa da vida, do advento de enfermidades crônicas, que resultam em uma maior utilização de consultas médicas, internações hospitalares (tanto em número, quanto em tempo de permanência), exames periódicos e uso de medicamentos controlados.

O aumento das despesas com saúde em razão do envelhecimento populacional e a necessidade de promover o recomendado envelhecimento ativo desafiam as autoridades públicas, especialmente no que se refere à criação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de serviços.

Em decorrência de tudo isso, ocupando-se com a tutela dos direitos fundamentais do idoso, a norma estatutária, em primeiro lugar, tratou dos direitos à vida e à saúde, garantidos mediante efetivação de políticas públicas que permitam o envelhecimento saudável e em condições de dignidade, nos termos do art. 9º da lei 10.741/2003.

⁶⁷ NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, ANA Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 428.

Diante da importância do enunciado contido na norma citada, que associa a vida saudável às condições de plena dignidade, compreende-se que viver é um direito que toda pessoa humana deve gozar pela manutenção do seu bem-estar físico, mental e social, já que, sem esses requisitos, não se pode falar em dignidade.

Pelo princípio da dignidade humana, que toca o indivíduo em sua essência, não por opção sua, ou porque para isso agiu, mas simplesmente por ser pessoa – fundamento ontológico do princípio – confere-se a todos, mas, de modo especial ao idoso, cuja vulnerabilidade lhe deixa propenso à interrupção da vida, a segurança de que se deve sempre atentar para o cumprimento desse corolário constitucional no dia a dia.

Compreende-se que a existência digna dos anciãos exige, sobretudo, saúde, sem a qual não há como desfrutar de todos os outros direitos que lhes são garantidos, como o acesso à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à habitação, ao transporte, à profissionalização e ao trabalho.

Portanto, pela frequência e rapidez com que a saúde se esvai na velhice, tornando o idoso mais suscetível aos agravos psicofísicos e ao alijamento social que colocam em xeque uma vida saudável, mediante a qual se garante uma existência envolta pela dignidade, é preciso assegurar o direito à saúde, nessa etapa da vida, e isso constitui uma prioridade para a pessoa idosa.⁶⁸

É preciso, então, analisar o atual sistema brasileiro de proteção jurídico-sanitária que prestigia as características do envelhecimento e verificar a sua adequação às necessidades específicas da pessoa idosa.

2.1 O atendimento da pessoa idosa no sistema de saúde público brasileiro

No Brasil, o atual sistema de saúde é composto de três meios de prestação de serviços: *a)* público, inserido na política de Seguridade Social, de cobertura universal, que tem como peculiaridade não exigir uma contrapartida de quem requer auxílio; *b)* planos de saúde privados pré-pagos por empresas, famílias e indivíduos (clientela fechada); e *c)* contratação direta dos serviços pelos indivíduos.

⁶⁸ BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 61.

Antes da Carta de 1988, ao Ministério da Saúde cabia a tomada de medidas para a implementação dos serviços de caráter preventivo para toda a população. Os demais serviços de saúde de natureza curativa eram disponibilizados aos segurados dos planos de previdência pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (ex-INPS, atual INSS).

De fato, pode-se afirmar que a política de saúde brasileira era destinada, particularmente, aos trabalhadores do setor formal. Somente ao trabalhador com carteira assinada era garantido o acesso ao plano de saúde público.

Pela sistemática do antigo INAMPS, os trabalhadores rurais, os do setor informal urbano e todo o resto da população brasileira que não podia custear os serviços privados de saúde, além dos pobres e indigentes, dependiam do atendimento de caridade oferecido pelas conhecidas Santas Casas de Misericórdia e por poucos hospitais públicos.

Dessa maneira, até o advento da ordem constitucional em vigor, o Estado brasileiro não se responsabilizava pela atenção à saúde de parte imensa de sua população.

Após a Constituição de 1988, a saúde, agora definida como um direito de todos e dever do Estado, passou a ser prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema público, nacional e de caráter universal, embasado na concepção de saúde como direito social fundamental de todo ser humano – art. 196.

A Constituição estabeleceu os princípios, as diretrizes e a organização das ações e serviços de saúde. Com ela, foram fixadas as principais diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; a participação da comunidade como mecanismo para efetivar o controle social do sistema. A saúde passou a ser um ganho social e não apenas individual.⁶⁹

O Sistema Único de Saúde estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que fomenta a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao passo que institui o princípio da territorialidade a fim de ampliar as respostas às demandas populacionais com os serviços de saúde.

⁶⁹ CARLETTI, Suzana Maria da Matta; REJANI, Mirian Iolanda. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 415.

O modelo de atendimento adotado pelo SUS segue os moldes da chamada “Atenção Básica”. Segundo publicação do Ministério da Saúde, intitulada “O SUS de A a Z”, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrange a sua promoção e proteção e também a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo.⁷⁰

De acordo com os preceitos do SUS, a Atenção Básica tem como estratégia prioritária a Saúde da Família, cujos principais fundamentos são: a garantia do acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território definido, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada; a integração de ações programáticas e demanda espontânea; o trabalho interdisciplinar e em equipe, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; a realização de avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação.⁷¹

Em 1991, o sistema de saúde público foi incrementado pela adoção do programa dos Agentes Comunitários de Saúde que, logo em 1994, evoluiu para o Programa de Saúde da Família – PSF, estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, introdutor de uma nova dinâmica nos serviços de saúde, pelo implemento de vínculo com a comunidade, humanizando essa prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade.

O PSF reúne os agentes comunitários e as equipes multidisciplinares compostas por médicos, psicólogos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. O programa propõe a prestação integral e contínua de atenção à saúde, a fim de possibilitar a melhoria das condições de vida das famílias, a redução das necessidades de hospitalização e, conseqüentemente, dos custos de saúde.

Esse programa representa um importante meio de atenção especial à saúde dos idosos, a efetivá-la por medidas de proteção específica, da identificação precoce dos agravos de saúde

⁷⁰ BRASIL, 2009, p. 43.

⁷¹ BRASIL, 2009, p. 44.

mais frequentes e sua intervenção, bem como por medidas de reabilitação voltadas para evitar a sua separação do convívio familiar e social.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Em 1999, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, resolve aprovar a Portaria nº 1.395, por meio da qual se sistematiza a Política Nacional de Saúde do Idoso, com o propósito basilar de promover condições para o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, estão definidas nessa Política as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance dos fins a que se propõe. Além disso, a Política orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar a sua execução, tornando possíveis os eventuais redimensionamentos que venham ser necessários pela prática.

Desse modo, a Política Nacional de Saúde do Idoso enumera as responsabilidades dos gestores federal, estaduais e municipais para o incremento das suas diretrizes

Ao gestor federal – Ministério da Saúde, atribuiu-se o dever de implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes; elaborar e acompanhar o cumprimento de normas relativas aos serviços geriátricos hospitalares; designar e apoiar os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidos na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico, bem como em pesquisa nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a esse grupo populacional; apoiar estudos e pesquisas definidos

como prioritários nessa Política visando ampliar o conhecimento sobre o idoso e subsidiar o desenvolvimento das ações decorrentes dessa Política; promover a cooperação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas à capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; promover a inclusão da geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos; criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde do idoso; promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à saúde do idoso; promover a capacitação de recursos humanos para a implementação dessa Política; promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes; promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso; estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS; estimular a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto; estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

Quanto às responsabilidades do gestor estadual – Secretaria Estadual de Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso dispõe: elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a Política Nacional; promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes dessa Política; promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva política de saúde do idoso; acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos; estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover essa cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso; promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso; adequar os serviços de saúde com a finalidade do atendimento às necessidades específicas da população idosa; prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes; apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação,

avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso; promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação; promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos; estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social; estimular a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto; criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso; prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados respectivos e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

Para o gestor municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes, a política reservou as seguintes atribuições: coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município; promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal adotada pelo Estado, submetendo-as à Comissão Intergestores Bipartite; promover articulação necessária com as demais instâncias do SUS, visando ao treinamento e à capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso; manter o provimento do Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos; promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população de idosos, valendo-se, inclusive, da mobilização da comunidade; criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar; estimular e apoiar a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto; realizar articulação com outros setores visando à promoção da qualidade de vida dos idosos; promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso; aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local; estimular e viabilizar a participação social de idosos nas diversas instâncias.

Em 2002, com a edição da Portaria nº 702/SAS/MS, determina-se às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2002, a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão essas redes, para o atendimento da pessoa idosa.

Segundo a Portaria Ministerial nº 702, as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso deverão ser integradas por Hospitais Gerais e por Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. A Portaria classifica de Hospital Geral aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar; e denomina de Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada, envolvendo as diversas modalidades assistenciais como internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos.

Como parte da operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso – Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, que enuncia todas as exigências consideradas primordiais para que determinada unidade hospitalar possa ser considerada um centro de referência em atendimento ao idoso.

Muitas são as exigências para o cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, relacionadas tanto ao modo de atendimento e à qualidade dos serviços prestados, quanto aos aspectos estruturais e de acessibilidade do hospital. Eis, a título de exemplo, algumas das exigências enumeradas pela Portaria nº 249/2002: ser hospital geral, com pelo menos 100 (cem) leitos instalados e cadastrados pelo SUS, entre os quais, 10% (dez por cento), no mínimo, devem estar disponíveis a acomodações para internação de pacientes idosos e devidamente adaptadas para essa finalidade; desenvolver programas de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o de como pode melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando, em relação à sua dependência, buscando

preservar ao máximo sua autonomia; desenvolver programas de desospitalização de idosos; o Centro deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar, no qual o paciente idoso receberá atendimento individual (consulta médica e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; apoio, educação e orientações dietéticas; reabilitação da fala e deglutição), grupal (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica, grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); o Centro de Referência deve ter instalado e em funcionamento o Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso, modalidade de assistência prestada no domicílio do paciente, compreendendo um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da sua autonomia e capacidade funcional; o hospital deve eliminar as barreiras arquitetônicas que possam impedir o acesso ou colocar em risco de acidentes o paciente idoso; os assentos das bacias sanitárias devem estar a uma altura de 0,45m do piso; as portas dos sanitários devem abrir para fora, instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior e os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no “box” do chuveiro.

Em 2003, é sancionado o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades representativas dos interesses dos idosos, vindo facilitar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Capítulo IV do Estatuto trata, de maneira pontual, acerca das atribuições do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Desse modo, apesar de a legislação brasileira, atinente aos cuidados da população idosa, ser bastante abrangente, a sua efetivação é ainda deficiente. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento de fortalecimento e conquista de direitos, a constatação da grande vulnerabilidade social em que vivem os idosos mediante as estratégias da Saúde da Família e a incipiente inserção das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram prementes a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foram publicadas, por meio da Portaria nº 399/GM, as diretrizes firmadas em torno da criação do Pacto pela Saúde que constituiu o Pacto pela Vida. O Pacto pela Vida institui um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, entre os quais, a saúde da pessoa

idosa aparece como uma das 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 Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação e estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas.

Dessa forma, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação e 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 Intergestores Tripartite. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, 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.

No caso da população idosa, na qual se tem alta incidência de doenças crônico-degenerativas, esse modelo de prestação de saúde, norteado essencialmente pela adoção de medidas voltadas à prevenção de doenças e ao financiamento de um envelhecimento saudável, pode melhorar a qualidade de vida dessa população e postergar a demanda pelos cuidados de longa permanência.

2.2 A Política Nacional de Saúde dos Idosos

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Essa política considera que “o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária”⁷².

Em razão desse fato, as principais diretrizes traçadas pela PNI foram: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas sobre o tema. De acordo com a PNI, cabe ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia; a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público; e a realização de estudos e pesquisas na área.

Segundo o Ministério da Saúde, a estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e está norteado pelos seguintes princípios: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atuam; promover em cada território o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; ser um espaço de construção de cidadania.⁷³

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, pelo atendimento da demanda espontânea ou por meio das visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é construído pela influência de

⁷² BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso**. Guia operacional e portarias relacionadas. Série A. Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos).

⁷³ BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 12.

diversos fatores, como o ambiente onde vive o idoso; a relação entre profissional de saúde, pessoa idosa e seus familiares; a história clínica do idoso - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico.⁷⁴

Por meio da Atenção Básica, portanto, pretende-se garantir à pessoa idosa e à sua rede de suporte social – familiares e cuidadores, um atendimento humanizado com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e às diversidades do envelhecer.

A criação de ambientes de apoio e a promoção de medidas favoráveis ao desenvolvimento humano saudável são importantes em todos os estágios da vida e terão grande parcela de influência no êxito do envelhecimento ativo. A Atenção Básica/Saúde da Família, com base no princípio do atendimento territorializado, deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive aquelas que se encontram em instituições públicas ou privadas.

2.3 Direito à saúde da pessoa idosa

Verificados os dados acima expostos acerca do sistema de saúde brasileiro, pode-se dizer que existe, na atualidade, um específico regime jurídico sanitário que confere à pessoa idosa direitos especiais à saúde.

A saúde, como objeto do direito, fundamenta-se em uma complexidade conceitual que envolve elementos biológicos, psicológicos e sociais e revela-se por meio das dimensões constitucionais da universalidade, integralidade e igualdade. A universalidade que estende a todos os indivíduos indistintamente, as ações e serviços públicos de saúde, independentemente de filiação a regime previdenciário ou do pagamento prévio de contribuições; a integralidade, entendida pela obrigatoriedade da atuação estatal resolutiva, seja qual for o nível de complexidade dos serviços exigidos no caso concreto; e a igualdade, mediante a qual se coíbe qualquer tipo de discriminação ou privilégio na dispensação dos serviços de saúde pública.

No direito sanitário brasileiro, o direito à saúde goza de superioridade por força e consequência constitucional, com status de direito fundamental e de direito social, pelo art. 6º,

⁷⁴ BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 13.

caput da Lei Maior; e de responsabilidade estatal em decorrência do art. 196, significando que os poderes constituídos estão obrigados a colocar à disposição das pessoas tais prestações, seja qual for o plano de governo ou a orientação política do grupo que, a cada momento, estiver no poder.

Conforme exposto, mediante a incursão nos dados colhidos das ações do poder público e do regramento disposto em suas portarias ministeriais, constatou-se que a pessoa idosa tem sido inserida num amplo sistema de proteção jurídico-sanitária que prestigia as características do envelhecimento.

Por isso, torna-se ainda importante analisar os direitos específicos da pessoa idosa pertinentes à proteção de sua saúde, consagrados no Estatuto do Idoso.

2.3.1 O estatuto do idoso e a prestação de saúde pública

A saúde é um direito de ordem prioritária, pois somente o idoso saudável tem condições de usufruir de todos os outros direitos que lhes foram outorgados.

Conforme já mencionado, o Estatuto do Idoso dispõe que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social e que 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.

O regime jurídico de proteção à saúde da pessoa idosa disposto no capítulo IV do Estatuto do Idoso traz um conjunto de princípios e regras distribuídos em cinco artigos dessa lei que, para uma melhor sistematização, serão analisados por grupos de direitos.

2.3.1.1 Direito à atenção integral, universal, especial e prioritária

O Estatuto do Idoso reafirma (art. 15, *caput*) os direitos sanitários previstos constitucionalmente à pessoa idosa, especialmente que a atenção à saúde seja prestada de maneira integral, que o acesso seja universal e igualitário e que se dispense maior cuidado com as doenças que afetam preferencialmente os idosos, como as insuficiências pulmonares, as deficiências cardíacas ou coronarianas e as neuropsiquiátricas, caso do Alzheimer.

A integralidade impõe atenção individualizada à saúde, considerando-se cada caso, com o propósito de promover, de maneira mais completa, a saúde do idoso, levando-se em

conta suas condições pessoais, físicas, psicológicas e sociais. A integralidade implica uma atuação harmônica e articulada do conjunto das ações (curativas, assistenciais e, de modo prioritário, preventivas) dos serviços do SUS, num enfoque mais amplo do que somente tratar dos danos provocados por enfermidades, mas também a identificação das causas que fizeram o idoso adoecer, visando à eliminação destas ou a redução dos riscos dos agravos à saúde.

A universalidade rompe com a política de saúde praticada pelo antigo INAMPS, que somente assegurava acesso a tratamento médico-hospitalar aos segurados do sistema de previdência social, deixando a descoberto todo o resto da população. Como o direito é de todos, os serviços públicos de atenção à saúde estão assegurados a toda a população idosa, não requerendo nenhum requisito específico para seu gozo e fruição.

O tratamento dispensado aos pacientes idosos deve ainda ser especial, na medida em que se deve guardar os devidos cuidados às suas especiais condições, privilegiando suas necessidades mais prementes.

A plena efetivação do direito à saúde da pessoa idosa depende ainda da implementação de meios que garantam o tratamento prioritário desse contingente de pessoas.

O direito ao tratamento prioritário perpassa tanto a prioridade de atendimento, determinando que a pessoa idosa seja atendida de modo preferencial, imediato e individualizado em órgãos públicos e privados de saúde, quanto a prioridade no planejamento e execução de políticas públicas na área de saúde para o idoso.

Na hipótese de não existir uma rede de serviços de saúde no município onde reside o idoso, nem em municípios próximos, é dever do Poder Público custear, em nome do princípio da prioridade do idoso na garantia de acesso a rede desses serviços, o atendimento em rede hospitalar privada.

Dessa maneira, pelo direito ao atendimento prioritário, passa o idoso a gozar pelos ditames do Estatuto do Idoso (art. 3º, III) e também da Lei nº 8.689/1993 (art. 12) da garantia de destinação prioritária dos recursos públicos para a execução das políticas públicas relacionadas à proteção da saúde da pessoa idosa, devendo o gestor do SUS, em cada esfera de governo, apresentar trimestralmente ao Conselho de Saúde e também ao Conselho de Direitos da Pessoa Idosa a relação dos gastos e serviços executados no período.

Ademais, as ações e serviços do SUS visarão à prevenção e à manutenção da saúde do idoso por meio de políticas públicas, tais como: o cadastramento da população idosa em base territorial, por meio do qual se pretende conhecer os riscos e o perfil epidemiológico das pessoas idosas de determinado território para definir os recursos a serem repassados; a criação de ambulatórios para o atendimento geriátrico e gerontológico, bem como de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social (a legislação em vigor – Lei nº 9.982/2000 garante ainda o direito à assistência religiosa em hospitais públicos); a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

2.3.1.2 Direito ao atendimento domiciliar

É direito do idoso que não tenha condição de se locomover o atendimento domiciliar, incluindo a internação, o que significa que ele deve contar com o serviço de homecare (art. 15, IV).

Os cuidados domiciliares constituem uma importante estratégia prestigiada pela Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, porque torna possível a manutenção do idoso no seio familiar pelo maior tempo possível, favorecendo, de maneira essencial, o atendimento de saúde altamente humanizado, aspecto imprescindível para uma adequada prestação de saúde a esse segmento social.

O atendimento domiciliar é uma modalidade de assistência à saúde já assegurada, antes do Estatuto do Idoso, pela lei nº 8.080/1990, que, sofrendo as alterações da lei 10.424/2002, incluiu no SUS o subsistema de atendimento e internação domiciliar, no qual se garante, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (art. 19 – I).

Assim, o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora e só poderá ser realizado por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Ao contrário do que parece, essa modalidade de atendimento tem sido considerada como mais econômica para o Poder Público.

Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, do Governo Federal, revela que a redução do número de procedimentos de internação pode ser atendida com programas preventivos, como o programa “saúde em casa” e com programas que substituam os procedimentos de internação convencionais, como as internações domiciliares, que produzem uma queda nas frequências de procedimentos e internação e, dessa forma, os custos do SUS em até 40%. Mais do que a redução nos custos, pode-se dizer que o atendimento domiciliar amplia a qualidade de vida das pessoas idosas, melhorando os padrões de morbidade e produzindo uma redução da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas.⁷⁵

Aos idosos incapazes de se locomover são assegurados também, pelo decreto nº 1.948/1996, como meio alternativo de tratamento de saúde, os centros de cuidados diurnos, hospital-dia e centro-dia.

O atendimento domiciliar também é concedido àqueles idosos institucionalizados, hipótese na qual é responsabilidade do responsável pela instituição requerer esse tipo de tratamento.

2.3.1.3 Direito à gratuidade de medicamentos

O envelhecimento populacional gera sempre novas demandas, cujas respostas dependem da constante adequação do sistema de saúde e, certamente, da transformação do modelo de atenção prestada.

É importante considerar que as modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos sofrem a influência dos indicadores demográficos, que têm apresentado nítida tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Resultando em um maior consumo e motivando um maior custo social, o processo de envelhecimento populacional interfere, sobretudo, na procura por medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Da mesma forma, dá-se especial destaque ao aumento da necessidade por aqueles de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes. Salienta-se o fato de que é

⁷⁵ NUNES, André. O Envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 449.

bastante comum os pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente, necessitando, assim, de várias terapias concomitantes.

Desse modo, o disciplinamento normativo atual dispõe que, independentemente da situação financeira do idoso, o Poder Público está incumbido da tarefa de lhe fornecer, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado (art. 15, §2º). O Poder Público também está obrigado a fornecer ao idoso, sem cogitar da sua situação financeira, de maneira gratuita, próteses, órteses e outros recursos relativos ao seu tratamento, habilitação ou reabilitação.

Se o Poder Público se negar a conceder gratuitamente medicamentos ou outros tipos de recursos ao seu tratamento, o idoso poderá interpor Mandado de Segurança, requerendo à autoridade judiciária que exerça o seu poder de ordenar ao Estado o cumprimento desse dever legal.

A dispensação gratuita de medicamentos é uma decorrência do princípio da integralidade. O art. 196 da Constituição de 1988 determina a adoção de medidas administrativas que permitam a assistência farmacêutica integral. A citada lei 8.080/1990 também incluiu, no campo de atuação do SUS, a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (art. 6º, d).

A portaria ministerial nº 3.916/1998 disciplina a Política Nacional de Medicamentos que promove a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, o uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, dispostos na Relação Nacional de Medicamentos - RENAME.

A lei 8.926/1994 estabelece a obrigatoriedade da marcação de advertência e recomendações, na bula dos medicamentos, dos riscos e benefícios de seu uso por maiores de 65 anos.

2.3.1.4 Direito ao atendimento especializado da pessoa idosa com deficiência

A norma do art. 15, § 4º do Estatuto do Idoso enuncia que os idosos portadores de deficiência ou limitação incapacitante terão direito a atendimento especializado. Essa norma encontra seus fundamentos de validade na Constituição Federal de 1988, por variados dispositivos assecuratórios da integração comunitária das pessoas com deficiência, sem

qualquer tipo de discriminação e pelos princípios que dão sustento a tais direitos, especialmente os da prevenção e da reabilitação que norteiam a plena inclusão daqueles que portam algum tipo de deficiência em todas as dimensões da vida social.

Em comunhão com os mandamentos constitucionais, a lei 7.853/1989 que disciplina a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência assegura a otimização do exercício dos direitos à saúde, inclusive pela criação de uma rede de serviços especializados de reabilitação e habilitação, pelo implemento da acessibilidade aos prédios públicos e privados de saúde, bem como pelo cumprimento do prioritário atendimento, especializado e adequado.

Assim como todas as pessoas portadoras de deficiência de uma maneira em geral, as pessoas idosas, com o mesmo tipo de limitação ou incapacidade, enfrentam problemas também relacionados a longos períodos de tratamento, à necessidade de pessoal qualificado ao seu atendimento, além de equipe multiprofissional, equipamentos e exames complementares de alto custo.⁷⁶

O atendimento especializado à pessoa idosa portadora de deficiência na área de saúde deve reunir a melhor estrutura que supõe desde o acesso físico dessas pessoas às unidades de saúde, até o entendimento de toda a complexidade de cada quadro clínico, cabendo ao Poder Público implementar métodos de trabalho que garantam, nos órgãos de atendimento, informações sobre as especificidades de todas e quaisquer deficiências.

Desse modo, o Estatuto do Idoso, em seu art. 15, § 4º, vem reafirmar às pessoas idosas com deficiência ou limitação incapacitante, de maneira específica, o direito ao atendimento especializado, incluindo o atendimento ambulatorial por geriatra e gerontólogo, a criação de unidade de referência geriátrica, com pessoal especializado.

2.3.1.5 Direito ao acompanhante

Garante-se também ao idoso internado ou em observação (art. 16) o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde, em todos os níveis de atenção, proporcionar as condições adequadas para a permanência desse acompanhante em tempo integral junto ao idoso, segundo o critério médico. Nesses casos, caberá ao profissional de saúde responsável

⁷⁶ VERAS, Renato. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Quadrimestral de Serviço Social**, São Paulo, Cortez, a. XXIV, n. 75, set., 2003, p. 12.

pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Assim, o acompanhante passa a ter direito à alimentação e à acomodação compatível com a sua função de dar amparo e cuidado à pessoa idosa.

No entanto, poderão ocorrer situações nas quais se torne contraindicada a permanência do acompanhante junto ao paciente idoso, não abrangendo a norma, por exemplo, centros mais especializados que impliquem limitações de ordem sanitária de segurança para o próprio acompanhante (isolamento de doenças contágio-infecciosas), ou em prejuízo do tratamento de pacientes (unidades de tratamento intensivo).⁷⁷

Nesses casos, a norma determina a necessidade de o profissional médico incumbido do atendimento ao idoso forjar uma justificativa por escrito, indicando a intenção do legislador em proporcionar ao máximo um atendimento humanizado ao idoso.

2.3.1.6 Direito à opção pelo tratamento mais favorável

O Estatuto do Idoso garante também, conforme o art. 17, que, mesmo doente, o idoso não perca a autonomia de decidir os rumos de seu tratamento. Portando, se estiver no domínio de suas faculdades mentais, é assegurado a ele o direito de optar pela terapêutica que entenda ser a mais favorável.

Esse dispositivo legal consolida a idéia de que o avanço da idade não determina, por si só, a perda da capacidade de discernimento, nem da autonomia da pessoa idosa. Estando em pleno domínio de suas faculdades mentais, assegura-se ao idoso o direito de optar pelo tratamento de saúde que considerar mais salutar.

Desse modo, pode-se afirmar que o direito à opção pelo tratamento mais favorável é constituído por duas facetas primordiais. A primeira, referida à relação paciente-médico e a segunda, à existência dos serviços relacionados à opção do tratamento escolhido pelo idoso.

No primeiro caso, há o dever do médico de informar ao paciente idoso, dentro dos princípios éticos e da maior comunicação possível, os riscos, os benefícios, cada alternativa e

⁷⁷ SANTOS, Marcelo Moreira dos. Direito à saúde da pessoa idosa. In: GUGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Orgs.). **Pessoas Idosas no Brasil**: abordagens sobre seus direitos. Brasília: Instituto Atenas, AMPID, 2009, p. 98.

detalhe dos meios utilizados para alcançar a cura de sua enfermidade, a fim de que possa manifestar seu consentimento ou não, livre de qualquer indução, desde que, evidentemente, a opção do paciente por determinada medida terapêutica, medicamentosa ou cirúrgica não lhe venha causar danos irreparáveis.⁷⁸

No que diz respeito aos serviços, o direito à opção exige, por parte do sistema público, a disponibilidade dos procedimentos que permitam a escolha.

A partir dessa perspectiva, até mesmo as campanhas de vacinação de pessoa idosa exigem o seu consentimento, daí a importância das campanhas educativas promovidas pelo SUS para a informação do público idoso.

A lei busca também resguardar a integridade física e moral do idoso, quando ele não estiver em condições de proceder à opção, disciplinando praticamente todas as situações nas quais a escolha deverá ser decidida por outra pessoa: pelo curador, quando o idoso for interditado; pelos familiares, quando o idoso não tiver curador, ou este não puder ser contactado em tempo hábil; pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público (Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa Idosa, quando houver), comunicado que deverá partir da unidade de saúde na qual o idoso recebeu o tratamento.

2.3.1.7 Direito ao atendimento de critérios mínimos pelas instituições de saúde

A lei determina ainda 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 auto-ajuda (art. 18).

Além disso, os critérios mínimos devem ser fixados em relação a outros aspectos do atendimento como a acessibilidade, equipamentos e materiais específicos para o tratamento geriátrico, lista específica de medicamentos, entre outros.

⁷⁸ CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde. 3 ed. Campinas: Editora Unicamp, 2011, p. 74.

2.3.1.8 Direito à comunicação compulsória de maus tratos à pessoa idosa

O Estatuto do Idoso determina (art. 19) que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso, constatados por profissionais ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde, deverão ser obrigatoriamente comunicados à autoridade policial, ao Ministério Público, aos Conselhos Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso.

Essa comunicação é obrigatória e sua falta é tipificada como crime pelo art. 57 do Estatuto do Idoso.

2.4 Exigibilidade do direito à saúde do idoso perante o poder público

Conforme demonstrado, o debate acerca do processo de envelhecimento populacional brasileiro tem avançado significativamente nos últimos anos. A legislação pátria atendeu à maior parte das recomendações dos planos internacionais, oportunizando a elaboração de leis extremamente importantes para o segmento idoso no Brasil. No entanto, continua premente a necessidade de que essas leis sejam eficazes no cotidiano dos idosos brasileiros.

Validando esse argumento, destaca Andreas Krell que:

A eficácia social reduzida dos Direitos Fundamentais Sociais não se deve à falta de leis ordinárias; o problema maior é a não-prestação real dos serviços sociais básicos pelo Poder Público. A grande maioria das normas para o exercício dos direitos sociais já existe. O problema certamente está na formulação, implementação e manutenção das respectivas políticas públicas e na composição dos gastos nos orçamentos da União, dos estados e dos municípios.⁷⁹

É notória a existência de certa distância entre a enunciação do direito e a efetivação dele.

Não se questiona a importância da previsão normativa do fato, a partir da qual se dá início ao fenômeno jurídico. É na previsão normativa que estão contidos todos os elementos formadores do suporte fático que se situa no plano abstrato da norma. Quando se concretizam no mundo os elementos do suporte fático, a norma jurídica incide sobre ele, juridicizando-o e transformando-o em fato jurídico. Conforme explica Lourival Vilanova, “O fato se torna jurídico porque ingressa no universo do direito através da porta aberta que é a

⁷⁹ KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha** – Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 2002, p.31.

hipótese. E o que determina quais propriedades entram, quais não entram, é o ato-de-valorização que preside à feitura da hipótese da norma.”⁸⁰

A existência da norma é etapa inicial do fenômeno jurídico. Não se retira a sua importância. Existente, ela pretende produzir efeitos no mundo dos fatos e desfruta da imperatividade própria do Direito. A norma que fixou uma idade cronológica, assinalando o início de uma fase da vida a partir da qual as pessoas a ela pertencentes passam a gozar da proteção própria, existe. Essa fase da vida que, pela sua relevância, mereceu previsão normativa, é a velhice. A favor dela, e em razão de sua especial condição, foi-lhe reservado um conjunto de direitos especiais (alguns não gozados por outras faixas etárias) inclusive a garantia de aplicação prioritária de recursos públicos em programas a ela destinados.

No entanto, em geral, afirma-se que os direitos cuja efetivação depende de prestações positivas do Estado, enfrentam uma série de problemas, a exemplo da escassez dos recursos públicos sempre menores que as necessidades sociais.⁸¹ Sendo assim, pode-se afirmar que as normas jurídicas vigentes que preveem tais direitos, mesmo incidentes sobre o suporte fático, não vêm apresentando capacidade de tornar tais direitos exigíveis diante do Estado, especialmente quando se trata de um amplo rol de direitos de cuja efetivação, na maioria das vezes, depende da implementação de políticas públicas e da alocação de recursos públicos.

A incidência da norma jurídica válida sempre acontecerá quando houver a constituição de seu suporte fático. É infalível a incidência normativa que ocorre no mundo ideal porque independe da adesão espontânea dos destinatários ou de sua aplicação pelo Estado.

Entretanto, a incidência ou eficácia legal nem sempre culmina no cumprimento da norma jurídica ou eficácia social. Trata-se de dois momentos distintos. A incidência antecede ao atendimento, constituindo-se até mesmo pressuposto deste. A eficácia social (efetividade) da norma jurídica somente pode ser aferida como resultado da incidência da norma.

Conforme George Sarmento Lins Júnior, a incidência e o atendimento pertencem a planos diferentes do fenômeno jurídico. A primeira deve ser investigada como aspecto da dimensão normativa do direito e o segundo, elemento essencialmente aferível no cotidiano e

⁸⁰ VILANOVA, Lourival. **As estruturas lógicas e o sistema do direito positivo**. São Paulo: Max Limonad, 1997, p. 89.

⁸¹ PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregório. **Derechos sociales y positivismo jurídico**. Madrid: Editorial Dykinson, 1999, p. 67 ss.

que se relaciona com a repercussão social da norma jurídica que incidiu, há de ser estudado no plano sociológico.⁸²

Afirma ainda o autor que não basta que os direitos humanos estejam previstos em tratados internacionais ou nas Constituições, mas é necessário que eles sejam respeitados na realidade social, o que só é possível se os Estados se comprometerem a garanti-los e aplicá-los nas relações interpessoais. É aí que entra o conceito de efetividade como dimensão sociológica do fenômeno jurídico. A verificação da efetividade permite aferir os resultados concretos das normas jurídicas na vida cotidiana.⁸³

A efetividade dos direitos fundamentais é incrementada por técnicas constitucionais como a aplicabilidade imediata, a inclusão no cerne irrestringível, a força vinculante *erga omnes* e a cláusula da proibição do retrocesso. O atributo da aplicação imediata das normas jurídicas de direitos fundamentais confere-lhes a aptidão para incidir e serem aplicadas a partir da promulgação do texto constitucional, independentemente de legislação posterior regulamentadora que as faça produzir efeitos. Considerar como cerne irrestringível ou núcleo duro da Constituição as normas de direitos fundamentais, instituindo tenaz impedimento a sua alteração ou supressão do texto constitucional, por intermédio de emendas que possam descaracterizar o seu conteúdo essencial, é técnica que encorpa a sua perenidade e os protege das ingerências ditatoriais e arbitrárias de detentores do poder político. Os direitos fundamentais possuem força vinculante *erga omnes*, já que impõem aos órgãos dos três poderes o dever de cumprimento de suas determinações, mediante a abstenção ou a prestação positiva. A cláusula de proibição do retrocesso é um mandamento de não revogação das normas infraconstitucionais que disponham sobre o cumprimento de prestações relativas a direitos sociais. Trata-se de mecanismo que sinaliza a idéia de que o processo legislativo do qual decorrem tais normas é evolutivo e contínuo, imune a qualquer tipo de retrocesso. Uma vez positivados, incorporam-se ao patrimônio jurídico da pessoa humana, não podendo ser suprimidos pelo Estado.

Pode-se dizer, com isso, que a efetividade dos direitos humanos é o grande desafio do constitucionalismo contemporâneo. A mera normatização não é suficiente. Os Estados devem

⁸² LINS JÚNIOR, George Sarmiento. **As gerações dos direitos humanos e os desafios da efetividade.** Disponível em: <<http://www.georgesarmiento.com.br/wp-content/uploads/2011/02/Gerações-dos-direitos-humanos-e-os-desafios-de-sua-efetividade1.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

⁸³ LINS JÚNIOR, George Sarmiento. **As gerações dos direitos humanos e os desafios da efetividade.** Disponível em: <<http://www.georgesarmiento.com.br/wp-content/uploads/2011/02/Gerações-dos-direitos-humanos-e-os-desafios-de-sua-efetividade1.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

garantir as condições necessárias para a realização do Direito, para o desempenho concreto de sua função social. Isso implica a ambiência democrática, independência de poderes, rígido controle de constitucionalidade, mecanismos limitadores do poder político, garantias processuais específicas e liberdade de imprensa.

A efetividade depende também de mobilização popular, da democracia participativa. O papel fiscalizador dos idosos e de suas organizações representativas é essencial para a concretização de seus direitos. O segmento idoso pode protagonizar movimentos em defesa das liberdades públicas, dos direitos sociais, culturais e econômicos, impelindo os governos à adoção de medidas, programas, projetos que solucionem os problemas enfrentados no dia a dia, em decorrência dos fatores causados pelo envelhecimento.

Desse modo, é importante entender que a efetividade dos direitos humanos não é apenas um problema jurídico. A positivação dos direitos nas Constituições e tratados internacionais foi um grande passo para a universalização de princípios e compromissos de fortalecimento da dignidade humana. No entanto, ainda hoje, na quadra evolutiva do constitucionalismo moderno, o maior desafio é a concretizá-los na realidade social. Para isso, é indispensável a conjunção de esforços das instituições democráticas e da sociedade civil no sentido de exigí-los e incorporá-los em sua atuação cotidiana. Afinal a efetividade depende do incondicional exercício da cidadania e da democracia participativa.

Conhecendo a extensão do rol de direitos que asseguram ao idoso o pleno atendimento das necessidades a uma vida saudável, é importante analisar, portanto, os meios pelos quais tais direitos poderão ser sindicados perante o Poder Público.

Em um contexto de recursos públicos escassos, aumento da expectativa de vida, expansão dos métodos terapêuticos e multiplicação das doenças, as discussões envolvendo o direito à saúde constituem um dos temas mais complexos no debate da efetividade jurídica dos direitos fundamentais, sobretudo, porque a eficácia jurídica dos comandos constitucionais que tratam do direito à saúde implica o dever que os poderes constituídos têm de colocar à disposição das pessoas tais prestações, seja qual for o plano de governo ou a orientação política do grupo que, a cada momento, estiver no poder.⁸⁴

⁸⁴ BARCELLOS, Ana Paula de. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Coord.).

Um dos fatores que mais enraíza a complexidade da efetividade do direito fundamental à saúde é a questão da insuficiência de recursos públicos frente à larga lista de direitos protetivos da saúde humana.

O problema da efetividade surge, hoje, no contexto do Estado Mínimo, traduzido no argumento da dimensão econômica dos direitos fundamentais, condicionando sua realização concreta à real existência de recursos próprios que os implemente, o que se passou a chamar de “reserva do possível”.

O postulado da “reserva do possível” enuncia que a limitação dos recursos públicos é considerada verdadeiro limite fático à efetivação dos direitos sociais.

Na visão de Flávio Galdino, que notabiliza a questão dos “custos dos direitos”⁸⁵, não se deve afirmar a existência de um direito fundamental determinado, ou seja, o direito de uma determinada pessoa receber uma determinada prestação, quando seja absolutamente impossível, sob o prisma prático e econômico-financeiro, realizá-lo. Para esse autor, é imprescindível uma prévia análise de custo-benefício para compreenderem-se as consequências das escolhas.⁸⁶

É imprescindível ainda, segundo ele, sobretudo no modelo de Estado capitalista, incapaz de suprir todas as necessidades dos usuários, assentar a idéia de que a contraprestação é necessária para a entrega dos serviços públicos, principalmente aqueles prestados em regime de universalidade.⁸⁷ A retórica da gratuidade dos direitos é extremamente prejudicial, tendo em vista que os custos das prestações públicas necessárias à efetivação dos direitos fundamentais são elevadíssimos e os recursos estatais são limitados.

Desse modo, Flávio Galdino defende a construção do conceito pragmático de direito fundamental que conduz à consideração dos custos que consistem, em sua opinião, a mais relevante condicionante dos direitos fundamentais.

Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p.803.

⁸⁵ A teoria dos custos dos direitos germina na obra *The Cost of Rights: Why Liberty Depends on Taxes*, de Stephen Holmes e Cass Sunstein, para quem é necessário o reconhecimento de que todas as dimensões dos direitos fundamentais acarretam custos públicos, dando notável relevo ao argumento da reserva do possível, principalmente ao destacar a escassez dos recursos e a necessidade de se fazerem escolhas alocativas.

⁸⁶ GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos** (Direitos não nascem em árvores). Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005, p. 235.

⁸⁷ GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos** (Direitos não nascem em árvores). Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005, p. 311.

Além da teoria da “reserva do possível”, renomados doutrinadores apresentam também a proposta do “mínimo existencial”, com base na doutrina alemã, conceituando-o de direito fundamental que investe o cidadão da faculdade de acionar as garantias processuais e institucionais na defesa dos seus direitos mínimos. No entanto, inserir a condicionante do mínimo existencial nas reflexões acerca da efetividade dos direitos fundamentais dá ensejo a alguns problemas complexos.

Como garantir apenas o mínimo ou, em outras palavras, como promover a gradação de direitos, separando a parcela dele que não pode deixar de ser entregue ao destinatário, daquela que permite preterição, quando tais direitos são ditos fundamentais?

A dificuldade é discriminar, entre as variadas alternativas terapêuticas hoje existentes, quais deverão ser prestadas pelo poder público e quais não precisarão ser oferecidas por ele aos indivíduos. Deve-se garantir tudo que está disponível em termos de prestação de saúde na atual quadra evolutiva da ciência médica, onde se encontra grande diversidade de terapias em desenvolvimento, a custos cada vez mais altos, para todas as pessoas, inclusive para aquelas que possuem condições de arcar com suas próprias expensas o tratamento de que precisa?

Essa discussão já está em pauta no Supremo Tribunal Federal. Em decisão proferida pela Ministra Ellen Gracie, determinou-se a suspensão de tutela antecipada requerida pelo Estado de Alagoas, a fim de restringir a responsabilidade do Estado ao fornecimento dos medicamentos previstos em portaria do Ministério da Saúde, mediante os fundamentos expostos na STA 91/AL – Alagoas, em 26/02/2007:

[...] Verifico estar devidamente configurada a lesão à ordem pública, considerada em termos de ordem administrativa, porquanto a execução de decisões como a ora impugnada afeta o já abalado sistema público de saúde. Com efeito, a gestão da política nacional de saúde, que é feita de forma regionalizada, busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários. Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. No presente caso, ao se conceder os efeitos da antecipação da tutela para determinar que o Estado forneça os medicamentos relacionados ‘[...] e outros medicamentos necessários para o tratamento [...]’ (fl. 26) dos associados, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade.⁸⁸

⁸⁸ STF. STA 91/AL. Relatora: Ministra Presidente Ellen Gracie. Data do Julgamento: 26/02/2007.

Ana Paula de Barcellos, em artigo dessa temática, propõe a construção de um mínimo existencial a servir de parâmetro às prestações de saúde devidas pelo poder público a todas as pessoas, partindo na lógica de que todos são igualmente dignos.⁸⁹

Apresentando a necessidade de considerar dois importantes parâmetros – o custo da prestação de saúde e o benefício que ela poderá proporcionar para o maior número de pessoas – a autora defende que se deve incluir prioritariamente, na lista do mínimo existencial em matéria de saúde, aquelas prestações que todos os indivíduos necessitam – e.g., o atendimento no parto e o acompanhamento da criança no pós-natal, o saneamento básico e o atendimento preventivo em clínicas gerais e especializadas, como cardiológica, ginecológica, entre outras, e o acompanhamento e controle de doenças típicas da terceira idade, como a hipertensão e a diabetes.

Para isso, sugere como interessante modelo a ser seguido na configuração do que consiste o mínimo existencial as condições mínimas obrigatórias que a lei nº 9.656/1998 fixa para os planos de saúde. Essa lei institui quatro modelos de planos básicos, fixando as condições mínimas que cada um deverá obrigatoriamente oferecer. As prestadoras poderão oferecer condições mais amplas e sofisticadas, entretanto, não poderão oferecer menos do que fixado em lei.

A autora diz que esse modelo pode ser o seguido tanto pela Administração no momento da prestação dos serviços, quanto pelo Judiciário, quando provocado a sanar as omissões daquela no dever de entregar aos indivíduos as políticas de saúde.

É inegável, especialmente nos dias atuais, a consideração das limitações orçamentárias diante das tantas opções no tratamento de doenças. No entanto, não se pode, sob esse viés, negar efetividade aos direitos fundamentais, mormente o direito à saúde, tratado com especial destaque em considerável espaço no texto constitucional.

Nesse sentido, Andreas Krell expõe que o condicionamento da realização de direitos econômicos, sociais e culturais à existência de “caixas cheias” do Estado significa reduzir a

⁸⁹ BARCELLOS, Ana Paula de. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (coordenadores). **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p.807 e ss.

sua eficácia a zero, e a subordinação aos “condicionantes econômicos” relativiza sua universalidade, condenando-os a serem considerados “direitos de segunda categoria”.⁹⁰

O autor explica que o argumento da reserva do possível foi elaborado por ocasião de julgamento de acórdão paradigmático da Corte Constitucional alemã, mediante o qual se decidiu pela subordinação da concretização de direitos sociais de natureza prestacional, que exigissem custos efetivos do Estado, à reserva da lei e à disponibilidade de recursos.

O julgamento do citado acórdão analisou a concessão de direito de acesso ao ensino público superior, com lastro na garantia da lei federal alemã de liberdade de escolha da profissão. O Tribunal Constitucional alemão julgou improcedente o pedido sob o fundamento de que ao indivíduo apenas é permitido exigir da sociedade aquilo que não extrapola os limites do razoável, de maneira que o Estado não está obrigado a prestar ilimitadamente serviços públicos – não está obrigado a criar a quantidade suficiente de vagas nas universidades públicas para atender a todos os candidatos – e a construção de direitos subjetivos à prestação material de serviços públicos pelo Estado permanece condicionada à disponibilidade de recursos, estando a decisão sobre a disponibilidade destes, localizada no campo discricionário das decisões governamentais e dos parlamentos, mediante composição dos orçamentos públicos.⁹¹

Por tais razões, segundo Andreas Krell, a retórica em torno do postulado da reserva do possível é fruto de um Direito Constitucional Comparado equivocado, já que a adoção de soluções estrangeiras para os problemas do país nem sempre é coerente sob o ponto de vista de suas próprias necessidades materiais. Sob essa ótica, os estudiosos do Direito Comparado persistem em lembrar que conceitos constitucionais transplantados precisam ser interpretados e aplicados de uma maneira adaptada às circunstâncias particulares de contextos culturais e socioeconômicos diferentes, o que exige o máximo de sensibilidade.⁹²

A reserva do possível, portanto, originada na Alemanha, onde já existe um padrão satisfatório de bem-estar social, uma ambiência jurídica e social bem diferente daquela encontrada no Brasil, deve ter seu uso obstado nesse país, onde muitas pessoas passam sérias

⁹⁰ KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**. Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2002, p. 54.

⁹¹ KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**. Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2002, p. 52.

⁹² KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**. Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2002, p. 54.

privações: fome, ausência de condições mínimas de dignidade, principalmente nas áreas da saúde, educação, trabalho, moradia, assistência e previdências sociais.

Aceitar as razões da escassez de recursos ou da limitação orçamentária como argumento de defesa estatal nas hipóteses de deficiência ou não realização de políticas públicas no Brasil, mormente nas questões relacionadas à prestação de saúde, é prática temerária, porque a destinação orçamentária da saúde é vinculada, o seu financiamento é regrado constitucionalmente, conforme os ditames do § 2º do art. 198, que define a aplicação de percentuais mínimos sobre as receitas provenientes do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, para custear a implementação de políticas para saúde.

Além disso, impróprio seria uso do predicado “escasso” para um orçamento na monta de R\$ 70,9 bilhões⁹³, como é o da saúde, aprovado para o ano de 2011. Ainda que fosse constatada a insuficiência do montante destinado legalmente à realização das políticas públicas para a efetivação da saúde, o razoável seria, no lugar de usar a desculpa da falta de recursos, buscá-los em outras áreas menos prioritárias, já que a saúde é direito fundamental, universal.

O direito fundamental à saúde é direito de todos e dever do Estado. Sendo insuficientes os recursos do Erário, que se retirem insumos de outras áreas não contempladas pelo Constituinte com o *status* da fundamentalidade, a fim de efetivar esse direito de cunho essencial que envolve a integridade psicofísica e a vida das pessoas.⁹⁴

Fazer relativizações diante do direito à saúde acaba por levar a ponderações perigosas e anti-humanistas a exemplo de: por que gastar dinheiro com doentes incuráveis ou terminais?⁹⁵ Ou, na temática desse trabalho, por que gastar dinheiro com doentes idosos, se fisiologicamente falando estão mais próximos da morte?

Tal concepção não humanista inclina-se à perspectiva utilitarista do direito, mediante a qual se busca garantir a felicidade de um maior número de pessoas da coletividade, ainda que

⁹³ CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Orçamento aprova mais recursos para a saúde em 2011**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/151948-ORCAMENTO-APROVA-MAIS-RECURSOS-PARA-A-SAUDE-EM-2011.html>>. Acesso: 3 fev.2011.

⁹⁴ BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à Saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Saraiva, 2010, p.138.

⁹⁵ KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**. Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2002, p. 53.

para isso se aceite a preterição de uma minoria vulnerabilizada - promove-se uma distribuição igual de direitos fundamentais entre os indivíduos de um grupo majoritário da sociedade, às custas de poucos indivíduos, aos quais se negavam os incrementos do prazer e da felicidade.⁹⁶

No entanto, num estágio de reflexão que conduz, na atualidade, ao postulado da solidariedade social por meio da qual se garante a inclusão de todos os membros de uma respectiva comunidade, de modo que todos partilhem de um mesmo “chão comum”, com a satisfação estadual das necessidades básicas, ou seja, daquelas necessidades cuja privação impedem o indivíduo de agir como agente moral, o problema é definir quais necessidades ou quais os níveis de satisfação dessas necessidades não de ser classificados por básicos numa dada comunidade, quais os meios ou instrumentos a utilizar na satisfação dessas necessidades e qual o nível de tutela dos direitos sociais.⁹⁷

Importantes posições doutrinárias afirmam ser do legislador a definição política democrática dos serviços públicos que, por serem considerados essenciais, serão entregues à comunidade, considerando as possibilidades do orçamento estatal.⁹⁸ Tal definição legislativa norteia o titular do poder público, no momento da prestação administrativa dos serviços, à medida da motivação invocada, impedindo o controle jurisdicional.

Vários são os embasamentos teóricos que fortalecem as críticas à judicialização dos direitos sociais. Essas críticas põem em questão a própria legitimidade de o Judiciário atuar na concretização dos direitos e derivam primordialmente da matriz liberal e democrática. A crítica liberal mais conhecida à atuação judicial na esfera administrativa é extraída do princípio da separação dos poderes, mediante o qual se postula que o poder do Estado não pode se concentrar em um único órgão de tomada de decisão. E a crítica democrática sustenta que a concretização judicial dos direitos sociais seria antidemocrática, por ser conduzida por agentes que não passaram pelo crivo do voto.⁹⁹

⁹⁶ HART, H.L.A. Utilitarismo y Derechos Naturales. In **Anuario de derechos humanos**, n. 1. Madri: Instituto de Derechos Humanos, Universidad Complutense, 1982, p. 158.

⁹⁷ NABAIS, José Casalta. **Por uma liberdade com responsabilidade**. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 151.

⁹⁸ TORRES, Silvia Faber. Direitos Prestacionais, Reserva do Possível e Ponderação: breves considerações e críticas. In GALDINO, Flávio; SARMENTO, Daniel (Orgs.). **Direitos fundamentais: Estudos em homenagem ao Professor Ricardo Lobo Torres**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 785.

⁹⁹ SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **A justiciabilidade dos direitos sociais: críticas e parâmetros**. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Org.) **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p. 519 e 522.

Além da crítica liberal e democrática, Cláudio Pereira de Souza Neto expõe as críticas institucionais, de ordem financeira, administrativa e técnica à questão da legitimidade do Judiciário na concretização dos direitos sociais. Ele explica que essas críticas se embasam, por exemplo, no fato de algumas decisões judiciais não serem passíveis de cumprimento em razão da escassez de recursos públicos, argumento que vai ao encontro da teoria da reserva do possível. Além disso, a atuação judicial pode desorganizar a Administração Pública, porque, no lugar de se ocuparem no planejamento e execução das políticas públicas, os administradores passam a se preocupar com o cumprimento de decisões judiciais e o atendimento de demandas individuais. Por fim, apresenta a crítica técnica que diz não estar o Judiciário capaz de saber, por exemplo, se tal medicamento é realmente necessário.¹⁰⁰

Diante de tudo isso e ainda diante da consciência da crise dos fundamentos da efetividade dos direitos fundamentais, cogita-se fixar a seguinte hipótese básica: a saúde da pessoa idosa é um direito humano fundamental e, como tal, encontra-se a serviço da igualdade e da liberdade material, objetivando a proteção da pessoa idosa contra as necessidades de ordem material e a garantia de uma existência com dignidade¹⁰¹; e a preservação da dignidade é a peça-chave para sanar os problemas de exclusão da pessoa idosa.

Sendo direito fundamental, a saúde da pessoa idosa goza de status diferenciado no âmbito do sistema constitucional e do sistema jurídico. Como em todo o conjunto de direitos fundamentais, vislumbra-se, no direito à saúde, o caráter da centralidade, em decorrência mesmo da centralidade da pessoa e da sua dignidade. Disso se extrai a conclusão de que, tanto o Estado quanto o Direito, existem para promover da forma mais ampla os direitos fundamentais.

Os poderes públicos, portanto, submetidos aos ditames constitucionais, como uma decorrência direta do Estado de Direito, devem promover a fruição dos direitos fundamentais. O legislador cuida de disciplinar os temas variados de acordo com os princípios constitucionais. O judiciário aplicará a norma jurídica, dando-lhe efetividade, segundo as demandas sociais, de maneira que melhor realize os fins constitucionais. O problema é que as decisões judiciais produzem, via de regra, efeitos individualizados entre as partes. Dessa

¹⁰⁰ SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **A justiciabilidade dos direitos sociais: críticas e parâmetros**. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Org.) *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p. 525 e ss.

¹⁰¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p.92.

maneira, compete à Administração Pública efetivar os comandos gerais contidos na ordem jurídica, garantindo e promovendo os direitos fundamentais em caráter geral.

Para isso, torna-se necessário implementar ações e programas para garantir a prestação de determinados serviços. Destaca-se, portanto, a premissa de que as políticas públicas são indispensáveis para a garantia e promoção dos direitos fundamentais.

E, diante do atual ativismo judicial, empregado na efetivação dos direitos sociais, as políticas públicas precisam ampliar suas respostas às necessidades da sociedade – especialmente daquela parcela hipossuficiente que mais carece de proteção, como as crianças, idosos, portadores de necessidades especiais –, do contrário, essa intervenção judicial na concretização dos direitos sociais será cada vez mais provocada, principalmente no atual contexto de sucessivas crises que atingem o Legislativo e o Executivo e também da superação do positivismo no âmbito da metodologia constitucional¹⁰², momento no qual o fundamento ético se sobressai no ordenamento jurídico para dar vazão a um sistema de realização de valores, e a dimensão axiológica supera a dimensão deontológica.¹⁰³

Apesar de toda vastidão legal para a proteção da saúde da pessoa idosa, dando suporte à produção de justas decisões judiciais, pode-se afirmar, com segurança, que o fundamento ético extraído das aspirações e interesses sociais que o segmento idoso revela na atualidade também tem influenciado no ativismo judicial nessa matéria e na resposta favorável às pretensões dos idosos em demandas de saúde.

As últimas décadas do século XX marcam um retorno aos valores como fundamentos da ordem jurídica. Observe-se, por exemplo, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça nos seguintes julgados:

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMATIO AD CAUSAM DO PARQUET. ART. 127 DA CF/88. ESTATUTO DO IDOSO. DIREITO À SAÚDE. ART. 557 DO CPC. DECISÃO MONOCRÁTICA DO RELATOR RESPALDADA EM JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL A QUE PERTENCE. 1. O Ministério Público está legitimado a defender os interesses transindividuais, quais sejam os difusos, os coletivos e os individuais homogêneos. 2. Recurso especial interposto

¹⁰² SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A justiciabilidade dos direitos sociais: críticas e parâmetros. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Org.) **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, p. 516.

¹⁰³ CITTADINO, Gisele. **Pluralismo, direito e justiça distributiva: elementos da filosofia constitucional contemporânea.** 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009, p. 46.

contra acórdão que decidiu pela ilegitimidade ativa do Ministério Público Estadual para pleitear, via ação civil pública, o fornecimento de medicamento em favor de pessoa idosa. 3. É que a Carta de 1988, ao evidenciar a importância da cidadania no controle dos atos da administração, com a eleição dos valores imateriais do art. 37, da CF como tuteláveis judicialmente, coadjuvados por uma série de instrumentos processuais de defesa dos interesses transindividuais, criou um microsistema de tutela de interesses difusos referentes à probidade da administração pública, nele encartando-se a Ação Popular, a Ação Civil Pública e o Mandado de Segurança Coletivo, como instrumentos concorrentes na defesa desses direitos eclipsados por cláusulas pétreas. 4. É mister concluir que a nova ordem constitucional erigiu um autêntico 'curso de ações' entre os instrumentos de tutela dos interesses transindividuais e, a fortiori, legitimou o Ministério Público para o manejo dos mesmos. 5. Legitimatío ad causam do Ministério Público à luz da dicção final do disposto no art. 127 da CF, que o habilita a demandar em prol de interesses indisponíveis. 6. Sob esse enfoque, se destaca a Constituição Federal no 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. Conseqüentemente a Carta Federal outorgou ao Ministério Público a incumbência de promover a defesa dos interesses individuais indisponíveis, podendo, para tanto, exercer outras atribuições previstas em lei, desde que compatível com sua finalidade institucional (CF, arts. 127 e 129). 7. O direito à saúde, insculpido na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso, é direito indisponível, em função do bem comum, maior a proteger, derivado da própria força impositiva dos preceitos de ordem pública que regulam a matéria. 8. Outrossim, o art. 74, inc. III, da Lei 10.741/2003 revela a autorização legal a que se refere o art. 6.º do CPC, configurando a legalidade da legitimação extraordinária cognominada por Chiovenda como "substituição processual". 9. Impõe-se, ressaltar que a jurisprudência hodierna do E. STJ admite ação individual capitaneada pelo MP (Precedentes: REsp 688052/RS, Ministro HUMBERTO MARTINS, DJ 17.08.2006; REsp 822712/RS, Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, DJ 17.04.2006; REsp 819010/SP, Ministro JOSÉ DELGADO, DJ 02.05.2006).

10. O direito à saúde assegurado ao idoso é consagrado em norma constitucional reproduzida no arts. 2º, 3º e 15, § 2º, do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), senão vejamos: 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.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (...) Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. § 1º (...) § 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. 11. A aplicação do art. 557 do CPC supõe que o julgador, ao isoladamente, negar seguimento ao recurso, confira à parte, prestação jurisdicional equivalente à que seria concedida acaso o processo fosse julgado pelo órgão colegiado. 12. Recurso especial parcialmente provido para reconhecer a legitimidade ativa do Ministério Público Estadual.¹⁰⁴

¹⁰⁴ STJ. REsp. 695665 / RS. Relator: Ministro Luiz Fux. Primeira Turma. Data do Julgamento: 24/10/2006.

Ação direta de inconstitucionalidade. Lei nº 3.542/01, do Estado do Rio de Janeiro, que obrigou farmácias e drogarias a conceder descontos a idosos na compra de medicamentos. Ausência do periculum in mora, tendo em vista que a irreparabilidade dos danos decorrentes da suspensão ou não dos efeitos da lei se dá, de forma irremediável, em prejuízo dos idosos, da sua saúde e da sua própria vida. Periculum in mora inverso. Relevância, ademais, do disposto no art. 230, caput da CF, que atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Precedentes: ADI nº 2.163/RJ e ADI nº 107-8/AM. Ausência de plausibilidade jurídica na alegação de ofensa ao § 7º do art. 150 da Constituição Federal, tendo em vista que esse dispositivo estabelece mecanismo de restituição do tributo eventualmente pago a maior, em decorrência da concessão do desconto ao consumidor final. Precedente: ADI nº 1.851/AL. Matéria relativa à intervenção de Estado-membro no domínio econômico relegada ao exame do mérito da ação. Medida liminar indeferida.¹⁰⁵

PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO, PELO ESTADO, À PESSOA IDOSA HIPOSSUFICIENTE, PORTADORA DE DOENÇA GRAVE. OBRIGATORIEDADE. AFASTAMENTO DAS DELIMITAÇÕES. PROTEÇÃO A DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER CONSTITUCIONAL. ARTS. 5º, CAPUT, 6º, 196 E 227 DA CF/1988. PRECEDENTES DESTA CORTE SUPERIOR E DO COLENDO STF. 1. Recurso especial contra acórdão que extinguiu o processo, sem julgamento do mérito, em face da ilegitimidade ativa do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, o qual ajuizou ação civil pública objetivando a proteção de interesses individuais indisponíveis (direito à vida e à saúde de pessoa idosa hipossuficiente), com pedido liminar para fornecimento de medicamentos por parte do Estado. **2.** Os arts. 196 e 227 da CF/88 inibem a omissão do ente público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) em garantir o efetivo tratamento médico a pessoa necessitada, inclusive com o fornecimento, se necessário, de medicamentos de forma gratuita para o tratamento, cuja medida, no caso dos autos, impõe-se de modo imediato, em face da urgência e conseqüências que possam acarretar a não-realização. **3.** Constitui função institucional e nobre do Ministério Público buscar a entrega da prestação jurisdicional para obrigar o Estado a fornecer medicamento essencial à saúde de pessoa carente, especialmente quando sofre de doença grave que se não for tratada poderá causar, prematuramente, a sua morte. **4. O Estado, ao se negar a proteção perseguida nas circunstâncias dos autos, omitindo-se em garantir o direito fundamental à saúde, humilha a cidadania, descumpre o seu dever constitucional e ostenta prática violenta de atentado à dignidade humana e à vida. É totalitário e insensível.** **5.** Pela peculiaridade do caso e, em face da sua urgência, há que se afastarem delimitações na efetivação da medida sócio-protetiva pleiteada, não padecendo de qualquer ilegalidade a decisão que ordena que a Administração Pública dê continuidade a tratamento médico. **6.** Legitimidade ativa do Ministério Público para propor ação civil pública em defesa de direito indisponível, como é o direito à saúde, em benefício de pessoa pobre. **7.** Precedentes desta Corte Superior e do colendo STF. **8.** Recurso especial provido para, reconhecendo a legitimidade do Ministério Público para a presente ação, determinar o reenvio dos autos ao Tribunal *a quo*, a fim de que se pronuncie quanto ao mérito.¹⁰⁶ (Grifos nossos).

O Tribunal de Justiça Alagoano também é favorável ao pleno atendimento do direito à saúde a todas as pessoas por qualquer dos entes federativos:

¹⁰⁵ STF. ADI 2435 / RJ. Relator: Ministra Ellen Gracie. Tribunal Pleno. Data do Julgamento: 13/03/2002.

¹⁰⁶ STJ. REsp. 837591 / RS. Relator: Ministro José Delgado. Primeira Turma. Data do Julgamento: 11/09/2006.

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CONSTITUCIONAL. AÇÃO COMINATÓRIA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. POSSIBILIDADE DE CONTROLE JUDICIAL DO MÉRITO ADMINISTRATIVO QUANDO SE TRATAR DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS. PREVALÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE E À VIDA. PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA. ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. PRELIMINARES: ILEGITIMIDADE DO ESTADO DE ALAGOAS. CHAMAMENTO DO MUNICÍPIO E DA UNIÃO. PRECEDENTES. PRELIMINARES REJEITADAS. RECURSO CONHECIDO. IMPROVIDO. 1. A apelada pode pleitear em face de qualquer um dos Entes Federativos, em decorrência da solidariedade existente entre eles; 2. O direito à saúde, compreendido nesse conceito o acesso a medicamentos, deve ser destinado a todos os indivíduos; 3. Preliminares rejeitadas; 4. Recurso conhecido. Improvido.¹⁰⁷

Pode-se então afirmar que o direito constitucional à saúde é um direito subjetivo público a prestações positivas dos Estados, passível de garantia via judicial.

Trata-se de direito estabelecido pelo art. 196 da Constituição Federal como direito de todos, dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, regido pelo princípio do acesso universal e igualitário, às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, nos termos do voto do Ministro Celso de Mello, no julgamento do Agravo Regimental na Suspensão de Liminar nº 47 do Supremo Tribunal Federal, na dúvida entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável a todos, assegurado pela própria Constituição ou fazer prevalecer contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado impõe-se ao julgador. Uma vez configurado esse dilema, uma só e possível opção: precisamente aquela que privilegia, por razões de natureza ético-jurídica, o respeito indeclinável à vida e à saúde humana.¹⁰⁸

A judicialização da saúde ou, em termos mais simples, a intervenção do Poder Judiciário na criação ou implementação de políticas públicas em matéria de saúde é tarefa bastante pertinente, pois o que ocorre na quase totalidade dos casos é a simples ordem judicial ao cumprimento ou efetivação de políticas públicas já existentes, já elaboradas e previstas legalmente, com recursos alocados inclusive, já que é importante lembrar, em matéria de saúde, as políticas já estão previstas na norma, (haja vista as inúmeras portarias editadas pelo

¹⁰⁷ TJ/AL. **Apelação nº 2010.000610-6**. Relator: Desembargador Alcides Gusmão da Silva. 2ª Câmara Cível. Data do Julgamento 19/04/2010.

¹⁰⁸ STF. **Ag. Reg. na Suspensão de Liminar nº 47**. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Data do Julgamento: 17/03/2010.

Poder Executivo, disciplinando exaustivamente as diretrizes para a execução das políticas de saúde) o Judiciário não estaria criando nenhuma política pública, extrapolando assim o seu poder, mas apenas determinado a sua execução.

O objetivo pretendido pelo constituinte em matéria de proteção ao direito à saúde, firmando, inclusive, o reconhecimento da responsabilidade solidária de qualquer ente federativo, em assegurá-lo a toda pessoa que necessite, impõe meta cuja não realização qualificar-se-á como inconstitucionalidade por omissão imputável ao poder público.

Isso mostra que a intervenção judicial, quando da ocorrência da recusa governamental em conferir concretização ao direito à saúde, apresentar-se-á totalmente legítima, sem qualquer ofensa ao princípio da separação dos poderes, porque, em demandas objetivando a efetivação desse direito, vislumbra-se a necessidade de fazer prevalecer a *decisão política fundamental* que o constituinte adotou em seus encargos jurídico-políticos.

O direito social à saúde, estreitamente associado ao direito à vida, não deve, portanto, ser relativizado pelo critério da possibilidade orçamentária estatal, sobretudo porque a vida humana, direito constitucional fundamental de primeira dimensão, depende de ostensiva proteção e grande diversidade de políticas públicas, para que as pessoas não passem por graves violações à sua própria liberdade.

2.5 Os direitos da pessoa idosa como objeto das políticas públicas no Brasil

É possível citar, já no período colonial brasileiro, uma experiência inicial de um sistema de proteção social no país, mediante a criação de instituições de caráter assistencial como a Santa Casa de Misericórdia de Santos; assim, também no período imperial, outros precedentes do atual sistema, como os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes, compunham os meios de amparo social da época.

O Decreto nº. 9.912 de 26 de março de 1888 regulou o direito à aposentadoria dos empregados dos correios e foi o primeiro ato normativo destinado à proteção social do trabalhador que, após 30 anos de serviço e idade mínima de 60 anos, poderia usufruir de uma aposentadoria.

No entanto, considera-se o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves (o autor do projeto respectivo) que determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária.

Não se pode olvidar que a inclusão das questões do envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras é também, de certa maneira, resultado da influência e pressão que a sociedade civil e as associações científicas impuseram para o desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa.

Duas iniciativas merecem destaque.

Inicialmente, a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), fundada em 16 de maio de 1961, na cidade do Rio de Janeiro, pelo idealismo de um grupo de profissionais cujo ideário constituiu um marco diferencial no campo da ciência de então. Esses profissionais perceberam que, em um futuro muito próximo, o Brasil não seria mais um país tão jovem e, por isso, precisava preparar-se técnica e cientificamente para enfrentar o desafio de garantir qualidade de vida aos idosos.¹⁰⁹

Logo depois, em 1963, o Serviço Social do Comércio – SESC instituiu o Trabalho Social com Idosos, programa pioneiro na América Latina, fomentando a iniciativa de um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, com o intuito de incentivar a criação de grupos de convivência para idosos que os ajudassem a enfrentar a marginalização e a compartilhar amizades, preocupações, angústias, sonhos e desejos com aqueles que viviam uma problemática semelhante. A partir desse modelo, milhares de núcleos dessa natureza se espalharam por todo o país. A ação do SESC revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional.¹¹⁰

Essas foram as primeiras iniciativas significativas da sociedade civil.

Quanto às ações do governo federal na prestação de assistência à pessoa idosa, noticiase que tiveram início em 1974 e consistiam em ações preventivas realizadas em centros

¹⁰⁹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quem somos**. Disponível em: <<https://www.sbgg.org.br/conteudo.aspx?pP=34&pO=37&pM=2>>. Acesso em 8 ago. 2009.

¹¹⁰ CARVALHO, Herbert. O país em ritmo de envelhecimento. **Revista Problemas Brasileiros**, São Paulo, SESCSP, n. 394, jul.-ago., 2009. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=344&Artigo_ID=5350&IDCategoria=6126&reftype=1>. Acesso: 8 ago. 2009.

sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como em internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos, em instituições que avaliavam, para a admissão dos idosos, o seu desgaste físico e mental, a insuficiência de recursos próprios e familiares e a inexistência de família ou abandono por ela.¹¹¹

Ainda na década de 70, a criação de dois tipos de benefícios não-contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia (RMV) para os necessitados urbanos e rurais, representam também uma importante iniciativa do governo federal em prol dos idosos carentes. Os valores desses benefícios foram estipulados, à época, em 50% do salário mínimo, à exceção da aposentadoria por invalidez do trabalhador rural que era de 75% do salário mínimo. A previdência rural era devida ao chefe do domicílio de mais de 65 anos que comprovasse ter trabalhado em atividades rurais.¹¹²

Assim, a Lei n° 6.179, de 11 de dezembro de 1974, instituiu o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos ou inválidos, conhecido como renda mensal vitalícia, primeira medida de proteção do idoso necessitado, no âmbito da política previdenciária. Os requisitos para a sua concessão eram: não receber nenhum benefício, ter contribuído por, pelo menos, 12 meses ou alternativamente ter trabalhado por cinco anos em atividade na época não coberta pela previdência e não auferir renda superior ao valor do benefício. Em 1992, com a fusão dos regimes, as RMVs urbanas e rurais foram agrupadas. Em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), foram criados benefícios assistenciais *stricto sensu* — os amparos assistenciais.

Em 1976, realizaram-se três seminários regionais em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um Nacional, em Brasília, a fim de encontrar um diagnóstico da questão do envelhecimento populacional brasileiro e apresentar as linhas básicas para uma política de assistência e promoção social do idoso. A partir desses seminários, reuniu-se um conjunto de informações sobre a situação do idoso na sociedade brasileira, o qual, analisado e editado pela então Secretaria de Assistência Social, do Ministério de Previdência e Assistência Social, deu

¹¹¹ CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 264.

¹¹² CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 264.

origem a um documento, extremamente importante, intitulado: Política Social para o Idoso - Diretrizes Básicas.¹¹³

Esse documento apresentou algumas propostas relevantes para o desenvolvimento das políticas públicas direcionadas ao segmento idoso no Brasil. As principais foram: a implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, entre outros objetivos, à manutenção do idoso na família; a revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos; a criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar; a revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria; a formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; a coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo Serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev), em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outras.

Conforme ressalta Camarano, as políticas do governo federal para a população idosa brasileira, até esse momento histórico, consistiam apenas no provimento de renda para aqueles que trabalharam de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece predominar nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento.

Ao longo da década de 80, por influência do debate internacional, essa visão vai tomando outros contornos e uma série de direitos vai sendo assegurada ao segmento idoso, de modo que a Constituição de 1988 passa a garantir, conforme já exposto, sob o critério material unificador de todos os direitos humanos que é a dignidade da pessoa humana, o amplo amparo à velhice, e a legislação infraconstitucional brasileira, tão abrangente e detalhista na tutela de cada direito da pessoa idosa, vem, de forma ostensiva, reclamar o incremento das políticas públicas necessárias à concretização desses direitos na realidade social.

As políticas sociais básicas previstas na Lei 8.842/1994 – Política Nacional do Idoso contemplam ações relativas à assistência social, saúde, educação, previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, ao esporte e lazer.

¹¹³ RODRIGUES, Nara da costa. Política nacional do idoso - retrospectiva histórica. In **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**. Porto Alegre: PROEXT/UFRGS, 2001, v. 3, p. 150.

Tomadas em conjunto, as diretrizes das políticas voltadas para o idoso produzem, como visto, tensões referentes a condições de efetivação, pela sua vastidão e complexidade. A legislação é completa e muitos são os direitos garantidos, dando indícios da intenção estatal em aderir a um movimento voltado à promoção e à implementação desses direitos, como resposta aos anseios externados pela população.

Ocorre, porém, conforme já se tem observado doutrinariamente, que a edição de leis conformadoras de valores sociais, muitas vezes, apenas indica o caso de legislação simbólica que, segundo Neves, com base em Harald Kindermann, serve para confirmar valores sociais ou para postergar a solução de um conflito por meio de um compromisso dilatatório ou ainda para ser um “*álibi*” do Estado perante a opinião pública.¹¹⁴

Quando a legislação constitui apenas mais uma tentativa de apresentar o Estado como identificado com os valores ou fins por ela formalmente protegidos, sem qualquer perspectiva quanto à concretização normativa, evidentemente estaremos diante de um caso de legislação simbólica, editada apenas com a finalidade de firmar uma posição do legislador diante dos debates, das lutas ou dos conflitos sociais pela prevalência de determinados valores.¹¹⁵

Nesse sentido, as reflexões de Arnold, expostas por Marcelo Neves, pelas quais àquele se atribui o pioneirismo no enfrentamento do “direito como simbolismo”, partem do pressuposto de que o direito é concebido como uma maneira de referir-se às instituições governamentais em termos ideais, em vez de concebê-las realístico-objetivamente, devendo-se ter sempre presente que a função do direito não reside tanto em guiar a sociedade, mas em confortá-la.¹¹⁶

Além disso, considerando que a legislação simbólica tem também como objetivo fortalecer a confiança dos cidadãos no respectivo governo, ou, de um modo geral, no Estado, porque o legislador, muitas vezes sob pressão direta do público, elabora diplomas normativos para satisfazer as expectativas dos cidadãos, sem que com isso haja o mínimo de condições de

¹¹⁴ NEVES, Marcelo. A força simbólica dos direitos humanos. **Revista Eletrônica de Direito do Estado**, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, nº 4, outubro/novembro/dezembro, 2005, p. 20. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

¹¹⁵ NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007, p. 33.

¹¹⁶ NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007, p. 25-26.

efetivação das respectivas normas, corre-se o risco de tal legislação deixar os problemas sem solução, ou o que é pior, obstruir os meios para que eles sejam resolvidos.¹¹⁷

Importante é saber se a legislação que tutela os direitos da pessoa idosa assumiu a identidade simbólica; se apenas inflacionou o ordenamento jurídico positivo, na ilusão consagradora de direitos, sem, no entanto, apresentar força concretizadora, postergando a efetividade de suas normas para momento incerto, isso porque a hipertrofia dos direitos na legislação simbólica no plano da efetividade, em detrimento de sua força normativa, pode ensejar a apatia e desconfiança do público com relação ao Estado e a suas instituições, pela ausência de viabilização de políticas públicas, instrumentalizando as conquistas sociais firmadas na norma.

Em contrapartida, extraindo o aspecto positivo, a legislação simbólica pode conduzir, tanto por parte da sociedade civil, quanto da oposição política organizada a um discurso crítico da concretização insuficiente da norma, debate facilmente provocado, no caso da inefetividade dos direitos da pessoa idosa, considerando que essa parcela da população encontra-se cada vez mais articulada.

Uma variedade de programas sociais em favor do idoso foi criada nos últimos anos e as necessidades especiais desse contingente de pessoas têm incitado a formulação de políticas públicas específicas, até agora insuficientes. No entanto (conforme será provado, adiante, pelo menos no que se refere à prestação dos serviços de saúde), é o que indica a importância da tutela desses direitos na atualidade e a constatação de que muito ainda precisa ser feito em favor da velhice.

2.6 A garantia de destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à pessoa idosa

O art. 3º, parágrafo único do Estatuto do Idoso que dispõe acerca da garantia de absoluta prioridade da efetivação dos direitos fundamentais da pessoa idosa, determina em seu inciso III que essa garantia de prioridade compreende, entre outros direitos, a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso.

¹¹⁷ NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007, p. 36-39.

No entanto, sabe-se que, atualmente, após ultrapassar um longo período de reflexão e esforço empregados no escopo de justificar e declarar os direitos do homem, muito se tem discutido acerca da inclusão e séria consideração econômica desses direitos.

Já se tem argumentado que a existência de um determinado direito fundamental depende também, e principalmente, da verificação, entre muitas outras condicionantes fáticas e jurídicas, das possibilidades financeiras para realizá-lo em um determinado momento e da justificação em termos de custo-benefício.¹¹⁸

É fato que a implementação dos direitos fundamentais sociais mediante políticas públicas requer alocação de recursos, cabendo ao gestor público o dever de incluir no orçamento autorizativo a sua devida efetivação. Muito frequente, entretanto, é a alegação da escassez ou da inexistência desses recursos.

Ocorre que a escassez de recursos não deve ser elemento de motivação para a falta de realização dos direitos fundamentais sociais, porque, ainda diante da escassez, persiste para o Estado, quanto a certas obrigações mínimas essenciais e prioritárias, o dever de atuação.

Para Andreas Krell, a negação de qualquer tipo de obrigação a ser cumprida na base dos Direitos Fundamentais Sociais tem como consequência a renúncia de reconhecê-los como verdadeiros direitos.¹¹⁹

Decidir o destino dos recursos públicos envolve escolhas tipicamente políticas, sendo natural e desejável que as instâncias majoritárias tenham precedência. A elas incumbe o dever de considerar realidades abrangentes e assumir os ônus políticos decorrentes de escolhas mal feitas. Por outro lado, a Constituição define direitos fundamentais cuja observância não é facultativa para o Poder Público.¹²⁰

Como visto, entre as garantias de prioridade previstas no art. 3º do Estatuto do Idoso, está a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso. A política de atenção ao idoso goza, portanto, da garantia da preferência, devendo ser

¹¹⁸ GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos** – direitos não nascem em árvores. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005, p. 343

¹¹⁹ KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha** – Os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 2002, p.23.

¹²⁰ MENDONÇA, Eduardo. Da faculdade de gastar ao dever de agir: o esvaziamento contramajoritário de políticas públicas. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Orgs.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 231.

fomentada, segundo a norma citada, com prioridade, trazendo ao gestor público o dever de reservar para ela os recursos necessários, sob pena de ser considerado em mora, quando descuida da obrigação da formulação e inclusão das políticas públicas correspondentes no orçamento para a sua devida efetivação.

3 A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL

No caminho percorrido na presente pesquisa, buscou-se, a cada momento, lançar um olhar rigoroso aos dados colhidos, mediante uma análise dialética crítica da realidade a fim de romper o manto das aparências que facilmente se revelam e adentrar na estrutura oculta do real. Portanto, a análise dos vários aspectos relacionados à efetividade do direito à saúde da pessoa idosa foi esmiuçada, no sentido de conhecer os detalhes da totalidade concreta que, na maioria das vezes, não se mostram à simples observação.

Pretendendo-se investigar a efetividade das normas garantidoras do direito à saúde da pessoa idosa na rede pública de saúde do município de Maceió-AL, averiguando a harmonia entre a tutela jurídica abstrata e a realidade concreta, pela comparação dos ditames normativos com a sua aplicação no mundo fático, constatou-se a necessidade de realizar a pesquisa por meio de três etapas metodológicas suscitadas em razão de demandas específicas da investigação.

A apreciação e o relato da pessoa idosa, na qualidade de destinatária da norma, acerca da extensão e qualidade do atendimento que lhe é dispensado nas Unidades de Saúde de Maceió-AL, considerados de grande importância para completude da pesquisa, são elementos que compõem a sua primeira etapa, colhidos por meio de entrevistas aplicadas a esses destinatários da norma.

A fim de verificar *in loco* o cumprimento das normas editadas no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso, bem como das exigências das portarias ministeriais atinentes à tutela da saúde do idoso, pelos Postos de Saúde de competência do município de Maceió-AL, atestou-se a necessidade de, numa segunda etapa da pesquisa, visitar todos os Postos qualificados pela municipalidade como Unidades de Referência, para saber se tais unidades estão obedecendo às determinações legais, nos cuidados da saúde da pessoa idosa.

A terceira etapa foi realizada no núcleo do idoso da Defensoria Pública do Estado de Alagoas, com entrevista à defensora por ele responsável, por considerar importante o conhecimento do dado que revela a estatística de utilização da via judicial, pela pessoa idosa, por patrocínio da advocacia pública, como forma de ver efetivado o seu direito à saúde.

Para concluir a pesquisa, realizou-se ainda uma quarta e última, mas não menos importante etapa destinada a conhecer, no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Alagoas, o número de idosos que promoveram ações em busca da efetivação de seu direito à saúde no município de Maceió e se obtiveram tutela satisfativa.

Destacando o fato de que a pesquisa é aqui entendida como processo e que, como supõe Pedro Demo, o conceito de processo pressupõe uma realidade sempre volúvel, mutável, nunca acabada e finalmente que, em se tratando de ciência, estamos sempre começando de novo¹²¹, adiante explicar-se-á, pela exposição de cada uma das etapas da pesquisa e da metodologia aplicada, o material recolhido.

O projeto de pesquisa que subsidiou a apresentação deste trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Alagoas, por intermédio do Processo Administrativo nº 000543/2011-39 e o trabalho de campo foi realizado com a aprovação desse colegiado da Universidade Federal Alagoana.

3.1 Primeira etapa – As entrevistas com os idosos

Considerando como dado inicial da pesquisa o número de idosos do município de Maceió que, segundo o Censo de 2010 do IBGE é de 79.087 pessoas¹²², constatou-se a necessidade de conhecer quais os locais de aglutinação desse grupo social, para fazer a melhor opção quanto ao campo de abordagem dos entrevistados.

A primeira idéia foi utilizar como campo de abordagem as principais agências da Previdência Social da cidade, por considerar que nelas se encontraria considerável número de idosos. Essa idéia foi descartada, no entanto, em razão do provável peso da atmosfera psicológica em que se encontram as pessoas que, pelos variados infortúnios, procuram atendimento nessa política integrante da Seguridade Social, fato que poderia inclinar as respostas à determina propensão negativa, afetando os dados de coleta e a futura análise, perigo constante em pesquisas sociojurídicas.

¹²¹ DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1985, p.29.

¹²² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em: 31 maio 2011.

A partir disso e sabendo da existência de alguns grupos de convivência de idosos no Estado de Alagoas, solicitou-se a ajuda do Programa de Saúde do Idoso da Secretaria de Saúde desse Estado que realiza o cadastro das instituições que promovem a reunião das pessoas idosas em espaços de convivência, pelo qual foi disponibilizada a informação de que o município de Maceió possui, até o momento do contato com o Programa, 39 grupos.

A opção pelos grupos de convivência como campo de pesquisa motiva-se pela própria natureza institucional desses grupos, nos quais, além de possibilitar a troca de experiências e fortalecimento emocional dos idosos, figura como importante espaço para debates, seminários, estudos de apoio, conhecimento de direitos e exercício da cidadania.

Foram selecionados para a pesquisa 6 dos 39 grupos: Grupo de Convivência do SESC-AL no bairro do Poço; Grupo de Amigos Idosos do PAM Salgadinho no bairro do Centro; Associação de Idosos Liberdade no Conjunto Santo Eduardo; Associação das Senhoras de Caridade São Vicente de Paulo, na Igreja de São Pedro Apóstolo da Ponta Verde; Clube dos Amigos Idosos da Casa da Amizade, no Tabuleiro do Martins e o Grupo de Idosos do Espaço Ativo, na Mangabeiras.

Para dar início à pesquisa, foi necessário estabelecer contato com os coordenadores dos referidos grupos, a fim de realizar os primeiros acertos administrativos, tais como: ofício para a instituição pedindo autorização para a realização da pesquisa, cronograma das atividades, e agendamento das entrevistas, de acordo com a conveniência dos idosos.

Na abordagem dos idosos, levaram-se em consideração os dias de atividades no Grupo de Convivência, tendo a pesquisadora que agendar espaço e local para a realização das entrevistas.

Essas entrevistas foram realizadas individualmente, dando-se ênfase, em todos os momentos, ao direito que a população entrevistada possui de ser abordada com respeito, clareza, pertinência, qualidade em termos de estratégias de aproximação e formação de vínculo¹²³.

¹²³ PRATES, Jane Cruz; REIS, Carlos Nelson; ABREU, Paulo Belmonte de. Metodologia de pesquisa para população de rua: alternativas de enfrentamento pelo poder local. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, nº 64, ano XXI, nov., 2000, p. 139.

3.1.1 Elaboração dos instrumentos de pesquisa

Elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, mediante a qual se favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.¹²⁴

Utilizando o tipo de entrevista semiestruturada, o roteiro compunha-se de informações gerais acerca dos marcos legais atinentes à tutela da saúde da pessoa idosa, perguntas abertas, fechadas com duas opções de respostas (sim ou não) e de múltiplas escolhas (fechadas com algumas respostas possíveis).

O roteiro da entrevista permitiu, no primeiro momento, conhecer o perfil das pessoas entrevistadas, acerca do conhecimento da existência de importantes leis que fomentam a proteção da sua condição de idoso. Foi importante saber quantos dos entrevistados conhecem a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e os direitos específicos de atenção à saúde e quantos deles, de fato, utilizam o SUS, como recurso para tratamento e acompanhamento de sua saúde.

Em seguida, o roteiro questiona à pessoa entrevistada a quantos e quais direitos relacionados à promoção da velhice saudável ela teve acesso ou utilizou efetivamente, para se ter noção de quantos desses direitos estão disponibilizados pelo Poder Público. Perguntou-se também à pessoa entrevistada acerca de casos de discriminação ou maus tratos sofridos nos atendimentos prestados nos Postos de Saúde, deixando o espaço livre ao relato aberto da situação.

Considerou-se também importante saber, na visão da pessoa entrevistada, quais os maiores problemas por ela enfrentados no atendimento do SUS. Nesse caso, apresentou-se uma série de opções e, ao fim, o espaço livre, para relato espontâneo. Da mesma maneira, na pergunta sobre avaliação do atendimento que recebe, como pessoa idosa, foram-lhe fornecidas as opções: ótimo, bom, regular, ruim, péssimo e não sabe avaliar.

¹²⁴ TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, p. 152.

Perguntou-se também sobre a utilização da via judiciária para a obtenção de remédios, tratamentos de saúde (exames e procedimentos cirúrgicos) e a resposta concedida pelo juiz quanto à concessão de tais demandas.

3.1.2 Seleção dos sujeitos

Nessa etapa, que se configura como de amostragem, considerou-se, para a análise do universo da população estudada, a amostra de 100 (cem) idosos integrantes dos Grupos de Convivência listados anteriormente, sendo 78 (setenta e oito) mulheres e 22 (vinte e dois) homens. É importante frisar que o número elevado de mulheres entrevistadas, em detrimento do reduzido quantitativo masculino, não se trata de opção ou estratégia metodológica, mas decorre da própria composição dos grupos de convivência de idosos em geral, frequentados mais por mulheres do que por homens. Esse fato pode confirmar o processo de transição de gênero que ocorre paralelamente ao envelhecimento populacional, em evolução no mundo inteiro, chamado feminização da velhice, fenômeno sóciodemográfico associado, conforme estudo de Neri: à maior longevidade das mulheres em comparação com os homens; à maior presença relativa de mulheres na população idosa, aumentando a sua visibilidade, principalmente nos estratos mais velhos; ao crescimento do número de mulheres idosas que integram a população economicamente ativa.¹²⁵ Esse é um dado relevante, principalmente para as questões relativas às demandas de saúde da população idosa, em particular das mulheres, indicando a necessidade de criação de instituições, políticas e práticas sociais para dar conta da novidade.

Além da idade (apenas foram ouvidas pessoas com 60 anos ou mais), não se firmou nenhum outro critério para delimitar o público a ser entrevistado, apesar de que a escolha dos Grupos de Convivência priorizou a classe pobre que geralmente faz uso do SUS para o tratamento de saúde. Entretanto, um grupo de convivência frequentado pela classe média e alta foi também incluído na pesquisa para dar maior segurança no resultado.

3.1.3 Entrada no campo

Esse momento teve como premissa a importância de apreender por intermédio dos relatos dos idosos, sempre na primeira pessoa, os significados por ele atribuídos acerca da

¹²⁵ NERI, Ana Liberalesso. Feminização da velhice. *In* NERI, Ana Liberalesso (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fubadação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p. 48.

atenção que o município dispensa à pessoa idosa nessa fase da vida, além de reforçar a idéia de que, tomando-os como sujeitos de direito, que podem contribuir de forma significativa na proposição de políticas públicas no segmento dos longevos, precisam ter o pleno conhecimento de seus direitos para cobrá-los diante das autoridades competentes.

Percebeu-se que muitos não seguiam as perguntas do roteiro, pela empolgação de serem ouvidos, restando à pesquisadora captar, nas falas, as assertivas de significação e avaliação.

3.1.4 A coleta de dados

Na etapa de aplicação dos instrumentos de pesquisa, privilegiaram-se as asserções avaliativas, as sequências e as frequências das respostas, interpretadas a partir das categorias básicas norteadoras do estudo. Para a realização do corte qualitativo, foram analisados o universo dos instrumentos aplicados, a entrevista semiestruturada e a observação simples.

A técnica de entrevista semiestruturada foi feita a partir da aplicação de um roteiro de entrevista que continha questões abertas de significação subdivididas em blocos temáticos de discussão que contemplam os seguintes aspectos: plenitude do direito à saúde para a pessoa idosa, conhecimento desse direito por parte do destinatário da norma e efetivação do direito à saúde no dia a dia, cujas respostas foram captadas pela pesquisadora, sempre numa abordagem direta e individual. Vale salientar que, antes de se iniciar o diálogo, a pesquisadora colhia os dados de identificação, como nome e idade do entrevistado, para, em seguida, adentrar de fato na entrevista.

Para complementar a pesquisa, outra técnica utilizada foi a observação simples, uma vez que o contato com a realidade a ser analisada permitiu penetrar no campo de investigação, captando uma diversidade de situações e fatos. Por se tratar de uma abordagem também qualitativa, na qual as observações são imprescindíveis, o diário de campo foi instrumento fundamental para registrar todos os aspectos verificados no momento da interlocução, como os gestos, as atitudes, a fala, ou seja, elementos importantes para a futura análise e mapeamento dos resultados.

A pesquisa qualitativa, mesmo trabalhando aspectos subjetivos, amplos, com riqueza e profundidade de detalhes, pode levar a resultados objetivos, claros e concisos, desde que o

pesquisador, ao interpretar os dados, dê o sentido “real” que foi transmitido pelos sujeitos pesquisados, e não a sua visão sobre o tema investigado.

3.1.5 Método de análise dos dados

O método dialético de investigação é um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade, onde os fatos não podem ser avaliados fora de um contexto social, político e econômico. Tal método considera a realidade como um todo concreto e procura desvendá-la.

Portanto, após a fase de coleta de dados, prossegue-se, então, a interpretação destes, à luz do método dialético, no intuito de reconstruí-lo no seu movimento constitutivo, captando suas conexões, contradições. Embora a dialética pressuponha a interdependência entre as pesquisas caracterizadas como quantiquantitativas, que trabalham com dados mensuráveis através da quantificação (idade, sexo, etc.) e com conteúdos subjetivos, tais como “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos e dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1998, p. 22), a natureza da pesquisa de campo desenvolveu-se, predominantemente, com base na linha de estudo qualitativo, completada com dados quantitativos a partir de cruzamentos, articulações e mediações.

O *status* da pesquisa qualitativa nesse trabalho é devido a ser determinante na condução da interpretação dos dados de conteúdo subjetivos, uma vez que esta responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Nesse sentido, os dados coletados foram analisados a partir de uma operacionalização que prevê a ordenação dos dados: seleção, codificação, tabulação dos dados objetivos e catalogação de todo o material adquirido no trabalho de campo, (re)leitura do material, organização dos relatos e as observações; classificação dos dados (nessa etapa já deve estar claro que os dados não existem por si, isto é, eles são construídos).

3.1.6 O resultado da primeira etapa da pesquisa

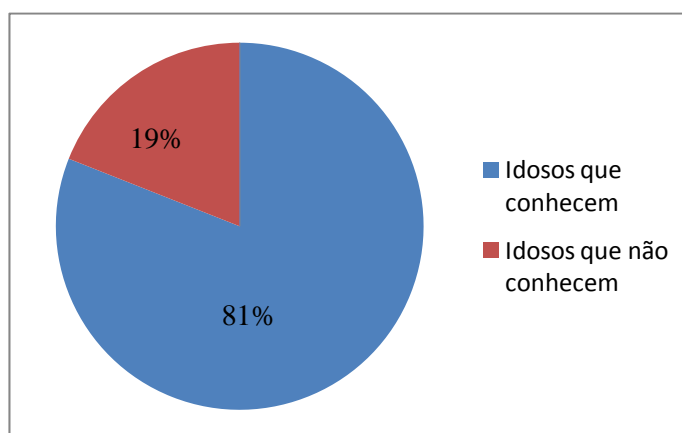
Um dos principais fatores para o exercício da cidadania e reivindicação de direitos é o conhecimento do conteúdo desses direitos ou, pelo menos, da existência dos instrumentos que

os veiculam, dificilmente reclamados quando ignorados por seus destinatários. As maiores dificuldades para a prática da cidadania são a falta de compreensão da lei e, o que é pior, o seu total desconhecimento.

No que se refere à tutela dos direitos da pessoa idosa, é importante ressaltar o papel do Ministério Público. É tarefa desse órgão modificar o quadro de desrespeito aos direitos da pessoa idosa, incentivando, mostrando e alertando a família, a comunidade e o poder público sobre a importância da efetivação desses direitos. Na prática, deve o Promotor de Justiça, que atua na defesa desse segmento social, promover palestras, audiências públicas, expedir recomendações e orientar o público em geral acerca dos direitos dos idosos para que, assim informados, possam cobrar do Estado, dos particulares, da família e da sociedade uma nova postura diante da necessidade de garantir o fim das violações a esses direitos.

Considerando a importância de conhecer as normas que nos asseguram direitos, para poder reivindicá-los, o questionário da pesquisa inquiriu aos idosos acerca do seu conhecimento sobre a existência de leis que especificamente cuidam da sua situação de idosos. Esse dado foi reputado relevante para, ao final, subsidiar uma melhor avaliação do grau de efetivação do direito à saúde da pessoa idosa, cujo resultado pode ser justificado pelo maior ou menor conhecimento da lei, já que população melhor informada exige a concretização de seus direitos e nela influencia incisivamente perante o poder público devedor das prestações que lhe façam vir à realidade.

Gráfico 1 - Conhecimento da legislação específica atinente aos direitos da pessoa idosa (Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso)



Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

O resultado obtido da pesquisa realizada foi bastante satisfatório. Verificou-se que, dos 100 idosos entrevistados, apenas 19 declararam desconhecer a existência do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso.

Aqueles que disseram estar a par da referida legislação atribuíram seu conhecimento à grande divulgação dos meios de comunicação, principalmente o televisivo, bem como dos próprios eventos promovidos pelo Grupo de Convivência frequentado que, corriqueiramente, disponibilizam a distribuição de cartilhas informativas e trazem profissionais da saúde e da previdência social para a disseminação e exposição de alguns dos direitos contidos naquelas leis.

Não se pode deixar de mencionar, no entanto, no viés da estrutura qualitativa dessa pesquisa, o desânimo e a descrença de alguns dos idosos entrevistados na força efetiva desses instrumentos legais. Valendo-se da oportunidade, prestaram depoimentos em tom de desabafo. Eis alguns depoimentos, a título de exemplo:

1 - Idosa 1: *“Eu sei que existe a lei do idoso, mas não serve de nada não!”*

2 - Idoso 2: *“Já vi passando na televisão, mas não adianta não. No Brasil, velho não tem vez.”*

São depoimentos que se repetiram algumas vezes durante a entrevista, mostrando um pouco da insegurança dos idosos em relação à efetivação de seus direitos.

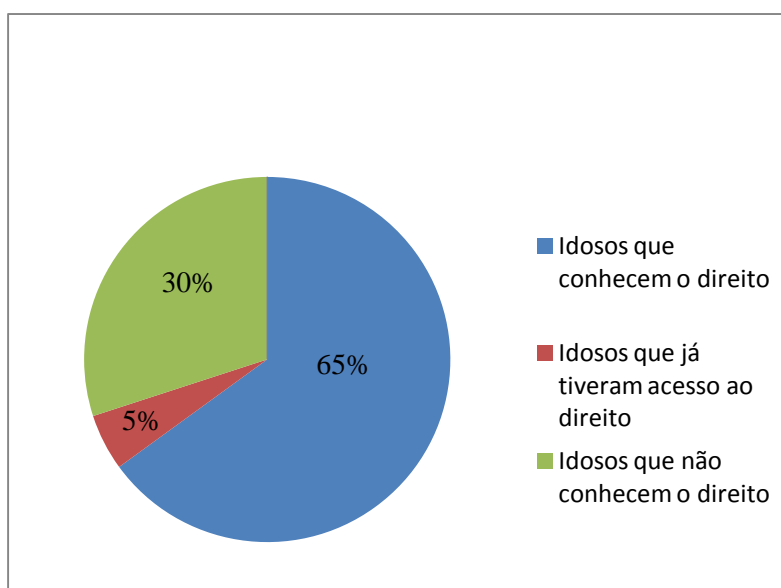
Como a pesquisa trata do direito específico à saúde do idoso, além de saber se estão cientes da existência das leis próprias de seus direitos, quis-se saber também sobre o conhecimento de cada um dos direitos relacionados à proteção da saúde, garantidos no Estatuto do Idoso.

Foi perguntado a eles sobre o conhecimento do direito ao atendimento médico domiciliar, incluindo a internação quando estão acamados. Pretendendo quantificar e diferenciar os idosos que apenas sabem da existência do direito, daqueles que efetivamente tiveram acesso e dele gozaram, foram apresentadas três opções de resposta: 1) se apenas conhecem o direito, mas nunca usufruíram; 2) se, de fato, tiveram acesso ao direito; ou 3) se não conhecem o direito.

Apesar da importância desse direito que garante ao idoso impossibilitado de locomover-se, mediante a norma do art. 15, § 1º, IV da Lei 10741/2003, a opção digna de ser atendido em seu domicílio, o resultado obtido não foi satisfatório, sobretudo porque o Programa de Saúde na Família, que normalmente executa tal prestação, por estar dela incumbido, é um programa com respaldo organizacional do governo federal e deveria ter ampla cobertura de atendimento.

No entanto, no Município de Maceió-AL, como será visto adiante, o Programa de Saúde na Família somente assiste a população residente em território cadastrado pela equipe dessa política governamental que, até o momento, não passa de 27% da base territorial do Município.

Gráfico 2 - Conhecimento do direito ao atendimento médico domiciliar, incluindo a internação para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover



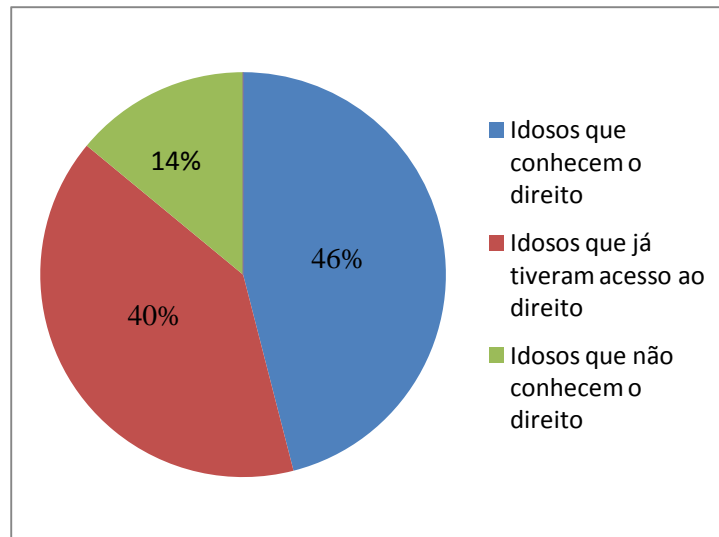
Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Dos 100 (cem) idosos entrevistados, 65 (sessenta e cinco) disseram conhecer o direito enunciado, 30 (trinta) disseram não conhecer e apenas 5 (cinco) foram visitados em suas casas pela equipe do Programa de Saúde da Família, quando estiveram acamados.

Pretendeu-se também averiguar o conhecimento dos idosos acerca do direito à gratuidade de medicamentos, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (art. 15, § 2º da Lei 10471/2003). Seguindo a mesma

estratégia da pergunta anterior, apresentaram-se aos idosos as mesmas alternativas de respostas: aqueles que apenas conhecem o direito, aqueles que usufruem do direito e aqueles que não conhecem o direito.

Gráfico 3 - Conhecimento do direito à gratuidade de medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação



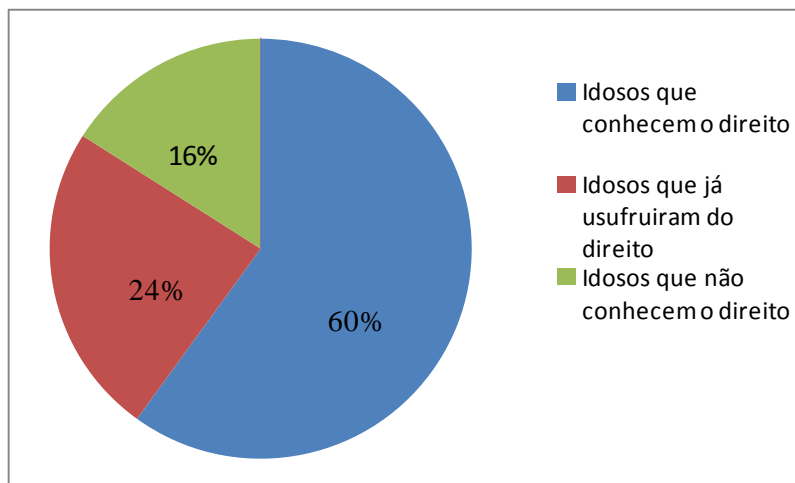
Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Com relação a esse direito, o resultado foi um pouco melhor, já que dos 100 (cem) idosos entrevistados, 40 (quarenta) disseram receber gratuitamente os remédios de que precisam na própria farmácia da Unidade de Saúde que utilizam.

Dos 100 (cem) idosos, 46 (quarenta e seis) disseram conhecer o direito à gratuidade de medicamentos, mas não usufruem do direito em razão da dificuldade em adquirir os medicamentos nas farmácias públicas, pela complexidade da burocracia envolvida e pela escassez de medicamentos.

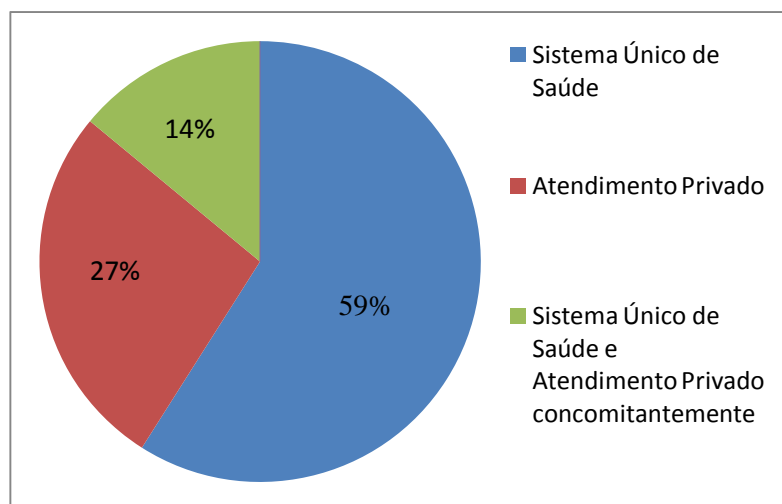
Citam-se alguns dos depoimentos originados por essa pergunta: 1 - Idosa 3: “*Pego remédio não. É muito demorado!*” 2 - Idosa 4: “*Se a gente for esperar pelo remédio do governo, morre!*” 3 - Idosa 5: “*No posto não tem o remédio que eu tomo.*”

Sobre o conhecimento do direito ao atendimento prioritário, 60% dos idosos declararam conhecê-lo, contra 16% que disseram desconhecê-lo. Aqueles que já vivenciaram a experiência de gozar do direito de ser atendido com prioridade somaram 24%.

Gráfico 4 - Conhecimento do direito ao atendimento prioritário

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Após averiguar o perfil dos 100 (cem) idosos entrevistados sobre o conhecimento dos direitos relativos à proteção da saúde, foi indispensável saber quantos desse universo de pessoas são usuários do Sistema Único de Saúde e quantos pagam para ter o atendimento privado. O resultado dessa pergunta indica que a maior parte dos idosos precisa do SUS para o tratamento de saúde, em razão unicamente da falta de recursos financeiros.

Gráfico 5 - Serviço de Saúde que o idoso utiliza

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Desse modo, declarando não terem dinheiro para pagar planos de saúde privados, 59 (cinquenta e nove) idosos disseram ser o SUS, entre as alternativas apresentadas, a única possível.

No entanto, um número expressivo de idosos, 27 (vinte e sete) deles, disse pagar planos privados de saúde ou tê-los pagos por algum familiar, sempre enfatizando que tal opção decorre do atendimento insatisfatório prestado pelo SUS. Eis alguns depoimentos:

1 - Idosa 6: *“O SUS é demorado demais. Quando você precisa não é atendido. (...) Dormir numa fila?”*

2 - Idosa 7: *“O SUS só para o remédio, porque para pegar ficha, eu pagava R\$15,00, para ter direito ao atendimento!”*

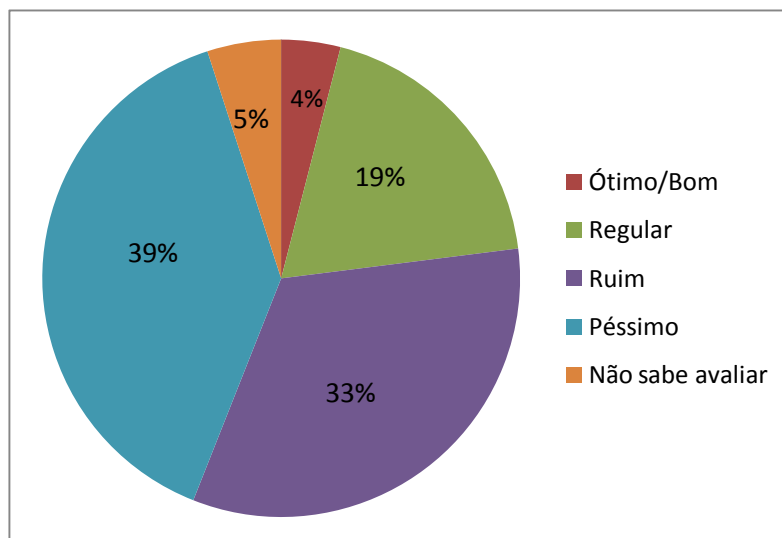
3 - Idosa 8: *“Eu pago plano porque não vou ficar entregue às baratas!”*

4 - Idosa 9: *“Eu uso plano de saúde porque o SUS é difícil. Uma vez precisei fazer uma cirurgia no osso pelo governo e demorou muito para ser atendida!”*

Por fim, 14 (quatorze) pessoas disseram utilizar os dois meios de atendimento concomitantemente: o SUS para tratamentos simples e o serviço privado, quando precisam de consulta com especialista, de algum exame ou cirurgia.

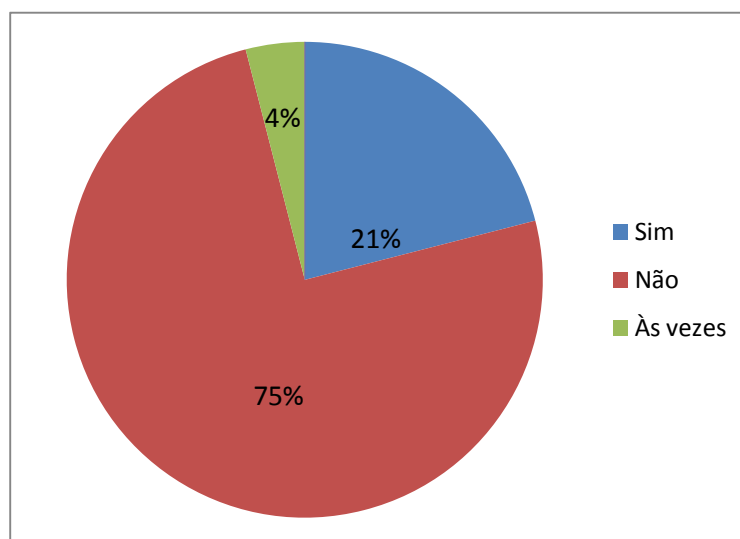
Em seguida, conforme se vê no gráfico 6 abaixo, incitados a avaliarem o atendimento prestado no SUS, numa escala composta por ótimo, bom, regular, ruim, péssimo e não sabe avaliar, os idosos responderam o seguinte:

Um pequeno percentual, 1% dos idosos, disse que, no seu entendimento, os serviços prestados nas unidades de saúde do Município de Maceió-AL podem ser avaliados como ótimos, 3% disseram ser bons e 19% regulares, totalizando o percentual de 23% que avaliam positivamente esses serviços. Ao passo que, 72% avaliaram o atendimento prestado no serviço público de saúde entre ruim e péssimo.

Gráfico 6 - Avaliação do idoso acerca do atendimento prestado no serviço público de saúde

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Foi perguntado também aos idosos se nas Unidades de Saúde existe alguma estratégia para o cumprimento do direito ao atendimento prioritário.

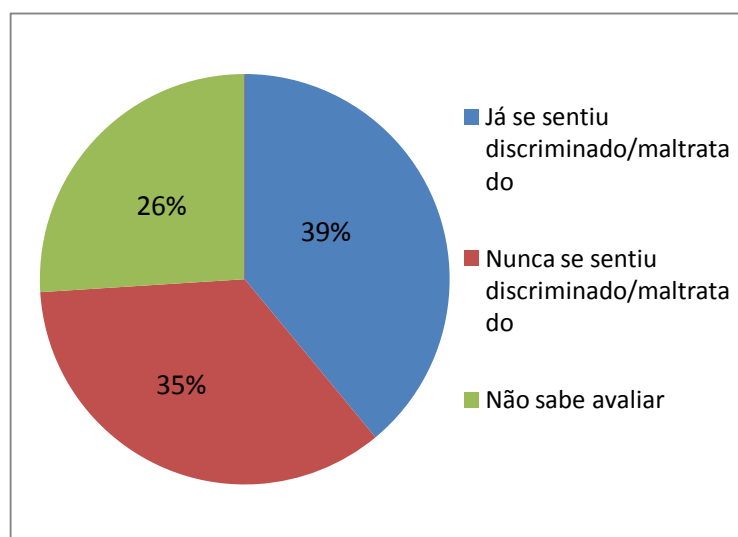
Gráfico 7 - O direito ao atendimento prioritário é respeitado no SUS?

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Os entrevistados se dividiram da seguinte maneira: 75% disseram que esse direito não é respeitado, 21% disseram que veem esse direito se concretizar na prática e 4% informaram que o cumprimento do atendimento prioritário é oscilante – somente em algumas oportunidades é respeitado.

O fator idade é ainda bastante apontado como motivador de atos de discriminação e descaso. Pretendendo conhecer dados a respeito dessa situação, perguntou-se aos idosos acerca de casos de discriminação, maus-tratos nas Unidades de Saúde.

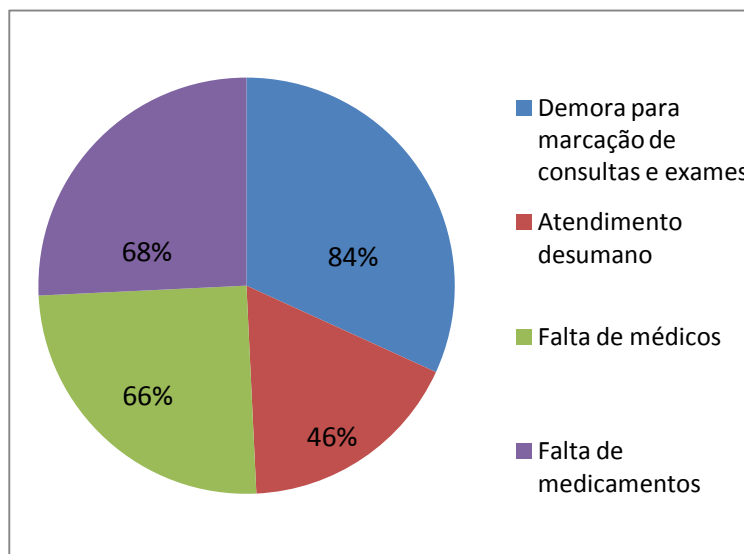
Gráfico 8 - Casos de mau atendimento, discriminação ou maus-tratos no sistema único de saúde, devido à idade?



Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

O resultado foi bastante equilibrado, já que 39% disseram ter sofrido atos de discriminação em razão da idade; 35% declararam nunca terem sido vítimas de discriminação e 26% não souberam responder à indagação.

Importante também saber dos idosos quais os principais problemas enfrentados por eles nas Unidades de Saúde. Dos 100 (cem) idosos entrevistados, 84 apontaram a demora para a marcação de consultas e exames, 68 idosos disseram ser um problema a falta de medicamentos, 66 a falta de médicos e 46 deles, o atendimento desumano.

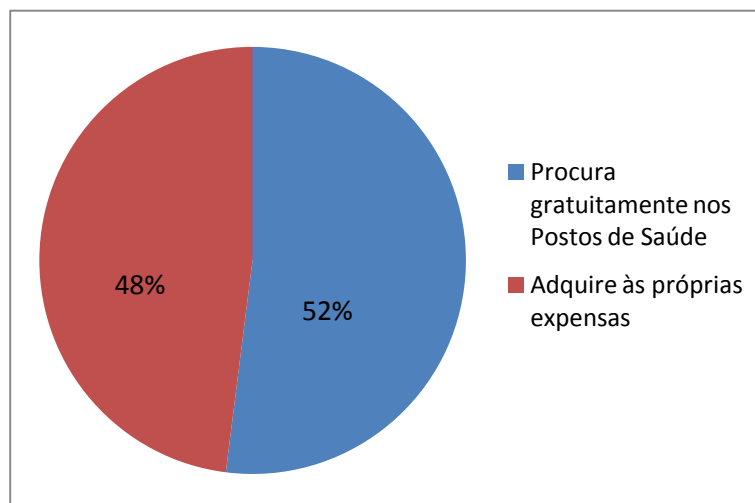
Gráfico 9 - Quais os principais problemas enfrentados na área da saúde pelo idoso?

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Os idosos reclamaram muito do novo sistema de marcação de consultas e exames, denominado CORA - Central de Organização e Regulação Ambulatorial, mediante o qual todos os pacientes são incluídos numa ordem de atendimento para consultas, exames e agendamento de leito hospitalar e o idoso também é incluído no sistema do CORA, independentemente de sua condição especial.

A respeito do quesito “meio de obtenção de remédios”, 52% disseram procurar gratuitamente no SUS os remédios de que necessitam, enfrentando as dificuldades, os procedimentos burocráticos da concessão, a demora do fornecimento. Algumas tentativas restam infrutíferas, hipótese em que o idoso precisa comprar a medicação. Em contrapartida, 48% dos entrevistados disseram adquirir às próprias expensas os remédios de que fazem uso.

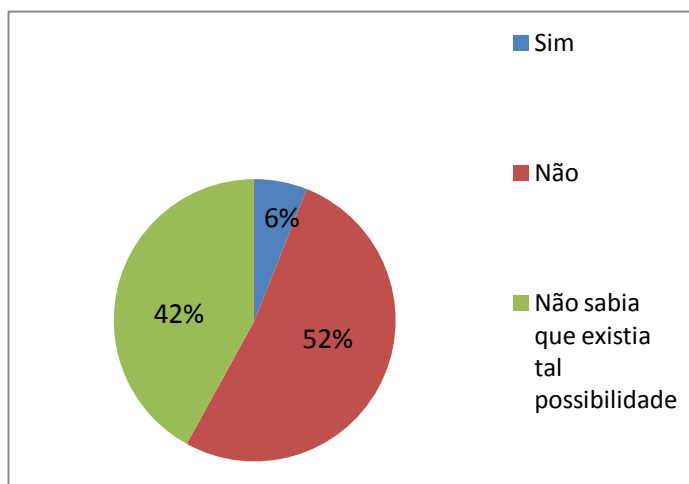
A questão da entrega de remédios pelo poder público é bastante polêmica. Tanto no aspecto da competência para a concessão, quando as esferas de poder estadual e municipal jogam, uma nas mãos da outra, a responsabilidade da prestação dos remédios aos pacientes, quanto no aspecto da limitação das “listas” dos remédios disponibilizados pelo Governo do Estado e pela municipalidade. Os idosos ficam à mercê dessas dificuldades e seu direito acaba esbarrando na baixa efetividade.

Gráfico 10 - Forma de obtenção de remédios

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Diante do descumprimento do poder público na concessão dos medicamentos aos idosos, o recurso possível para sanar tal omissão é a via judicial, bastante utilizada na atualidade.

No entanto, o resultado da pesquisa indicou o baixíssimo índice de pessoas que recorrem ao Poder Judiciário para adquirir seus medicamentos junto ao poder público.

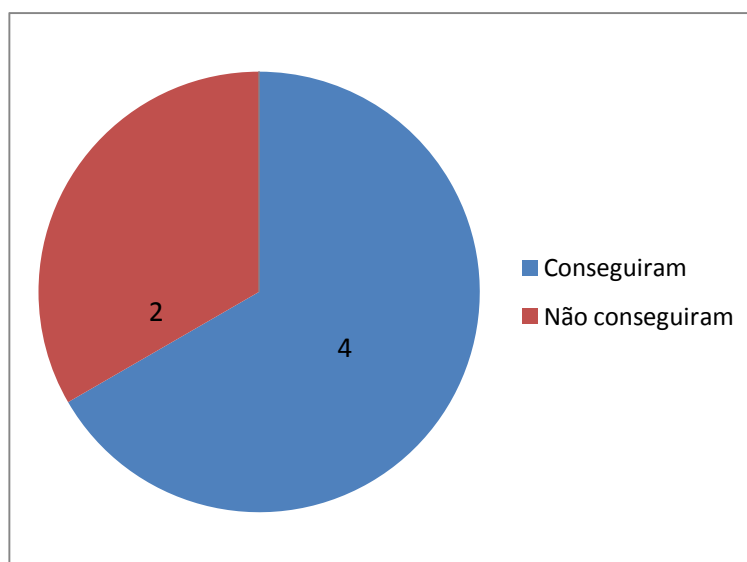
Gráfico 11 - Já recorreu ao Poder Judiciário para obter remédios gratuitos pelo SUS, ou outro tipo de tratamento de saúde (exames, procedimentos cirúrgicos)?

Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

Apenas 6% dos idosos disseram ter interposto uma ação perante o Judiciário para garantir esse direito, 52% preferiram não provocar as medidas judiciais para esse fim e 42% declararam nem conhecer tal possibilidade.

Dos seis idosos que ingressam com ação, apenas quatro obtiveram a concessão da tutela judicial, determinando ao poder público a entrega do remédio pleiteado pelo idoso. Os 2 outros casos foram indeferidos.

Gráfico 12 - Daqueles que recorreram ao poder judiciário, quantos conseguiram o provimento jurisdicional requerido?



Fonte: CNPq/UFAL, 2011.

3.2 Segunda etapa – As visitas às unidades de referência de Maceió-AL

Para a realização da segunda etapa da pesquisa, foram necessárias algumas visitas à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

A pretensão desse segundo momento era a visitação aos Postos de Saúde do município, classificados como Unidades de Referência, para averiguar a sua adequação instrumental, física, estrutural, de pessoal e de atendimento às necessidades da pessoa idosa no que pertine à sua saúde.

Para tanto, inicialmente, formulou-se ao Secretário Municipal de Saúde, Adeilson Loureiro Cavalcante, em 14 de dezembro de 2010, o requerimento de autorização para a realização dessa pesquisa, cujo deferimento foi concedido em 11 de janeiro de 2011.

O primeiro dado colhido na Secretaria de Saúde foi que o Município de Maceió encontra-se dividido em sete distritos sanitários e cada um deles possui uma Unidade de Referência:

O Distrito Sanitário I abrange os bairros de Jaraguá, Poço, Ponta da Terra, Pajuçara, Ponta Verde, Jatiúca, Mangabeiras, Cruz das Almas, Jacarecica, Guaxuma, Riacho Doce, Pescaria e Ipioca e sua Unidade de Referência, Unidade de Saúde Oswaldo Brandão Vilela, localiza-se no bairro da Ponta da Terra.

O Distrito Sanitário II abrange os bairros do Centro, Levada, Prado, Trapiche da Barra, Ponta Grossa, Vergel do Lago e Pontal da Barra e sua Unidade de Referência, Unidade de Saúde Roland Simon, no Bairro do Vergel do Lago.

O Distrito Sanitário III engloba os bairros do Farol, Pinheiro, Pitanguinha, Santo Amaro, Gruta, Canaã, Ouro Preto e Jardim Petrópolis e a Unidade de Saúde da Pitanguinha é a Unidade de Referência da região.

O Distrito Sanitário IV compõe-se dos bairros de Bom Parto, Mutange, Bebedouro, Chã da Jaqueira, Chã de Bebedouro, Fernão Velho, Santa Amélia, Petrópolis, Rio Novo e o PAM Bebedouro figura como a Unidade de Referência da região.

O Distrito Sanitário V, composto pelos bairros do Jacintinho, Feitosa, Barro Duro, São Jorge e Serraria, possui sua Unidade de Referência localizada no bairro do Jacintinho, Unidade de Saúde João Paulo II.

O Distrito Sanitário VI composto pelos bairros de Antares e do Benedito Bentes, possui, nesse último bairro, a sua Unidade de Referência, Unidade de Saúde Hamilton Falcão.

O Distrito Sanitário VII abrange os bairros de Santa Lúcia, Tabuleiro do Martins, Cidade Universitária, Clima Bom e Santos Dumont, possui duas Unidades de Referência, uma localizada no bairro do Clima Bom, Unidade de Saúde Djalma Loureiro e a outra localizada no bairro Tabuleiro do Martins, Unidade de Saúde Ib Gatto Falcão.

A estratégia da pesquisa centrou-se na visita às Unidades de Referência do Município de Maceió-AL, tendo em vista a extensão de seu atendimento que propõe a disponibilização das variadas especialidades médicas que, normalmente, não são encontradas nas Unidades Básicas de Saúde, onde a assistência à saúde é prestada por meio de médico generalista, já que se trata de unidades para realização de atendimentos de atenção básica, tendo como principais serviços as consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Desse modo, o atendimento geriátrico, como especialidade médica e parte do atendimento gerontológico, exigência da lei em favor da pessoa idosa, comumente deve ser encontrado nas chamadas Unidades de Referência. Daí a sua prioridade de visitação.

É importante ressaltar que, além das Unidades de Referência acima descritas, também foi campo de pesquisa o PAM Salgadinho, denominado de Unidade Especializada do Município de Maceió, por ofertar à população todas as especialidades de atendimento médico, incluindo a geriatria.

Assim, foram visitadas as 8 Unidades de Referência e a Unidade Especializada do Município de Maceió-AL.

Antes de iniciar o trabalho de campo, a fim de verificar de maneira ampla a efetividade das normas que tutelam o direito à saúde da pessoa idosa no Município de Maceió, principalmente aquela que enfatiza o direito do idoso acamado ao atendimento domiciliar, foram necessários dois importantes contatos na Secretaria de Saúde desse município. O primeiro, com o Setor encarregado do Programa de Saúde da Família – PSF e o segundo, com o setor incumbido do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, no qual se encontra o Programa de Atenção Domiciliar – PAD.

O Programa Saúde da Família é um modelo de atendimento assistencial de atenção básica do Sistema Único de Saúde, subdividido em equipes de profissionais multidisciplinares com base de trabalho nas unidades de saúde, que se prestam a atender as famílias de uma área delimitada, previamente cadastradas, incluindo o atendimento no próprio domicílio, buscando a prevenção de doenças antes que aconteçam, realizando consultas, tratamentos, vacinação, pré-natal e outras atenções que visem à manutenção da saúde das famílias cobertas pelo

programa. A equipe é composta por vários profissionais de saúde, entre eles médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos.

O Programa de Atenção Domiciliar é uma atribuição do Programa de Atenção à Saúde do Idoso e se destina a assistir, em suas residências, os idosos acamados que estão fora do alcance do PSF, por meio do agendamento das visitas. A equipe do Programa é composta por uma médica, uma psicóloga, dois auxiliares de enfermagem, uma nutricionista e um fisioterapeuta.

Na realidade, é o PAD que executa maior parte do atendimento domiciliar, já que está encarregado de mais de 70% da área de Maceió, porque, na atualidade, a área cadastrada de cobertura do PSF é de apenas 27% do município, dado que confirma o resultado da entrevista com os idosos, na qual se verificou que, no universo de 100 (cem) idosos ouvidos, apenas 5 (cinco) foram visitados pela equipe do Programa de Saúde da Família.

Para ser atendido pelo PAD, é preciso ter 60 anos ou mais, estar acamado e fora do PSF. Atualmente, o Programa atende apenas 157 pacientes em todo o Município.

3.2.1 Elaboração do instrumento de pesquisa

Usou-se, como ferramenta para coleta de dados nas Unidades de Referência de Maceió-AL, um roteiro de entrevista com perguntas orientadoras. Os enunciados normativos assecuratórios do direito à saúde da pessoa idosa, constantes no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso, foram considerados estruturas de relevância na elaboração desse roteiro.

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso trazem amplo disciplinamento ao modo de atendimento da pessoa idosa, no âmbito da promoção da saúde. Tal disciplinamento está direcionado à atuação do Poder Público pelo qual deve ser 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.

A partir disso, o roteiro da entrevista aplicada nas Unidades de Referência tratou de permitir uma comparação fidedigna daquilo que a norma assecuratória do direito à saúde do idoso enuncia e aquilo que é efetivado na prática.

Assim, pelo roteiro, foi perguntado aos Diretores Administrativos das Unidades de Referência sobre a existência das especialidades médicas, dos serviços, dos medicamentos, das facilidades em prol da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa, incluindo a atenção especial às doenças que a afetam preferencialmente, tal qual determina a norma.

3.2.2 A entrada no campo

De posse da autorização do Secretário de Saúde do Município de Maceió-AL, a realização dessa etapa da pesquisa não encontrou resistência ou qualquer dificuldade no que se refere ao ingresso nas Unidades, à abordagem dos Diretores Administrativos e a sua disponibilidade em responder às questões ou à averiguação específica da concretização de cada um dos direitos em todas as Unidades de Referência do município.

3.2.3 A coleta de dados

A segunda etapa da pesquisa foi realizada a partir de um roteiro de entrevista estruturada, no qual há uma relação padronizada e fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis em todo o desenvolvimento do processo empírico. Esse tipo de entrevista permite o tratamento quantitativo dos dados, possibilitando assim uma avaliação estatística do resultado.

Com o roteiro estruturado, pôde-se saber quantas das Unidades de Referência do Município de Maceió-AL disponibilizam atendimento geriátrico e gerontológico à população idosa; quantas delas viabilizam meios que assegurem o direito ao atendimento domiciliar, inclusive internação, para aqueles que se encontram acamados; quantas das Unidades visitadas realizam a dispensação gratuita de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação dos idosos; quantas delas formularam estratégias para a garantia do atendimento prioritário da pessoa idosa e, finalmente, quantas articularam a criação de grupos de apoio e convivência para os pacientes idosos.

Além das entrevistas, a simples observação da estrutura das Unidades, incluindo os meios de acesso ao prédio (rampas ou escadas) e também a visitação das farmácias onde são disponibilizados os remédios na Unidade compuseram a técnica de coleta dos dados nessa etapa da pesquisa.

3.2.4 O resultado da segunda etapa

Os dados colhidos com a realização da segunda etapa da pesquisa relatam as atuais condições do atendimento prestado na rede pública municipal de saúde à pessoa idosa.

Constatou-se que, apesar do minucioso disciplinamento e da ampla concessão de direitos relacionados ao amparo à saúde da pessoa idosa, existentes na legislação brasileira, a falta de cumprimento da norma é patente e demonstra quão difícil é a realidade vivenciada por aqueles que utilizam o serviço público de prestação de saúde no Município de Maceió.

É importante dar destaque ao fato de que, no Município de Maceió-AL, existem três tipos de unidades para o atendimento de saúde: Unidade Básica de Saúde, Unidade de Referência de Distrito Sanitário e Unidade Especializada. Como dito acima, oito são as Unidades de Referência, uma é a Unidade Especializada e as demais são Unidades Básicas.

Nas Unidades Básicas de Saúde, realiza-se o atendimento de atenção básica à população nas especialidades básicas e a assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista. As especialidades devem ser disponibilizadas nas Unidades de Referência e na Especializada. Por isso que a presente pesquisa apenas utilizou como campo as Unidades de Referência e a Unidade Especializada.

Passa-se aos resultados.

A primeira Unidade de Saúde visitada foi a Unidade Dr. Djalma Loureiro, localizada na Rua Muniz Falcão, s/n, no Bairro do Clima Bom. A entrevista foi concedida pela Diretora Administrativa Sra. Eliane Ferreira Araújo que informou o seguinte:

1 - Na Unidade Djalma Loureiro, não existe nenhum tipo de atendimento geriátrico ou gerontológico, não havendo pessoal especializado nessas áreas, apesar de a região contar com 250 mil habitantes e a Unidade possuir um contingente de 1000 idosos cadastrados. Dispõe apenas de clínico geral, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo e assistente social.

2 - A Unidade não dispõe de nenhuma estratégia formada para a realização de atendimento domiciliar para os idosos acamados da região; existe apenas o atendimento de demanda espontânea na própria Unidade, dependente de agendamento prévio pelo sistema do CORA – Central de Organização e Regulação Ambulatorial, mediante o qual se põe em

ordem a marcação de consultas, exames e agendamento de leito hospitalar. A Diretora informou que o idoso também é incluído no sistema do CORA, independentemente de sua condição especial.

3 - Não há ambulância nessa Unidade.

4 - A Unidade dispõe de farmácia e dispensação gratuita de medicamentos básicos. Quando o paciente precisa de medicamentos excepcionais, é encaminhado à Coordenação de Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde.

5 - A Diretora Administrativa contou também da dificuldade de adotar o critério da prioridade de atendimento para os idosos, tendo em vista a existência de outros grupos de prioridade como crianças e gestantes, principalmente no momento do primeiro contato, quando os pacientes precisam pegar uma ficha, para serem incluídos no sistema.

6 - A Unidade dispõe de grupo de apoio aos idosos com atividades de recreação e convivência, conforme determina o Estatuto do Idoso.

A segunda Unidade de Referência visitada foi Ib Gatto Falcão, na Rua da Floresta s/n, na Colina dos Eucaliptos. Nessa unidade, a entrevista foi concedida pelo Coordenador do 7º Distrito Sanitário, Sr. Juarez Luiz Teixeira que forneceu as seguintes informações:

1 - Não existe atendimento geriátrico e gerontológico, ou qualquer profissional especializado nas citadas áreas para atendimento do público idoso na Unidade de Saúde Ig Gatto Falcão. Essa Unidade apenas oferta atendimento clínico básico, sem especialidades.

2 - Não existem também estratégias montadas para a realização de atendimento domiciliar para os idosos impossibilitados de locomover-se. Há apenas o atendimento de demanda espontânea na própria Unidade.

3 - Apenas há dispensação de medicação básica. Os medicamentos excepcionais ficam a cargo de Coordenação específica na Secretaria Municipal de Saúde.

4 - O atendimento é estritamente ambulatorial, não havendo estrutura para casos requerentes de internação. Para a primeira consulta, quando se exige do idoso a aquisição de ficha na Unidade, obedecendo-se à fila, é difícil o cumprimento do seu direito de atendimento prioritário.

5 - Há ambulância disponível.

6 - A Unidade organiza o grupo de apoio e convivência para os idosos.

A terceira Unidade pesquisada foi a Unidade de Saúde João Paulo II, localizada na Rua Manoel Viana de Oliveira, s/n, Jacintinho. Concedeu a entrevista a Diretora Administrativa Graça Tenório, fornecendo as seguintes informações:

1- Apenas existe o médico clínico geral, não existindo nenhuma profissional das áreas geriátricas e gerontológicas na Unidade de Saúde.

2 - Também não há atendimento domiciliar aos idosos acamados, conforme determina o Estatuto do Idoso, já que não existe o Programa de Saúde da Família nessa Unidade. O atendimento é simplesmente ambulatorial e não existe estrutura para internação.

3 - A Unidade dispõe além da medicação básica, remédios para o mal de Parkinson e enfermidades renais.

4 - Contou a Diretora da Unidade que existe política de atenção ao direito de atendimento prioritário à pessoa idosa, para quem se organiza fila específica, inclusive no primeiro contato, quando os idosos são cadastrados na Unidade.

5 - A Unidade também organiza grupos de apoio e convivência para os idosos e dispõe de ambulância para os casos de emergência.

A quarta Unidade de Referência visitada foi a Unidade de Saúde Oswaldo Brandão Vilela, localizada na Rua Lafaiete Pacheco, s/n, Ponta da Terra. A Diretora Médica, Júlia Godim da Costa, transmitiu as seguintes informações:

1 - A Unidade Oswaldo Brandão apenas realiza atendimento clínico básico, com acompanhamento de hipertensão e diabetes, mas não possui equipe médica especializada em geriatria ou profissionais com formação em gerontologia social, conforme manda o Estatuto do Idoso.

2 - O atendimento prioritário é respeitado, já que a marcação de consultas é realizada em dias específicos e em horário especial.

3 - Essa Unidade dispõe de atendimento emergencial, contando com ambulância para os casos de necessidade de transferência.

4 - Também dispõe de farmácia com dispensação de medicação básica.

5 - Há grupo de apoio e convivência para os idosos.

Em seguida, a Unidade visitada foi a Unidade de Saúde Roland Simon, localizada na Rua Cabo Reis, s/n, Vergel do Lago e quem prestou a entrevista foi o Diretor Administrativo, Sr. Tito Cavalcante de Alencar. Os dados colhidos foram os seguintes:

1- A Unidade apenas dispõe das seguintes especialidades: clínico geral, psiquiatra, ginecologia, pediatria, endocrinologia e dermatologia. No entanto, não possui a especialidade geriátrica, nem o atendimento gerontológico.

2 - Também não possui o serviço de atendimento domiciliar, pois a Unidade não trabalha com a equipe do Programa de Saúde da Família.

3 - A Unidade possui as medicações básicas, mas não possui as medicações de alto custo.

4 - O direito a atendimento prioritário é respeitado, organizando-se filas separadas e fichas separadas para os idosos, que são cadastrados no primeiro atendimento.

5 - Não existe grupo de apoio aos idosos.

A sexta Unidade de Referência pesquisada foi a Unidade de Saúde da Pitanguinha, localizada na Rua Dr. Miguel Palmeira, 384, Pitanguinha, na qual se contou com a atenção da Diretora Administrativa Alzira Batista que informou:

1 - Na unidade que administra não há atendimento geriátrico ou gerontológico, mas existe atendimento com clínico geral, pneumologista, ginecologista, psicólogo, dentista e assistente social.

2 - A Unidade da Pitanguinha disponibiliza o atendimento domiciliar para os idosos acamados da região por intermédio de duas equipes do Programa de Saúde na Família, nº 0631 e nº 0635, compostas do agente de saúde, do médico e do enfermeiro. A Diretora contou

que o agente de saúde visita o idoso em sua residência e verifica a necessidade da visita médica, realizada em seguida.

3 - Quanto à entrega de medicamentos de maneira gratuita, a Diretora disse que, na farmácia da Unidade, existem os medicamentos controlados e alguns relacionados ao tratamento de doenças hipertensivas, do coração, problemas no colesterol. Relatou ainda que a entrega dos medicamentos é realizada por fila única, sem favorecer os idosos com o direito de preferência, já que essa tentativa já foi implementada, sem lograr o êxito esperado, porque os demais pacientes muito reclamam dessa medida. O direito de prioridade do idoso somente é respeitado no atendimento médico.

4 - Há disponibilização de ambulância e a unidade organiza e promove o grupo de convivência para os idosos.

A próxima Unidade de Referência investigada foi a Unidade de Saúde Dr. Hamilton Falcão, na Avenida Norma Pimentel da Costa, s/n, Benedito Bentes I, sendo Alisson de Souza Sá, o Diretor Administrativo, que respondeu às perguntas da pesquisadora, das quais conseguiu as seguintes respostas:

1 - Que essa Unidade congrega os atendimentos das especialidades ginecológica, psiquiátrica, cardiológica, mastológica, clínica geral e atendimento psicológico, nutricionista e assistente social, não havendo geriatra.

2 - Também não existe atendimento domiciliar, nem ambulância.

3 - Os medicamentos dispensados na Unidade são aqueles da atenção básica, para o tratamento de diabetes, hipertensão, e alguns especiais que fazem parte da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos, pois os de alto custo são geralmente concedidos pelo Estado.

4 - Disse o Diretor que o direito de prioridade é concretizado de forma “moderada”, porque existe um grande contingente de idosos na região, razão pela qual se utiliza a estratégia de atendimento um para um, intercalando os atendimentos de um idoso e um não idoso. Disse também que há dia específico para a marcação de consultas para os idosos.

5 - Há cadastramento de idosos mediante os programas de hipertensos e diabéticos e há grupo de apoio aos idosos.

Por último, visitou-se o PAM Bebedouro, localizado na Rua Antonio Nunes Leite, 225, Bebedouro e o PAM Saldinho, na Rua Mizael Domingues, 241, Poço, os dois melhores resultados da pesquisa.

No PAM Bebedouro, a Diretora Administrativa, Kelly Priscila Figueira, informou que a Unidade conta com o médico geriatra, Dr. Flávio Moura Rezende, que atende de segunda a sexta-feira no turno da tarde.

Narrou a Diretora que um grande problema da Unidade é a absorção de grande parte da população idosa de todo o Estado de Alagoas que vem procurar atendimento geriátrico nessa Unidade, em razão da carência notada não apenas no Município de Maceió, mas em todos os demais municípios do Estado de Alagoas.

Disse ainda que, de fato, existe o empenho para o cumprimento do direito de atendimento prioritário para os idosos, principalmente no que se refere aos programas para o tratamento de tuberculose, hanseníase, toxoplasmose, H-pylori. Também que há ambulância para o transporte emergencial e grupo de apoio.

Os medicamentos dispensados são semelhantes aos ofertados nas demais Unidades e, como a maioria delas, também não dispõe do atendimento domiciliar.

No entanto, foi a única Unidade a mencionar o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, instrumento implementado pelo Ministério da Saúde a ser distribuído nos Postos de Saúde do país, junto à população idosa, para auxiliá-la no registro das informações importantes sobre as suas condições de saúde e ajudar também os profissionais dessa área a acompanhar a evolução da saúde do idoso. No PAM Bebedouro, existem 75 idosos acompanhados pelos profissionais da psicologia gerontológica e assistência social, mediante o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa.

A segunda etapa da pesquisa foi finalizada com a visita ao PAM Salgadinho, única Unidade Especializada do Município de Maceió, na qual se contou com a colaboração do Diretor Administrativo, Sr. Rogério César Correia Bernardo.

Com a pesquisa, constatou-se que, no PAM Salgadinho, existe um grande número de especialidades disponibilizadas à população maceioense, entre elas a especialidade geriátrica, contando também com uma equipe composta por nutrólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, muito procurada pelos pacientes idosos.

O atendimento geriátrico é realizado pelo médico, Dr. Valderis Cabral de Melo que está disponível às quintas e sextas, no turno da manhã, no Bloco A da Unidade.

Informou também o Diretor da Unidade que o atendimento prestado é unicamente ambulatorial, não havendo, por isso, pronto atendimento ou atendimento domiciliar para os idosos.

Quanto à dispensação de medicamentos, informou que existe a farmácia na Unidade para a entrega dos de atenção básica; no entanto, os de alto custo, como também as próteses e as órteses, dependem de cadastro do idoso em Programa específico, ligado ao orçamento do ano.

Observou-se que, logo na entrada da Unidade, na ala dos guichês de atendimento, existe um guichê destinado exclusivamente ao idoso, indicando a preocupação com a prestação de atendimento prioritário.

Nessa Unidade também há grupo de apoio ao idoso.

De todo o resultado da pesquisa, conforme esmiuçado acima, pôde-se observar que, das nove Unidades visitadas, apenas duas contam com o atendimento geriátrico – PAM Bebedouro e PAM Salgadinho e apenas uma realiza o atendimento domiciliar aos idosos acamados – Unidade de Saúde da Pitanguinha, a única que possui o Programa de Saúde da Família.

Num contingente populacional estimado em aproximadamente 80 mil idosos, é evidente a deficiência dos serviços de saúde prestados na rede pública do Município de Maceió-AL, que disponibiliza apenas dois médicos geriatras nas Unidades de Saúde.

Além disso, a deficiência das estratégias para o cumprimento do direito de atendimento domiciliar é patente. Somente a Unidade da Pitanguinha dispõe do serviço e o Programa de Saúde da Família apenas cadastrou 27% da população.

3.3 Terceira etapa – O Hospital Universitário como único Centro de Referência de Atendimento ao Idoso de Maceió-AL

A Portaria Ministerial nº 249 de 16 de Abril de 2002, editada para definir critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso no país, ornou com tal atributo, no Município de Maceió-AL, o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL.

Dessa maneira, segundo a referida Portaria, na capital do Estado de Alagoas, apenas se reconhece como único Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, assim cadastrado por atender e manter em cumprimento todas as rigorosas exigências que a Portaria nº 249/2002 enuncia.

Em razão desse fato, viu-se que, além de realizar a pesquisa em todas as Unidades de Referência de cada um dos distritos nos quais o Município encontra-se dividido – porque se supunha sua melhor capacidade, em detrimento das Unidades Básicas, ao atendimento das necessidades da pessoa idosa no que se refere à sua saúde –, era imprescindível também aplicar a pesquisa no Hospital Universitário, já que ele foi especificamente destinado, pelo Ministério da Saúde, ao atendimento à saúde da pessoa idosa no Município.

De posse da autorização institucional para a pesquisa no HUPAA, iniciou-se a investigação dessa terceira etapa, mediante entrevista com o Diretor Geral Administrativo, Duílio Cleto Marsiglia e também pela visitação das dependências do Hospital.

Como dito, a Portaria 249/2002 enumera todas as exigências gerais e específicas impostas aos Centros de Referência de Assistência à saúde do Idoso, para a manutenção desse título. A partir disso, desejou-se saber se tais exigências têm sido cumpridas pelo HUPAA, checando a observância de cada item da citada Portaria, na forma de *check-list*.

O resultado do *check-list* das exigências gerais foi o seguinte:

1 - Ser hospital geral: exigência atendida. O HUPAA é o único Hospital Geral Público de Maceió.

2 - Contar com número de leitos instalados e cadastrados pelo Sistema Único de Saúde igual ou maior que cem (100) leitos: exigência atendida. O HUPAA possui 181 leitos.

3 - Garantir o direito de acompanhante aos idosos, quando em regime de internação hospitalar: Exigência atendida.

4 - Desenvolver trabalho de identificação da clientela idosa vinculada à unidade: exigência atendida. Todos os idosos que ingressam no Hospital possuem prontuário médico.

5 - Desenvolver programa de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o de como pode melhorar o apoio à pessoa idosa que está acompanhando, em relação à sua dependência, buscando preservar ao máximo sua autonomia. Após a alta hospitalar, deve receber apoio constante, por intermédio de um programa desenvolvido pela equipe de saúde quanto aos cuidados do idoso: exigência não cumprida. Não existem programas de apoio aos idosos no HUPAA.

6 - Desenvolver programas de desospitalização de idosos: exigência não cumprida.

7 - Desenvolver programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do idoso, com cronograma anual de acompanhamento. Organizar grupos de apoio ao idoso, preferencialmente em parceria com outras instituições da sociedade civil organizada, que tenham como objetivo promover ações de melhoria da qualidade de vida: exigências não cumpridas.

Também foi feito o *check-list* das exigências específicas e o resultado foi este:

1 - O Centro deve possuir um percentual mínimo de 10% (dez por cento) de seus leitos gerais instalados no Hospital e cadastrados pelo SUS, destinados a acomodações para internação de pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, devidamente adaptadas para essa finalidade: no caso, tendo o hospital 181 leitos, pelo menos 18 deles deveriam estar disponíveis ao atendimento da pessoa idosa em Maceió-AL, no entanto, segundo o Diretor Administrativo do HUPAA, esse hospital apenas dispõe de 4 leitos destinados a pacientes de longa permanência, não exclusivos para idosos.

2 - O Centro de Referência deverá ter instalado, e em funcionamento, serviço capaz de prestar assistência na modalidade de Hospital Dia Geriátrico¹²⁶, com condições técnicas,

¹²⁶ Segundo a Portaria 249/2002, essa modalidade é uma forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta, que tem por objetivo viabilizar uma assistência global à saúde do idoso adequada para aqueles cuja necessidade terapêutica e de

instalações físicas adequadas, equipamentos e recursos humanos especializados e/ou capacitados em saúde do idoso, que garantam o cumprimento dos planos terapêuticos indicados e realizados por equipe multiprofissional e interdisciplinar nesta modalidade assistencial: o dado colhido na entrevista com o Diretor foi que não existe no HUPAA Hospital Dia Geriátrico.

3 - O Centro deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar: No ambulatório do HUPAA, o dado colhido foi que o paciente idoso recebe atendimento individual (consulta médica e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; apoio, educação e orientações dietéticas; reabilitação da fala e deglutição), mas não existe o atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica; grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde).

4 - O Centro de Referência deve ter instalado, e em funcionamento, Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso, por meio do qual a assistência é prestada no domicílio do paciente, compreendendo um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso: o HUPAA não cumpre tal exigência.

Quanto às exigências relativas à adequação das instalações físicas do hospital, observou-se o seguinte:

1 - A Portaria 249/2002 determina que as instituições que atendem aos idosos deverão funcionar, preferencialmente, em construções horizontais e, quando dotadas de mais de um plano, devem dispor de equipamentos adequados como rampa ou elevador para a circulação vertical. Sendo um prédio vertical, o HUPAA dispõe de elevadores.

2 - A exigência de acesso fácil ao prédio e a de que o piso seja antiderrapante e monocromático são cumpridas no HUPAA. A exigência de que existam, no mínimo, dois acessos independentes também foi atendida, mas a separação deles, reservando um para idosos e outro para os serviços, não é aplicada.

orientação de seus cuidadores não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais desse idoso.

3 - Quanto às portas dos sanitários, exige-se que devem abrir para fora e devem ser instaladas, de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior, não podendo possuir trancas ou chaves. O que se constatou com a observação *in loco* foi que, na área de atendimento ambulatorial, especialidade médica geriatria, apenas um dos banheiros atende a essa exigência. Nos demais, as portas abrem para dentro e a abertura inferior das portas não chega a 0,15m.

4 - Pela Portaria nº 249/2002, os sanitários devem ser separados por sexo (exigência atendida) e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no “box” do chuveiro (exigência parcialmente atendida, já que apenas um dos banheiros do ambulatório contém tal qualificação).

5 - Os assentos das bacias sanitárias devem estar a uma altura de 0,45m do piso. Quando não for possível, deve-se colocar uma plataforma para se atingir a altura estipulada. Constatou-se também que apenas uma bacia sanitária do ambulatório atende a essa exigência; as demais possuem bacia sanitária com altura padrão de 0,40m.

6 - A Portaria 249/2002 determina que deve ser respeitada uma proporção de, no mínimo, 1 bacia sanitária para cada 6 pessoas, no entanto, o HUPAA não realiza esse controle.

7 - Segundo as informações prestadas, o HUPAA não conta com espaço destinado à recreação e ao lazer, com área mínima de 1m² por leito instalado, conforme exige a Portaria. No entanto, pelo informado, possui espaços para atividades de reabilitação específicas com área mínima de 30m² e dotadas de pia com bancada, sanitário próximo, mobiliário e equipamento específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados, inscritos no conselho de profissionais da área respectiva.

Quanto aos requisitos atinentes aos recursos humanos, o *check-list* produziu o seguinte resultado:

1 - A exigência da Portaria é que HUPAA conte com equipe interdisciplinar e multiprofissional de assistência ao idoso, devidamente capacitada para essa modalidade de atenção. Entende-se por equipe multiprofissional e interdisciplinar, um conjunto de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma profissão) que

trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente e combinada, tanto no planejamento como na implementação de cuidados ao paciente.

2 - Dessa forma, o hospital deverá contar com: a - Responsável Técnico – médico com carga horária de 40 horas semanais, com reconhecida competência na área de saúde do idoso; b - Responsável pelo Serviço de Enfermagem – Enfermeiro com reconhecida competência na área de saúde do idoso; c - Equipe de Internação Hospitalar/Ambulatório. Para atendimento aos pacientes idosos internados em leitos de enfermagem de curta permanência, devem ser oferecidos os seguintes profissionais de saúde capacitados em saúde do idoso para cada módulo de 40 leitos: Médico Assistente - 12 horas/dia; Equipe de Enfermagem - 24 horas/dia; Enfermeiro - 06 horas/dia/profissional (24 horas/dia de cobertura); Técnico/Auxiliar de enfermagem - 06 horas/dia/profissional (24 horas/dia de cobertura), 01 profissional/cada 05 leitos; Fisioterapeuta - 08 horas/dia; Nutricionista - 04 horas/dia; Assistente Social - 08 horas/dia; Fonoaudiólogo - 04 horas/dia; Psicólogo - 03 horas/dia; Terapeuta Ocupacional - 08 horas/dia. Segundo os dados da pesquisa, o quadro funcional do HUPAA é composto por todos esses profissionais listados na Portaria 249/2002, com exceção do enfermeiro com reconhecida competência na área de saúde do idoso.

A exigência dessa larga lista de profissionais para atendimento ao idoso decorre da imposição de uma completa avaliação desse paciente no Centro de Referência. Todos os idosos atendidos pelo Centro de Referência devem ser amplamente avaliados, devendo a equipe estabelecer seu perfil e diagnóstico epidemiológico, identificar os principais agravos à sua saúde, planejar o processo de atenção para cada paciente, de acordo com suas peculiaridades e cadastrar os idosos egressos da internação hospitalar, inscrevendo-os num programa de acompanhamento ambulatorial e, eventualmente, de hospital dia ou assistência domiciliar.

Assim, todo o idoso deve ser submetido a uma avaliação que contemple:

1 - Avaliação da saúde física: a- diagnósticos presentes (co-morbidade); b- indicadores de gravidade; c- quantificação dos serviços médicos utilizados (incluindo internações anteriores) e d- auto-avaliação de problemas de saúde.

2 - Avaliação da saúde mental: a- testes de função cognitiva; b- escala (curta) de Depressão Geriátrica e/ou DSM IV.

3 - Avaliação Social: a- avaliação da rede de suporte social; b- avaliação dos recursos disponíveis; c- avaliação das necessidades de suporte.

4 - Avaliação Nutricional.

5 - Avaliação de Enfermagem: a- avaliação da capacidade de autocuidado; b- avaliação das demandas assistenciais.

6 - Capacidade Funcional e Autonomia: a- atividades básicas da vida diária; b- atividades instrumentais da vida diária.

Quanto à disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos, o resultado foi o que segue:

1 - O HUPAA deve contar com recursos diagnósticos de análise clínicas, de imagem e traçados. Assim, são requeridos, no mínimo, os seguintes recursos:

a) Laboratório de Análises Clínicas; onde se realizem exames de bioquímica; hematologia; microbiologia; gasometria e líquidos orgânicos, inclusive Líquor.

b) Eletroencefalografia. O Laboratório deve possuir Certificado de Controle de Qualidade.

c) Unidade de Imagenologia: RX, RX portátil, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

d) Anatomia Patológica: onde se realizem exames nas áreas de citologia e histologia. A Unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

e) Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia.

f) Atendimento de Intercorrências: o Hospital deve contar com serviço de médicos e enfermeiros plantonistas nas 24 horas do dia para atendimento das intercorrências.

g) Unidade de Tratamento Intensivo: o Hospital deve contar com uma UTI própria, cadastrada pelo SUS de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.432/1998 e classificada, no mínimo, como de Tipo II.

h) Hemoterapia.

Com exceção do recurso de ressonância magnética, inexistente no HUPAA, todos os demais recursos de análise clínica acima listados estão disponíveis nesse hospital. É importante destacar também que o atendimento de intercorrências, segundo as informações prestadas pelo Diretor Geral do HUPAA, é apenas disponibilizado à comunidade interna do hospital.

Por fim, quanto ao requisito transporte, a Portaria 249/2002 exige que o HUPAA conte com ambulância adequadamente equipada para a realização de eventuais remoções e transferências de pacientes. Além disso, a equipe responsável pela assistência domiciliar deve dispor de veículo para seu transporte.

3.4 Quarta etapa – A entrevista com a Defensora Pública do Núcleo de Atendimento dos Idosos

A realização da quarta etapa da pesquisa surgiu em razão da necessidade de conhecer um dado específico quanto a um dos direitos mais discutidos na atualidade, tanto nos debates acadêmicos, quanto nas dialéticas processuais: a dispensação de medicamentos e tratamentos à pessoa idosa pelo Estado.

É crescente a procura pelos meios gratuitos de aquisição de medicamentos na rede pública de saúde, não só pela pessoa idosa, mas pela população em geral. A depender do tipo de medicamento e da disponibilidade daqueles inseridos numa lista predefinida para concessão, a negativa da via administrativa quase sempre é certa.

Diante de tal fato, tem sido recorrente a utilização do controle jurisdicional com fins de sanar as omissões da Administração, no dever de conceder os meios necessários à promoção da saúde.

Como a atenção integral à saúde do idoso deve ser promovida por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo dita o Estatuto do Idoso (art.15), incluindo nesse

dever, o fornecimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação, pretendeu-se conhecer, para melhor avaliar o grau de efetividade desse direito no município de Maceió-AL, a estatística da Defensoria Pública do Estado de Alagoas quanto ao número de ações interpostas para fins de aquisição pela via judicial desses medicamentos.

Também para essa fase, formulou-se o pedido de autorização para a realização da pesquisa, junto ao Defensor Público Geral do Estado de Alagoas, que foi de pronto deferido, bem como elaborou-se o roteiro específico de entrevista estruturada.

Por intermédio dessa inquirição, pretendeu-se saber quantos processos tramitam atualmente com o patrocínio da Defensoria Pública, pretendendo a concessão de medicamentos, próteses, órteses, tratamento médico/cirúrgico no judiciário, em favor da pessoa idosa; qual o percentual de ações com pedido de tutela antecipada deferido pelo Judiciário nesses casos; se o Município de Maceió-AL tem cumprido os provimentos jurisdicionais determinando a concessão dos medicamentos para idosos; e, por fim, se há respeito ao direito de prioridade na tramitação dos processos nos quais é parte a pessoa idosa.

A entrevista foi realizada com a Defensora Pública responsável pelo Núcleo de Atendimento da Pessoa Idosa, Dra. Luciana Martins de Faro.

Quanto à primeira indagação, a Defensora Pública anunciou não dispor do controle quantitativo dos processos interpostos pela Defensoria Pública na defesa da saúde da pessoa idosa em face do Município de Maceió, apenas forneceu a informação de que, no ano de 2010, realizou um levantamento global, não discriminado, do 11º Juizado Cível e Criminal da Capital, do Núcleo de Atendimento ao Idoso e do Núcleo de Promoção da Filiação que juntos motivaram 1771 atendimentos pela Defensoria, dos quais 45 culminaram no ajuizamento de ação cominatória de medicamentos, sem especificar quantas dessas 45 ações patrocinaram a pessoa idosa.

No que se refere ao percentual de ações com a concessão da antecipação de tutela, respondeu a Defensora ser o ocorrido na maioria dos processos, sendo exceção o indeferimento do pedido pelo Judiciário, hipótese na qual é usado o fundamento da ausência de prova da negativa da Administração Pública na entrega dos medicamentos. A informação obtida pela Defensora é que as decisões denegatórias da antecipação de tutela são prolatadas

pelo Juízo da 18ª Vara Cível da Capital e que as demais varas de competência da Fazenda Estadual ou Municipal não têm negado esse tipo de pedido.

A respeito do cumprimento pelo Município de Maceió-AL dos provimentos jurisdicionais, determinando a concessão dos medicamentos para idosos, respondeu a Defensora ser recorrente o descumprimento pelo Município de Maceió-AL, sendo necessário, muitas vezes, o pedido de bloqueio de conta pública como meio coercitivo ao adimplemento da obrigação judicial.

Por fim, respondeu a Defensora que, de fato, existe o respeito ao regime de tramitação prioritária dos processos nos quais figura como parte a pessoa idosa.

3.5 Quinta etapa – O levantamento do número de ações, objetivando a tutela da saúde da pessoa idosa em trâmite nas Varas da Fazenda Pública da Justiça Estadual

Diante do resultado da primeira etapa da pesquisa, apresentando um reduzido número de idosos que disseram ter acionado judicialmente o Município de Maceió ou o Estado de Alagoas, a fim de vê-los cumprir seu direito à saúde, pela dispensação de remédios, próteses e órteses ou pela concessão de meios à realização de exames ou procedimentos cirúrgicos (apenas 6 idosos dos 100 entrevistados afirmaram ter interposto ação com o objetivo de sanar a omissão estatal), constatou-se a necessidade de confrontar esse dado colhido na primeira etapa da pesquisa com a estatística fornecida pelo Poder Judiciário do Estado de Alagoas.

Percebeu-se a necessidade de saber, até mesmo em razão do atual fenômeno da judicialização da saúde, quantas ações foram propostas no Fórum de Maceió por idosos, pleiteando uma ordem judicial ao Estado ou ao Município ou a ambos, já que se trata de responsabilidade solidária, condenando-os a prestar ao idoso o tratamento de saúde de que necessita.

Como as ações envolvendo demandas contra o Estado de Alagoas e contra o Município de Maceió são direcionadas para varas de competência específica – Varas da Fazenda Pública Estaduais e Municipais, a pesquisa limitou-se a consultar, no Sistema de Automação do Judiciário – SAJ PG5 (sistema que armazena todos os dados relacionados ao quantitativo de ações, às movimentações processuais e à produtividade dos magistrados), apenas os registros da 16ª, 17ª e 18ª Varas da Fazenda Pública Estadual e da 14ª Vara da

Fazenda Pública Municipal, as únicas na estrutura do Poder Judiciário competentes para julgar causas contra os entes públicos estaduais ou municipais.

Essa fase da pesquisa, como dito, foi realizada apenas mediante consulta aos dados do Sistema de Automação do Judiciário, armazenados nesse sistema durante o período compreendido entre janeiro de 2010 e agosto de 2011. O resultado obtido foi o abaixo exposto.

Durante esse período de 20 meses, o sistema informou que, na 14ª Vara da Fazenda Pública Municipal, apenas 19 ações foram interpostas, buscando a condenação do Município de Maceió à prestação do direito à saúde da pessoa idosa. Dessas 19 ações, apenas 1 foi patrocinada por advocacia privada; as demais foram promovidas pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas, sendo 2 delas Ações Cíveis Públicas e 17 Ações do Rito Ordinário. As 19 ações pleiteavam a antecipação da tutela, e esse pedido foi negado em 3 delas, sob o fundamento de ausência de prova inequívoca quanto ao direito de obter a prestação material requerida.

Na 16ª Vara da Fazenda Pública Estadual, no período de janeiro de 2010 a agosto de 2011, apenas foram apresentadas 8 ações requerendo a prestação de saúde ao idoso por ordem judicial, das quais 6 foram promovidas por advogado particular e 2 ajuizadas por intermédio da Defensoria Pública, pelo instrumento processual da Ação Civil Pública. Todas as ações, contendo pedido de antecipação de tutela, tiveram esse pedido concedido.

Na 17ª Vara da Fazenda Pública Estadual, 20 ações com o objetivo de tutelar a saúde da pessoa idosa foram ajuizadas no período pesquisado, das quais 11 foram apresentadas pela Defensoria Pública e 9 por procuradores particulares. Das 20 ações, apenas 1 teve seu pedido de antecipação de tutela indeferido, sob o argumento de que a parte não fez prova da negativa do Estado na concessão do medicamento requerido.

Já no juízo da 18ª Vara da Fazenda Pública Estadual, 20 ações foram promovidas, sendo 15 interpostas por advogados pagos e 5 por advogados públicos, utilizando a tutela coletiva da Ação Civil Pública. Dessas ações, 4 tiveram seu pedido de antecipação de tutela negado em razão da inexistência de provas inequívocas capazes de demonstrar a resistência estatal em oferecer a prestação de saúde requerida administrativamente.

Com esse resultado, pôde-se verificar que, durante o período compreendido entre janeiro de 2010 e agosto de 2011, apenas 67 ações foram promovidas nas 3 varas de competência da fazenda estadual e na vara de competência da fazenda municipal, número bastante reduzido, considerando que o número médio de ações distribuídas por mês em cada uma dessas vara é de 60. A 18ª Vara, por exemplo, durante o período pesquisado, recebeu 1175, das quais, conforme dito acima, apenas 20 foram interpostas para tutelar a saúde da pessoa idosa.

Percebeu-se que, a despeito do fenômeno da judicialização da saúde, o idoso tem recorrido pouco às vias judiciais para requerer o custeio de tratamento de sua saúde pelo Estado ou pelo Município, confirmando o resultado da primeira etapa da pesquisa que revelou um número muito reduzido de idosos jurisdicionados, tanto em razão do desconhecimento da possibilidade de utilizar essa via para tal fim, como também pela própria descrença na efetividade da prestação jurisdicional e na sua tempestividade.

CONCLUSÕES

A velhice como categoria construída socialmente tem sido vista e tratada de maneira diferente, de acordo com os períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo. Tais variações indicam a possibilidade de sempre haver uma nova condição a ser considerada na análise dessa etapa da vida do ser humano, cuja complexidade exige respostas não limitadas a questões puramente biopsíquicas, mas, sobretudo na atualidade, deve ser encarada como questão social relevante.

A contemporânea transição demográfica mundial evidencia a urgência da adoção de medidas e mudanças de atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores, para que possam se concretizar as enormes possibilidades que oferece o envelhecimento no século XXI. A ordem é que a fase da vida denominada velhice seja experimentada pelas pessoas num contexto de plena dignidade.

O Brasil está sendo surpreendido por uma revolução demográfica e não está suficientemente estruturado para receber um contingente tão grande de idosos. É importante que se criem mecanismos para ajustar a sociedade ao convívio e acolhimento desses idosos, bem como para garantir-lhes uma melhor qualidade de vida.

A Constituição Federal de 1988 enuncia as bases para a consideração da velhice como direito fundamental e, dessa forma, fixa as metas para a ação governamental dirigida ao segmento populacional idoso, preceituando o dever da efetiva proteção a essas pessoas por parte da família, da sociedade e do Estado, assegurando-lhes assistência social, participação na comunidade e defendendo a sua dignidade e bem-estar; além disso, ao preconizar em seus objetivos fundamentais a promoção do bem de todos sem preconceito de idade, encaminha seus programas para um método de atuação sem discriminações.

A Política Nacional do Idoso - Lei 8.842/94 e o Estatuto do Idoso - Lei 10.741/2003 trazem um conjunto avançado de normas que objetivam firmar o traço da efetividade ao direito da pessoa idosa, garantindo a cidadania em sua plenitude, as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e o seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

No entanto, é necessário ainda deflagrar uma revolução social, política e cultural que possibilite, de um lado, a efetivação das políticas públicas que respondam às necessidades do

segmento e, de outro, tão importante quanto, o investimento na mudança da percepção que a comunidade familiar e social tem sobre o envelhecimento e a velhice, provocando o rompimento dos mitos e preconceitos que, ainda hoje, são os maiores responsáveis pela exclusão do segmento idoso.

As Assembléias Mundiais sobre o envelhecimento, ocorridas em Viena e em Madri, são marcos históricos que muito contribuíram para o fomento dessa necessária integração social no intento de promover a proteção dos direitos da pessoa idosa e os Planos de Ação Global por elas produzidos são verdadeiras matrizes para a defesa da velhice como um direito humano fundamental.

Uma imagem positiva do envelhecimento é um aspecto essencial para a tutela da velhice como direito humano fundamental. O reconhecimento da autoridade, sabedoria, dignidade e prudência, que são fruto da experiência de toda uma vida, tem caracterizado normalmente o respeito com que se trata a velhice no curso da história. Mas, em algumas sociedades, é comum não dar atenção a esses valores que são essenciais para a promoção de uma sociedade para todas as idades.

A Constituição Brasileira e a legislação ordinária consideram como pessoa merecedora de especial proteção, pelas características de vulnerabilidade, física, psíquica ou social, aquelas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, utilizando, portanto o critério cronológico que, apesar de criticado, é o melhor por trazer objetividade à definição desse sujeito de direito.

O direito à saúde do idoso, direito fundamental de primeira ordem porque viabilizador do direito à vida, previsto constitucionalmente, precisa ser garantido efetivamente mediante diversificada atuação do Poder Público na entrega de serviços que satisfaçam as necessidades dessa população, não podendo ser relativizado em razão do critério da limitação do orçamento, porque a própria legislação específica previu a prerrogativa da destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso e a preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas.

Apesar de todo o amparo legal, incluindo as diversas Portarias Ministeriais que disciplinam a proteção à saúde do idoso, pouco se tem realizado na área. A maioria dos direitos referentes à efetivação da saúde do idoso, enunciados na legislação pátria, ainda não

estão disponibilizados nas unidades de saúde do Município de Maceió-AL. O controle jurisdicional passa, então, a ser um importante instrumento corretor da omissão estatal e da insuficiência das políticas existentes. A intervenção do Judiciário na gerência e entrega dos serviços de saúde públicos deve ser uma opção ao alcance do idoso para a efetivação de seus direitos. A Defensoria Pública e o Ministério Público, legitimados a defender os interesses transindividuais, quais sejam os difusos, os coletivos e os individuais homogêneos, precisam estar atentos às violações dos direitos da pessoa idosa para atuarem em prol da correção.

A pesquisa empírica realizada bem confirmou essa realidade, tanto pela absorção dos depoimentos prestados pelos idosos entrevistados, quanto pela constatação *in loco* das condições estruturais e funcionais das Unidades de Saúde visitadas.

A maioria dos idosos entrevistados, demonstrando estar a par da existência de direitos que lhes asseguram uma velhice em condições de plena dignidade, declararam estar insatisfeitos com os serviços prestados nas unidades de saúde geridas pela Prefeitura de Maceió-AL. Bem mais da metade do universo de 100 (cem) pessoas, declarou que o atendimento ao idoso nessas unidades é péssimo ou ruim e que muitos dos direitos enumerados na Política Nacional de Saúde do Idoso e no Estatuto do Idoso não são cumpridos pela municipalidade, a exemplo do atendimento domiciliar e da necessidade de existência de equipe especializada para o acompanhamento do paciente idoso.

Conforme se constatou, apenas duas das nove unidades visitadas contam com a especialidade geriátrica, número insuficiente para uma população de quase 80 mil idosos. Os idosos relataram ainda que os maiores problemas por eles enfrentados são: a demora para a marcação de consultas e exames, a falta de medicamentos, a falta de médicos e o atendimento desumano. A atenção ambulatorial no Município de Maceió-AL está aquém do parâmetro legal.

Um dado que muito impressionou, tendo em vista a grande articulação do segmento idoso, foi o baixo índice de pessoas que procuram o Judiciário em busca da efetivação do direito à saúde, demonstrando que a falta de informação cerceia a defesa de direitos.

No Município de Maceió, o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas - HUPAA/UFAL é a única unidade de referência no atendimento ao idoso. No entanto, várias exigências, para a manutenção dessa titulação, não

são cumpridas pelo Hospital. O preocupante é saber que esse centro de referência apenas disponibiliza um médico na especialidade geriátrica para o atendimento de toda a população idosa do município e cidades próximas, dado que torna evidente a insuficiência da prestação de atendimento médico nesse centro de saúde.

Dessa maneira e diante dos resultados da presente pesquisa, tornar-se evidente que, para promover e proteger o direito à saúde da pessoa idosa, o Poder Público deverá, com a prioridade que a lei exige, cadastrar a população idosa em base territorial, efetivar o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, criar unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social, garantir o atendimento domiciliar, incluindo a internação, nos meios urbano e rural, disponibilizar a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravamento da saúde, fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação, ou seja, realizar toda a política de saúde outorgada à pessoa idosa.

Enfim, ao apresentar a multidimensionalidade e a diversidade do envelhecimento na sociedade brasileira, a pesquisa indicou que há urgência na execução de políticas públicas para a consolidação dos direitos e a afirmação das pessoas mais velhas, como grupo social.

Cabe ao Estado brasileiro, pautado no princípio constitucional da descentralização político-administrativa, fortalecer o município como locus privilegiado das ações protetivas básicas e da inclusão social do idoso. Compete ao Estado também, em cumprimento à determinação legal, privilegiar a formulação, a execução e a destinação de recursos públicos para essa finalidade.

Ao Município de Maceió-AL cabe, no âmbito de suas atribuições, fortalecer os conselhos da política do idoso, representativos da comunidade local, articulados com os demais conselhos, especialmente os da saúde; efetivar a rede de atenção à saúde com programas e serviços para atender às diferentes demandas do processo de envelhecimento e garantir nessa rede a atenção multi e interdisciplinar e estruturá-la sob a ótica do atendimento integral, humanizado e de qualidade.

Imprescindíveis são as mudanças significativas na forma de tratar a velhice, para que deixe de ser um fenômeno subvalorado.

Somente assim tornar-se-á real a previsão de que os idosos do século XXI viverão mais, terão mais saúde, mais instrução, melhores condições de habitação, serão profissional e civicamente mais ativos, mais conscientes de seus direitos. Se assim for, em uma sociedade que se pretende de todas as idades, o lugar dos idosos será reinventado e sua identidade social recategorizada.

REFERÊNCIAS

ALBA, Víctor. **Historia social de la vejez**. Barcelona: Laertes, 1992.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. A velhice no contexto dos direitos humanos. In: GURGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Org.). **Pessoas idosas no Brasil: abordagens sobre seus direitos**. Brasília, DF: Instituto Atenas; AMPID, 2009. p. 9-28.

ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. Tradução de Ernesto Garzón Valdés. Madri: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

_____. Colisão de direitos fundamentais e realização de direitos fundamentais no Estado de direito democrático. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, Renovar, n. 217. 1999. p. 67-80.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA PREVIDÊNCIA E DA SEGURIDADE SOCIAL. **Dados estatísticos de 2010**. Disponível em: <<http://www.anasps.org.br/index.asp?id=2990&categoria=29&subcategoria=90>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. (Org.) **Velhice e terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BATISTA, Analía Soria; JACCOUD, Luciana de Barros; AQUINO, Luseni; EL-MOOR, Patrícia Dario. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: MPS, SPPS, Coleção Previdência Social, v. 28. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso. **Guia operacional e portarias relacionadas**. Série A. Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

BERTRANOU, Fábio M. (Coord.). **Envejecimiento, empleo y protección social em América Latina**. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo, 2006.

BIRMAN, Joel. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, Renato (Org.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p. 14-42.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 6ª. reimp. Rio de Janeiro: Campus. 1992.

_____. **Estado, governo e sociedade**: para uma teoria geral da política. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

_____. **O positivismo jurídico**: lições de filosofia do direito. Tradução e notas de Márcio Pugliesi, Edson Bini, Carlos E. Rodrigues. São Paulo: Ícone, 1995.

_____. O tempo da memória. **De senectude e outros escritos autobiográficos**. Tradução Daniela Versiani. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus. 1997.

BORGES, Maria Claudia Moura. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire (Org.) **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003. p. 79-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Direitos Humanos. **Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã**. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/direitos-humanos/Proclamac255eo%20de%20Teer255e.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. Apoio à ou da população idosa: famílias ou o Estado? In: BENECKE, Dieter W.; NASCIMENTO, Renata (Org.). **Política social preventiva**: Desafio para o Brasil. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2003. p. 120-143.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2000.

_____. **Estudos sobre direitos fundamentais**. São Paulo: Revista dos Tribunais; Portugal: Coimbra Editora, 2008.

CARAMUTO, Maria Isolina Dabove; LABORDE, Adolfo Benjamín José Prunotto. **Derecho de la ancianidad**: perspectiva interdisciplinaria. Rosário: Juris, 2006.

CARAMUTO, Maria Isolina Dabove. **Los derechos de los ancianos**. Buenos Aires: Ciudad Argentina, 2005.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde. 3. ed., rev. e atual. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

CENTRE FOR RESEARCH IN SOCIAL POLICY. **Projects**: assessing the coverage gap. Disponível em: <http://www.crsp.ac.uk/projects/assessing_the_coverage_gap.html>. Acesso em: 16 jul. 2009.

CITTADINO, Gisele. **Pluralismo, direito e justiça distributiva**: elementos da filosofia constitucional contemporânea. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elisabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Org.). **Velhice envelhecimento complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

COSTA JÚNIOR, Eduardo Carone. **A legislação simbólica como fator de envenenamento do Ordenamento Jurídico Brasileiro**: direito e política. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2011.

CUBA. Constituição (1976). Disponível em: <<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1985.

DUGUIT, Léon. **Manuel de droit constitutionnel**. 4. ed. Paris: E. de Boccard, Éditeurp, 1923.

ESPANHA. Constituição (1978). Disponível em: <<http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 153-167.

_____; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (Org.). **Desafios do envelhecimento**: vez, sentido e voz. Brasília: Universa, 2006.

FARIAS, Cristiano Chaves de. **Escritos de direito de família**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

FARIAS, José Fernando de Castro. **A origem do direito de solidariedade**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

FLORIANO, Míriam Villamil Balestro. Políticas públicas e atendimento aos idosos. In: GURGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Org.). **Pessoas idosas no Brasil**: abordagens sobre seus direitos. Brasília: Instituto Atenas; AMPID, 2009. p. 265-294.

GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos**: os direitos não nascem em árvores. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2005.

_____; SARMENTO, Daniel (Org.). **Direitos fundamentais**: estudos em homenagem ao professor Ricardo Lobo Torres. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

GARCIA, Emerson (Coord.). **A efetividade dos direitos sociais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

GODINHO, Robson Renault. **A proteção processual dos direitos dos idosos**: Ministério Público, Tutela de Direitos Individuais e Coletivos e Acesso à Justiça. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

GROSSMAN, Michael. On the concept of health capital and demand for health. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 80, n. 2, p. 235-255, Jul. 1972.

GUINÉ-BISSAU. Constituição (1996). Disponível em:
<<http://www.anpguinebissau.org/leis/constituicao/constituicaoquine.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

GURGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama. **Pessoas idosas no Brasil: abordagens sobre seus direitos**. Brasília: Instituto Atenas; AMPID, 2009.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

HART, H.L.A. Utilitarismo y Derechos Naturales. **Anuario de derechos humanos**. Madri: Instituto de Derechos Humanos, 1982. (Universidad Complutense, n. 1).

HERÉDIA, Vânia B. M.; FERLA, Alcino Antônio; SOARES, Dino Roberto. (Org.). **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. Caxias do Sul: Educs, 2007.

ILOLEX. **Base de datos sobre las normas internacionales del trabajo**. Disponível em
<<http://www.ilo.org/ilolex/spanish/recdisp1.htm>>. Acesso 16 jul. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil já tem 180 milhões de habitantes**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 5 jan. 2011.

_____. **Estatística: evolução da mortalidade**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm>. Acesso em: 5 jan. 2011.

_____. **População residente, por sexo e grupos de idade**. 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em: 31 maio 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Aumento da expectativa de vida**. Disponível em
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=464>. Acesso em: 11 jan. 2011.

ITÁLIA. Constituição (1947). Disponível em:
<<http://www.senato.it/documenti/repository/costituzione.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

JACCOUD, Luciana (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília, DF: IPEA, 2005.

CUNHA JÚNIOR, Dyrley da. **Controle judicial das omissões do poder público**. 2. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

LINS JÚNIOR, George Sarmento. Pontes de Miranda e a teoria dos direitos fundamentais. **Revista do Mestrado em Direito**, Maceió: Nossa Livraria, v. 1, n. 1, p. 17-90, dez. 2005, 2005.

_____. **As gerações dos direitos humanos e os desafios da efetividade**. Disponível em:
<<http://www.georgesarmento.com.br/wp-content/uploads/2011/02/Gerações-dos-direitos-humanos-e-os-desafios-de-sua-efetividade1.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. São Paulo: M. Fontes, 1997.

KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 2002.

_____. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista Informação Legislativa**, Brasília, DF, Ano. 36, n. 144, out./dez. 1999.

LORETONI, Anna. Estado de direito e diferença de gênero. In: COSTA, Pietro; ZOLO, Danilo (Org.). **O Estado de direito**: história, teoria, crítica. São Paulo: M. Fontes, 2006.

MEIRELES, Ana Cristina Costa. **A eficácia dos direitos sociais**: os direitos subjetivos em face das normas programáticas de direitos sociais. Salvador: Jus Podivm, 2008.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Conteúdo jurídico do princípio da igualdade**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

MELLO, Marcos Bernardes de. **Teoria do fato jurídico**: plano da existência. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

MENDONÇA, Eduardo. Da faculdade de gastar ao dever de agir: o esvaziamento contramajoritário de políticas públicas. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (Org.). **Direitos Sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 231-278.

MÉXICO. Constituição (1917). Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/mla/sp/mex/sp_mex-int-text-const.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2009.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra idosos**: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Direitos humanos, legitimidade e constitucionalismo. In: SARMENTO, Daniel; GALDINO, Flávio (Org.). **Direitos Fundamentais**: estudos em homenagem ao Professor Ricardo Lobo Torres. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p. 348.

MÜLLER, Friedrich. **Métodos de trabalho de direito constitucional**. Tradução de Peter Naumann. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

NABAIS, José Casalta. **Por uma liberdade com responsabilidade**. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

NERI, Ana Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: WMF; M. Fontes, 2007.

NEVES, Marcelo. A força simbólica dos direitos humanos. **Revista Eletrônica de Direito do Estado**, Salvador: Instituto de Direito Público da Bahia, n. 4, out./ dez. 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em: 03/06/2011.

NUSSBERGER, Angelika. Limites de idade como problema do direito constitucional. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Direitos fundamentais sociais**: estudos de direito constitucional, internacional e comparado. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 492.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**: 2002. Tradução de Arlene Santos e revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M. B. de Mendonça e Vitória Gois. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007. v. 1.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

PASQUALOTTI, Adriano; PORTELLA, Marilene Rodrigues; BETTINELLI, Luiz Antonio (Org.). **Envelhecimento humano**: desafios e perspectivas. Passo Fundo: UPF, 2004.

PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregório. **Derechos sociales y positivismo jurídico**. Madrid: Dykinson, 1999.

PERÚ. Constituição (1993). Disponível em: <<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

PORTUGAL. Constituição (1976). Disponível em: <<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. Acesso em: 14 ago. 2009.

PRATES, Jane Cruz; REIS, Carlos Nelson; ABREU, Paulo Belmonte de. Metodologia de pesquisa para população de rua: alternativas de enfrentamento pelo poder local. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, Ano 21, n. 64, nov. 2000.

RABENHORST, Eduardo Ramalho. **A normatividade dos fatos**. João Pessoa: Vieira Livros, 2003.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. In: **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quem somos**. Disponível em: <<https://www.sbgg.org.br/conteudo.aspx?pP=34&pO=37&pM=2>>. Acesso em: 8 ago. 2009.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de Souza; SARMENTO, Daniel (Coord.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

_____. **A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

TORRES, Ricardo Lobo (Org.). **Legitimação dos direitos humanos**. 2. ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, Renato. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Quadrimestral de Serviço Social**, São Paulo: Cortez, v. 24, n. 75, p. 9-23. set. 2003.

_____; LOURENÇO, Roberto. **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2006.

VILANOVA, Lourival. **As estruturas lógicas e o sistema do direito positivo**. São Paulo: M. Limonad, 1997.

WITTER, Geraldina Porto (Org.). **Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas**. Campinas: Alínea, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
 LABORATÓRIO DE DIREITOS HUMANOS – CNPq/UFAL
 MESTRADO EM DIREITO



PESQUISA: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
 NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL
 APLICAÇÃO: POPULAÇÃO IDOSA

INSTITUIÇÃO VISITADA:
 NOME DA PESSOA IDOSA:
 IDADE:
 SEXO: () MASC. () FEM.

1) CONHECIMENTO DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA ATINENTE AOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA (POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, ESTATUTO DO IDOSO, LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - LOAS):

- A) **CONHECE EFETIVAMENTE , ATRAVÉS DE QUEM?** _____
 B) **JÁ OUVIU FALAR**
 C) **NÃO CONHECE, NEM OUVIU FALAR**

2) CONHECIMENTO DO DIREITO À PROTEÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

- A) DIREITO: 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:

- A) **CONHECE EFETIVAMENTE O DIREITO**
 B) **JÁ TEVE ACESSO**
 C) **JÁ OUVIU FALAR**
 D) **NÃO CONHECE, NEM OUVIU FALAR**

- B) DIREITO: Gratuidade de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação:

- A) **CONHECE EFETIVAMENTE O DIREITO**
 B) **JÁ TEVE ACESSO**
 C) **JÁ OUVIU FALAR**
 D) **NÃO CONHECE, NEM OUVIU FALAR**

- C) DIREITO: Atendimento prioritário

- A) **CONHECE EFETIVAMENTE O DIREITO**
 B) **JÁ TEVE ACESSO**
 C) **JÁ OUVIU FALAR**
 D) **NÃO CONHECE, NEM OUVIU FALAR**

3) SERVIÇO DE SAÚDE QUE UTILIZA:

- A) **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
 B) **PLANO DE SAÚDE PARTICULAR – QUEM CUSTEIA?** _____
 C) **PAGA MÉDICO OU HOSPITAL PARTICULAR**
 D) **AUTOMEDICAÇÃO**
 E) **MEDICINA CASEIRA**

POR QUE UTILIZA ESTE SERVIÇO DE SAÚDE? _____

- 4) AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO QUE RECEBE, ENQUANTO PESSOA IDOSA, NO SERVIÇO DE SAÚDE QUE UTILIZA:
A) ÓTIMO B) BOM C) REGULAR D) RUIM E) PÉSSIMO F) NÃO SABE
AVALIAR G) NÃO RECEBE NENHUM ATENDIMENTO
- 5) SE UTILIZA OS SUS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, OBSERVOU NOS POSTOS DE SAÚDE, AS CHAMADAS UNIDADES GERIÁTRICAS DE REFERÊNCIA, COM PESSOAL ESPECIALIZADO NAS ÁREAS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA SOCIAL (PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS NAS NECESSIDADES DA PESSOA IDOSA)?
A) SIM B) NÃO C) NÃO SABE
- 6) TEVE AINDA ACESSO A ALGUM OUTRO SERVIÇO DO PROGRAMA DE SAÚDE NA FAMÍLIA, ALÉM DA VISITA DO AGENTE DE SAÚDE?
A) VISITA DO MÉDICO GERIATRA
B) INTERNAMENTO DOMICILIAR
C) CONCESSÃO DE FRAUDAS
- 7) O DIREITO AO ATENDIMENTO PRIORITÁRIO É RESPEITADO?
A) SIM
B) NÃO
- 8) CASOS DE MAU ATENDIMENTO, DISCRIMINAÇÃO OU MAUSTRATOS NO SISTEMA DE SAÚDE QUE UTILIZA, DEVIDO À IDADE?
A) JÁ FOI DISCRIMINADO/MALTRATADO
B) NUNCA SE SENTIU DISCRIMINADO/MALTRATADO
C) NÃO SABE
- 9) QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS ENFRENTADOS NA ÁREA DA SAÚDE PELO IDOSO?
A) DEMORA PARA CONSULTAS E EXAMES
B) ATENDIMENTO DESUMANIZADO
C) FALTA DE MÉDICO
D) FALTA DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE
E) OUTROS _____
- 10) FORMA DE OBTENÇÃO DE REMÉDIOS:
A) PROCURA GRATUITAMENTE NOS POSTOS DE SAÚDE, NO SUS
B) ADQUIRE ÀS PRÓPRIAS EXPENSAS
C) PEDE A ALGUM FAMILIAR QUE PAGUE
D) USA MEDICAÇÃO CASEIRA
E) NÃO USA NENHUMA MEDICAÇÃO
- 11) ÊXITO NO RECEBIMENTO DE MEDICAÇÃO GRATUITA NOS SUS:
A) TOTAL
B) EXISTENTE DA MAIORIA DAS VEZES
C) RARO
D) INEXISTENTE

- 12) JÁ RECORREU AO PODER JUDICIÁRIO PARA OBTER REMÉDIOS GRATUITOS PELO SUS, OU OUTRO TIPO DE TRAMENTAMENTO DE SAÚDE (EXAMES, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS)?
- A) **SIM**
 - B) **NÃO**
 - C) **NÃO SABIA QUE EXISTIA TAL POSSIBILIDADE**
- 13) SE A RESPOSTA À PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM, CONSEGUIU O PROVIMENTO JURISDICONAL REQUERIDO?
- A) **SIM**
 - B) **NÃO**
- 14) SE A RESPOSTA À PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM, APÓS A ORDEM JUDICIAL, CONSEGUIU O REMÉDIO, TRATAMENTO, EXAME, CIRURGIA?
- A) **SIM**
 - B) **NÃO**

APÊNDICE B – INSTRUMENTAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
LABORATÓRIO DE DIREITOS HUMANOS – CNPq/UFAL
MESTRADO EM DIREITO



PESQUISA: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE
MACEIÓ-AL
APLICAÇÃO: POSTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

POSTO DE SAÚDE VISITADO:
RESPONSÁVEL:

- 1) HÁ ATENDIMENTO GERIÁTRICO E GERONTOLÓGICO NESTE POSTO DE SAÚDE?
A) **SIM**
B) **NÃO**

- 2) HÁ UNIDADES GERIÁTRICAS DE REFERÊNCIA, COM PESSOAL ESPECIALIZADO NAS ÁREAS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA SOCIAL, NESTE POSTO?
A) **SIM**
B) **NÃO**

- 3) HÁ DISPONIBILIZAÇÃO DE 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?

A) **SIM**
B) **NÃO**

- 4) QUAL A FORMA DE AGENDAMENTO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR SOLICITADO PELA PESSOA IDOSA E A PERIODICIDADE DAS VISITAS PELO AGENTE DE SAÚDE?

- 5) HÁ DISPENSAÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS, ESPECIALMENTE OS DE USO CONTINUADO, ASSIM COMO PRÓTESES, ÓRTESES E OUTROS RECURSOS RELATIVOS AO TRATAMENTO, HABILITAÇÃO OU REABILITAÇÃO AOS IDOSOS?

A) **SIM**
B) **NÃO**
C) **DEPENDE**
RAZÃO: _____

6) ESTE ÓRGÃO DE SAÚDE ASSEGURA AO IDOSO INTERNADO OU EM OBSERVAÇÃO O DIREITO A ACOMPANHANTE, PROPORCIONANDO AS CONDIÇÕES ADEQUADAS PARA A SUA PERMANÊNCIA EM TEMPO INTEGRAL, SEGUNDO O CRITÉRIO MÉDICO?

A) **SIM**

B) **NÃO**

C) **DEPENDE**

RAZÃO: _____



APÊNDICE C – INSTRUMENTAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
LABORATÓRIO DE DIREITOS HUMANOS – CNPq/UFAL
MESTRADO EM DIREITO



PESQUISA: A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA
NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL
APLICAÇÃO: NÚCLEO DE ATENDIMENTO AO IDOSO DA DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE ALAGOAS

1) QUANTOS PROCESSOS TRAMITAM ATUALMENTE COM O PATROCÍNIO DA DEFENSORIA PÚBLICA PRETENDENDO A CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS, PROTÓTESES, ÓRTESES, TRATAMENTO MÉDICO/CIRÚRGICO NO JUDICIÁRIO, EM FAVOR DA PESSOA IDOSA?

2) QUAL O PERCENTUAL DE AÇÕES COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA DEFERIDO PELO JUDICIÁRIO?

3) O MUNICÍPIO DE MACEIÓ CUMPRE OS PROVIMENTOS JURISDICIONAIS DETERMINANDO A CONCESSÃO DOS MEDICAMENTOS PARA IDOSOS?

- A) SIM
- B) NÃO

4) HÁ PRIORIDADE NA TRAMITAÇÃO DOS PROCESSOS NOS QUAIS É PARTE A PESSOA IDOSA?

- A) SIM
- B) NÃO