



**O DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA -  
COTEJO HISTÓRICO ENTRE BRASIL E  
PORTUGAL E ALGUNS ASPECTOS DA  
JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO  
CENÁRIO BRASILEIRO**

**LIANA DE BARROS PIMENTA**

**Mestra em Direito e Inovação e Doutoranda em Saúde Coletiva - Universidade Federal de Juiz de Fora  
Analista Processual da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro**

**LUCIANA GASPAR MELQUÍADES DUARTE**

**Mestra e Doutora em Direito Administrativo - Universidade Federal de Minas  
Gerais**

**Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de  
Fora**

**Resumo:** O presente artigo pretendeu discutir a conformação do direito à saúde no Brasil e em Portugal, apontar suas principais características e abordar as diferentes realidades no que tange à chamada judicialização da saúde, fenômeno presente no cenário brasileiro. Buscou-se implementar uma detida análise no caso da judicialização de medicamentos por parte de pessoas idosas, o que foi possível a partir de pesquisa empírica realizada junto às ações judiciais propostas entre 2018 e 2022 no município de Paraíba do Sul, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, e conforme o método dedutivo de investigação. Concluiu-se que se a implementação satisfatória de políticas públicas sanitárias é necessária para a consagração da cidadania e da dignidade da pessoa humana, no caso da população idosa, essa atuação eficiente possui ainda maior repercussão, por ser capaz de determinar, não raras vezes, a manutenção da vida, sobretudo na conjuntura global de envelhecimento populacional.

**Palavras-chave:** Direito à saúde; pessoa idosa; prestações sanitárias; essencialidade; dignidade da pessoa humana.

# THE RIGHT TO HEALTH OF ELDERLY PEOPLE - HISTORICAL COLLECTION BETWEEN BRAZIL AND PORTUGAL AND SOME ASPECTS OF THE JUDICIALIZATION OF MEDICINES IN THE BRAZILIAN SCENARIO

**Abstract:** This article intended to discuss the formation of the right to health in Brazil and Portugal, point out its main characteristics and address the different realities regarding the so-called judicialization of health, a phenomenon present in the Brazilian scenario. We sought to implement a detailed analysis in the case of the judicialization of medicines by elderly people, which was possible based on empirical research carried out together with the legal actions proposed between 2018 and 2022 in the municipality of Paraíba do Sul, under the quantitative and qualitative, and according to the deductive method of investigation. It was concluded that if the satisfactory implementation of public health policies is necessary for the consecration of citizenship and human dignity, in the case of the elderly population, this efficient action has even greater repercussions, as it is capable of determining, not infrequently, maintaining life, especially in the global context of population aging

**Key words:** Right to health; elderly; health benefits; essentiality; dignity of human person.

*O direito à saúde da população idosa não se atém ao crescimento da expectativa de vida em todo o mundo, mas abarca o reconhecimento de um ajuste global voltado à busca por qualidade de vida deste segmento populacional, suas famílias e suas comunidades.*

## I

### **Introdução**

O envelhecimento populacional e a crescente complexidade das questões sanitárias são temas que suscitam frequentes debates na atualidade. Quando combinados esses aspectos, as discussões se avolumam, notadamente em razão do paradoxo existente entre o incremento das necessidades na área da saúde e a limitação dos recursos públicos disponíveis.

O presente artigo objetivou tratar do direito à saúde da população idosa, tema cuja relevância não se atém ao crescimento da expectativa de vida em todo o mundo, mas abarca o reconhecimento de um ajuste global voltado à busca por qualidade de vida deste segmento populacional, suas famílias e suas comunidades, conforme consignado pela Assembleia Geral das Nações Unidas ao declarar o período compreendido entre 2021 e 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável.

Para o alcance do escopo, o trabalho partiu de uma perspectiva teórica, através do apontamento dos principais aspectos da evolução da saúde como direito no Brasil e em Portugal, bem como de algumas semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde dos dois países, e alcançou uma ótica empírica, decorrente de dados coletados de ações judiciais propostas por pessoas idosas, no município brasileiro de Paraíba do Sul, para a obtenção de prestações sanitárias, notadamente medicamentos, o que demandou aprofundamento das discussões da chamada judicialização da saúde, fenômeno consolidado na realidade brasileira.

A investigação levou em consideração o cenário da pandemia do novo coronavírus<sup>1</sup>, declarada pela Organização Mundial de Saúde em 11 de março de 2020, e os eventuais impactos da crise sanitária na propositura de demandas voltadas para a concretização do direito constitucional à saúde.

## II

### **O direito à saúde no Brasil e em Portugal: breves apontamentos**

A amplificação do conceito de saúde, antes cingido à mera ausência de doença, e o conseqüente alcance de uma noção compatível com o estado de completo bem-estar físico, mental e social<sup>2</sup>, ocorreu após o fim da Segunda Guerra Mundial, a partir da criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde.

Em Portugal, compreendeu-se a saúde como direito a partir da década de 1940<sup>3</sup>, perspectiva que derivou da eclosão de movimentos internacionais e supranacionais<sup>4</sup>. Posteriormente, como reflexo da coexistência entre esses movimentos e as aspirações nacionais decorrentes da Revolução de 1974<sup>5</sup>, foi promulgado o texto constitucional português<sup>6</sup>, que consignou, em seu artigo 64<sup>o</sup>, que ‘todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover’, ‘através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito’, e plasmado em cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

Conquanto a referida norma constitucional não tenha atrelado o direito à saúde à situação econômica dos cidadãos, o Serviço Nacional de Saúde, estabelecido em 1979, não logrou alcançar os grupos excluídos do mercado de trabalho formal<sup>7</sup>. Com o escopo de solucionar os impasses gerados pelo antagonismo ideológico entre

---

<sup>1</sup> Organização Pan-Americana de Saúde. Histórico da Pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.

<sup>2</sup> A. Joaquim Schellenberger Fernandes, *Direito à Saúde: tutela coletiva e mediação sanitária*, D’Plácido, Belo Horizonte, 2018.

<sup>3</sup> F. Dutra Asensi, *Direito à Saúde: Práticas Sociais Reivindicatórias e sua Efetivação*. Juruá, Curitiba, 2013.

<sup>4</sup> G. Carapinheiro; P. Page, *As determinantes globais do sistema de saúde português. Risco social e incerteza: pode o estado social recuar mais? Afrontamento*, Porto, 2002.

<sup>5</sup> F. Dutra Asensi, *Direito à Saúde: Práticas Sociais Reivindicatórias e sua Efetivação*. Juruá, Curitiba, 2013.

<sup>6</sup> Portugal. Constituição da República Portuguesa. Lisboa, Portugal: Assembleia da República, 2008. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

<sup>7</sup> F. Dutra Asensi, *Direito à Saúde: Práticas Sociais Reivindicatórias e sua Efetivação*. Juruá, Curitiba, 2013.

a Constituição e a Ordem dos Médicos, foi promulgada a Lei nº48 (Portugal, 1990), denominada Lei de Bases da Saúde. No entanto, ao instituir o pagamento de taxas para o acesso dos usuários ao sistema de saúde e prever a ingerência da iniciativa privada na área sanitária, o diploma legal acabou por vincular o acesso aos serviços de saúde a critérios econômico-financeiros<sup>8</sup>.

Ainda durante a década de 1990, o sistema de saúde português foi impactado pela normativa internacional promovida pelos Tratado de Maastrich e de Amsterdam, que objetivaram padronizar alguns aspectos dos serviços de saúde na Europa, pela Carta de Ljubljana, que versou sobre a participação social e os cuidados primários, e pela Iniciativa de Verona, que abordou a racionalização dos investimentos na área sanitária. A conjugação dessas influências conduziu o sistema de saúde português ao cenário de uma ‘mistura complexa e atípica de prestações públicas e privadas que dá lugar a custos elevados, ineficiência e algum desperdício de recursos’<sup>9</sup>.

A Lei nº48 sofreu diversas alterações desde sua promulgação, e foi revogada pela Lei nº95<sup>10</sup>, que objetivou clarificar o papel dos atores do sistema de saúde português e reafirmar a centralidade do SNS. Neste período, o acesso às prestações sanitárias foi ampliado pela Lei nº84<sup>11</sup>, que ao extinguir taxas relativas aos cuidados primários de saúde e outras prestações, aproximou-se da ideologia constitucional<sup>12</sup>.

No Brasil, a consagração da saúde como direito somente ocorreu em 1988, ocasião em que a Constituição estabeleceu, em seu art. 196, que ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’<sup>13</sup>.

O texto constitucional também criou o Sistema Único de Saúde, rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da

---

<sup>8</sup> F. Dutra Asensi, *Direito à Saúde: Práticas Sociais Reivindicatórias e sua Efetivação*. Juruá, Curitiba, 2013.

<sup>9</sup> G. Carapineiro; P. Page, *As determinantes globais do sistema de saúde português. Risco social e incerteza: pode o estado social recuar mais? Afrontamento*, Porto, 2002, p. 104.

<sup>10</sup> Portugal. Lei nº95, de 4 de setembro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>.

<sup>11</sup> Portugal. Lei nº84, de 3 de setembro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/124392056/details/maximized?serie=I&day=2019-09-03&-date=2019-09-01>.

<sup>12</sup> Portugal. *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Assembleia da República, 2008. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

<sup>13</sup> Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. A regulamentação do SUS ocorreu em 1990, pelas Leis nº8.080<sup>14</sup> e nº8.142<sup>15</sup>.

O SUS experimentou avanços e retrocessos ao longo dos anos. No que diz respeito à estrutura de financiamento, as principais mudanças ocorreram em 2000, 2015 e 2016, através das Emendas Constitucionais nº29<sup>16</sup>, nº86<sup>17</sup> e nº95<sup>18</sup>, as duas últimas fruto de ideologias neoliberais, o que representou agravamento do já deficitário sistema de custeio. Na seara das políticas públicas, os principais avanços foram perpetrados entre 1995 e 2015, a exemplo dos obtidos pela promulgação da Lei nº9.313<sup>19</sup>, que dispôs sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV; pela criação do Sistema Nacional de Transplantes<sup>20</sup>; pela instituição da Política Nacional de Medicamentos<sup>21</sup> e pelo Programa Farmácia Popular, destinados a fomentar o acesso da população a medicamentos<sup>22</sup>; pela

---

<sup>14</sup> Brasil. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).

<sup>15</sup> Brasil. Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).

<sup>16</sup> Brasil. Emenda Constitucional nº29, de 13 de setembro de 2000a. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Portal da Legislação, Brasília, 14 set. 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm).

<sup>17</sup> Brasil. Emenda Constitucional nº86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Portal da Legislação, Brasília, 18 mar. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm).

<sup>18</sup> Brasil. Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, 16 dez. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm).

<sup>19</sup> Brasil. Lei nº9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Portal da Legislação, Brasília, 14 nov. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm).

<sup>20</sup> Brasil. Decreto nº2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1997/d2268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm).

<sup>21</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html).

<sup>22</sup> Brasil. Decreto nº5.090, de 10 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa 'Farmácia Popular do Brasil', e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm).

criação da Política de Saúde da Pessoa Idosa<sup>23</sup> e pela instituição do Programa Mais Médicos<sup>24</sup>.

### III

## O papel do poder judiciário na concretização da saúde no Brasil e em Portugal

A conformação da atuação do Judiciário na concretização do direito à saúde em ambos os países apresentou sensível diferença. Nos dizeres de Asensi, ‘se no Brasil o Judiciário transformou-se de ‘Poder tímido’ para ‘terceiro gigante’, no mesmo lapso temporal podemos observar o inverso na realidade portuguesa’<sup>25</sup>.

Isso porque, no caso brasileiro, não obstante a previsão constitucional, o direito à saúde permaneceu carente de efetividade até o final dos anos 1990, quando o aumento dos casos de HIV e AIDS ensejou o ajuizamento massivo de demandas destinadas à obtenção de medicamentos antirretrovirais<sup>26</sup>, o que repercutiu no enfrentamento, pelo Judiciário, de argumentos relacionados ao direito à vida, ao núcleo essencial do direito à saúde e ao conceito de mínimo existencial. O cenário reverberou na mudança de interpretação acerca da norma constitucional garantidora do direito à saúde e provocou a manifestação jurisdicional sobre outras questões, a exemplo da possibilidade de o Poder Público custear tratamento para

---

<sup>23</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).

<sup>24</sup> Brasil. Lei nº12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm).

<sup>25</sup> F. Dutra Asensi, *Direito à Saúde: Práticas Sociais Reivindicatórias e sua Efetivação*. Juruá, Curitiba, 2013, p. 219.

<sup>26</sup> Miriam Ventura; Luciana Simas; Vera Lúcia Edais Pepe; Fermin Roland Schramm, *Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde*. Physis Revista de Saúde Coletiva, nº20, 2010, p. 77-100. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006).



doenças raras<sup>27</sup> e tratamento no exterior<sup>28</sup>, bem como fornecer medicamentos experimentais<sup>29</sup> e medicamentos de alto custo<sup>30</sup>.

Com o fortalecimento do controle judicial de políticas públicas, a judicialização da saúde consolidou-se no Brasil, tendo o Conselho Nacional de Justiça apurado o crescimento em 130% nas demandas de primeira instância relacionadas ao direito sanitário entre 2008 e 2017<sup>31</sup>.

Diversa foi a situação configurada no país europeu, em que o fortalecimento institucional do Judiciário não ocorreu. A promulgação da constituição portuguesa ensejou uma ‘explosão de litigiosidade’<sup>32</sup> no país, o que culminou na redefinição do papel governamental, sobretudo ao denunciar a incapacidade jurisdicional para a condução da situação<sup>33</sup>. Além disso, essa judicialização não teria alcançado as prestações de saúde, prevalecendo as formas extrajudiciais de solução de conflitos, a exemplo da conciliação, da mediação e da arbitragem, de modo que a judicialização da saúde em Portugal é considerada inexpressiva ou inexistente<sup>34</sup>.

---

<sup>27</sup> Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº195.192/RS. Reclamante: Estado do Rio Grande do Sul. Reclamado: Rodrigo Skrsypcsak. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, 22 de fevereiro de 2000b. Diário de Justiça Eletrônico, Acórdão, 31/03/2000. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur107199/false>.

<sup>28</sup> Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança nº8.895/DF. Impetrante: Roberto Thomaz da Silva. Impetrados: Ministro de Estado da Saúde e Secretário de Assistência à Saúde. Relatora: Ministra Eliana Calmon. Brasília, 22 de outubro de 2003b. Diário de Justiça Eletrônico, Acórdão, 07/06/2004. Disponível em: [https://scon.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=8895&b=ACOR&p=false&l=10&i=10&operador=mesmo&tipo\\_visualizacao=RESUMO](https://scon.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=8895&b=ACOR&p=false&l=10&i=10&operador=mesmo&tipo_visualizacao=RESUMO).

<sup>29</sup> Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança nº3.073/RN. Requerente: Estado do Rio Grande do Norte. Requerido: Relatora do Mandado de Segurança nº2006.006795-0 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte. Impetrante: Luis Carlos Fernandes. Relatora: Ministra Ellen Gracie. Brasília, 09 de fevereiro de 2007. Diário de Justiça Eletrônico, Decisões da Presidência, 14/02/2007. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28SS%24%2ESCLA%2E+E+3073%2ENUME%2E%29+E+S%2EPRES%2E&base=basePresidencia&url=http://tinyurl.com/cpaqq4>.

<sup>30</sup> Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº175/CE. Agravante: União. Agravados: Ministério Público Federal; Clarice Abreu de Castro Neves; Município de Fortaleza; Estado do Ceará. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, 17 de março de 2010. Diário de Justiça Eletrônico, Acórdão, 29/04/2010. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur176416/false>.

<sup>31</sup> Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa: Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>.

<sup>32</sup> F. Dutra Asensi, *Direito à Saúde: Práticas Sociais Reivindicatórias e sua Efetivação*. Juruá, Curitiba, 2013, p. 216.

<sup>33</sup> B. de Sousa Santos, *Direito e democracia: a reforma global da justiça. A teia global: movimentos sociais e instituições*, Afrontamento, Porto, 2002, p. 128.

<sup>34</sup> Felipe Dutra Asensi, *Saúde, Poder Judiciário e Sociedade: uma análise de Brasil e Portugal*. Physis Revista de Saúde Coletiva, 23, 2013, p. p. 802/803; p. 815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/phys/a/tjyPSLJWZ4TB5ZQVM5tCxtc/?lang=pt>.

#### IV

### **O direito à saúde e o envelhecimento populacional. características das demandas sanitárias propostas por pessoas idosas no município de Paraíba do Sul entre 2018 e maio de 2022**

No Brasil, a Lei nº10.741<sup>35</sup>, que instituiu o Estatuto da Pessoa Idosa<sup>36</sup>, estabeleceu ser obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida e à saúde, devendo esse atendimento prioritário, no âmbito sanitário, alcançar ‘atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população’; ‘preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas’; ‘destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à pessoa idosa’; e ‘garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais’.

A análise da satisfatoriedade das políticas públicas sanitárias direcionadas à população idosa, que possui relevância diferenciada quando considerado o envelhecimento populacional e a declaração, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, do período compreendido entre 2021 e 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, tem no exame da judicialização da saúde uma das formas de sua concretização, principalmente quando avaliada a essencialidade das prestações almejadas.

A fim de elucidar esses aspectos, procedeu-se à coleta dos dados das ações judiciais propostas por pessoas idosas, na Comarca de Paraíba do Sul, entre janeiro de 2018 e maio de 2022, para a obtenção de prestações sanitárias, a exemplo da obtenção de fármacos e disponibilização de consultas médicas, exames e cirurgias.

A opção pelo ente federativo decorreu do fato de o município ser classificado como de pequeno porte, situação compartilhada por aproximadamente noventa por cento dos municípios brasileiros<sup>37</sup>. O recorte temporal, por sua vez, deveu-se à

---

<sup>35</sup> Brasil. Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003a. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Portal da Legislação, Brasília, 03 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm).

<sup>36</sup> No Brasil, pessoa idosa é quem possui idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2003a).

<sup>37</sup> Confederação Nacional dos Municípios. Planos Diretores para Municípios de Pequeno Porte. Limites e Perspectivas para a Aplicação dos Instrumentos do Estatuto da Cidade, 2015. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca\\_antiga/Planos%20Diretores%20para%20Munic%C3%ADpios%20de%20pequeno%20porte%20\(2015\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Planos%20Diretores%20para%20Munic%C3%ADpios%20de%20pequeno%20porte%20(2015).pdf).

necessidade de averiguação de eventuais impactos, na judicialização da saúde, do cenário de pandemia do novo coronavírus<sup>38</sup>, razão pela qual foi adotado o mês de março de 2020 como marco divisório para efeitos de comparação. Posteriormente, foi considerado o período de 14 meses tanto antes quanto depois do citado mês, culminando nas balizas de janeiro de 2018 e maio de 2022, o que possibilitou organização dos dados entabulados e a redação do presente relatório.

A tabela 1 apresenta os principais dados obtidos:

**Tabela 1**  
Quantitativo de demandas submetidas ao Judiciário, entre 2018 e Maio de 2022, na Comarca de Paraíba do Sul

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b> <small>(Janeiro a Maio)</small>	<b>Total</b>
<b>TOTAL DE AÇÕES</b>	69	86	7	113	33	379
<b>AÇÕES PROPOSTAS POR IDOSOS</b>	32 46,37%	40 46,51%	32 41,02%	53 46,9%	14 42,42%	171
Cirurgia	-	-	-	1	-	
Consultas	1	1	1	-	1	
Exames	6	2	2	1	-	
Fraldas descartáveis geriátricas	-	5	5	3	3	
Insumos	-	2	-	-	-	
CPAP	-	1	-	-	-	
Seringas	-	1	-	-	-	
Bota de UNNA				1	-	
Medicamentos	24	29	26	42	11	
Suplementos alimentares	-		-	2	-	
Transferências hospitalares, inclusive para tratamento cirúrgico ou UTI	-	2	1	1	-	
Transfusão sanguínea	-	-	1	-	-	
Transporte em UTI móvel	1	-	-	-	-	
Fisioterapia	-	-	1	-	-	

Fonte: elaborada pelas autoras (2022)

No período analisado, foram ajuizadas 379 demandas, sendo 171 propostas por idosos, o que representa uma proporção de 45,11%. No que tange a um possível efeito da crise sanitária decorrente da pandemia do novo coronavírus, em relação a 2020, o ano de 2021 apresentou aumento de 45% na judicialização da saúde, tendo o quantitativo de novas ações saltado de 78 para 113. No caso das ações propostas por pessoas idosas, o incremento foi de 66%.

Entre as prestações sanitárias almejadas, predominou a busca por medicamentos, que correspondeu a 77,19% das ações propostas por pessoas idosas em todo o período, com 132 ocorrências. A prevalência replica o cenário nacional, apurado pelo Conselho Nacional de Justiça<sup>39</sup>, o que pode evidenciar alto investimento em tecnologias farmacêuticas<sup>40</sup> em relação a ações preventivas<sup>41</sup>.

Em relação às demandas por medicamentos propostas por pacientes idosos, também é possível visualizar o impacto da pandemia, haja vista que em 2020 a busca por fármacos correspondia a 75% das ações ajuizadas por esta parcela populacional, chegando essa proporção a 79,24% em 2021. Os dados, indicativos de uma maior insuficiência das políticas públicas em favor de pessoas idosas em um cenário de crise, podem ter derivado tanto da indisponibilidade administrativa de fármacos destinados a usuários anteriormente atendidos – o que configuraria uma restrição de ordem objetiva, possivelmente decorrente de um insatisfatório processo de compras públicas – quanto do aumento do número de pacientes demandantes, possivelmente portadores de comorbidades – o que caracterizaria uma situação de indisponibilidade ou insuficiência de ordem subjetiva. O incremento, contudo, apresenta retração no período seguinte, mesmo se considerada a projeção para todo o exercício de 2022, o que pode sinalizar absorção dos impactos da pandemia e readequação entre oferta e demanda.

Considerando-se a expressiva proporção das ações ajuizadas para a obtenção de medicamentos, procedeu-se a uma detida análise sobre os principais aspectos desses pedidos, conforme relatado em tópico específico.

---

<sup>39</sup> Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa: Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>.

<sup>40</sup> Christiane Nery Silva Pirett; Cintia Rodrigues de O. Medeiros, Doenças raras, medicamentos órfãos: reflexões sobre o dark side das organizações da indústria farmacêutica. Revista Brasileira de Estudos Organizacionais, V. 4, n. 2, 2017, p. 437-460. Disponível em: <https://rbeo.emnuvens.com.br/rbeo/article/view/140>.

<sup>41</sup> A. Joaquim Schellenberger Fernandes, Direito à Saúde: tutela coletiva e mediação sanitária, D'Plácido, Belo Horizonte, 2018.

## V

### **Os fármacos predominantes nos pedidos judiciais e sua classificação quanto à essencialidade**

Entre janeiro de 2018 e maio de 2022, três foram os medicamentos mais postulados judicialmente pela população idosa no município analisado: os fármacos Xarelto®, Alenia® e Spiriva® Respimat®, com 23, 14 e 11 ocorrências, respectivamente.

De acordo com as respectivas bulas, o Xarelto® tem como princípio ativo a rivaroxabana, indicada para a prevenção de derrame (acidente vascular cerebral) e de formação de coágulos sanguíneos em pacientes adultos com arritmia cardíaca e algum fator de risco como insuficiência cardíaca, pressão alta, diabetes mellitus ou idade superior a 75 anos<sup>42</sup>.

O medicamento Alenia®, por sua vez, cujo princípio ativo é a associação entre fumarato de formoterol di-hidratado e budesonida, é indicado para a melhora e o controle da falta de ar em pacientes com constrição parcial dos brônquios provocada por broncoconstrição ou broncoespasmo em portadores de asma brônquica, enfisema pulmonar e bronquite crônica, quadros aptos a provocar a diminuição da respiração adequada<sup>43</sup>.

Por fim, o medicamento Spiriva® Respimat®, que possui por princípio ativo o brometo de tiotrópio monoidratado, destina-se ao tratamento de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite crônica ou enfisema pulmonar, e tem por objetivo melhorar a qualidade de vida e reduzir o cansaço, falta de ar e tosse<sup>44</sup>.

A fim de verificar eventual repercussão da pandemia do novo coronavírus nas políticas públicas de dispensação dos referidos medicamentos, procedeu-se à

---

<sup>42</sup> Disponível em [https://www.bayer.com.br/sites/bayer\\_com\\_br/files/2021-03/Xarelto%2015%20mg%2020%20mg\\_Bula%20Paciente.pdf](https://www.bayer.com.br/sites/bayer_com_br/files/2021-03/Xarelto%2015%20mg%2020%20mg_Bula%20Paciente.pdf).

<sup>43</sup> Disponível em <https://www.ache.com.br/wp-content/uploads/application/pdf/bula-paciente-alenia-12-400.pdf>.

<sup>44</sup> Disponível em [https://www.boehringer-ingenheim.com.br/sites/br/files/bula\\_spiriva\\_respimat\\_0.pdf](https://www.boehringer-ingenheim.com.br/sites/br/files/bula_spiriva_respimat_0.pdf).

apuração da judicialização dos correspondentes pedidos em cada ano analisado. O resultado consta da tabela abaixo:

Tabela 2  
Quantitativo de pedidos judiciais dos três fármacos mais recorrentes

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Xarelto® (rivaroxabana)	02	09	03	08	01	23
Alenia® (fumarato de formoterol di- hidratado e budesonida)	03	01	04	05	01	14
Spiriva® Respimat® (brometo de tiotrópio monoidratado)	02	03	04	02	-	11

Fonte: elaborada pelas autoras (2022)

No caso do medicamento Xarelto®, a judicialização dos pedidos apresentou aumento entre 2018 e 2019, e entre 2020 e 2021. O medicamento Alenia® foi mais demandado judicialmente em 2020 e em 2021, se comparado aos anos anteriores, e o fármaco Spiriva® Respimat® apresentou pedidos mais frequentes em 2020.

O aumento da judicialização do item Xarelto® na segunda ocorrência e dos medicamentos Alenia® e Spiriva® Respimat® nos anos apontados parece indicar repercussão da crise sanitária, seja devido ao aumento no número de usuários do fármaco, caso em que as políticas públicas existentes não teriam absorvido este incremento em um primeiro momento, seja em razão da diminuição do correspondente fornecimento administrativo, provavelmente em razão da escassez de recursos advinda da própria crise sanitária. No entanto, no caso do item Xarelto®, o reflexo da pandemia poderia ser infirmado pela verificação do crescimento entre 2018 e 2019, ou seja, antes da configuração da pandemia, de modo que o quadro poderia indicar, igualmente, uma inespecífica inadequação e insuficiência das políticas públicas destinadas à população idosa.

Do ponto de vista médico, as informações constantes das bulas dos fármacos permitem considerar sua essencialidade. No entanto, em se tratando da análise da satisfatoriedade das políticas públicas implementadas e da judicialização da saúde, a essencialidade deve ser aferida do ponto de vista axiológico, capaz de reconhecer

a dignidade da pessoa humana como cerne de constitucionalismo contemporâneo. A doutrina de Duarte<sup>45</sup> cumpre esse desiderato, ao classificar as prestações sanitárias em demandas de primeira e demandas de segunda necessidade.

Duarte<sup>46</sup> parte da premissa de que a essencialidade não se limita ao critério da garantia de sobrevivência, mas abarca aspectos relacionados à cidadania e à integração social e cultural do indivíduo<sup>47</sup>. Além disso, considera que a afetação à dignidade da pessoa humana pode se efetivar mediante diferentes intensidades – leve, moderada ou severa. No caso de demandas sanitárias que possam concretizar a vida ou a dignidade da pessoa humana em grau severo, a prestação mostra-se dotada de maior essencialidade, configurando demanda de primeira necessidade; por outro lado, nas situações em que a dignidade da pessoa humana é efetivada de modo leve ou moderado, a demanda se qualificaria como de menor essencialidade, classificando-se como demanda de segunda necessidade.

A partir da classificação proposta, constituiriam exemplos de demandas de primeira necessidade as ações de saneamento básico; a vacinação contra doenças letais; os tratamentos de doenças crônicas capazes de evoluir para o óbito; as situações de urgência e emergência; e as ações de prevenção e combate à COVID-19; o fornecimento de fraldas descartáveis geriátricas; as demandas relacionadas aos membros superiores, inferiores e aos órgãos sensoriais. Em contrapartida, como formas de concretização moderada ou leve da dignidade da pessoa humana, podem ser citados os procedimentos cirúrgicos de redução de mama, desde que não relacionados a enfermidades que possam ensejar dano severo à saúde, o fornecimento de fraldas descartáveis pediátricas e os procedimentos estéticos.

A classificação de Duarte<sup>48</sup> apresenta repercussão jurisdicional na medida em que, em se tratando de demandas de primeira necessidade, a concretização do direito à saúde não comporta flexibilidade, inclusive no que tange ao argumento da reserva do possível. Neste caso, o direito apresenta natureza de regra jurídica<sup>49</sup>, e

---

<sup>45</sup> L. Gaspar Melquíades Duarte, Possibilidades e Limites do Controle Judicial sobre as Políticas Públicas de Saúde: Um Contributo para a Dogmática do Direito à Saúde. 2ª ed., Fórum, Belo Horizonte, 2020.

<sup>46</sup> L. Gaspar Melquíades Duarte, Possibilidades e Limites do Controle Judicial sobre as Políticas Públicas de Saúde: Um Contributo para a Dogmática do Direito à Saúde. 2ª ed., Fórum, Belo Horizonte, 2020.

<sup>47</sup> Cláudia Toledo, Mínimo Existencial – A Construção de um Conceito e seu Tratamento pela Jurisprudência Constitucional Brasileira e Alemã, Revista de Propriedade Intelectual, Direito Contemporâneo e Constituição, Ano VI, Vol. 11, nº01, 2017, p.102-119. Disponível em: <http://www.pidcc.com.br/artigos/012017/062017.pdf>.

<sup>48</sup> L. Gaspar Melquíades Duarte, Possibilidades e Limites do Controle Judicial sobre as Políticas Públicas de Saúde: Um Contributo para a Dogmática do Direito à Saúde. 2ª ed., Fórum, Belo Horizonte, 2020.

<sup>49</sup> R. Alexy, Teoría de los Derechos Fundamentales, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2002.

eventual omissão estatal, através de políticas públicas insatisfatórias ou insuficientes, configura indevido descumprimento de um mister constitucional, franqueando, ao Judiciário, o controle dessas políticas, inclusive com o deferimento liminar no pedido, *inaudita altera pars*, caso comprovada a essencialidade da demanda. Esse parece ser o caso das demandas pelos medicamentos Xarelto®, Alenia® e Spiriva® Respimat® no município analisado.

## VI Conclusão

O direito à saúde constitui um dos temas mais fecundos na atualidade, e sua análise no caso da população idosa incrementa os debates em razão de diversos fatores, a exemplo do aumento da expectativa de vida da população mundial, da crescente busca pela consagração da dignidade da pessoa humana e da limitação de recursos públicos disponíveis.

No caso brasileiro, diferentemente do que se verificou em Portugal, a lenta apreensão de uma noção de saúde como direito constitucional efetivo resultou no fortalecimento do Poder Judiciário para o enfrentamento das demandas sanitárias, e o fenômeno da judicialização da saúde se consolidou.

Nesse cenário, evidenciou-se a prevalência das ações voltadas para a obtenção de medicamentos, o que foi apurado pelo Conselho Nacional de Justiça em 2019 e sintetizado no Relatório Analítico-Propositivo Judicialização da Saúde no Brasil: perfil de demandas, causas e propostas de solução<sup>50</sup>. Referido resultado também foi verificado no âmbito do município fluminense de Paraíba do Sul, em que a incidência da judicialização dos pedidos de fármacos mostrou-se ainda maior. No contexto municipal, os resultados parecem sinalizar, ainda, políticas públicas de dispensação de medicamentos insatisfatórias e/ou insuficientes, notadamente pela indicação dos medicamentos mais demandados, essenciais para a vida dos usuários. A hipótese ganha relevo se considerada a alta incidência de pedidos dessa natureza previamente a março de 2020, ocasião em que a crise sanitária decorrente do novo

---

<sup>50</sup> Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa: Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>.



coronavírus teve advento. A situação excepcional, conquanto possa ter agravado o já escasso acesso às políticas públicas correspondentes, não parece ter sido o único fator dificultador da concretização deste direito constitucional.

Não se pode olvidar, ainda, que as mudanças no sistema de financiamento do SUS, perpetradas após a Emenda Constitucional n° 86<sup>51</sup>, já sinalizavam déficit orçamentário para a saúde pública brasileira, o que parece reforçar que o investimento em políticas públicas satisfatórias e a judicialização da saúde são realidades inversamente proporcionais. Os dados coletados nas ações judiciais referidas, no entanto, não permitem afirmar essa hipótese, mormente por se referirem a um único município.

De todo modo, o cenário permite apontar que, mesmo no caso de medicamentos essenciais, classificados como demandas de primeira necessidade, a atuação administrativa parece ficar aquém do necessário, levando o usuário do Sistema Único de Saúde a buscar, junto ao Judiciário, a prestação sanitária de que necessita.

Certo é que tanto no caso brasileiro, em que o fenômeno da judicialização da saúde é constatado, quanto nos demais países que apresentam um sistema público de saúde amplo e pretensamente gratuito e/ou universal, o atendimento às necessidades básicas de saúde constitui ponto de partida para o alcance da cidadania e para a consagração da dignidade da pessoa humana. No entanto, essa preocupação se avulta sobremaneira no caso de pessoas idosas, uma vez que o envelhecimento populacional é realidade global, e vulnerabilidade que toca esse segmento populacional pode determinar a manutenção da vida ou o perecimento do indivíduo.

---

<sup>51</sup> Brasil. Emenda Constitucional nº86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Portal da Legislação, Brasília, 18 mar. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm).