



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS - CCJE
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO - FND

ALEXANDRE SOUZA CARNEIRO DA CUNHA MORAES BARROS

**UMA LEITURA DOS REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ESTATUTO DO
IDOSO**

RIO DE JANEIRO
2022

ALEXANDRE SOUZA CARNEIRO DA CUNHA MORAES BARROS

**UMA LEITURA DOS REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ESTATUTO DO
IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Nacional de
Direito da Universidade Federal do Rio de
Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel
em Direito.

Orientador(a): Prof.^a Fabiana Rodrigues
Barletta

RIO DE JANEIRO
2022

ALEXANDRE SOUZA CARNEIRO DA CUNHA MORAES BARROS

UMA LEITURA DOS REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ESTATUTO DO IDOSO

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Fabiana Rodrigues Barletta.**

Data da Aprovação: ____/____/____.

Banca Examinadora:

Orientador

Co-orientador (Opcional)

Membro da Banca

Membro da Banca

**Rio de Janeiro
2022**

**Em homenagem aos que, assim como eu,
acreditam que a magia (a verdadeira magia)
pode mudar o mundo.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas
Faculdade Nacional de Direito
Coordenação de Monografia

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

DATA DA APRESENTAÇÃO: 21/ 12/ 2022

Na data supramencionada, a **BANCA EXAMINADORA** integrada pelos (as) professores (as)

1. Fabiana Barletta

2. Daniela Barcellos

3. Carolina Silvino

4. **Reuniu-se para examinar o TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC do discente:**

NOME COMPLETO DO ALUNO:

Alexandre Souza Carneiro da Cunha Moraes Barros

DRE 117200701

TÍTULO DA MONOGRAFIA: “ Uma leitura dos reajustes dos planos de saúde sob a ótica do Estatuto do Idoso”

APÓS A EXPOSIÇÃO DO TRABALHO DE MONOGRAFIA PELO (A) DISCENTE, ARGUIÇÃO DOS MEMBROS DA BANCA E DELIBERAÇÃO SIGILOSA, FORAM ATRIBUÍDAS AO DISCENTE AS SEGUINTE NOTAS POR EXAMINADOR (A):

	Respeito à Forma (Até 2,0)	Apresentação Oral (Até 2,0)	Conteúdo (Até 5,0)	Atualidade e Relevância (Até 1,0)	TOTAL
Prof. Orientador(a)	2,0	1,0	5,0	1,0	9,0
Prof. Membro 01	2,0	1,0	5,0	1,0	9,0
Prof. Membro 02	2,0	1,0	5,0	1,0	9,0
Prof. Membro 03					
MÉDIA FINAL					9,0

OBS: Professor Orientador tem prerrogativa de referendar as notas dos membros da BANCA EXAMINADORA assinando por todos.

Assinatura do PROF. ORIENTADOR (A): Fabiana Barletta _____ NOTA: 9,0

Documento assinado digitalmente

Assinatura PROF. MEMBRO 01: Daniela Barcellos _____ NOTA: 9,0

DANIELA SILVA FONTOURA DE BARCELLOS

Data: 05/01/2023 13:40:28-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Assinatura PROF. MEMBRO 02: Carolina Silvino _____ NOTA: 9,0

Assinatura PROF. MEMBRO 03: _____ NOTA: _____

MÉDIA FINAL (Disciplina MONOGRAFIA JURÍDICA III):

9,0

Rua Moncorvo Filho, 8 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20211-340

Telefone: 21 3938-1009 E-mail: monografia@direito.ufrj.br

www.fnd.ufrj.br

Documento assinado digitalmente

CAROLINA SILVINO DE SA PALMEIRA

Data: 04/01/2023 17:05:30-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>



Documento assinado digitalmente

FABIANA RODRIGUES BARLETTA

Data: 05/01/2023 18:01:14-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>



AGRADECIMENTOS

Uma pessoa muito importante uma vez me transmitiu dois ensinamentos. O primeiro é que alguns momentos marcantes em nossas vidas não são somente nossos, mas sim de diversas pessoas que tornaram aqueles momentos possíveis. O segundo ensinamento é que existe mais de uma forma de se dizer que acredita na capacidade de uma determinada pessoa.

Tendo esses dois ensinamentos em mente, estou escrevendo esses agradecimentos, pois todos aqui contribuíram das mais variadas formas na minha jornada para que tudo desse certo.

A primeira pessoa que vou agradecer é a minha orientadora que literalmente foi uma mãe para mim ao longo da graduação, me orientou para muito além de somente um trabalho ou esclarecer uma dúvida de disciplina, mas uma pessoa que acreditou em mim desde o primeiro momento, e me orientou e ainda me orienta para a vida. Uma pessoa que sempre agregou com palavras positivas e fez além do que outros orientadores fariam para que o presente trabalho fosse concretizado. Se não fosse pelos cuidados especiais dispensados a mim, talvez meu caminho tivesse sido mais difícil. Muito obrigado Dra. Fabiana Rodrigues Barletta, a senhora para mim é bem mais que uma professora.

No meu caminho a vida foi me presenteando com pessoas muito especiais que me ajudaram muito, e esse trabalho, também pertence a essas pessoas: Tia Márcia, tia Fátima, professora Renata professora Mirian Duque, professora Graciete, professora Eulália, professora Maria Teresa, professora Ana Maria, professora Marina, professora Gabriela, professora Zélia, professora Darlene, professora Mariza, professor Vinícius, professor Pedro Paulo, professor Ivair, professor Guinancio, professor Marcelo, professor Werner, professor Airton. Os senhores, todos professores em toda a extensão do termo, são pessoas conscientes da importância de seu trabalho de desenvolvimentos dos jovens e foram fundamentais para que eu pudesse me desenvolver e chegar até aqui, muito obrigado a todos.

Amigos são pessoas que nos conhecem bem e com suas palavras tem o poder de nos levantar, e eu queria agradecer a essas pessoas, pois em todos os momentos, foram pessoas que somente vieram somar com palavras e energias positivas, sempre incentivando e acreditando na minha capacidade. Muito obrigado Bia e Aninha, pois

vocês duas são amigas de longa data e que gostam de mim de graça. Encontrar pessoas assim não é tarefa fácil e eu tenho sorte de ter vocês na minha vida. Muito obrigado por todo o apoio e carinho que me dedicaram e ainda dedicam, sabem sempre o que dizer e como direcionar as coisas da melhor forma quando preciso de ajuda.

Duas outras pessoas que são amigos, mas merecem um agradecimento à parte são o Hugo e a Thamires, pois além de amigos são também dois doutores formados em Direito e sabem por sentir na própria pele quais são as dificuldades da caminhada dessa formação. Muito obrigado Hugo, por vir sentar perto de mim lá no 3º período, eu não imaginava que eu faria um amigo tão especial que me ajudaria tanto na caminhada ao longo da FND, tive o privilégio de partilhar da sua amizade e de descobrir que anjos existem sim na vida real.

Thamires uma moça linda e inteligente, que sem nem me conhecer direito, me orientou e ajudou muito no ambiente de trabalho e fora dele também, me ensinando muito sobre a vida, pois quando encontramos pessoas generosas que partilham suas experiências conosco devemos aprender com elas, pois ao partilhar suas experiências elas acreditam que nós somos pessoas que valem a pena e isso é uma forma de falar que se acredita na capacidade de alguém sem falar diretamente.

Uma pessoa que influenciou diretamente para que o presente trabalho pudesse ser feito foi a Dra. Ana Maria, uma pessoa que me ajuda e cuida de mim desde os 13 anos. Nesse momento de finalização de curso só ela sabe o quanto ela conversou comigo falando coisas positivas e buscando ponderar as possibilidades de futuro, mas sempre buscando pensar no que é melhor para que o Alexandre seja feliz e esteja sempre com os olhos brilhando. Profissionais interessados como a senhora são raros e eu fico muito feliz de ter tido a sorte de cair no seu consultório, muito obrigado.

Entro nesse momento em agradecimentos para família e parentes que são pessoas pavimentam nosso caminho antes de nós, contribuindo literalmente para que nosso caminhar possa ser mais fácil. Muito obrigado vô Clóvis, vô Lita, vô Barros e vô Maria. Os senhores foram pessoas que contribuíram diretamente para que minha caminhada fosse mais fácil e que hoje eu pudesse estar finalizando esse trabalho. Logo, esse trabalho também pertence aos senhores.

Por último, mas não menos especial quero agradecer aos meus pais e minha irmã primeiramente por me compreenderem em minhas particularidades e buscarem sempre

pensar no que é melhor para mim levando em consideração todas as minhas características. Muito obrigado por serem pessoas tão generosas e se é verdade que são os filhos que escolhem seus pais eu posso afirmar que fiz uma excelente escolha.

RESUMO

O presente trabalho busca trazer luz para as práticas abusivas de aumentos das contribuições dos planos de saúde para com os idosos. O primeiro capítulo busca realizar uma breve contextualização histórica sobre os serviços de saúde no Brasil ao longo do tempo que conhecemos o Brasil como Brasil, isto é colônia de exploração portuguesa e como os idosos se fazem presentes na história. A questão da exploração dos idosos na nossa história é bem importante, pois a sociedade que vivemos é uma sociedade ocidental, que tem como raízes as sociedades grega e romana. Outro ponto abordado e talvez o mais importante é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, pois ela é um marco bastante importante em termos de Dignidade da pessoa humana que é um dos pilares que guiarão o presente trabalho. No capítulo 2 se aborda a questão da legislação atual brasileira sobre a dignidade da pessoa humana, a inserção do indivíduo idoso em nossa sociedade e quais princípios devemos levar em consideração no momento de analisar quaisquer questões que envolvam idosos. Por fim no capítulo 3 se torna possível abordar o posicionamento atual das cortes brasileiras em face dos aumentos abusivos das contribuições dos planos de saúde de pessoa idosas, inclusive analisando brevemente julgados e observando as posições das cortes brasileiras através dos nãos, sobre como a proteção ao idoso se manteve ou foi alterada agasalhando ou desagasalhando o idoso.

Palavras-chave: idoso; dignidade da pessoa humana; planos de saúde; legislação; proteção.

ABSTRACT

The present work seeks to shed light on the abusive practices of increases in health insurance contributions for the elderly. The first chapter seeks to provide a brief historical contextualization of the health services in Brazil throughout the time that we have known Brazil as a colony of Portuguese exploitation and how the elderly have been present in history. The issue of the exploitation of the elderly in our history is very important, because the society we live in is a western society, which has its roots in Greek and Roman societies. Another point addressed, and perhaps the most important one, is the 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil, because it is a very important landmark in terms of the Dignity of the human person, which is one of the pillars that will guide this work. Chapter 2 deals with the current Brazilian legislation on the dignity of the human person, the insertion of the elderly individual in our society, and which principles we must take into consideration when analyzing any issues involving the elderly. Finally, in chapter 3, it becomes possible to address the current position of the Brazilian courts in the face of abusive increases in contributions to health plans for the elderly, including by briefly analyzing judgments and observing the positions of the Brazilian courts through the cases, on how the protection of the elderly has been maintained or has been changed, protecting or disfavoring the elderly.

Keywords: elderly; dignity of human person; health insurance; legislation; protection.

SUMÁRIO

Sumário

INTRODUÇÃO	14
1) UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL.....	16
2) O MELHOR INTERESSE DO IDOSO	28
3) UMA ANÁLISE DA REALIDADE FORENSE	38
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

Na atualidade com todos os avanços tecnológicos a sociedade mudou em diversos aspectos e um deles foi a expectativa de vida das pessoas que aumentou bastante e por consequência a forma de ver a vida também mudou bastante. A curta expectativa de vida das pessoas impunha um outro ritmo de vida e amadurecimento dos indivíduos.

Desse modo, como a expectativa de vida aumentou as pessoas passaram a viver mais e por esse motivo surgiram problemáticas ligadas a fase da velhice, problemáticas essas que antes não eram tão exploradas, pois antigamente as pessoas morriam cedo e não se tinha a noção da importância da dignidade da pessoa humana como se tem na atualidade.

Por esse motivo, como novas demandas criam novos serviços, foi identificado que os idosos necessitam de cuidados especiais específicos para esse determinado público devido a sua condição de idoso e por esse motivo o assunto escolhido para o presente trabalho foi “os reajustes abusivos dos planos de saúde abusivos de idosos e como essa relação fere o estatuto do idoso”.

O tema escolhido visa analisar o posicionamento do legislador pátrio para com os idosos e se a essa proteção é efetiva na atualidade em face dos aumentos expressivos feitos pelos planos de saúde quando o cliente completa 60 anos, sendo oficialmente considerado como um cliente idoso.

A escolha desse tema foi pautada também nos meus pensamentos sobre direitos humanos e a dignidade do indivíduo em nossa sociedade, sobre como o Direito pode e deve ser utilizado como um mecanismo com o objetivo final de tutelar e garantir o bem-estar dos seres humanos, pois tudo correndo bem todos os seres humanos passarão por diversas fases na vida, inclusive a velhice.

Por ter essa consciência de que todos as pessoas um dia irão envelhecer foi um fator motivador para a escolha do tema do presente trabalho, pois a condição de idoso traz consigo demandas de saúde bastante específicas que devem ser supridas para que assim, a pessoa possa ter uma velhice confortável e com o máximo de qualidade, pois é muito importante olhar para o idoso com carinho e cuidado, pois outrora quando jovem essa

pessoa contribuiu na construção de uma sociedade melhor para todos nós na atualidade.

Tendo essa ideia de contribuição social em mente, não existe retribuição melhor para esse idoso do que um trabalho que busque garantir pelo buscar questionar as práticas abusivas dos planos de saúde, sendo esse que está intrinsecamente ligado com o bem estar e dignidade da pessoa idosa.

A presente pesquisa buscará tratar sobre as práticas realizadas pelos planos de saúde na atualidade, mas também observando como agiam os planos de saúde desde a constituição da república de 1988, passando pelo estatuto do idoso que entrou em vigor em 2003 e como os planos de saúde e o poder judiciário brasileiro se posicionaram e como se posicionam na atualidade na proteção ou não proteção dos idosos.

Essa escolha bem específica do reajuste dos planos de saúde dos idosos se deve a justamente uma questão de justiça social, pois como já dito anteriormente, o idoso quando jovem contribuiu para a construção de uma boa sociedade para os jovens e quando atinge a maturidade o idoso deve ser tutelado com carinho e não largado à própria sorte como vemos acontecer com idosos que devido as cobranças abusivas dos planos de saúde são obrigados a romper o contrato e ficam sem assistência médica que para eles na condição de idosos é algo fundamental.

O objetivo do presente trabalho é trazer luz sobre uma prática abusiva realizada pelos planos de saúde para com um público que não tem uma voz tão forte na nossa sociedade, pois por não ter muita força de trabalho idoso é deixado de lado nesse mundo moderno e dinâmico que vivemos na atualidade e por esse motivo se tal questionamento a respeito das cobranças e reajustes abusivos feitos por planos de saúde não for realizado estaremos nós mesmos fadados a mesma triste realidade no futuro, pois como já dito anteriormente, tudo correndo bem todos os seres humanos irão envelhecer um dia e terão que encarar de frente as consequências e exigências que o corpo deles faz aos seus donos.

O trabalho a ser desenvolvido consistirá em um estudo exploratório do tipo levantamento cujas fontes são: material midiático, literatura e jurisprudência.

Mediante tal metodologia, realizar-se-á consulta a bibliografia e seleção de dados relacionados à realidade dos idosos vulneráveis (hipossuficientes) quando buscam acessar o sistema de saúde público brasileiro. Tal esforço tentará compreender como a relação entre aqueles dois elementos não é efetivamente protegida pelas normas estabelecidas na Lei 10.471/ano (Estatuto do Idoso).

1) UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL

Para ser possível iniciar o presente trabalho, é necessário realizar uma contextualização histórica a respeito da vida no Brasil, e da prestação de serviços de saúde no Brasil.

Primeiramente é necessário lembrar que o Brasil era uma colônia de exploração¹ e não uma colônia de povoamento². Tendo essa característica em mente, o que buscava nessas terras era a obtenção máxima de lucro, não a construção de uma sociedade duradoura e desenvolvida em conformidade os padrões apresentados pelas grandes metrópoles europeias da época.

Não existia no Brasil a ideia de construir cidades estruturadas ou algo nesse sentido. As cidades existentes aqui careciam de muitas coisas, inclusive algumas localidades careciam de gêneros alimentícios importantíssimos como o sal, que em uma época onde não existia geladeira, era um produto extremamente necessário para a conservação dos alimentos³.

O Brasil era uma terra de oportunidades, para quem procurava “riqueza fácil”, e além disso, era também um local de degredo. Todos os grupos sociais que eram discriminados e perseguidos na metrópole, dependendo da pena de seus crimes podiam

¹ Colônia de exploração é o termo utilizado para definir as terras do “novo mundo” descobertas e colonizadas pelas nações europeias, as colônias de exploração eram utilizadas como fonte de riqueza para as metrópoles, pois a administração estatal buscava explorar e extrair ao máximo todos os recursos naturais disponíveis nas colônias. As grandes metrópoles não enxergavam tais locais, como locais dignos de serem povoados e serem desenvolvidos, eram locais usados única e exclusivamente para obtenção de lucro. Muitos países da Américas (o Brasil inclusive), países da África (o Estado Livre do Congo foi uma famosa colônia de exploração do rei Leopoldo III da Bélgica no século XIX) e Ásia (a Índia foi a maior e mais preciosa colônia de exploração da Inglaterra) foram colônias de exploração de grandes nações Europeias. A colônia de exploração é caracterizada por dois pontos fundamentais, primeiramente o fato de ser uma fonte geradora de lucro para a metrópole e a segunda característica é o pacto colonial que garante a relação de comércio da colônia única e exclusivamente com a metrópole.

² Colônia de povoamento significa que a metrópole tinha interesse em buscar desenvolver a colônia, proporcionando as melhores condições de vida para os cidadãos que lá habitassem, buscando trazer todo tipo de desenvolvimentos possível para aquele local. Esse tipo de administração a longo prazo, acabaria por emancipar a colônia da metrópole, pois a dentro de algum tempo a colônia seria financeiramente autossuficientes. Exemplos de colônias de povoamento são as treze colônias inglesas, Canadá e Austrália (todas ex-colônias britânicas). No caso dos três exemplos citados, os Estados Unidos de fato se tornou independente enquanto que a “liberdade” da Austrália e do Canadá foram condidas pela coroa britânica e esses dois países ainda reconhecem o monarca britânico como o seu chefe de Estado e integram a Commonwealth.

A Commonwealth é uma comunidade formada pelas ex-colônias britânicas que apesar de independentes reconhecem o monarca britânico como seu legítimo chefe de Estado.

³ SILVA, J.L e SÁ, A. A fome no Brasil: Do período Colonial até 1940.

escolher o degredo para uma das colônias portuguesas. Os detentos podiam escolher entre as colônias portuguesas na América, África ou a Ásia⁴.

Não haviam muitas oportunidades de trabalho no Brasil, que não estivesse diretamente ou indiretamente ligadas à mineração de metais e pedras preciosas, ou a atividade de lavoura. Mesmo as maiores cidades da época que existiam no Brasil, eram bastante limitadas em termos de oportunidades, e limitadas também, quanto ao leque de prestação de serviços que podiam oferecer, fosse em termos de diversão ou termos de serviços básicos como serviço de saúde por exemplo⁵.

O primeiro médico que esteve no Brasil, foi Mestre João Menelau. Esse senhor acompanhou a expedição de Pedro Alvarez Cabral⁶.

O senhor João Menelau detinha os títulos de cirurgião, médico, astrólogo e astrônomo do rei. Dentro do contexto da época, muitos médicos possuíam conhecimento sobre as estrelas, pois dentro do contexto temporal analisado a medicina ainda não era tão desenvolvida, e se resumia a uma mistura do legado de misticismo e das práticas médicas duvidosas do período medieval⁷.

Alguns exemplos, das práticas médicas utilizadas no medievo⁸, eram a aplicação de sanguessugas no corpo do enfermo e a aplicação de claras de ovos batidas em feridas abertas⁹. Tais práticas são procedimentos médicos, que eram amplamente utilizados no período medieval, e foram documentadas sendo possível para historiadores na atualidade escreverem sobre tais práticas tranquilamente¹⁰.

Após a expedição de Pedro Alvarez Cabral, o Brasil ficou sem a presença de um médico, durante um longo espaço de tempo. O segundo médico a vir para essa país foi o senhor Jorge Valadares que acompanhou o senhor Tomé de Sousa, governador geral. O médico Jorge Valadares permaneceu no cargo de 1549 a 1553, que era o período firmado em contrato com a coroa portuguesa, e recebeu nesse tempo o valor de 2.000 réis que para

⁴ TOMA, Maristela. Punição e Razão de Estado: o degredo no império colonial português.

⁵ Sociedade e Cotidiano no Brasil Colônia: Aula 10. Disponível em: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/17300005102012Historia_do_Brasil_Colonia_Aula_10.pdf.

⁶ História da Colonização Portuguesa do Brasil, Carlos Malheiro Dias, Litografia Nacional, Porto, Portugal, 1926

⁷ GURGEL, Cristina Brant Friedrich Martin. **Médicos do Brasil Colonial**.

⁸ Período medieval

⁹ A prática médica de colocar claras de ovos batidas em feridas abertas foi administrada no rei Henrique II da França após ter seu crânio perfurado por uma lança de madeira durante uma justa num torneio

¹⁰ FRIEDA, Leonie. **Catarina de Médici**, São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

a época era um valor “baixo”¹¹.

A medicina era uma carreira pouco valorizada, no contexto social da época. As famílias aristocráticas portuguesas da época, preferiam que seus filhos seguissem carreiras no poder judiciário ou na Igreja. A medicina, não era uma atividade bem vista, para ser desenvolvida pelos filhos da elite, por esse motivo era deixada de lado. A medicina acabava sendo escolhida por jovens de famílias judias que haviam se convertido recentemente (cristãos novos)¹².

O tempo de formação de um médico nessa época, levava em média 10 anos e os formados deviam se submeter a um exame, para que pudessem receber autorização para exercer a profissão. Os médicos, que buscavam se afastar dos grandes centros, necessitavam de um determinado meio de transporte da época, que recebia o nome de muares¹³, que apesar de extremamente necessário para a realização do trabalho de médico no interior, era algo de difícil obtenção.

Logo, fica claro, que trabalhar fora dos grandes centros era algo complicado em se tratando de Europa. Trabalhar em colônias era algo muito mais complicado, devido ao estigma de se tratar primeiramente de uma colônia, e também pela precariedade de recursos e as dificuldades da vida da época.

Para que possamos falar sobre a presença de hospitais, primeiramente é necessário “estudar” o conceito de hospital que conhecemos hoje.

O conceito moderno de hospital como “o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médico-sanitária a uma população, em área geográfica definida, sem internação de pacientes, podendo, como atividade complementar, prestar assistência médica a pessoas”¹⁴. Isso é o que conhecemos como hospital na atualidade, um local próprio para atividades médicas, e onde podemos ir buscar atendimento, quando não nos sentimos bem.

Esse conceito específico de hospital, como conhecemos hoje, estava começando a ser desenvolvido na época do Brasil colônia. Porém, tal conceito estava sendo

¹¹ GURGEL, Cristina Brant Friedrich Martin. **Médicos do Brasil Colonial**.

¹² GURGEL, Cristina Brant Friedrich Martin. **Médicos do Brasil Colonial**.

¹³ Mueares são mulas e burros

¹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretária Nacional de Ações Básicas de Saúde- Coordenação de assistência Médica e Hospitalar, **Conceitos e definições em saúde**, impresso na seção de artes gráficas da FSESP, Rio de Janeiro-1977.

desenvolvido somente nas grandes metrópoles.

Apesar de ser uma profissão desvalorizada, como já foi falado anteriormente, na Europa somente as pessoas que possuíam uma condição financeira confortável tinham acesso a médicos, e eram atendidas em seus domicílios. O que existia no máximo como local de atendimento médico era o que conhecemos hoje de consultório médico, onde a pessoa poderia ir se não desejasse ser atendida em casa.

Geralmente a nobreza era atendida em casa pelos médicos e as parcelas mais carentes da população era tratada por pessoas curiosas, geralmente mulheres que eram chamadas de “bruxas”, pois preparava medicamentos com plantas e raízes disponíveis na época.

Com a transferência da corte portuguesa para o Brasil, uma das primeiras providências da realeza, foi a fundação de duas escolas de cirurgia¹⁵, que posteriormente vieram se tornar escolas médicas, pois a situação no novo centro administrativo (cidade do Rio de Janeiro) do governo português era extremamente precária.

Segundo pesquisas de historiadores, a média de vida dos brasileiros livres no século XIX era de 27 anos, enquanto que a média de vida dos escravos era de 19 anos. Apesar de a expectativa de vida no Brasil ter aumentado bastante com o passar do tempo, ainda existe uma discrepância bem grande nas expectativas de vida entre idosos negros e idosos brancos, tal diferença é resquício da época colonial e imperial¹⁶.

Os cuidados médicos sendo eles “estranhos” ou não ao longo da história estavam diretamente ligados ao poder econômico do cidadão. Logo, quem possuía mais dinheiro teria acesso a uma prestação melhor de serviço de saúde.

A questão dessa prestação de serviço de saúde engloba diversos aspectos, que vão desde um maior acesso a alimentos até os cuidados médicos necessários. O exemplo clássico dessa relação, era a sociedade Estamental¹⁷ que vigorava na Europa no século XVIII. Nessa época a nobreza e o alto clero contavam com acesso a pensões concedidas

¹⁵ GURGEL, Cristina Brant Friedrich Martin. **Médicos do Brasil Colonial**.

¹⁶ NOGUEIRA, Luiz Fernando Veloso. **Expectativa de vida e mortalidade de escravos**. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/antiores/edicao51/materia01/#:~:text=Ao%20analisar%20dados%20de%20diversas,em%20torno%20de%2019%20anos>.

¹⁷ A sociedade Estamental era o modelo de sociedade que vigorava na Europa no período que precedeu a revolução industrial. Nesse sistema de sociedade existiam 3 grupos que eram a nobreza, clero e os camponeses. Nesse formato de sociedade quase não existia mobilidade social e o local de nascimento do indivíduo de praticamente determinante a respeito das expectativas de vida da pessoa.

pelo Estado, Isenção de impostos e rendas acumuladas pelo recolhimento de impostos pagos pelos camponeses que trabalhavam nas terras da nobreza. Todo esse sistema, possibilitava um acesso da nobreza a maiores quantias de dinheiro, e que por consequência, oportunizavam uma vida melhor, com uma oferta maior de alimentos e outros confortos da vida como cuidados médicos quando necessário, para essa classe privilegiada.

No objetivo de endossar a linha de pensamento exposta no parágrafo anterior a doença que hoje chamamos de gota era conhecida por “doença dos reis”, já que acometia indivíduos abastados, que tinham acesso à uma alimentação farta e rica em bebidas alcóolicas. A gota se caracteriza por crises de dor e inflamação nas articulações, inicialmente acometendo os pés.

Outra vertente muito importante da prestação de saúde na história no Brasil é a sua relação com a Igreja Católica e como essa relação teve desdobramentos até o século XX¹⁸.

Portugal e a Espanha foram os dois países responsáveis pela colonização da maior parte da América do Sul, e ambos os reinos eram amplamente reconhecidos na Europa como reinos extremamente católicos, reinos esses que buscavam seguir todos os ditames da Igreja, fosse através da aplicação rigorosa da legislação vigente ou pelas aplicação exemplar das punições para expiação dos pecados, indo desde trabalhos de caridade até o cidadão transgressor ser queimado vivo na fogueira em praça pública¹⁹.

A presença e a influência da Igreja na organização e administração estatal era considerável, pois assuntos importantes como leis, registros de nascimentos, casamentos e óbitos tinham grande controle exercido pela instituição da Igreja Católica²⁰.

As primeiras escolas e Universidades no Brasil foram fundadas pela Igreja Católica e na Europa a educação dos rapazes da nobreza também era controlada pela Igreja²¹. Essa instituição exercia um grande poder na sociedade, tanto que a religião católica figurava como religião oficial do império português e posteriormente religião

¹⁸ PINTO, Tales dos Santos. "A Igreja Católica no Brasil"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/igreja-catolica-no-brasil.htm>.

¹⁹ Oficialmente a inquisição só acabou de fato no final do século XIX, em 1891 quando de fato ocorreu a extinção do tribunal da Inquisição.

²⁰ PINTO, Tales dos Santos. "A Igreja Católica no Brasil"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/igreja-catolica-no-brasil.htm>.

²¹ BERNARDES, Luana. Escolas Jesuítas. Disponível em: <https://www.todoestudo.com.br/historia/escolas-jesuítas#:~:text=Em%20mat%C3%A9ria%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20escolar,Studiorum%20a%20sua%20express%C3%A3o%20m%C3%A1xima%20>

oficial do império brasileiro.

Ao longo da história, além de exercer esse grande papel de poder, nos campos “corretos” da sociedade em busca de realizar a manutenção de seu poder e privilégios como a isenção de impostos, a Igreja realizava um trabalho de caridade de cuidado da saúde dos pobres²².

Esse trabalho de caridade era muitas vezes realizado pelas freiras. Era um trabalho feito de forma “amadora”, pois não existia a profissão de enfermeira como conhecemos hoje, as mulheres simplesmente assumiam essa posição de cuidado para com os doentes.

Elas não possuíam nenhuma instrução formal sobre cuidados de um enfermo, esse cuidado das mulheres para com os enfermos era algo atribuído a natureza piedosa e o instinto maternal de cuidado das mulheres (entendimento da época).

As enfermeiras, além das freiras eram também mulheres que eram mandadas para os conventos por suas famílias, pela polícia ou pelo judiciário, pois desde o período do Brasil-colônia não existiam presídios femininos, pois o conceito de presídio foi desenvolvido para encarcerar e punir homens²³.

A mulher “transgressora”, deveria ser enviada para um convento para ser cuidada, e estar realizando atividades mais adequadas para o seu gênero, como bordado, costura e outros trabalhos manuais que lhe ocupariam a mente e fariam bem ao seu espírito no objetivo de buscar a readequação dessa mulher ao seu papel social da época, de boa esposa e mãe.

Após essa breve análise do perfil, de quem cuidava dos pobres nas instituições de caridade da Igreja, fica claro que faltava “mão de obra qualificada”, faltava a profissional capacitada, instruída e treinada para cuidar de uma pessoa enferma, faltava uma visão profissional, faltava uma visão séria a respeito desse assunto. A saúde era algo voltado para o ramo da caridade.

Esse tipo de pensamento e estrutura vinha desde a época da colônia e um exemplo dessa estrutura é o primeiro hospital do Rio de Janeiro que é a Santa Casa da Misericórdia

²² A história de misericórdia das Santas Casas. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>

²³ CURY, Jessica Santiago. MENEGAZ, Mariana Lima. Mulher e o Cárcere: Uma história de Violência, Invisibilidade e Desigualdade Social.

do Rio de Janeiro²⁴.

A história dessa instituição data do século XVI. O Padre José de Ancheita foi o responsável pela fundação e a organização das instalações tendo como motivação cuidar da tripulação da esquadra de Diogo Flores de Valdé que estavam com escorbuto que na época era uma doença bastante comum nos marinheiros devido a uma grave deficiência de vitamina C na dieta das pessoas.

Até o período da revolução de 1930, os serviços de saúde no Brasil eram prestados pelas Santas Casas de Misericórdia ou Casas de Caridade. Já na Era Vargas houve uma alteração no sistema de prestação de saúde no Brasil, que passou a ser prestada pelos institutos de previdência de cada categoria profissional, e custeada pelos próprios trabalhadores com as suas contribuições sociais.

Getúlio Vargas retirou da Igreja a primazia de Educação e Saúde. O período da ditadura militar unificou os institutos e retirou dos trabalhadores a gestão do que lhes pertencia. A partir desse momento, passamos a ter dois sistemas, um sistema garantia o direito à Saúde de quem fosse segurado da Previdência Social e outro prestado como assistência a quem não tinha direito²⁵.

A constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção, proteção e recuperação da Saúde como Direito de “todos” e dever do Estado, garantidas por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença, com acesso “universal” e igualitário aos serviços²⁶.

A universalidade de acesso igualitário aos serviços públicos de saúde decorre do princípio de que é direito de todos, sejam ricos ou pobres.

Após falarmos brevemente sobre a história da saúde no Brasil se faz extremamente

²⁴ Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/stcasarj.htm>

²⁵ RIBEIRO, Paulo Silvino. "O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>.

²⁶ O sistema único de saúde segundo explicação retirada do site oficial do governo é “O **Sistema Único de Saúde (SUS)** é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde”.

necessário que falemos um pouco sobre o idoso ao longo da história.

O conceito de idoso ao longo da história mudou bastante, pois remédios, exames, guerras, doenças, oferta de alimentos e estruturação de modelo econômico e social são fatores que andam de mãos dadas com o conceito de velhice.

Nos tempos antigos a vida era extremamente dura. Logo, a necessidade de correr, caminhar e caçar era algo para os jovens e as pessoas que perdiam essas capacidades começavam a ser vistas como “peso morto” pois existia um certo estigma em torno das pessoas que compunham o grupo social, mas não tinham mais condições de contribuir tanto como outrora, pois a caça e pesca eram atividades que exigiam vigor físico.

Na época das sociedades grega e depois romana (berços das sociedades ocidentais), a juventude era algo muito valorizado, existia naquele contexto o culto ao corpo belo, jovem e saudável. O corpo jovem era o corpo que exalava saúde e vigor, já o corpo idoso era o corpo indesejável e mais próximo da morte (essa lógica ainda persiste na atualidade, se manifestando no culto a imagem do belo e jovem).

Se a velhice nas sociedades grega e romana já era algo complicado, com todo o conhecimento, usos e costumes sobre higiene que era presente nessas sociedades, como sistema de esgoto e banhos públicos, já nas sociedades da época medieval e renascentista onde não se tinha essa noção da importância do asseio a situação dos idosos foi bem mais complicada, pois o asseio está diretamente ligado com saúde que por sua vez está ligado com a longevidade de uma pessoa.

Não somente por uma questão de higiene a vida dos idosos nesses dois períodos históricos foi difícil, mas a estruturação social excluía os idosos por não terem forças para participarem das tarefas diárias, principalmente no campesinato. No contexto medieval é muito importante que seja levado em consideração que se tratavam de sociedades agrárias. No contexto das famílias nobres a força física para os homens era necessária, devido aos conflitos armados na manutenção do poder sobre as terras e para as mulheres os sucessivos partos eram um risco para a saúde e vida das senhoras.

Os idosos eram “pesos” para suas famílias, pois era uma pessoa que demandava cuidados especiais em uma época onde a subsistência era difícil e estava ligada diretamente ao vigor físico, ou relações de poder que se relacionavam com vigor físico, e essas pessoas devido a condição de idosas, não contribuía ativamente no sustento de suas famílias ou para manutenção do poder de suas famílias.

Com as alterações no mundo, a expectativa de vida das pessoas aumentou bastante e se desenvolveu a ideia de “envelhecer com dignidade”, mas devido ao sistema econômico, os idosos continuam excluídos em suas sociedades, pois eles não possuem mais força de trabalho e a configuração familiar também se alterou. Infelizmente na atualidade, muitos idosos são encaminhados para viverem longe de suas famílias em instituições especializadas em cuidados para eles²⁷.

Após realizar essa rápida contextualização histórica, sobre o idoso ao longo da história ocidental, outro ponto que deve ser abordado é a questão de hipervulnerabilidade.

A constituição de 1988 é conhecida como a “constituição cidadã” pois foi através dela que muitos grupos antes excluídos e privados de “humanidade” como mulheres, crianças, negros, idosos e deficientes passaram a ter maior visibilidade a respeito de suas questões e direito a “cidadania plena”²⁸. O texto da constituição de 1988 deixa claro que seus fundamentos são compostos por cidadania e dignidade da pessoa humana. Essa cidadania e dignidade tem como alvo as pessoas que são excluídas, os não sujeitos de direito²⁹.

O sujeito de direito é homem, branco, cristão, detentor dos meios de produção, não portador de deficiências físicas, heterossexual e em idade produtiva. Qualquer indivíduo que seja diferente desse perfil estabelecido é uma pessoa vulnerável, sendo variável o nível dessa vulnerabilidade dependendo da raça, classe, gênero etc.

No período de 1990 se observa o surgimento da temática da “vulnerabilidade”, sendo acompanhado de diversas expressões dessa nova preocupação com os “excluídos”. Uma expressão é o Estatuto da Criança e do Adolescente de data de 13 de julho de 1990, em seguida temos a lei n°8078 de 11 de setembro de 1990 que visava proteger o consumidor.

Desse modo, após usar o exemplo de duas leis, fica claro que existem vários tipos de vulnerabilidade, variando de acordo com os vários contextos e situações. O conceito de vulnerabilidade é oriundo do latim *vulnerabilis* que significa pode ser ferido, se trata

²⁷ Dia Internacional do Idoso: O papel do Idoso ao longo da história. Disponível em:

<https://blog.stannah.pt/cuidador/papel-dos-idosos-ao-longo-da-historia/#:~:text=Tempos%20antigos,fardo%2C%20ignorados%20e%20at%C3%A9%20mortos.>

²⁸ Cidadania Plena é um termo retirado do livro “Cidadão de papel” do autor Gilberto Dimenstein que busca realizar uma crítica sobre a diferença do exercício da cidadania das pessoas que ocorre na prática e a cidadania cheia de direitos prevista em lei que não é exercida e fica somente no papel.

²⁹ Sujeito de direito é o indivíduo que é titular de direitos e deveres, sendo plenamente capaz de ser parte em relações jurídicas.

de qualquer indivíduo que possa vir a ser “vulnerado” dependendo da situação. Alguns grupos sociais são devido as circunstâncias vulneráveis, desamparados ou fragilizados.

As palavras de Fermin Roland Schramm ajudam a compreender melhor o conceito de vulnerabilidade: “ Historicamente, um princípio moral de proteção está implícito nas obrigações do Estado que deve proteger seus cidadãos contra calamidades, guerras etc, chamado também de Estado mínimo. Entretanto, poderia muito bem ser chamado de Estado protetor, pois parece intuitivamente compreensível que todos os cidadãos não conseguem se proteger sozinhos contra tudo e todos, podendo tornar-se suscetíveis e até vulnerados em determinadas circunstâncias. Mas, neste caso, devemos distinguir a mera vulnerabilidade, condição ontológica de qualquer ser vivo, portanto, característica universal que não pode ser protegida, da suscetibilidade ou vulnerabilidade secundária, por oposição da vulnerabilidade primária ou vulnerabilidade em geral. Ademais os suscetíveis podem tornar-se vulnerados, ou seja, diretamente afetados, estando na condição existencial de não poder exercer suas potencialidades para ter uma vida digna e de qualidade. Portanto, dever-se-ia distinguir graus de proteção de acordo com a condição existencial de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração, o que pode ser objeto de discussões infundáveis sobre como quantificar e qualificar tais estados existenciais”.

Partindo das palavras de Fermin Roland Schramm, o objetivo maior é se chegar à conclusão de quem são de fato os indivíduos suscetíveis e a partir dessa delimitação, conseguir se prestar a devida assistência para que essas pessoas deixem de ser vulneráveis respeitando as diversidades culturais, as variadas visões de mundo, as moralidades diversas e hábitos diversos que compõem a vida em sociedade.

A igualdade formal é bem diferente da igualdade substancial como se observa na vida em sociedade, essa diferença, esse abismo é extremamente ruim, pois a existência dessa discrepância não permite que haja a igualdade de fato entre os indivíduos, dificultando que todos os cidadãos possam ter seus direitos, dignidade e humanidade devidamente respeitadas. Determinados grupos são solenemente ignorados em sua humanidade e dignidade, são exemplos dessa falta de respeito: Negros, deficientes físicos e LGBTs.

A dignidade da pessoa humana se torna concreta na tutela da pessoa humana, sendo que essa tutela não ocorre de forma efetiva, devido a esse abismo existente, para que essa tutela possa ser percebida como efetiva deve-se ser levado em consideração as “particularidades”, vulnerabilidades existentes entre as pessoas, para que a partir desse

reconhecimento se possa de fato buscar uma igualdade substancial. A proteção que deve se buscar conceder a essas pessoas deve ser integral, para todas as situações, sejam elas referentes a questões patrimoniais ou existenciais.

Existe uma tendência por parte da dinâmica social em acabar por expor as pessoas a situações de vulnerabilidade. Porém, existem situações nas quais a vulnerabilidade, já vêm do berço, através de deficiências, questões socioeconômicas ou outras situações. Para essas pessoas que já são “marcadas” desde o nascimento é muito mais complicado conseguir exercer sua cidadania, exercer seus direitos da forma mais plena possível. Desse modo, se faz necessário que o direito possibilite a essas pessoas os meios necessários para que elas sejam capazes de exercer os seus direitos.

Há a necessidade da existência de uma tutela geral que abarque todos os indivíduos de um modo geral, de modo a suprir, combater a vulnerabilidade ontológica do ser humano. Porém, além dessa tutela geral é necessário que haja uma tutela específica para atender as demandas desses grupos marginalizados, que se encontram em situações de desigualdade devido a contextos se tornem suas vulnerabilidades mais agravadas. Nesse momento é necessário se saber quais os parâmetros que devem ser analisados para que se possa conferir a tutela devida aos indivíduos.

Como foi dito todas as pessoas são vulneráveis em determinada medida e é necessária muita atenção e análise de “situações substanciais específicas” para que se possa definir corretamente o tipo de tutela a ser concedida para aquele determinado indivíduo. Não é justo nem eficaz somente invocar a tutela geral que é prevista na constituição da república. É extremamente necessária a análise mais profunda das particularidades de cada grupo social que receberá a tutela. Essa análise mais apurada é observada em alguns grupos como mulheres, idosos, consumidores e crianças. Porém, outros grupos como os LGBTs continuam sendo solenemente ignorados em sua necessidade de ajuda, humanidade e dignidade.

O Direito em seu estudo a respeito da vulnerabilidade se além de um modo geral, as “relações de consumo” existindo três espécies: vulnerabilidade técnica, contábil e socioeconômica (fática). Algumas doutrinas compreendem que hipossuficiência e vulnerabilidade são compreendidas como a mesma coisa, já outras doutrinas compreendem que há uma distinção entre esses dois termos.

A melhor compreensão é a de que não há diferença entre os termos

hipossuficiência e vulnerabilidade. Com essa ideia de hipossuficiência vêm a reboque algumas categorias de consumidores como idosos e crianças, os quais possuem tratamento diferenciado previsto em lei. Todo consumidor é vulnerável, pois é um leigo que precisa dos serviços que estão sendo oferecidos por um especialista organizado em cadeia de fornecimentos de serviços. Apesar de se ter essa compreensão é necessária também a compreensão de que alguns grupos sociais, tem suas vulnerabilidades mais agravadas por razões outras que não somente “relações de consumo”.

2) O MELHOR INTERESSE DO IDOSO

Como já foi falado anteriormente, desde a constituição de 1988 grupos antes excluídos passaram a ser agasalhados pelo manto da Constituição e um desses grupos foram os idosos.

Uma mudança significativa ocorreu ao logo dos anos a respeito de como enxergar a velhice, pois antigamente se tinha a ideia de que velhice era algo ruim, uma doença. Inclusive a Organização Mundial de Saúde realizou uma mudança não classificando mais a velhice como uma doença³⁰.

Os estigmas buscam cada vez mais ser combatidos, mostrando que existe a possibilidade de se envelhecer com dignidade e qualidade de vida. A velhice é uma fase da vida pela qual tudo correndo bem todas as pessoas irão passar, não devendo ser temida e nem encarada como algo ruim, mas somente uma determinada fase da vida com suas particularidades próprias.

Dando o devido destaque a essa questão das particularidades da velhice é necessário ressaltar a questão da hipervulnerabilidade do idoso, principalmente na atualidade, pois estamos vivendo em um mundo de tecnologias.

O idoso é hipervulnerável, pois já possui uma idade avançada, onde seu vigor físico não é mais o mesmo, fase essa na qual o corpo começa a se alterar e requer novos cuidados que na juventude não eram necessários. Esses fatos por si só já o tornam vulnerável.

Na juventude em regra geral a pessoa goza de boa saúde e vigor físico para realizar atividades. Já na velhice, as mudanças do corpo muitas vezes tornam complicadas atividades simples do cotidiano, pois a pessoa não possui a mobilidade necessária e nem o vigor que possuía.

O corpo antes forte, saudável e rijo com a entrada na velhice começa a involuir, perde-se tônus muscular e outros comprometimentos tanto no ramo físico como mental começam a se apresentar, um exemplo de comprometimento físico seria a maior

³⁰ DUARTE, Yeda. Após pressão OMS recua em classificar a velhice como doença. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/apos-pressao-oms-recua-em-classificar-a-velhice-como-doenca/>

suscetibilidade as quedas (quedas na velhice são questões extremamente sérias, pois devido a desmineralização dos ossos muitas vezes os ossos se quebram ou se fraturam)³¹, já um exemplo de comprometimento mental seria o desenvolvimento de Alzheimer (condição essa que contribui muito para isolar o idoso, mesmo que os familiares busquem continuar a inseri-lo no círculo social).

A velhice traz consigo o desenvolvimento de uma maior quantidade de doenças³². Contudo, não é somente das doenças do corpo, sejam elas físicas ou mentais que o idoso é vítima, de um modo geral o idoso vai ficando isolado na velhice. O ritmo corrido da vida acaba deixando o idoso isolado da sociedade e a tecnologia que na atualidade não para de avançar contribui para asseverar esse isolamento, pois a tecnologia não é algo natural para o idoso, ele precisa se adaptar a ela e muitas vezes essa adaptação é difícil, contribuindo assim, para aumentar ainda mais o abismo dessa pessoa para com a sociedade como um todo³³.

Na atualidade, se busca trazer uma luz maior para as questões ligadas à saúde mental das pessoas. Questões como depressão, que antigamente não eram discutidas hoje em dia são amplamente conversadas pela sociedade. Essa doença, que é a depressão e outras mais, como por exemplo a ansiedade, são doenças que estão muito presentes dentro da realidade de isolamento do idoso, pois a pessoa que vive isolada, tem maiores chances de vir a desenvolver depressão severa, com altos riscos de suicídios e necessidade de medicamentos fortes para conseguir superar essa enfermidade.

Para uma pessoa que já está frágil fisicamente e também frágil psicologicamente, some-se a isso ainda o isolamento, e em seguida a depressão, a possibilidade de o idoso ir definhando cada vez mais é bem grande.

O processo de envelhecimento apesar de possuir essas questões das doenças³⁴ e isolamento não deve ser assim, existe a possibilidade um envelhecimento com dignidade

³¹ AMERICAS SERVIÇOS MÉDICOS. Fratura em idosos: economia de tempo salva vidas. Disponível em: <https://www.americasmed.com.br/central-de-conteudo/informativos/fratura-em-idosos-economia-de-tempo-salva-vidas>

³² As doenças que mais causam mortes em idoso são doenças cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e por último são as doenças respiratórias.

³³ MASSALI, Fábio. Pesquisa mostra exclusão do idoso do mundo digital e da escrita. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-08/pesquisa-mostra-exclusao-de-idosos-do-mundo-digital-e-da-escrita>

³⁴ CABRERA, Marcus Aparecido Sarria. ANDRADE, Selma Maffei. WAJNGARTEN, Maurício. Causas de mortalidade em idosos: Estudo de seguimento de nove anos. Disponível em: [http://ggaging.com/details/353/pt-BR#:~:text=O%20principal%20grupo%20de%20causas,nervoso%20\(9%2C4%25\).](http://ggaging.com/details/353/pt-BR#:~:text=O%20principal%20grupo%20de%20causas,nervoso%20(9%2C4%25).)

e muita qualidade de vida, devido à cada vez maior valoração dos direitos humanos e também pelos avanços da medicina.

Os tratamentos para as doenças estão cada vez mais modernos e melhores, e mesmo para as doenças que ainda não possuem cura, já existem tratamentos paliativos para trazer um maior conforto para o paciente, de forma a diminuir as dores ou aliviar ao máximo os sofrimentos da enfermidade.

Após falar um pouco sobre as problemáticas do processo de envelhecimento e sobre a possibilidade de um envelhecimento com conforto e dignidade se torna possível adentrar nas questões relacionadas à planos de saúde.

Como já foi abordado anteriormente a saúde é um direito fundamental previsto na nossa Constituição e ela está intimamente relacionada com a dignidade da pessoa humana³⁵.

Segundo o dicionário jurídico “A dignidade é um valor da pessoa humana e deve ter por princípio garantir uma existência humana adequada, virtuosa, honrada em termos materiais e espirituais, digna.

O homem é digno de ser homem porque possui a essência, que é a humanidade. Tem direito à vida, à igualdade, à liberdade, à saúde, à assistência, à previdência, a ser tratado com respeito, a ser tratado como não como um meio, mas como um fim em si mesmo, por ser considerado um ser superior a todos os outros seres, por possuir consciência e razão”.

Logo após essa definição sobre dignidade da pessoa humana se torna claro que a saúde é de fato um pilar fundamental da existência digna dos seres humanos e por isso deve ser prestada da melhor forma possível, pois se trata de um direito de segunda geração³⁶.

³⁵ Art. 196. A **saúde é direito** de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CRF 1988)

³⁶ Os direitos se dividem entre 1º, 2º e 3º geração num nível básico. Esses direitos tiveram como inspiração os ideais defendidos pela revolução francesa (liberdade, igualdade e fraternidade).

Os direitos de 1º geração se tratam de direitos ligados à liberdade, 3 exemplos de direitos de primeira geração são: direito à vida, direito à liberdade e direito à liberdade de expressão.

Já os direitos de 2º geração são direitos sociais e 3 exemplos são: direito a saúde, direito a educação e direito a segurança.

Por fim os direitos de 3º geração são os direitos ligados ao valor da fraternidade. 3 bons exemplos de direitos de 3º geração são: direito a seguridade, direito à autodeterminação dos povos e direito ao meio ambiente.

Como já foi abordado no capítulo anterior, o texto constitucional estabelece que a saúde no Brasil é um ramo que pode ser explorado pela iniciativa privada e dessa forma, quando o cliente, seja ele idoso ou não, busca a prestação desse determinado serviço, o que ele está a buscar é um direito fundamental.

A busca do direito à saúde, como já dito no parágrafo anterior é um direito fundamental a qualquer cidadão, mas se torna ainda mais fundamental quando o indivíduo que busca esse direito se trata de um cidadão idoso, pois cuidar de sua saúde para esse cidadão é uma questão importante, e que devido ao seu contexto, se torna imprescindível para que esse determinado indivíduo, possa usufruir das outras facetas da sua vida com mais qualidade.

Desse modo, cobranças abusivas ou cláusulas lesivas impostas pelos planos de saúde devem ser avaliadas com mais cuidado pelo judiciário e se possível com um maior rigor nas questões lesivas ao cliente, pois como já dito se trata de um direito fundamental.

No ano de 2003 foi promulgada uma legislação muito importante para os idosos, a lei 10741 que é o Estatuto do Idoso. O seu artigo 15 em seu parágrafo 3º se estabelece um ponto importante que merece ser analisado para que possamos prosseguir.

O art.15, §3º, do Estatuto do Idoso veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (Lei 10741).

O §3º do art. 15 do Estatuto do idoso estabelece essa proibição de forma bastante clara, no objetivo de garantir que os idosos tenham suas mensalidades dos planos de saúde encarecidas tendo como motivação a sua idade.

Apesar de a Constituição e o Estatuto do Idoso, garantirem o direito a saúde do idoso, se faz necessário uma rápida análise de outra legislação. A lei 9656 que é a lei dos planos de saúde, nesta lei vamos analisar o art.15 e o art.16 inciso V para podermos retomar a questão de cobranças abusivas por parte dos planos de saúde.

O artigo 15 da lei dos planos de saúde estabelece que que a existem sim a possibilidade aumento da mensalidade do plano de saúde tendo como motivação o aumento da idade do cliente desde que essa cláusula esteja presente no contrato e preveja o valor que será acrescido de acordo com cada idade.

Já no art. 16 estabelece que deve constar no contrato as questões referentes as faixas etárias e seus respectivos aumentos.

Devido a essas legislações estabelecerem normas divergentes que tratam a respeito de um mesmo assunto, a situação se tornou um pouco confusa e o Superior Tribunal de Justiça deixou todo o contexto mais confuso, oferecendo posicionamentos ora mais favoráveis aos idosos, e em outros momentos voltando atrás na proteção conferida esse grupo.

Contudo, antes que seja possível falar sobre julgados e posições jurisprudenciais é necessário abordar um princípio muito relevante, que é o “o princípio do melhor interesse do idoso”.

O texto constitucional estabelece nos direitos sociais em seu art.6º, o direito à saúde e estabelece que no art. 230 que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida³⁷.

No art.1º da lei 10741 está estabelecido que é objetivo do Estatuto do idoso regular os direitos assegurados destinados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

Ao analisar essas normas se torna clara a intenção do legislador de proteger o idoso e como busca priorizar o bem-estar³⁸ do cidadão idoso.

A questão de bem-estar está intimamente relacionada com o princípio do melhor interesse do idoso. Tal princípio se subdivide em dois subprincípios que são a absoluta prioridade outorgada ao idoso e a proteção integral do idoso. Quando juntos eles compõem o princípio do melhor interesse do idoso³⁹.

O melhor interesse do idoso é oriundo da lei 10741 e da constituição também, pois como foi dito ao se realizar análise das legislações se torna claro o objetivo do legislador de proteger o idoso⁴⁰. O princípio da dignidade da pessoa humana anteriormente trabalhado neste capítulo é basilar para esse princípio também em

³⁷ NASCIMENTO, Sibhelle Katherine. A proteção do idoso no ordenamento jurídico brasileiro

³⁸ De acordo com o dicionário jurídico a expressão bem-estar transmite a ideia de comodidade, tranquilidade, sossego e segurança pública, que devem ser mantidos pelos poderes públicos. Assim será assegurado o bem-estar público. A ideia de bem-estar também pode ser voltada na noção de soma de benefícios ou utilidades, que serão promovidos para uso e gozo de uma pessoa ou coletividade.

³⁹ BARLETTA, Fabiana Rodrigues. MARTINS, Flávio Alves. Divergências no entendimento do STJ sobre o reajuste da prestação mensal por mudança de faixa etária em planos privados de saúde contratados com consumidores idosos e o princípio do melhor interesse do idoso. São Paulo: Editora Foco, 2020.

⁴⁰ BARLETTA, Fabiana Rodrigues. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do melhor interesse do idoso

consonância com a obrigação constitucional de amparo aos idosos estabelecida em seu art. 230 que diz se tratar de um dever da família, sociedade e Estado cuidar do idoso, se trata de um trabalho conjunto, uma responsabilidade compartilhada.

Tendo isso em mente é possível concluir que a interpretação das legislações como um todo devem sempre ser interpretada buscando a maior proteção ao grupo dos idosos, pois se a norma máxima do ordenamento jurídico brasileiro estabelece que esse grupo merece um cuidado especial, as outras legislações e interpretações devem seguir essa mesma linha.

Agora se torna possível tratar da proteção integral do idoso. Esse subprincípio busca realizar uma proteção do idoso em todos os aspectos possíveis.

O art. 2º da lei 10741 estabelece um norte para esse trabalho de proteção. Está estabelecido que:

Art.2. O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-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.

Esse artigo serve como norte no objetivo de proteção integral do idoso, pois o idoso sofre com diversas questões complicadas devido ao seu envelhecimento e tendo como ponto de partida os direitos humanos o legislador deve buscar protegê-lo, inseri-lo na sociedade mantendo assim a dignidade do idoso.

O idoso deve ser protegido de todas as formas possíveis, deve-se levar em condição as suas particularidades, levando em consideração as questões de igualdade material e igualdade formal.

Antes de realizarmos a definição de igualdade formal e material é preciso falar sobre a definição de igualdade, pois essa palavra é nosso ponto de partida.

Igualdade é oriundo do latim *aequalitas*, é indicativo de semelhança de caracteres ou elementos componentes de duas coisas.

Assim, a igualdade é a uniformidade de grandeza, de razão, de proporção, de extensão, de peso, de altura, enfim, de tudo que possa haver entre duas ou mais coisas.

É a evidência de coisas perfeitamente similares ou idênticas, de modo que uma se apresenta como uma semelhança da outra, com os mesmos requisitos e elementos em que se possam exhibir.

Embora a igualdade tenha consigo o sentido de identidade, as coisas iguais não se confundem numa só: distinguem-se de per si, mostrando, entanto, estreita uniformidade entre elas.

Em certos casos, porém, a igualdade não deve ser tomada com tanto rigor, de modo que se exija um realismo absoluto, em relação ao seu conceito jurídico.

É assim, *verbi gratia*, que duas coisas podem não se apresentar materialmente iguais, e, no entanto, podem exprimir uma igualdade.

Assim ocorre na divisão ou partilha de bens em que a igualdade se infere da equivalência ou proporção de quinhão, quanto a seu valor, atendida, quanto possível, a natureza ou qualidade de bens. Traz aí o sentido de proporcionalidade.

Desse modo, não se exhibe uma mera divisão aritmética em que as partes se mostrariam efetivamente iguais. Corresponde à que vem promover um favorecimento recíproco, em que todos os interesses sejam, não só economicamente atendidos, mas também iguados na qualidade dos bens.

Igualdade é a designação dada ao princípio jurídico instituído constitucionalmente, em virtude do qual todas as pessoas, sem distinção de sexo ou nacionalidade, de classe ou posição, de religião ou de fortuna, têm perante a lei os mesmos direitos e as mesmas obrigações.

Mas, pela instituição do princípio, não dita o Direito de igualdade absoluta. A igualdade redundará na igual proteção a todos, na igualdade das coisas que sejam iguais e na proscrição dos privilégios, isenções pessoais e regalias de classe, que se mostrariam desigualdades.

Desse modo, a igualdade é perante a lei e perante a justiça, para a proteção ou castigo, para a segurança de direitos ou imposição de normas coercitivas”.

A definição de igualdade trabalhada acima inclusive abordou questões relativas a igualdade formal e material, mas não foi algo tão explícito, mas após uma explicação tão detalhada sobre igualdade as definições de igualdade formal e material podem ser mais breves.

Na igualdade formal que também recebe o nome de igualdade jurídica, ou igualdade perante a lei se trata de um tratamento igualitário entre todos os cidadãos sem qualquer tipo de discriminação. Todos são iguais não importando suas diferenças.

Já na igualdade material se trata sobre a igualdade de fato realizada na prática, tratando os desiguais na medida exata de sua desigualdade, para que de fato todos tenham as mesmas chances e oportunidades.

Logo, o princípio da proteção integral do idoso busca realizar de fato um a proteção integral em todos os âmbitos da vida da idoso. A lei 10.741 busca legislar levando em consideração as particularidades e desafios únicos que os idosos enfrentam no objetivo de conferir igualdade material a esse determinado público, estabelecendo o que seria visto garantias e privilégios aos olhos de pessoas sem instrução, mas esses benefícios e privilégios são extremamente necessários para que os idosos possam de fato exercerem sua cidadania com igualdade.

O outro subprincípio é o da absoluta prioridade assegurada ao idoso.

Art.3 É obrigação da família, da comunidade, da sociedade assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§1º A garantia do direito de prioridade compreende:

- I) Atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- II) Preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- III) Destinação privilegiada de recursos públicos
- IV) Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- V) Priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
- VI) Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
- VII) Estabelecimento de mecanismo que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
- VIII) Garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais;
- IX) Prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda.

§2º Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos.

O inciso I estabelece o atendimento preferencial e isso significa que tanto em órgãos públicos como em empresas prestadores de serviços privados deve sempre ser observada a prioridade no atendimento do idoso, isso se traduz de um modo geral em filas

especiais que tem um ritmo de atendimento mais rápido e por esse motivo o tempo de espera dos clientes é menos. Nos estabelecimentos onde existem pelo menos dois pontos de atendimento ao cliente o que acontece é um deles ser preferencial. No caso de existir somente um ponto de atendimento/guichê/ caixa se criam duas filas, uma normal e outra preferencial e sempre que houver alguém presente na fila preferencial o funcionário tem a obrigação de atender essa pessoa no mais curto prazo de tempo possível.

Algumas pessoas acreditam que as filas preferenciais são algo desnecessário e que geram uma diferenciação injusta entre os cidadãos. Contudo, a materialização de tais filas é a igualdade material na prática.

Nem todos os países possuem esse entendimento a respeito do tratamento prioritários aos idosos, a Rússia é um país onde esse tipo de atendimento preferencial é algo inexistente.

No inciso II, o legislador estabeleceu que existe uma preferência na formulação, e na execução de políticas sociais públicas específicas. Um bom exemplo de políticas públicas para a pessoa idosa se faz presente no “plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa”.

O plano citado no parágrafo acima conversa bastante com o estabelecido no inciso III, pois ele normatiza a destinação privilegiada de recursos para áreas que tenham como temática a proteção do idoso.

Já no inciso IV se busca a integração do idoso na vida em sociedade e isso se dá por meio de bailes, oficinas especiais, atividades variadas, viagens para idosos, grupos de apoio. Um bom lugar onde os idosos podem socializar são os espaços dos clubes, onde existem diversas atividades e pessoas com quem podem ter uma interação e passarem um tempo de qualidade.

A priorização do atendimento do idoso pela família é a temática do inciso V e é perfeitamente pertinente, pois o idoso que está junto de sua família tem uma tendência de ser melhor cuidado, receber maior carinho. Inclusive existem diversas pesquisas que o amor e carinho ajudam na longevidade das pessoas.

No inciso VI se aborda um dos pontos mais importantes aos meus olhos que é a constante renovação dos métodos de atendimento e abordagens realizados pelos serviços de geriatria e gerontologia, pois a um atendimento humanizado tendo como norte a dignidade da pessoa humana é essencial para a manutenção da dignidade do idoso.

Já no inciso VII trata sobre esclarecimento das questões ligadas ao envelhecimento de forma ampla e efetiva. Programas educativos e a distribuição de cartilhas por órgãos como a defensoria pública realizam o trabalho estabelecido no inciso VII.

A garantia de acesso ao sistema de saúde é tratada pelo inciso VIII e é algo essencial, pois para a conversação da saúde do idoso é necessário que tenha acesso à saúde, de forma a estar bem para poder aproveitar melhor sua vida.

No último inciso se trata a prioridade do recebimento do valor a ser restituído pelo Imposto de renda. Essa questão de restituição dos valores é uma questão lógica, pois pela idade avançada o idoso deve ter acesso à sua restituição antes para que possa usar seu dinheiro, se o idoso aguardar muito ele pode acabar falecendo durante seu período de espera. Logo, garantir prioridade na restituição do imposto de renda é a materialização da igualdade material.

No parágrafo 2 que versa sobre atendimento diferenciado para idosos com idade superior a 80 anos é algo que é posto em crítica pela Dra. Fabiana Barletta, pois segundo ela o que ocorre nessa situação é uma discriminação tendo como base a idade mais longa ou não dos idoso e é um ponto de análise não muito bom, pois a idade do idoso não reflete de fato o grau ou não de comprometimento do idoso em questão.

Esse questionamento da Dra. Barletta é bastante pertinente, pois ao estabelecer essa norma, o legislador está discriminando os idoso com base somente em suas idades e presumindo que a condição física melhor ou pior de um idoso está diretamente associada somente com o avanço de sua idade, deixando de se levar em consideração uma série de fatores que influenciam no estado físico que as pessoas chegarão a velhice.

3) UMA ANÁLISE DA REALIDADE FORENSE

Antes de qualquer discussão sobre valores de contribuições de planos de saúde é necessário falar sobre o funcionamento dos planos de saúde no Brasil.

Na estrutura dos planos de saúde se utilizam o sistema do mutualismo⁴¹ para realizar a estruturação dos planos de saúde privado. Funciona da seguinte forma, os clientes pagam uma determinada taxa mensal de forma a terem acesso a uma determinada prestação que no caso em tela se trataria de uma prestação de um serviço de saúde.

A operadora de plano de saúde lida com um serviço bastante específico que se trata de um serviço de alto risco, pois as variáveis são muitas que podem influir na prestação e cobranças do serviço prestado.

Os médicos, exames, laboratórios, serviços de transportes são valores pagos posteriormente à prestação do serviço para essas empresas e profissionais e são valores variáveis, são custos que sempre se alteram. Principalmente, por esse motivo a atividade das operadoras de planos de saúde se tornam de alto risco.

Os planos de saúde lucram do seguinte modo. A operadora define um determinado valor de acordo com o perfil do cliente. O cálculo para se definir esse “valor” leva em consideração o perfil do cliente, isso inclui o sexo, a idade, o local de moradia e outros diversos atributos.

Todos esses fatores são levados em consideração no momento de ser “desenhar” o perfil do potencial consumidor do plano de saúde, pois se é traçado previamente o tipo de demanda específica daquela faixa etária daquele que habita aquele determinado local e provavelmente quais serão as necessidades específicas daquele determinado grupo e quanto isso vai custar para a operadora.

Os cálculos feitos pelas operadoras, no momento de definir o valor da prestação

⁴¹ Mutualidade é derivado de mutual (recíproco), exprime o regime de cooperação adotado em certas espécies de sociedades, em que os próprios sócios são aqueles que se inscrevem para concorrer aos benefícios distribuídos pela sociedade.

Nelas, assim, em princípio, não há capital: este irá se compondo pelas reservas constituídas pelos lucros da sociedade, que não possuindo sócios, não os distribui.

Por seus efeitos, a mutualidade assemelha-se à cooperativa, que se organiza com semelhante finalidade, apenas se distinguindo da mutualidade por ter um capital que nesta não existe.

Diz-se, também, sociedade mútua. E, por simplificação, somente mútua.

Aos sócios dela que são precisamente as pessoas que tomam inscrição para concorrer a seus benefícios, em regra constantes de seguros, construções de prédios, chamam de mutualistas.

são feitos de forma estimativa, tentando prever para o “futuro” de quanto a operadora do plano de saúde gastará com aquele determinado grupo, e como balancear as receitas e despesas, de forma a manter uma certa margem mínima de lucro considerada aceitável pelos administradores da operadora⁴².

Um exemplo, desse tipo de mecanismo operando, seria a pesquisa realizada para traçar as necessidades do perfil infantil em um plano de saúde. Quais as maiores demandas das crianças na faixa etária de 3 a 6 anos? Qual tipo de médico elas usam mais? Qual tipo de medicamento e quantas vezes por ano elas ativam o serviço do plano de saúde?

Todos os questionamentos, apresentados no parágrafo anterior são levados em consideração, no momento de se definir o valor da prestação que será cobrada de forma a garantir que o plano de saúde possa vir a ter lucros ou o mínimo de perdas possíveis.

O pagamento do plano de saúde, ocorre como uma contribuição que vai para um fundo, que viabiliza a prestação do serviço de saúde. Foi a forma encontrada para custear esse sistema. Esse tipo de sistema é justamente o mutualismo ocorrendo. Logo, ao pagar a contribuição do plano de saúde, o cliente estará viabilizando a prestação de um serviço de saúde, e mesmo que naquele determinado momento, ele não ative aquela prestação de serviço não será “dinheiro jogado fora”.

O sistema único de saúde (SUS) adota o mesmo mecanismo para viabilizar a sua manutenção. Por meio das arrecadações dos impostos, uma parte dos valores arrecadados é repassado para o funcionamento e manutenção do SUS, mesmo que alguns cidadãos não utilizem o sistema público é de seu direito usar o SUS e também é sua obrigação custear sua manutenção por meio dos impostos, pois mesmo que por questões pessoais, esses determinados cidadãos realizem a opção de não utilizar tal sistema, é seu direito garantido por lei utilizarem o SUS se assim desejarem ou precisarem.

Desse modo, após essa rápida explicação sobre o modo de estruturação e funcionamentos dos planos de saúde se torna claro a importância das contribuições⁴³ para

⁴² Portal da Indústria. Saúde suplementar: o que é e como funciona. Disponível em: <https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/saude-suplementar-o-que-e-e-como-funciona/>

⁴³ Contribuição derivado do latim *contributio*, de *contribuere* (dar para o monte, fornecer sua parte), na terminologia jurídica, não possui sentido diverso daquele que lhe vem do latim: entende-se a parte que se atribui a uma pessoa ou a participação que deve ter para formação de qualquer acervo ou cumprimento de qualquer obrigação.

A contribuição, em sentido comum, pode ser voluntária. A pessoa contribui com a sua parte, porque espontaneamente que.

a manutenção do funcionamento dos serviços de saúde.

Agora se torna viável falar sobre a posição das cortes brasileiras, e o caminho percorrido sobre a questão da majoração do valor da contribuição dos planos de saúde, pelo fato do cliente se tornar idoso.

Como já foi falado anteriormente o estatuto do idoso veda o aumento do valor do plano de saúde tendo como fator base a idade, e felizmente na realidade do judiciário brasileiro essa posição foi respeitada durante um certo período. Os tribunais entendiam como ilegal o aumento do valor da contribuição devido o cliente atingir a idade de 60 anos.

O grande debate desde a instauração do Estatuto do Idoso é se devido ao estabelecido no art. 15 §3º vedava de forma absoluta a possibilidade de aumento dos valores das contribuições dos clientes com idade igual ou superior a 60 anos.

Os planos de saúde buscaram manter os aumentos dos contratos anteriores ao Estatuto do Idoso, alegando que o Estatuto não protegia aqueles clientes e a proteção da lei 10741 só teria validade para os contratos celebrados a partir da data de sua vigência em diante.

Porém, o estabelecido no art 2º do Decreto Lei 4567- Lei de Introdução as normas do Direito Brasileiro (LINDB) não estava sendo respeitado. O que está estabelecido é o seguinte:

Art. 2º Não se destinando à vigência temporária, a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue.

§ 1º A lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior.

Mas, na esfera jurídica, em regra, a contribuição, resultante de obrigação ou de imposição legal, é obrigatória, seja tomada no sentido fiscal, ou seja, tida no conceito do Direito Civil ou Comercial.

No conceito fiscal a contribuição, a contribuição é o imposto: é a parte a que está sujeito o cidadão, para que contribua para a formação dos fundos necessários ao custeio das despesas públicas.

No direito civil ou comercial, é a parte que cabe aos coobrigados pelo pagamento de uma dívida comum ou de um fato de interesse comum, tal como, na avaria grossa, para cumprimento da obrigação ou regularização da avaria.

A contribuição, assim, é a parte de cada um no rateio, que se promove, e a que é obrigado em virtude estar a seu cargo o pagamento da dívida, ou a responsabilidade do pagamento, que por este modo se efetiva.

Desse modo, contribuição sempre possui este significado sob o ponto de vista de jurídico: é a parte com que, obrigatoriamente, a pessoa deve entrar ou deve fornecer para adimplemento da obrigação, de que é também solidário, ou para satisfazer o pagamento de despesas que direta ou indiretamente, se põem a seu cargo.

No caso em tela, a LINDB é bem clara, a lei posterior revoga a anterior. Desse modo, se o entendimento do legislador ao criar a lei 10741 foi proteger o idoso dentre outras, contra os aumentos dos planos de saúde, esse posicionamento deve ser respaldado, revogando todas as disposições contrárias vigentes até então.

Alguns posicionamentos de tribunais são taxativos, em relação ao aumento enquanto outros são mais flexíveis, buscando um “equilíbrio” entre o idoso vulnerável e as necessidades do mercado.

O fato de se buscar um equilíbrio é bastante razoável, pois conforme foi falado anteriormente o cálculo das cobranças é realizado no objetivo de buscar gerar lucros e minimizar as perdas para as operadoras dos planos de saúde e os cálculos das contribuições levam em consideração especificidades de cada grupo.

Os idosos, devido a sua condição especial nessa fase da vida, requerem uma maior gama de cuidados médicos e pela lógica do capitalismo, sistema econômico que impera em peso no mundo ocidental, é perfeitamente lógico que os planos de saúde desejem aumentar drasticamente o valor das contribuições.

Contudo, esse aumento deve ser algo comedido e razoável e é justamente a falta de “bom senso” por parte dos planos que causa uma problemática grande que muitas vezes acaba sendo judicializada por idosos que buscam combater aumentos abusivos por planos de saúde.

Primeiramente, abordaremos uma decisão de 2008 que entende como totalmente ilegal a possibilidade aumento dos planos de saúde de cliente com idade de 60 anos. Em seguida observaremos uma segunda decisão num sentido de um aumento dos valores das contribuições, mas um aumento que seja razoável e equilibrado.

Primeiro posicionamento:

“Em julgamento de ação civil pública movida pelo Ministério Público contra Amil Assistência Médica Internacional Ltda., a Justiça da Capital reconheceu que as regras do [Estatuto do Idoso](#) também se aplicam aos contratos de planos de saúde firmados antes da entrada em vigor do Estatuto, no que diz respeito à proibição de reajuste por mudança de faixa etária do usuário a partir dos 60 anos de idade. A sentença é da juíza Laura de Mattos Almeida, da 12ª Vara Cível de São Paulo.

Na ação civil pública, a promotora de Justiça Adriana Borghi Fernandes Monteiro, coordenadora da área do Consumidor do Centro de Apoio Operacional Cível de Tutela Coletiva do MP, sustenta ser ilegal o reajuste aplicado pela Amil no valor dos planos de saúde em razão da mudança de faixa etária do seguro, a partir de 60 anos de idade. De acordo com a promotora, o reajuste viola o [Estatuto do Idoso](#), que proíbe discriminação às pessoas com 60 anos ou mais. Ainda segundo a promotora, por ser lei federal de ordem pública, com aplicabilidade imediata, o [Estatuto do Idoso](#) aplica-se aos contratos firmados anteriormente ao início de sua vigência, em janeiro de 2004.

Na sentença, a juíza Laura de Mattos Almeida julgou procedente a ação, declarando nula a cláusula dos contratos da Amil que autorizava o reajuste aos segurados com mais de 60 anos. A juíza também condenou a Amil a abster-se de aplicar reajuste, sob pena de multa diária de R\$ 50 mil, e a reparar os danos patrimoniais causados aos usuários idosos, que receberão de volta os valores pagos a mais por causa do reajuste indevido.

De acordo com a sentença, não se justificam “reajustes expressivos impostos àqueles que, justamente com o avanço da idade, mais necessitam e, por já se encontrarem fora do mercado de trabalho, têm seus rendimentos sensivelmente diminuídos, não podendo suportar aumentos além dos reajustes decorrentes da inflação”.

A decisão abre importante precedente, na medida em que afirma a aplicação do [Estatuto do Idoso](#) a todos os contratos, afastando a discriminação aos idosos e os reajustes abusivos, proibidos pelo Código de Defesa do Consumidor”, avalia a promotora Adriana Borghi. (BRASIL, 2019, pg. 16)

Nesse primeiro posicionamento fica claro que a juíza compreende que o art.15 §3 do Estatuto do Idoso deve ser respeitado de forma absoluta e colocar toda uma argumentação extremamente pertinente para justificar tal decisão.

Agora segue um segundo posicionamento do ano de 2014 que fala sobre um aumento equilibrado e razoável por parte dos planos de saúde:

O ministro Marco Buzzi defende um equilíbrio por parte dos aumentos feitos pelos planos de saúde de forma a não serem aumentos abusivos. O aumento deve ser feito de forma equilibrada respeitando a boa-fé e a razoabilidade⁴⁴.

⁴⁴ Buscador Dizer o Direito. Reajuste de mensalidade de seguro-saúde em razão de alteração de faixa-etária- Buscador Dizer o Direito.

(...) 2.1. Da análise do artigo 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, depreende-se que resta vedada a cobrança de valores diferenciados com base em critério etário, pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, quando caracterizar discriminação ao idoso, ou seja, a prática de ato tendente a impedir ou dificultar o seu acesso ao direito de contratar por motivo de idade.

Ao revés, a variação das mensalidades ou prêmios dos planos ou seguros saúde em razão da mudança de faixa etária não configurará ofensa ao princípio constitucional da isonomia, quando baseada em legítimo fator distintivo, a exemplo do incremento do elemento risco nas relações jurídicas de natureza securitária, desde que não evidenciada a aplicação de percentuais desarrazoados, com o condão de compelir o idoso à quebra do vínculo contratual, hipótese em que restará inobservada a cláusula geral da boa-fé objetiva, a qual impõe a adoção de comportamento ético, leal e de cooperação nas fases pré e pós pactual.

Consequentemente, a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto. (...)

(STJ. 2ª Seção. REsp 1280211/SP, Rel. Min. Marco Buzzi, julgado em 23/04/2014)

Nesse momento se faz necessária uma breve ponderação sobre os princípios da razoabilidade e proporcionalidade que estão diretamente relacionados com a pauta que está sendo abordada, pois se os aumentos dos planos não forem controlados e continuarem a ocorrer aumentos abusivos a consequência é que muitos idosos não terão mais condições de arcar com os custos das contribuições dos planos de saúde. Sendo que no momento da vida onde esses indivíduos mais precisam da prestação desse determinado serviço que é a fase da velhice, esses idosos não possuirão nenhum amparo e não possuirão os cuidados médicos tão necessários para uma velhice com qualidade de vida.

O princípio da proporcionalidade⁴⁵ também recebe o nome de princípio da proibição de excessos. Esse princípio busca garantir que haja sempre um equilíbrio entre uma causa e a sua respectiva consequência. Esse princípio representa a necessidade de adequação dos meios adotados para um resultado justo e equilibrado.

Já o princípio da razoabilidade é o princípio que garante que as decisões sigam minimamente os preceitos morais geralmente aceitos. O direito deve ser acessível a todos os cidadãos, usando como ponto de referência para a avaliação dos conflitos o nível de

⁴⁵ Proporcional do latim *proportionalis* de *proportio* (proporção relação), entende-se o que se mostra numa relação de igualdade ou de semelhança entre várias coisas.

É o que está em proporção, isto é, apresenta a disposição ou a correspondência devida entre as partes e o seu todo.

A proporcionalidade, assim revela-se numa igualdade relativa, consequente da relação das diferentes partes de um todo já comparadas entre si.

conhecimento e valores do chamado “homem médio” que representa a maioria dos grupos sociais. Garantindo assim que os pontos de análise sejam os aceitos e compreendidos pela maioria dos cidadãos que compõem o grupo social.

Tais princípios estão intimamente ligados com a questão trabalhada aqui, pois os aumentos das contribuições devem respeitar uma certa proporcionalidade, pois um pilar muito importante que deve ser levado em consideração é o fato de o Brasil ser um estado social ⁴⁶que visa sempre garantir o princípio da dignidade da pessoa humana e o bem-estar de seus cidadãos.

Logo, permitir que os valores de contribuições de planos de saúde aumentem desenfreadamente não é o exercício da justiça social sendo feito e sim o contrário. Esse tipo de situação como já foi abordado anteriormente não se guia pelo princípio da boa-fé e levaria muitos idosos a romperem os contratos com as operadoras de planos de saúde por não possuírem os meios necessários para arcar com os custos das contribuições extremamente onerosas.

A boa-fé segundo o dicionário jurídico significa que “sempre teve boa fé no sentido de expressar a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o ato, certa de que está agindo na conformidade do direito, conseqüentemente, protegida pelos preceitos legais.

Dessa forma, quem age de boa-fé, está capacitado de que o ato de que é agente, ou do qual participa, está sendo executado dentro do justo e do legal.

É, assim evidentemente, a justa opinião, leal e sincera, que se tem respeito de fato ou do ato, em que se vai praticar, opinião esta tida sem malícia e sem fraude, porque se diz justa, é que está escoimada de qualquer vício, que lhe empane a pureza da intenção.

Protege a lei todo aquele que age de boa-fé, quer resiliendo o ato, em que se prejudicou, que mantendo aquele que deve ser respeitado, pela boné fiei actiones.

É assim que a boa-fé provada ou deduzida de fatos que mostram sua existência, justifica a ação pessoal, pela qual se eleva à consideração do juiz o pedido para que se anule o ato praticado, ou se integre aquele que agiu de boa-fé no direito, que se assegurou, quando sua execução.

⁴⁶ Estado de bem-estar social, Estado-providência ou Estado social é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção social e organizador da economia. Cabe, ao Estado do bem-estar social, garantir serviços públicos e proteção à população.

Na posse, a boa-fé sempre se presume, salvo quando a própria lei estabelece presunção contrária. E, quando a própria lei estabelece presunção contrária. E quando assim não é, aquele que alega a má fé, é que deve provar. Conseqüentemente, na ausência de qualquer prova de malícia ou má fé é a intenção que levou a pessoa a agir daquele modo”.

Após essa vasta explicação do conceito de boa-fé, se torna claro como já dito anteriormente, que se houvesse um aumento das contribuições dos planos de saúde respeitando a boa-fé, por parte das operadoras e respeitando também a dignidade da pessoa humana, por consequência seria respeitado o melhor interesse do idoso, princípio esse trabalhado no capítulo anterior, e que é fundamental para a presente análise sobre os reajuste realizados pelos planos de saúde para os idosos.

Apesar de buscar lidar com essa questão de uma forma equilibrada, para ambos os lados, na atualidade a posição dos tribunais é desfavorável aos idosos.

Apesar de alguns posicionamentos expressarem concordância com o aumento das contribuições, mesmo que seja tendo como referência os princípios da razoabilidade, proporcionalidade e boa-fé, o estatuto do idoso que é uma lei específica sobre o cuidado e tratamento com os idosos está sendo desrespeitado.

O princípio da especialidade estabelece que a norma especial tem precedência sobre a norma geral, evitando dessa forma o bis in idem. O estatuto do idoso (lei 10741) é uma lei especial e por essa razão, ela tem precedência sobre qualquer outra norma que possa vir a regular os direitos dos idoso de modo mais geral.

Está estabelecido no capítulo IV (Do Direito à saúde) no art. 15 § 3º que:

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

§ 3º É vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Logo, se torna claro que qualquer disposição contrária ao estabelecido no artigo acima é uma violação direta ao estabelecido no Estatuto do Idoso e na atualidade o posicionamento dos tribunais está justamente no sentido de permitir que os valores das cobranças sejam alterados contanto que alguns requisitos sejam seguidos.

A mudança que está sendo autorizada na atualidade, é um posicionamento que não beneficia os idosos, e sim os onera. Não segue nem mesmo a forma de aumento que foi defendida anteriormente pelo ministro Marco Buzzi, de se realizar uma mudança nos valores cobrados usando a razoabilidade, boa-fé e proporcionalidade, sem lesar os idosos, e levando em consideração a maior demanda requerida pelo grupo dos idosos, devido a sua condição fisiológica que requer maiores cuidados médicos.

Na atualidade o que é feito é o seguinte, apesar de o Estatuto do Idoso proibir de forma clara o aumento do valor do plano de saúde em função da idade do cliente, os tribunais não respeitam muito essa proibição. Porém, as operadoras de planos de saúde encontraram uma forma de contornar essa questão evitando até a possibilidade de judicialização dessa questão, os planos de saúde encontraram uma forma de “burlar” a norma.

Porém, antes que possamos falar sobre a forma encontrada pelos planos de saúde para contornar essa questão do aumento das contribuições é necessário falar rapidamente sobre o conceito de idoso na própria lei.

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

Após lermos o artigo 1 da lei 10741 fica claro que os idosos no Brasil são pessoas com idade ou igual ou superior a 60 e esse fato será crucial para observarmos o modo como os planos de saúde contornam a proibição imposta no art.15 §3º do Estatuto do Idoso.

Como o objetivo central das operadoras dos planos é ter lucros, com o mínimo de perdas possíveis, os planos desejam sempre “cobrar” de quem usa mais seus serviços. Logo, com a demanda maior do uso dos serviços dos planos por parte dos idosos, os planos desejam cobrar contribuições maiores desse determinado grupo.

Contudo, os planos ficam em uma situação complicada, pois o estatuto do idoso proíbe os aumentos tendo como motivação a idade do cliente, mas mesmo assim os planos buscam alternativas para conseguir continuar lucrando mesmo que essa determinada norma os impeça de realizar a cobrança para os cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos.

Após essa explicação sobre o conceito de idoso estabelecido em lei, podemos falar sobre os planos de saúde.

A forma encontrada na prática foi realizar aumentos astronômicos das contribuições dos planos de saúde quando o cliente completa 59 anos, pois como a lei 10741 “impede” que os clientes com idade igual ou superior a 60 anos sejam onerados, os planos buscam aumentar o valor da contribuição de forma a preencher todo o valor que eles gostariam de aumentar de acordo com o que a pessoa fosse envelhecendo.

Os planos se adiantam e realizam a mudança dos valores aos 59 anos do paciente, desse modo evitam a possibilidade de ação judicial por aumentar o valor da contribuição do plano de saúde de um paciente de 60 anos. Contudo, o aumento das taxas é tão grande que em alguns casos se torna inviável o cliente continuar arcando com os custos daquela determinada operadora.

Esse tipo de solução arquitetada pelos operadores tem embasamento na Resolução Normativa nº 63, de dezembro de 2003, expedida pela Agência Nacional de Saúde determina de acordo com o art. 3º, que: **“o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária”**.

Para entender melhor o estabelecido é preciso olhar rapidamente a divisão de faixas etárias:

As faixas etárias foram inicialmente disciplinadas pela Resolução CONSU nº 06, de 1998, e devem ser adotadas para os planos comercializados entre 02/01/1998 e 31/12/2003, a saber: I - 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade; II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade; III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade; IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade; V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade; VII- 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Cada faixa etária arcaria com um determinado valor e a forma encontrada pelas operadoras foi cumular todo o aumento das faixas 6 e 7 quando o paciente completa 59 anos, onerando muito o paciente.

Os tribunais estão se posicionando de forma favorável a essa forma de aumento que acontece aos 59 anos dos clientes, protegendo e endossando assim essa forma de agir dos planos de saúde e desagasalhando os cidadãos.

Os contratos dos planos de saúde são contratos padrão que os clientes simplesmente assinam, não existindo a menor possibilidade de se negociar as cláusulas, esse tipo de contrato são realidade são contratos de adesão.

Esse tipo de relação torna clara a posição de hipervulnerabilidade do cliente em face das operadoras dos planos de saúde, que impõem seus termos abusivos e os clientes frágeis em face da pessoa jurídica das operadoras devem passivamente aceitar tais termos abusivos.

Os planos de saúde estabelecem em seus contratos, a previsão de aumentos dos valores, de acordo com o envelhecimento dos pacientes, e devido a essa cláusula preexistente muitas vezes os clientes ficam de mãos atadas sem poder contestar tais aumentos abusivos, pois não é reconhecido tal questionamento pelos tribunais pois os clientes assinaram os contratos com “conhecimento” das cláusulas de aumento dos valores das contribuições⁴⁷.

⁴⁷ FUX e Associados- Avocacia empresarial. Aumentos de planos de saúde aos 59 e 60 anos. O que pode ser feito? Disponível em: <https://fuxeassociados.adv.br/aumentos-de-planos-de-saude-aos-59-e-60-anos-o-que-pode-ser-feito/>

CONCLUSÃO

Após a finalização do presente trabalho fica claro que é necessária uma mudança da postura da sociedade de um modo geral para com o bem-estar do idoso e uma proteção mais efetiva por parte do judiciário.

Um dos grandes questionamentos que moveram o trabalho era a discussão era se era aceitável ou não alterações nos valores das prestações dos planos de saúde de idosos.

Foi possível avaliar posições totalmente contrárias a qualquer tipo de alteração e que defendiam a aplicação literal do artigo 15 §3º da lei 10741 (Estatuto do Idoso). Enquanto que também, foi possível avaliar posições mais moderadas que aceitavam a possibilidade um aumento equilibrado e justo já que o perfil de cliente em análise, de fato demandava mais daquela prestação de serviço.

Apesar de a Agência Nacional de Saúde estabelecer legislações também e formas de calcular os aumentos das prestações, a legislação no Estatuto do Idoso é bastante clara, proibindo qualquer tipo de aumento, e levando em consideração o princípio da especialidade, juntamente com a Constituição Federal de 1988, acho perfeitamente pertinente, defender um posicionamento para que os tribunais brasileiros apliquem de forma literal o estabelecido no art. 15 §3º do Estatuto do Idoso.

A proibição estabelecida na lei 10741 deve ser respeitada, pois se trata de uma legislação específica, que busca defender um público que possui diversas vulnerabilidades.

Outro fator que deve ser levado em conta nessa relação, é a questão dos contratos de adesão, pois ao contratar os serviços das prestadoras de serviço os clientes não tem a menor possibilidade de negociar nenhuma cláusula, resultando numa relação abusiva, onde uma parte impõem termos absurdos, e a outra parte necessitada do serviço e frágil, é obrigada a aceitar todos os termos por mais absurdos que sejam.

Fica claro também no trabalho, as maneiras encontradas pelas operadoras para contornar as proibições de lei, esses artifícios usados pelas operadoras, apesar de não ferirem a lei são feitos de má-fé, e deveriam ser impedidos pelo poder judiciário, pois aqui estamos tratando de prestação de serviço de saúde, que é um direito básico do ser humano, e anda de mãos dadas com a dignidade da pessoa humana, pilar fundamental

que rege essa nação, pois está estabelecido no art. 1, III da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

A dignidade da pessoa humana é tão importante em nosso país, que se encontra em seu art.1,III. Logo, fica claro que a dignidade da pessoa humana, deve estar acima das relações de consumidor, e deve ser defendida a todo custo.

REFERÊNCIAS

AMERICAS SERVIÇOS MÉDICOS. Fratura em idosos: economia de tempo salva vidas. Disponível em: <https://www.americasmed.com.br/central-de-conteudo/informativos/fratura-em-idosos-economia-de-tempo-salva-vidas>

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do melhor interesse do idoso

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. MARTINS, Flávio Alves. Divergências no entendimento do STJ sobre o reajuste da prestação mensal por mudança de faixa etária em planos privados de saúde contratados com consumidores idosos e o princípio do melhor interesse do idoso. São Paulo: Editora Foco, 2020.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. O Direito à saúde da Pessoa Idosa

BERNARDES, Luana. Escolas Jesuítas. Disponível em: <https://www.todoestudo.com.br/historia/escolas-jesuítas#:~:text=Em%20mat%C3%A9ria%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20escolar,Studiorum%20a%20sua%20express%C3%A3o%20m%C3%A1xima%20>

CABRERA, Marcus Aparecido Sarria. ANDRADE, Selma Maffei. WAJNGARTEN, Maurício. Causas de mortalidade em idosos: Estudo de seguimento de nove anos. Disponível em: [http://ggaging.com/details/353/pt-BR#:~:text=O%20principal%20grupo%20de%20causas,nervoso%20\(9%2C4%25\)](http://ggaging.com/details/353/pt-BR#:~:text=O%20principal%20grupo%20de%20causas,nervoso%20(9%2C4%25))

CAVALCANTE, Márcio. Buscador Dizer o Direito. Reajuste de mensalidade de seguro-saúde em razão de alteração de faixa-etária- Buscador Dizer o Direito.

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS. A história de misericórdia das Santas Casas. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>.

CURY, Jessica Santiago. MENEGAZ, Mariana Lima. Mulher e o Cárcere: Uma história de Violência, Invisibilidade e Desigualdade Social.

DIAS, Carlos Malheiro. História da Colonização Portuguesa do Brasil, Litografia Nacional, Porto, Portugal, 1926.

DIMENSTEIN, Gilberto. Cidadão de Papel: A infância a adolescência e os Direitos Humanos no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Ática, 1997.

DUARTE, Yeda. Após pressão OMS recua em classificar a velhice como doença. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/apos-pressao-oms-recua-em-classificar-a-velhice-como-doenca/>.

FRIEDA, Leonie. **Catarina de Médiçi**, São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

FUX e Associados- Avocacia empresarial. Aumentos de planos de saúde aos 59 e 60 anos. O que pode ser feito? Disponível em: <https://fuxeassociados.adv.br/aumentos-de-planos-de-saude-aos-59-e-60-anos-o-que-pode-ser-feito>

GURGEL, Cristina Brant Friedrich Martin. **Médicos do Brasil Colonial**.

MASSALI, Fábio. Pesquisa mostra exclusão do idoso do mundo digital e da escrita. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-08/pesquisa-mostra-exclusao-de-idosos-do-mundo-digital-e-da-escrita>

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Justiça proíbe reajuste de plano de saúde de maiores de 60 anos por mudança de faixa etária. Disponível em: <https://mp-sp.jusbrasil.com.br/noticias/124907/justica-proibe-reajuste-de-plano-de-saude-de-maiores-de-60-anos-por-mudanca-de-faixa-etaria>

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretária Nacional de Ações Básicas de Saúde- Coordenação de assistência Médica e Hospitalar, **Conceitos e definições em saúde**, impresso na seção de artes gráficas da FSESP, Rio de Janeiro-1977

NASCIMENTO, Sibhelle Katherine. A proteção do idoso no ordenamento jurídico brasileiro.

NOGUEIRA, Luiz Fernando Veloso. **Expectativa de vida e mortalidade de escravos**. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao51/materia01/#:~:text=Ao%20analisar%20dados%20de%20diversas,em%20torno%20de%2019%20ano>

PINTO, Tales dos Santos. "A Igreja Católica no Brasil"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiab/igreja-catolica-no-brasil.htm>.

Portal da Indústria. Saúde suplementar: o que é e como funciona. Disponível em: <https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/saude-suplementar-o-que-e-e-como-funciona/>

RIBEIRO, Paulo Silvino. "O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>

SILVA, J.L e SÁ, A. A fome no Brasil: Do período Colonial até 1940

Sociedade e Cotidiano no Brasil Colônia: Aula 10. Disponível em: <https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/17300005102012Historia do Brasil Colonia Aula 10.pdf>

TOMA, Maristela. Punição e Razão de Estado: o degredo no império colonial português.