vol. 13, 2026
DOI 10.19092/reed.v13.1064

IDOSOS, DIREITO À SAÚDE E O JUDICIÁRIO: COMO DECIDEM OS DESEMBARGADORES DO TJSP?

Eduarda Umbelina Pinheiro Kamijo de Moraes[1]
Iara Pereira Ribeiro[2]

RESUMO

O presente estudo se propõe a analisar o posicionamento do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) acerca das questões judiciais envolvidas na Judicialização da Saúde, todavia, sob o enfoque específico da pessoa idosa – haja vista as projeções estatísticas do envelhecimento populacional brasileiro que evidenciam a relevância presente e futura dessa intersecção temática. Buscou-se, assim, responder às seguintes perguntas: o direito à saúde dos idosos tem sido garantido pelo Tribunal? Sob quais fundamentos? Os julgados analisados – proferidos de 21 de abril de 2022 a 21 de abril de 2024, com o juízo a quo restrito à comarca de Ribeirão Preto – abrangeram apenas questões atinentes à saúde pública. Os argumentos foram catalogados, mensurados e interpretados com o auxílio de ferramentas estatísticas (frequência absoluta e relativa) e bibliografia complementar. Verificou-se que os desembargadores se alinharam ao posicionamento dos tribunais superiores e ao ordenamento jurídico pátrio. Informações específicas, como tipos de demandas e perfil litigante, também foram coletadas. Não houve indeferimentos. Os resultados apontaram para um padrão decisório protetivo aos idosos, mesmo com a subutilização da Lei n. 10.741 de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa) na fundamentação das decisões. A base de dados se revelou pertinente a investigações futuras, bem como à análise dos possíveis impactos aos idosos de julgamentos recentes (e com repercussão geral) relativos à saúde pública – a exemplo do Recurso Extraordinário n. 1.366.243, julgado pelo Supremo Tribunal Federal em 13 de setembro de 2024.

PALAVRAS-CHAVE: idoso; direito à saúde; judicialização da saúde; acesso à justiça; direitos fundamentais.

[1] Universidade de São Paulo. Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FDRP/USP). ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1439-4248.
[2] Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FDRP/USP); Doutora em Direito Civil e Mestre em Filosofia do Direito pela PUC/SP; Bacharel em Direito e Letras. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4085-695X.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

vol. 13, 2026
DOI 10.19092/reed.v13.1064

THE ELDERLY, THE RIGHT TO HEALTH AND THE JUDICIARY: HOW DO TJSP JUDGES DECIDE?

Eduarda Umbelina Pinheiro Kamijo de Moraes
Iara Pereira Ribeiro

ABSTRACT

This study aims to analyze the position of the São Paulo Court of Justice (TJSP) on judicial issues involving the Judicialization of Health, with a specific focus on the elderly – given the statistical projections of the Brazilian population's aging, which highlight the present and future relevance of this thematic intersection. The objective was to answer the following questions: has the right to health care for the elderly been guaranteed by the Court? On what grounds? The judgments analyzed – handed down from April 21st, 2022, to April 21st, 2024, with the court of origin restricted to the region of Ribeirão Preto – covered only issues relating to public health. The arguments were catalogued, measured and interpreted using statistical tools (absolute and relative frequency) and complementary bibliography. It was found that the judges aligned themselves with the position of the higher courts and the country's legal system. Specific information, such types of claims and profile of litigants, was also collected. There were no denials. The results point to a pattern of decisions that are protective to the elderly, even though Law no. 10.741 (2003) (Statute of the Elderly) was underused in the reasoning behind the decisions. The database proved to be pertinent for future research, as well as for analyzing the possible impacts on the elderly of recent judgments (with general repercussions) relating to public health – such as RE no. 1.366.243, judged by the Federal Supreme Court on September 13th, 2024.

KEYWORDS: elderly; right to health; judicialization of health; access to justice; fundamental rights.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

1 INTRODUÇÃO

O documento constitutivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a saúde como "o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (Organização Mundial da Saúde, 1946). A despeito de sua essencialidade à existência humana, o tratamento legislativo conferido à sua proteção nem sempre abrangeu toda a população.

Nas constituições brasileiras pregressas, o direito à saúde não era disposto como um dever do Estado, nem como inerente à cidadania. A assistência médica se restringia aos trabalhadores e aos seus dependentes vinculados ao sistema previdenciário. Aqueles que não contribuíam para a Previdência Social recorriam a atendimentos particulares ou filantrópicos (Fonseca, 2020).

A Constituição Federal de 1988, em contraposição, elevou o direito à saúde à condição de direito social (art. 6º), determinando o seu caráter universal (acessível a todos) e materialmente igualitário (art. 196), estabelecendo a sua garantia como um dever estatal. Instituiu, também, o Sistema Único de Saúde (SUS) – regulamentado pelas Leis n. 8.080 (1990) e n. 8.142 (1990) – sob a diretriz do atendimento integral (art. 198) e a égide da gratuidade dos serviços prestados (art. 43, da Lei n. 8.080, 1990; e art. 198, §1º, da Constituição Federal de 1988).

Além do direito à saúde, outros direitos fundamentais, como o direito à vida (art. 5º, *caput*) e à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), também foram resguardados pela Constituição, conferindo-lhes aplicabilidade imediata (art. 5º, §1º). Esse fator, associado ao princípio constitucional do acesso à justiça – segundo o qual "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito" (art. 5º, XXXV) –, contribuiu para o fortalecimento da Judicialização (Martins *et al.*, 2023), transferindo as vindicações sociais "das instâncias políticas tradicionais para o Judiciário" (Fonseca, 2020, p. 78).

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de 2008 a 2017, o número de demandas relativas à saúde se elevou em 130% na primeira instância. Esse fenômeno superou o crescimento proporcional de 50% no total de ajuizamentos, indicando uma maior judicialização dessas demandas, se comparadas às demais (Conselho Nacional de Justiça, 2019b).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Na segunda instância, entre 2009 e 2017, também se verificou um acréscimo de 85% na quantidade de ações judiciais concernentes à saúde – tendo o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) apresentado a maior quantidade de acórdãos do conjunto, atingindo o montante de 48,82% do total analisado pelo CNJ (Conselho Nacional de Justiça, 2019b).

Considerando que a Judicialização da Saúde indica também uma ampliação da insatisfação popular quanto à realidade que os cerca, este estudo se destina a uma análise empírica desse fenômeno sob o enfoque específico da pessoa idosa – por vezes esquecida nos debates relativos à efetivação de tais políticas públicas, mesmo compondo parcela significativa da população.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2000 a 2023, a proporção de idosos no país cresceu de 8,7% para 15,6%. As projeções do órgão indicam que o índice atingirá o percentual de 37,8% em 2070, totalizando cerca de 75,3 milhões de pessoas idosas no Brasil (Bello, 2024).

A intersecção temática entre direito à saúde e direitos da pessoa idosa, portanto, constitui questão de relevância social presente e futura, sendo a jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) uma rica fonte empírica para o estudo das ponderações envolvidas no julgamento das demandas judiciais de saúde – especialmente quando advindas de um cenário marcado pela escassez de recursos públicos ou pela inadequação das prestações estatais.

Mediante análise jurisprudencial dos acórdãos e decisões monocráticas do TJSP – com o espaço amostral limitando-se aos julgados (disponíveis ao público) originários da comarca de Ribeirão Preto, referentes apenas à saúde pública, e julgados pelo Tribunal entre 21 de abril de 2022 e 21 de abril de 2024 –, objetivou-se conhecer as questões judiciais enfrentadas pelos magistrados, bem como as razões de seu convencimento. Isso, a fim de responder às seguintes perguntas: o direito à saúde dos idosos tem sido garantido pelo Tribunal? Sob quais fundamentos?

Espera-se que o estudo contribua para o delineamento qualitativo da situação, conferindo subsídios às futuras ou eventuais análises sistemáticas dos excessos, faltas ou acertos da tutela jurisdicional à saúde dos idosos.

O artigo inicia com um breve histórico das normativas nacionais e internacionais protetivas às pessoas idosas. Posteriormente, detalha-se a

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

metodologia utilizada e, em item à parte, o contexto envolvido na judicialização das demandas analisadas. Em seguida, apresentam-se a frequência e o conteúdo da argumentação dos magistrados, enfatizando-se as tendências de julgamento.

2 O IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO

Os acontecimentos da Segunda Guerra Mundial conduziram as nações a um esforço conjunto de proteção aos direitos humanos. Embora a preocupação social, filosófica e política de valorização da figura humana estivesse presente nos séculos anteriores – durante a Revolução Francesa, o Iluminismo, Humanismo, e Abolicionismo –, foi no século XX, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que os princípios internacionais voltados à garantia de uma existência digna se fortaleceram, viabilizando a elaboração de novos direitos e uma elevação no "grau civilizatório da Humanidade" (Silva, Boulos, & Bosch, 2023, p. 204).

A Declaração de 1948 reconheceu o direito de todo ser humano a um padrão digno de vida e "à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência" (art. 25.1). Apesar da disruptividade humanitária, a referida declaração não dispôs especificamente sobre os direitos da pessoa idosa, limitando-se à supracitada menção à velhice (Organização das Nações Unidas, 1948).

À época, o fato de os problemas enfrentados pelos idosos não serem evidentes – e de tal realidade não ser "considerada uma questão afeta aos direitos humanos" (Ramos, 2017, p. 79) – contribuiu para a ausência de dispositivos normativos contrários também à discriminação etária. Somente com a atuação dos comitês responsáveis pela supervisão no cumprimento dos tratados da Organização das Nações Unidas (ONU) é que a idade começou "a aparecer explicitamente como motivo proibido de discriminação" (Ramos, 2017, p. 79).

O envelhecimento populacional foi outro fator que intensificou a discussão. Em 1982, na cidade de Viena (Áustria), a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aprovou o I Plano de Ação Internacional, composto por 62 recomendações destinadas a pautar as ações de Estados e demais organismos

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

internacionais. Apesar de se centrar na realidade dos países desenvolvidos, inspirou a positivação de normas protetivas também nos países em desenvolvimento, a exemplo da Constituição Federal brasileira de 1988 (Vieira & Vieira, 2016).

O referido documento internacional inovou ao tratar do assunto para além da saúde, realizando uma análise global da problemática também perante os aspectos da "qualidade de vida, renda, trabalho e ambiente de convívio" (Alonso, 2005, p. 42 *apud* em Lemos & Lelis, 2018, p. 168).

Anos depois, em 1991, a Assembleia Geral da ONU, mediante documento intitulado "Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas", enumerou 18 direitos relativos à "independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade" dos idosos (Ribeiro, Zanutto, & Nascimento, 2020, p. 192). No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento resultou na adoção da "Proclamação do Envelhecimento". As recomendações da Conferência de 1992 também influenciaram a Assembleia Geral a declarar, em 1999, o "Ano Internacional do Idoso" (Organização das Nações Unidas, 2019 como citado em Ribeiro, Zanutto, & Nascimento, 2020, p. 192).

Segundo Ramos (2017), essa movimentação internacional alterou a percepção a respeito das pessoas idosas: "de sujeitos estáticos os idosos passaram a ser vistos como agentes de transformação e reconhecidos como contribuintes e não somente como beneficiários do desenvolvimento econômico e social" (Ramos, 2017, p. 80).

Progressivamente, outro fenômeno capitaneou a atenção mundial a essa realidade: o envelhecimento populacional, antes restrito aos países desenvolvidos, começou a se desvelar também nos países em processo de desenvolvimento. Tais foram as conclusões da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em 2002, na cidade de Madri, Espanha (Ramos, 2017, p. 80).

Na ocasião, aprovou-se o II Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (2002). As medidas, com as quais os Estados-membros se comprometiam, abrangeram três vertentes principais: "os idosos e o desenvolvimento; a promoção da saúde e do bem-estar na velhice; e a criação de ambientes propícios e favoráveis à vida das pessoas idosas" (Pessini, 2003 *apud* Silva, Boulos, & Bosch, 2023, pp. 207-208).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

O referido documento ampliou os direitos da população idosa, introduzindo, no cenário internacional, as "bases para a política de envelhecimento ativo" (Vieira & Vieira, 2016, p. 17), qual seja: "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (Organização Mundial da Saúde, 2005, p. 13).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, égide dos direitos fundamentais no ordenamento jurídico pátrio, expressamente positivou normas protetivas aos idosos. Em seus artigos 229 e 230, instituiu a obrigação conjunta da família, sociedade e Estado na promoção do bem-estar, saúde e dignidade das pessoas idosas. Tais disposições foram complementadas pela Lei n. 8.842 de 1994 (Política Nacional do Idoso – PNI).

A implementação da PNI, no entanto, restou limitada pela conjuntura social e financeira da época:

> (...) sua implementação foi prejudicada pelo contexto de austeridade fiscal dos anos 1990, principalmente em razão da baixa prioridade dada à atenção ao idoso no contexto de implementação do [Sistema Único de Saúde] SUS e das políticas de assistência social, o que se refletiu na pouca institucionalização desta política. Tanto no âmbito da saúde quanto da assistência social foram criados poucos incentivos administrativos e financeiros para sua implementação. (Romero *et al*., 2019, p. 138)

O dispositivo infraconstitucional mais exitoso e proeminente nesse aspecto foi, portanto, a Lei n. 10.741 de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa). Seu projeto foi desenvolvido mediante a "organização e a mobilização dos aposentados, pensionistas e idosos, tramitou por anos no Congresso Nacional", e foi sancionado em 1 de outubro de 2003.

As normativas protetivas às pessoas idosas – aquelas com 60 anos ou mais (art. 1º) – repercutiram seus efeitos também no Código Penal (1940), com a extensão do crime de abandono material ao ascendente maior de sessenta anos (Ribeiro, Zanutto, & Nascimento, 2020).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Em relação à saúde, destinou-se um capítulo específico a tal enunciação (arts. 15 a 19). Dentre as suas disposições, determinou-se, como dever do Poder Público, a concessão gratuita de próteses, órteses e medicamentos de uso continuado (art. 15, §2º) – neste último caso, positivado com o objetivo de evitar a eventualidade ou descontinuidade do fornecimento estatal (Ferraz, Baptista, & Pinto Filho, 2015).

Em atenção às necessidades particulares do grupo protegido, estabeleceu-se a sua prioridade em diversas situações (art. 3º, §1º), dentre as quais: no atendimento "aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população"; "na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas"; na "destinação privilegiada de recursos públicos" voltados à proteção dos idosos; e na "garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais" (Lei n. 10.741, 2003).

Ademais, preocupou-se o legislador em indicar que os direitos positivados no aludido diploma normativo somar-se-iam aos demais direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (art. 2º). O referido Estatuto representa, assim, um marco legislativo na proteção da população brasileira com 60 anos ou mais, constituindo necessário "documento central de referência para que as políticas públicas sejam adequadas ao processo de envelhecimento" (Romero *et al*., 2019, p. 140).

Todavia, a persistência de uma cultura que associa o envelhecimento à improdutividade, dependência e à exclusão do espaço público compromete a implementação das garantias legais e amplia as vulnerabilidades desse grupo social. Ao, por exemplo, inviabilizarem a participação ativa na vida comunitária, os estigmas sociais prejudicam a qualidade de vida dos idosos e reforçam obstáculos ao pleno exercício dos seus direitos fundamentais, tais como o direito à saúde, à vida e ao envelhecimento saudável – evidenciando a dicotomia entre a existência do comando prescricional e a sua concretização.

Assim, considerando as projeções acerca do envelhecimento populacional brasileiro e de seus impactos na saúde pública e nos ajuizamentos futuros, a análise do padrão decisório dos magistrados se constitui como relevante fonte empírica de informação – útil à determinação de acertos e erros na garantia do direito à saúde

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

das pessoas idosas –, possibilitando um melhor planejamento das políticas públicas e corroborando a discussão acadêmica sobre a problemática.

3 METODOLOGIA

A análise jurisprudencial se pautou nas decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, acessíveis pelo respectivo *site* institucional. A escolha do TJSP deveu-se à maior proximidade com a demanda de origem e à não vedação ao reexame de matéria fático-probatória. O número significativo de julgados disponibilizados também foi considerado.

O termo de busca no sítio eletrônico do Tribunal foi "idoso" (estando o campo de "pesquisa por sinônimos" ativado). Os filtros temáticos foram selecionados segundo o escopo da pesquisa (saúde pública) e os demais ícones, configurados para que a busca apresentasse acórdãos, homologações de acordo ou decisões monocráticas advindos da comarca de Ribeirão Preto/SP – julgados no período de 21 de abril de 2022 a 21 de abril de 2024.

As 161 decisões resultantes foram alocadas em uma planilha. Após a leitura inicial, observou-se que os filtros de pesquisa não haviam sido plenamente efetivos. Além disso, alguns julgados (especialmente os originados pela oposição de Embargos de Declaração) não adentraram na discussão meritória do direito material à saúde, possuindo natureza puramente processual. Desse modo, essas decisões (inadequadas ao escopo e aos objetivos da pesquisa) foram desconsideradas.

Como resultado, o estudo se desenvolveu perante os 71 julgados restantes, quais sejam, 70 acórdãos e 1 decisão monocrática, prolatados por 14 órgãos julgadores distintos do TJSP: treze Câmaras de Direito Público e uma Turma Cível. Tal abrangência possibilitou o reconhecimento de um padrão decisório no Tribunal, bem como a identificação de posicionamentos eventualmente discrepantes.

Os argumentos favoráveis e desfavoráveis à pretensão dos idosos foram dispostos em colunas específicas da planilha. Outros dados como desfecho decisório, pedido originário, órgão julgador e partes envolvidas também foram coletados.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Na ocasião, constatou-se que alguns julgados correspondiam a um mesmo processo.[3] Embora não tenha gerado duplicidade quanto aos argumentos aduzidos pelos desembargadores – haja vista tratarem-se de decisões judiciais distintas, prolatadas em momentos processuais também diversos –, o mesmo não ocorreu quanto à mensuração dos pedidos requeridos pelos idosos. Nesse caso, o bem da vida foi contabilizado por processo (não por decisão).

A referida transcrição dos argumentos na planilha permitiu, assim, a sua enumeração, o cálculo de suas frequências (absoluta e relativa), e a posterior análise qualitativa dos dados (mediante auxílio bibliográfico) – identificando-se a tendência geral quanto ao deferimento das demandas; o posicionamento do Tribunal acerca das questões judiciais enfrentadas; bem como sua eventual consonância com o entendimento dos tribunais superiores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DEMANDAS

O fornecimento de medicamentos – em sua maioria, não incorporados ao SUS e/ou não constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – foi requerido em 39,71% dos julgados. Os idosos solicitantes possuíam doenças graves, tais como: embolia pulmonar, doença renal crônica, leucemia linfocítica crônica, hipertensão arterial, fibrilação atrial, fibrose pulmonar idiopática, câncer de próstata, carcinoma hepatocelular estágio IV, adenocarcinoma de cólon direito, carcinoma epitelial de ovário recorrente, neoplasia maligna do cólon, miocardiopatia dilatada, carcinoma de mama (metastático para o fígado), doença de Crohn, dentre outras.

A entrega de insumos foi pleiteada em 27,94% das ações, das quais 89,47% se referiram à concessão de fraldas geriátricas em virtude de incontinência urinária causada por sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Mal de Alzheimer. Os

[3] Seis decisões judiciais corresponderam a três processos (duas para cada processo).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

demais requerimentos da categoria se referiram à entrega de prótese para membro inferior.

O fornecimento de aparelhos respiratórios (CPAP e Bipap), com seus respectivos insumos, compôs o pedido de 17,65% das demandas – visando ao tratamento de pessoas idosas com Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono Grave. Em apenas um caso a classificação de risco era média.

As petições para a realização de cirurgias de urgência (artroplastia de quadril, tratamento cirúrgico odontológico e troca de bateria marca-passo) ou de cirurgia eletiva (correção de hérnia inguinal) foram menos expressivas, compondo apenas 5,88% do montante analisado.

Outros pedidos – como concessão de vaga em ambulatório para tratamento geral, fornecimento de cama hospitalar (com elevação de três manivelas), e realização de sessões de oxigenoterapia hiperbárica – compuseram 8,82% das demandas requeridas pelos idosos.

Além disso, verificou-se que 60,29% das ações foram propostas por pessoas idosas do sexo feminino ou por membro do Ministério Público em benefício destas. Observou-se a existência de um protagonismo feminino nas demandas por medicamentos, insumos e por aparelhos respiratórios. Nas demandas cirúrgicas, porém, o sexo masculino foi mais proeminente (Figura 1).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Figura 1

Frequência das demandas por sexo



Fonte: elaborada pela autora.

Esses dados, entretanto, são insuficientes para se determinar com precisão as causas de tal protagonismo, haja vista a possibilidade de serem apenas ocasionais, derivados da maior longevidade feminina (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024) ou de um padrão hipotético de proeminência na litigância das mulheres idosas.

ARGUMENTOS ADUZIDOS PELOS MAGISTRADOS

Os pedidos de saúde foram providos em todos os julgados analisados. Os provimentos parciais foram raros e não desobrigaram o Poder Público de tutelar a saúde dos idosos. No máximo, limitou-se a quantidade do pleiteado ou estabeleceram-se condicionantes à continuidade do fornecimento estatal.

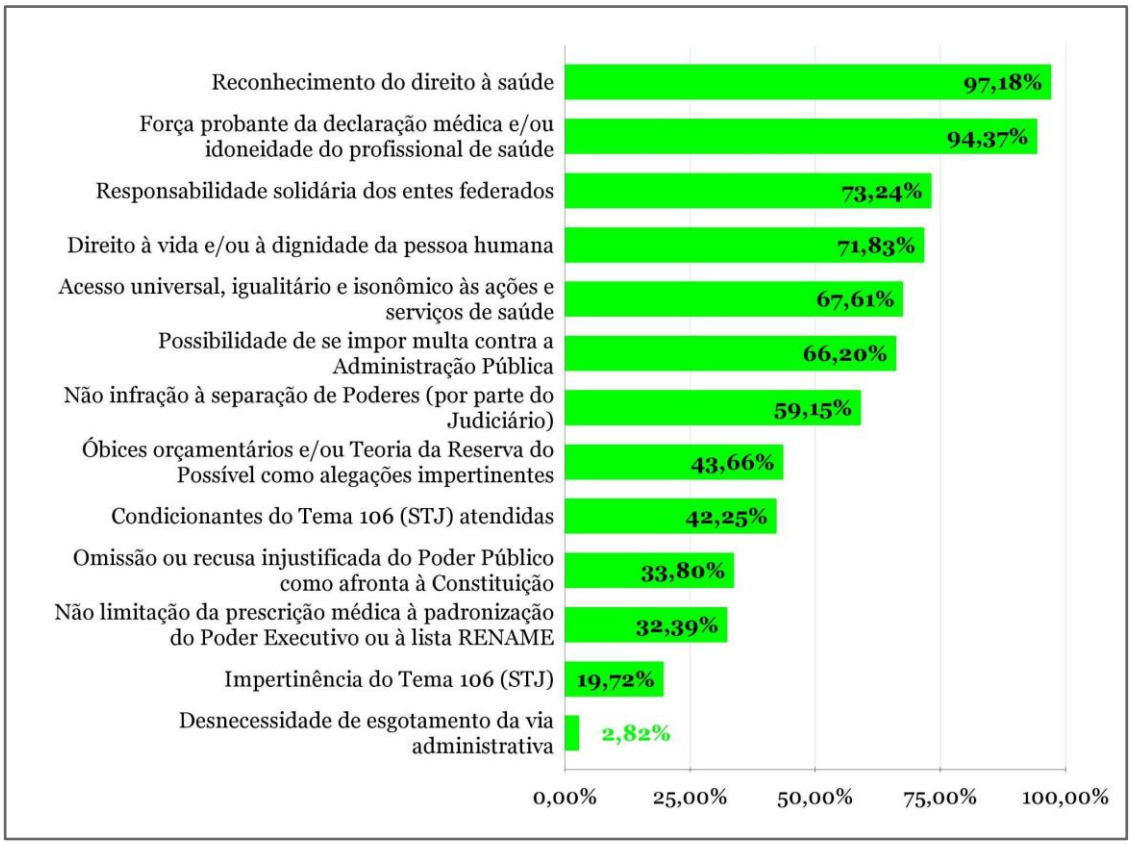
Na fundamentação das decisões, observou-se que os argumentos favoráveis à pretensão das pessoas idosas foram mais frequentes (Figura 2). Os argumentos

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

favoráveis à administração pública, em contraposição, foram raros (Figura 3) e, considerando os desfechos decisórios, incapazes de extinguir o direito à saúde dos idosos.

Figura 2

Argumentos favoráveis à pretensão dos idosos

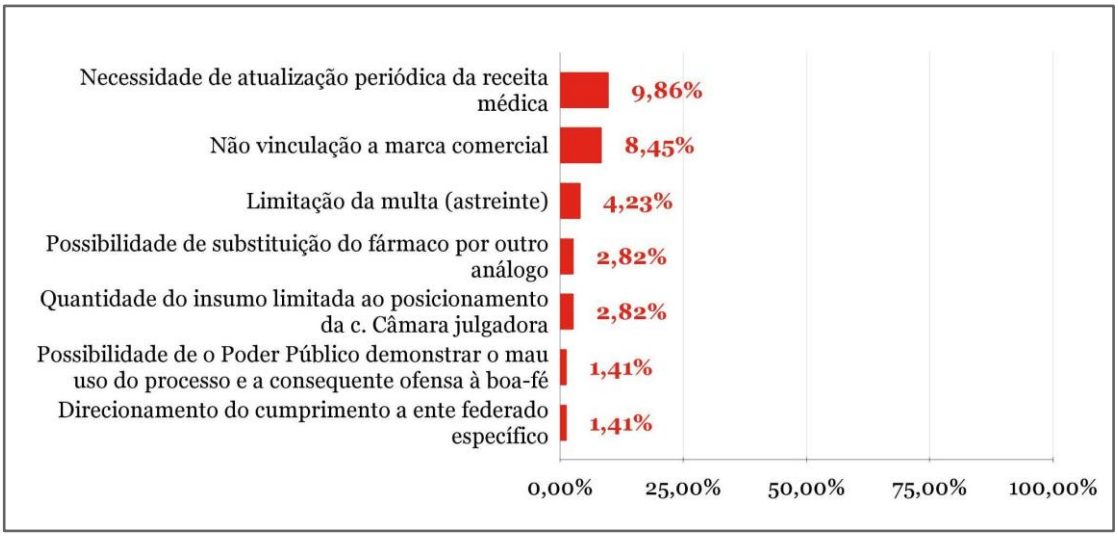


Fonte: elaborada pela autora.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Figura 3

Argumentos favoráveis à Administração Pública



Fonte: elaborada pela autora.

ARGUMENTOS FAVORÁVEIS À PRETENSÃO DOS IDOSOS

Os argumentos mais frequentemente aduzidos em favor dos idosos se relacionaram ao reconhecimento do seu direito à saúde (97,18%), à vida e à dignidade da pessoa humana (71,83%), e ao acesso universal, igualitário e isonômico às ações e serviços de saúde (67,61%) – em consonância com os arts. 5°, 6°, *caput* e 196, da Constituição Federal (1988); e os arts. 219 a 231 da Constituição do Estado de São Paulo (1989).

Com base em tais argumentos, afirmou-se a submissão do dever estatal ao princípio do atendimento integral – art. 198, II, da CF; art. 219, parágrafo único, item 4, da Constituição estadual; e art. 6°, I, d, da Lei n. 8.080 (1990) –, bem como à universalidade dos serviços públicos de saúde (evidenciando o dever governamental de garantir, isonomicamente, uma cobertura mínima a toda a população).

Os magistrados foram enfáticos em interpretar a disposição contida no art. 196, da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), de modo a não violar a sua força normativa, ainda que admitida eventual programaticidade (aduzida em acepção não convencional).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Observou-se, assim, a reafirmação de um posicionamento difundido no Supremo Tribunal Federal – e, em tal Corte, assumida como premissa inconteste (Lima, 2016, p. 87) – de que o "caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política (...) não pode convertê-la em promessa constitucional inconsequente", conforme exposto pelo Ministro Celso de Mello, em 2010, no julgamento do STA-AgR 175/CE.

Quanto à devida prestação dos serviços públicos de saúde, nos julgados que abordaram esta temática (33,80%), a ocorrência de omissões ou recusas injustificadas dos entes federados foi entendida como afrontosa aos ditames da Constituição Federal (1988).

A alegada existência de óbices orçamentários também não teve o condão de descaracterizar a desídia administrativa. Os magistrados entenderam que tal argumentação seria uma tentativa de suplantar o cumprimento do direito fundamental reivindicado, especialmente porque o planejamento orçamentário do respectivo ente público deveria prever a ocorrência de tais despesas com saúde (art. 42 e seguintes da Lei n. 8.080 de 1990; e art. 5º, III, b, da Lei Complementar n. 101 de 2000). A Teoria da Reserva do Possível – concebida na Alemanha, na década de 1970 – também não foi capaz de persuadir os magistrados.

Tal noção, de que as limitações financeiras estatais deveriam ser ponderadas no julgamento de questão atinente à concretização de um direito social (Fonseca, 2020), não esteve alheia às críticas doutrinárias. A peculiaridade da realidade brasileira, carente quanto à garantia de um mínimo existencial, fundamentou a cautela na aplicabilidade dessa teoria em território nacional (Afonso, 2022).

Alinhando-se a tais advertências, os desembargadores consignaram que a tutela à saúde da parte necessitada não caracterizaria infração à reserva do possível. Os óbices orçamentários (alegados sem comprovação documental) foram considerados impertinentes, conferindo-se primazia aos direitos à vida e à saúde reivindicados. Essa fundamentação apresentou 44,66% de frequência.

Por sua vez, a alegação de que o Judiciário estaria infringindo o princípio constitucional da Separação de Poderes (art. 2º, CF) – mediante ingerência nas políticas públicas implementadas pelo Executivo – esteve presente em 59,15% das decisões, mas não impediu a condenação da Administração Pública.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Os magistrados afirmaram a inexistência de tal afronta, visto que a ingerência questionada constituiria o mero exercício de funções típicas do Poder Judiciário, quais sejam: interpretar, aplicar as leis e compelir o Estado (*lato sensu*) a cumprir com seus deveres.

Sob o fundamento do acesso à justiça (art. 5º, XXXV, CF/88), os desembargadores também sustentaram (nos dois julgados que fizeram tal menção) a desnecessidade de esgotamento da via administrativa para o exercício do direito de ação.

Em 94,37% dos julgados, constatou-se a atribuição de significativa força probante à documentação médica subscrita pelo(a) profissional de saúde da parte idosa – haja vista a presunção relativa de sua idoneidade laboral (atestada pela inscrição regular no respectivo conselho de classe regional).

A competência exclusiva dos médicos na determinação do tratamento necessário (em atenção ao capítulo I, itens VIII e XVI, da Resolução n. 2.217 de 2018 – Código de Ética Médica) contribuiu para respaldar a força probante dos relatórios e laudos médicos.

Ainda, percebeu-se, em 32,39% dos julgados, uma tendência à preservação da prescrição médica frente aos entraves burocráticos do Poder Público, inexistindo limitação às padronizações do Poder Executivo ou à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Entendeu-se que os protocolos das secretarias de saúde organizariam o atendimento público, mas não seriam pressupostos de constituição do direito reivindicado – de modo que tais normas, de inferior hierarquia, não deveriam impedir a concretização de lei ou regra constitucional.

Para garantir o cumprimento das decisões judiciais, 66,20% dos julgados coletados atestaram a possibilidade de se impor multa cominatória contra a administração pública, tanto afirmando essa viabilidade, quanto mantendo as *astreintes* outrora cominadas.

Os demais julgados não discorreram sobre o assunto e apenas 3 acórdãos limitaram o valor da multa aplicada – em R$ 10.000,00 ou em 30 dias-multa (na ocasião, resultando no estabelecimento do teto máximo em R$ 9.000,00).

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Conforme resultado também observado por Passos e Gomes (2017) ao analisarem as decisões voltadas à concessão de medicamentos no Tribunal Regional Federal da 5ª Região, constatou-se que a demanda por fármacos não padronizados foi expressiva.

Nesses casos, o Tema n. 106 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) – responsável por impor condicionantes à obtenção de medicamentos não incorporados ao SUS (mas registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA) – foi amplamente citado pela Administração Pública, que visou aplicá-lo também às demandas por insumos. A maioria dos desembargadores, porém, restringiu tal aplicabilidade apenas aos pedidos por medicamentos.

Em 42,25% dos julgados, a incidência do Tema n. 106/STJ foi considerada pertinente, atestando-se o cumprimento de suas condicionantes – não se firmando, portanto, qualquer empecilho ao fornecimento do pleiteado.

A responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) foi referenciada com elevada frequência (73,24%). A interpretação conjunta dos arts. 23, II, 109, I, 194, *caput*, 196, 197 e 198, I e §1º, da CF/1988, conduziu à unanimidade de entendimento nos acórdãos que relataram tal questão – já pacificada na Súmula n. 37 do TJSP, bem como no Tema n. 793 do Supremo Tribunal Federal (em sede de repercussão geral e observância obrigatória), abaixo transcrito:

> Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (Brasil, 2019)

O Tema n. 793/STF previu, assim, a possibilidade do próprio magistrado direcionar o cumprimento da obrigação a apenas um dos entes demandados, segundo a repartição administrativa (e infraconstitucional) de competências.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Inexistindo o direcionamento, o ressarcimento financeiro faz-se devido ao ente cumpridor da obrigação.

Na maioria dos julgados, porém, a garantia de ressarcimento foi a justificativa para o não direcionamento da obrigação a um ente federado específico, com exceção de apenas uma ocorrência – na ocasião, inexistindo prejuízos à parte necessitada.

ARGUMENTOS FAVORÁVEIS À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Quanto aos argumentos utilizados pelos desembargadores em favor da Administração Pública, averiguou-se o seu potencial meramente limitador do direito à saúde pleiteado.

Tais argumentos, em sua maioria, não resultaram em significativo prejuízo aos idosos, a exemplo da: viabilidade de o poder público fornecer o fármaco ou insumo sem vinculação a marca comercial específica (8,45%) – exceto em caso de negativa do médico subscritor; possibilidade de substituição do fármaco por outro com efeito análogo, menos custoso ao poder público (2,82%) – mas também condicionado à autorização do médico prescritor; necessidade de atualização periódica da receita médica (9,86%); possibilidade de o poder público demonstrar o mau uso do processo e a consequente ofensa à boa-fé (1,41%); limitação da multa cominatória (4,23%); bem como do direcionamento do cumprimento a ente federado específico (1,41%).

O argumento com o maior potencial de prejuízo à parte necessitada, entretanto, correspondeu à limitação do insumo pleiteado (fraldas geriátricas) a 90 unidades por mês, em virtude do alegado posicionamento jurisprudencial assente na colenda câmara julgadora (6ª Câmara de Direito Público).

Tal ocorrência não se mostrou compatível com os demais julgados coletados, visto que, nestes, as demandas por fraldas geriátricas foram providas sem limitação, mesmo em quantidade superior a 90 unidades por mês (com alguns requerimentos totalizando 150, 180 ou 240 fraldas mensais).

Nos dois julgados que apresentaram esse posicionamento divergente, não houve menção ao princípio norteador, texto legislativo ou ao acórdão paradigma

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

que estabeleceu esse entendimento, possibilitando (com base no art. 489, §1º, do Código de Processo Civil, de 16 de março de 2015) eventuais questionamentos quanto à ausência de fundamentação. Observou-se, contudo, a inexistência de recurso contra as referidas decisões.

Apesar de tal limitação ser potencialmente deletéria à parte idosa, sua excepcionalidade – atestada pela baixa frequência (2,82%) –, somada à eficácia não extintiva do direito pleiteado, corroborou a percepção quanto à tendência de julgamento mais favorável aos idosos.

PERCEPÇÕES ADICIONAIS

Observou-se, ainda, que a argumentação dos 71 julgados centrou-se na dimensão coletiva e constitucional do direito à saúde. Os dispositivos da Lei n. 10.741 de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa) relativos à garantia do direito à vida, saúde, dignidade, bem como ao fornecimento de próteses, órteses e medicamentos (arts. 2º, 3º, 9º ou 15, §2º) foram citados em apenas 8,45% do montante analisado – não impedindo, porém, a obtenção da tutela.

Verificou-se, ainda, nos julgados que relataram essa questão, que todas as decisões interlocutórias proferidas em primeira instância deferiram (total ou parcialmente) as tutelas de urgência, salvo duas exceções, logo revertidas pelo Tribunal de Justiça. Semelhantemente, as sentenças do juízo *a quo* (questionadas pela Administração Pública perante o TJSP) concederam a tutela de saúde pleiteada em todos os processos analisados.

Assim, afigura-se possível que o padrão decisório favorável à pessoa idosa também se evidencie na instância inferior (na comarca de Ribeirão Preto/SP). Tal achado deve, entretanto, ser interpretado como indício, na medida em que esses dados não correspondem ao total de julgamentos realizados pelo juízo *a quo*, mas, tão somente, àqueles nos quais houve a interposição de recurso.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A movimentação internacional em prol das pessoas idosas influenciou a positivação de normas protetivas também no território brasileiro. A Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, as Leis n. 8.842 (1994) e n. 10.741 (2003) introduziram e consolidaram, no ordenamento jurídico pátrio, um sistema intersetorial de proteção aos idosos, inclusive em termos de acesso à saúde.

A análise dos 71 julgados proferidos pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (entre 21 de abril de 2022 e 21 de abril de 2024), oriundos da comarca de Ribeirão Preto, revelou um padrão decisório protetivo às pessoas idosas.

Ao interpretarem as normas aplicáveis, os magistrados reiteraram o dever do Estado na garantia do acesso integral e isonômico à saúde; a força normativa do art. 196 da Constituição Federal (1988); o reconhecimento da prescrição médica como elemento comprobatório robusto; a irrelevância de entraves orçamentários (não comprovados); bem como a admissibilidade da multa cominatória como meio de assegurar o cumprimento das decisões.

Os desembargadores se manifestaram conforme os entendimentos consolidados nos tribunais superiores, especialmente quanto à aplicabilidade do Tema n. 106 do STJ e à responsabilidade solidária dos entes federados (Tema n. 793/STF) – ainda que, majoritariamente, sem redirecionar a obrigação de saúde.

Apesar das raras menções ao Estatuto da Pessoa Idosa (8,45%), o ideário de proteção se manteve nas decisões. Nenhuma demanda foi improvida. Mesmo havendo (em alguns poucos julgados) limitações à tutela concedida, as restrições não resultaram em negativa do direito pleiteado. A proteção jurisdicional à saúde da pessoa idosa evidenciou uma postura interpretativa sensível às vulnerabilidades desse grupo social.

Quanto à primeira instância, os indícios favoráveis devem ser interpretados com cautela, visto que as informações disponíveis se restringem aos processos em que houve interposição de recurso, e não à totalidade dos julgamentos originários – não sendo possível afirmar com precisão que o padrão favorável se repita integralmente nas decisões do juízo *a quo*.

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Por sua natureza empírica qualitativa, este trabalho se caracteriza como possível parâmetro comparativo às pesquisas futuras, por exemplo, mediante ampliação territorial voltada à investigação de eventuais padrões decisórios regionais. A base de dados também poderá ser útil ao estudo dos impactos relativos à fixação do Tema n. 1234/STF (Recurso Extraordinário n. 1.366.243), julgado em 13 de setembro de 2024, responsável por: pacificar a definição de medicamentos não incorporados ao SUS; determinar a competência de julgamento segundo o valor do medicamento pleiteado; bem como por estabelecer parâmetros para o ressarcimento interfederativo.

REFERÊNCIAS

Afonso, I. V. de L. (2022). *A judicialização da saúde e o fornecimento público de medicamentos pelo sus*. Londrina: Thoth.

Bello, L. (2024, agosto 22). População do país vai parar de crescer em 2041. *Agência IBGE Notícias*. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041

Brasil. Supremo Tribunal Federal. (2019). Tema nº 793. Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Conselho Nacional de Justiça. (2019a). *Enunciados aprovados na III Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 18 de março de 2019* (p. 26). https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf

Conselho Nacional de Justiça. (2019b). *Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução*. https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf

Conselho Nacional de Justiça. (2023). *Enunciados aprovados na VI Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de junho de 2023*. https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/04/enunciados-aprovados-vi-jornada-saude.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Constituição do Estado de São Paulo. (1989). https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/constituicao/1989/compilacao-constituicao-0-05.10.1989.html

Ferraz, A. C. C., Baptista, F. P., & Pinto Filho, A. de S. (2015). *Comentários ao estatuto do idoso: Efetivação legislativa, administrativa e jurisdicional*. Osasco: Edifieo.

Fonseca, L. C. S. da. (2020). *O controle judicial da política pública de fornecimento de medicamentos e tratamentos de saúde: parâmetros doutrinários e jurisprudenciais* (1ª ed). Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido.

Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. (2000, 5 maio). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

fiscal e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990, 31 dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. (1994, 5 janeiro). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. (2003, 3 outubro). Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. (2015, 17 março). Código de Processo Civil. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm

Lemos, E. P., Jr., & Lelis, H. R. (2018). O direito ao envelhecimento no século XXI: uma análise sobre a possibilidade de adoção de uma convenção internacional de proteção aos direitos dos idosos. *Revista Direitos*

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Fundamentais & Democracia, *23*(2), 161. https://doi.org/10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v23i21123

Lima, F. R. de S. (2016). *Saúde e Supremo Tribunal Federal*. Curitiba: Editorial Juruá.

Martins, B. L. P. *et al*. (2023). A judicialização das questões de saúde no estado de Roraima. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, *10*. https://doi.org/10.19092/reed.v10.730

Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Passos, D. V., & Gomes, V. B. (2017). A judicialização da saúde e as políticas públicas para fornecimento de medicamentos: uma análise a partir das decisões do Trf da 5ª Região. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, *4*(3). https://doi.org/10.19092/reed.v4i3.168

Ramos, P. R. B. (2017). *Curso de direito do idoso*. São Paulo: Editora Saraiva.

Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. (2018, 30 outubro). Aprova o Código de Ética Médica. Conselho Federal da Medicina. http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/11/2018&jornal=515&pagina=179

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Ribeiro, D. M. G., Zanutto, D. M. L., & Nascimento, J. C. A. (2020). Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e os reflexos nos direitos da personalidade e na saúde mental da terceira idade. *Revista Meritum*, *15*(3). https://doi.org/10.46560/meritum.v15i3.8036

Romero, D. E. *et al*. (2019). Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, *13*(1). https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1569

Tribunal de Justiça de São Paulo. (2010). Súmula nº 37. A ação para o fornecimento de medicamento e afins pode ser proposta em face de qualquer pessoa jurídica de Direito Público Interno. https://www.tjsp.jus.br/QuemSomos/VicePresidencia/Sumulas#:~:text=S%C3%BAmula%2037%3A%20A%20a%C3%A7%C3%A3o%20para,jur%C3%ADdica%20de%20Direito%20P%C3%BAblico%20Interno

Silva, R. B. T., Boulos, K., & Bosch, M. J. B. (2023). *Tratado da pessoa idosa: tratado de la persona mayor*. São Paulo: Almedina.

Superior Tribunal de Justiça. (2018). REsp nº 1.657.156/RJ. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrido: F. T. E dos S. de O. Relator: Min. Benedito Gonçalves. Julgamento em 25 de abril de 2018. Órgão Julgador: Primeira Seção. https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201700256297&dt_publicacao=04/05/2018

Supremo Tribunal Federal. (2010). STA-AgR nº 175/CE. Agravante: União. Agravado: C. A. de C. A., Estado do Ceará, Ministério Público Federal, Município de Fortaleza. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento em 17/03/2010. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur176416/false

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Supremo Tribunal Federal. (2024). RE nº 1.366.243/SC. Recorrente: Estado de Santa Catarina. Recorrido: R. H. T, União. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento em 13 de setembro de 2024. Órgão Julgador: Tribunal Pleno. https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234

Tribunal de Justiça de São Paulo. (2023). Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506. Apelante: Estado de São Paulo. Recorrente: Juízo *ex officio*. Apelado: L. C. P. Relator: Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza. Julgamento em 30 de março de 2023. Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Público. https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16611187&cdForo=0

Tribunal de Justiça de São Paulo. (2023). Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506. Apelante: Estado de São Paulo. Recorrente: Juízo *ex officio*. Apelado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Des. Claudio Augusto Pedrassi. Julgamento em 20 de abril de 2023. Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Público. https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16675340&cdForo=0

Vieira, R. S., & Vieira, R. D. S. (2016). Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, *17*(1), 14-37. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i1p14-37

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Eduarda Umbelina Pinheiro Kamijo de Moraes: Graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FDRP-USP). ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1439-4248. E-mail: eupkmoraes@gmail.com

Iara Pereira Ribeiro: Doutora em Direito Civil pela PUC/SP (2013). Mestre em Filosofia do Direito também pela PUC/SP (2000). Graduada em Direito pela PUC/SP (1992) e em Letras pela USP (1996) com Licenciatura em Português e Linguística. Professora do Departamento de Direito Privado da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FDRP/USP). ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4085-695X. E-mail: iararibeiro@usp.br

Data de submissão: 12/10/2025
Data de aprovação: 08/07/2026

Este artigo encontra-se licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional