

HÁ ESPAÇO PARA ENVELHECER NO BRASIL?

IS THERE ROOM TO GROW OLD IN BRAZIL?

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.066-007>

Alessandra Maria Donadon

Advogada

Mestra e doutora em Direito, com estudos em contratos empresariais

Vinculação profissional: Alessandra M. Donadon Advocacia

E-mail: amdonadonadvocacia@adv.oabsp.org.br

Resumo

Este artigo examina o acesso à saúde no envelhecimento brasileiro a partir da relação entre direito, organização dos serviços e desigualdades sociais. Por meio de pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, analisa a continuidade do cuidado no SUS, as condições de ingresso e permanência na saúde suplementar, os critérios judiciais para medicamentos e tratamentos, a atividade física, a digitalização e a distribuição familiar do trabalho de cuidar. Argumenta que o reconhecimento formal da assistência não assegura, isoladamente, acesso efetivo: este depende de continuidade, oportunidade temporal e condições para o exercício da autonomia. Conclui que políticas públicas e regulação contratual precisam considerar os encargos materiais que recaem sobre pacientes e cuidadores.

Palavras-chave: Cuidado; Direito à saúde; Envelhecimento; Justiça social; Saúde suplementar; SUS.

Abstract

This article examines access to healthcare for the aging population in Brazil, exploring the interplay between legal rights, service organization, and social inequalities. Through qualitative, bibliographic, and documentary research, it analyzes the continuity of care within the Unified Health System (SUS), conditions for entering and remaining in the supplementary health sector, judicial criteria regarding medications and treatments, physical activity, digitalization, and the distribution of caregiving responsibilities within families. It argues that the formal recognition of care services does not, in itself, guarantee effective access; such access depends on continuity, timeliness, and the conditions necessary to exercise autonomy. It concludes that public policies and contractual regulations must take into account the material burdens borne by patients and caregivers.

Keywords: Care; Right to health; Aging; Social justice; Supplementary health; SUS.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é analisar o acesso à saúde no envelhecimento brasileiro a partir da relação entre direito, organização dos serviços e desigualdades sociais. A pergunta que o orienta é: em que medida as garantias jurídicas do SUS e da saúde suplementar se convertem em cuidado efetivo para pessoas que envelhecem sob condições econômicas e territoriais distintas? Sustenta-se que o acesso não termina no reconhecimento de cobertura ou na primeira consulta. Ele depende de ingresso, permanência, continuidade terapêutica, oportunidade temporal e possibilidade de exercer escolhas com autonomia.

Utiliza-se pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, com análise da Constituição, da legislação de saúde e cuidados, de informações institucionais do IBGE, da ANS e da Organização Mundial da Saúde, e de precedentes do STF e do STJ sobre medicamentos e cobertura assistencial. O estudo tem caráter crítico e interdisciplinar: aproxima a dogmática do direito à saúde de questões demográficas, econômicas, urbanas e da distribuição social do cuidado. Não constitui levantamento estatístico de decisões judiciais nem estudo de campo; exemplos cotidianos são usados para explicitar consequências possíveis das regras examinadas.

Envelhecer deveria ser uma boa notícia. Cada ano a mais de vida expressa avanços da medicina, da vacinação, do saneamento e das condições de existência. Mas a longevidade, celebrada nas estatísticas, nem sempre encontra lugar na rotina dos serviços de saúde, na renda das famílias ou nas cidades onde se vive. Uma sociedade pode aumentar a expectativa de vida e, ainda assim, deixar muitas pessoas sozinhas diante das dificuldades de viver esses anos adicionais.

O Brasil já não pode tratar o envelhecimento como um assunto distante. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), as pessoas com 60 anos ou mais representavam 15,6% da população em 2023; poderão ser 37,8% em 2070. Esse movimento muda a composição das famílias, a demanda por serviços, a organização do trabalho e a própria ideia de cidadania. Não basta perguntar como atender um número maior de pessoas idosas. É preciso perguntar como garantir que o tempo conquistado venha acompanhado de autonomia, participação e cuidado.

A velhice, contudo, não é uma experiência única. Há quem envelheça com renda, moradia adequada, transporte acessível e uma rede de apoio. Há também quem chegue a essa etapa depois de décadas de trabalho precário, sem reserva financeira, distante dos serviços especializados e dependendo de familiares que precisam dividir o cuidado com a própria sobrevivência. Mulheres e homens não envelhecem sob as mesmas condições; tampouco pessoas de diferentes regiões, classes sociais e trajetórias de vida. Desigualdades acumuladas tornam-se mais visíveis quando a saúde exige acompanhamento contínuo.

Com o avanço da idade, aumenta a probabilidade de conviver com doenças crônicas e de apresentar mais de uma condição ao mesmo tempo (Organização Mundial da Saúde, 2025). Isso não faz da doença um destino nem torna todas as pessoas idosas dependentes. Significa que a necessidade de acompanhamento,

medicamentos e decisões terapêuticas pode se intensificar justamente quando a renda diminui e as barreiras de acesso se acumulam.

Essa constatação impede duas simplificações frequentes. A primeira é imaginar que envelhecer significa, necessariamente, adoecer ou perder a capacidade de decidir. A segunda é supor que todas as pessoas chegam à velhice com as mesmas oportunidades de prevenção e tratamento. Entre a pessoa que pode escolher onde morar, alimentar-se bem e manter uma rotina de exercícios e aquela que enfrenta jornadas exaustivas, insegurança alimentar e dificuldades de deslocamento, há uma diferença que nenhuma recomendação individual, isoladamente, consegue eliminar.

A Constituição de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida por políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (Brasil, 1988, art. 196). A Lei nº 8.080/1990 acrescenta princípios como integralidade e igualdade da assistência (Brasil, 1990). O Estatuto da Pessoa Idosa, por sua vez, assegura atenção integral à saúde por intermédio do SUS (Brasil, 2003, art. 15). São comandos jurídicos cuja eficácia precisa ser examinada ao longo da trajetória assistencial, e não apenas no instante de admissão ao serviço.

A distinção entre acesso formal e acesso efetivo é central para a análise. Uma pessoa pode ter direito ao serviço, realizar uma consulta inicial e continuar sem o tratamento de que necessita. Se cada etapa depende de um novo requerimento, de um deslocamento difícil ou de uma espera incompatível com a evolução da doença, a universalidade existe no plano normativo, mas sua fruição se distribui desigualmente. O direito à saúde, portanto, abrange a organização de percursos que preservem a continuidade e a oportunidade do cuidado.

2 O DIREITO À SAÚDE COMO CONTINUIDADE DO CUIDADO

No Sistema Único de Saúde, o desafio vai além de abrir uma vaga para uma consulta. Uma pessoa com condições crônicas pode precisar de acompanhamento pela atenção primária, exames, medicamentos, reabilitação, avaliação especializada e, eventualmente, atenção domiciliar. Essas necessidades mudam com o tempo e não cabem em episódios independentes. Quando os serviços não se comunicam, o paciente e sua família passam a coordenar por conta própria um percurso que deveria ser organizado como cuidado.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aponta para a atenção integral, com foco na capacidade funcional, na autonomia e na qualidade de vida (Brasil, 2006). Essa diretriz exige uma rede capaz de perceber mais do que diagnósticos: como a pessoa se locomove, de que apoio dispõe, quais atividades deseja preservar e o que precisa para continuar realizando-as. Para alguns, a prioridade será controlar uma doença. Para outros, será voltar a caminhar até o comércio do bairro, administrar os próprios medicamentos ou permanecer em casa com segurança.

Também é preciso reconhecer o território. A mesma oferta formal pode produzir acessos muito diferentes. Uma consulta especializada a quilômetros de distância exige transporte, acompanhante e tempo; uma terapia semanal multiplica esses custos. Para alguém com dificuldade de locomoção, uma calçada irregular ou um ônibus inacessível pode ser tão impeditivo quanto a ausência da vaga. Assim, ampliar o número de serviços é indispensável, mas planejar onde estão e como se chega a eles também faz parte da política de saúde.

A judicialização de medicamentos torna visível a tensão entre necessidades individuais e escolhas públicas de incorporação de tecnologias. Protocolos clínicos e listas de dispensação orientam a oferta coletiva; nem toda prescrição para um caso particular está automaticamente prevista nessas políticas. A divergência exige análise da condição clínica, das alternativas disponíveis e das evidências sobre eficácia e segurança. Ela não se resolve adequadamente nem pela aceitação mecânica da receita nem pela simples invocação da ausência do produto em uma lista.

3 MEDICAMENTOS E OS LIMITES DA TUTELA JUDICIAL

Há ainda uma barreira que se tornou mais complexa: o acesso a medicamentos fora das listas do SUS. No Tema 106, o STJ exigiu laudo médico fundamentado sobre a necessidade e a ineficácia dos fármacos disponíveis, demonstração de incapacidade financeira e registro na Anvisa (Superior Tribunal de Justiça, 2018). Posteriormente, no Tema 6, o STF definiu que o fornecimento judicial de medicamento registrado, mas não incorporado ao SUS, é excepcional e depende de requisitos cumulativos, entre eles a negativa administrativa, a inexistência de substituto disponível, evidências científicas de alto nível e a análise do processo de incorporação (Supremo Tribunal Federal, 2024a). O Tema 1.234 também organiza aspectos administrativos e processuais dessas demandas (Supremo Tribunal Federal, 2024b).

Esses critérios procuram proteger decisões públicas baseadas em evidências e o uso responsável dos recursos. Para o paciente, porém, significam que a prescrição e a urgência, sozinhas, já não bastam para obter uma ordem judicial. É preciso reunir documentos, demonstrar a trajetória terapêutica e enfrentar questões técnicas que muitas famílias não conseguem resolver sem assistência. Quando a doença avança, o tempo necessário para formar essa prova também se torna parte do problema.

Na saúde suplementar, a discussão tem fundamento distinto. Ao julgar a ADI 7.265, o STF fixou critérios cumulativos para a cobertura de tratamentos fora do rol da ANS, inclusive a ausência de alternativa adequada e a comprovação científica de eficácia e segurança (Supremo Tribunal Federal, 2025). A indicação do profissional assistente permanece essencial, mas não encerra a análise. Judicializar continua possível; obter acesso exige demonstrar, com precisão crescente, por que aquele tratamento é necessário e se enquadra nos requisitos aplicáveis.

A avaliação dessas regras deve evitar uma conclusão que os precedentes não autorizam: medicamentos já incorporados ao SUS e medicamentos não incorporados não apresentam o mesmo problema jurídico. Também é necessário separar as demandas contra o poder público das controvérsias contratuais com operadoras privadas. Os fundamentos, os responsáveis e os requisitos de prova variam. A consequência comum para o paciente é que o acesso exige informação compreensível sobre a negativa, documentação clínica consistente e canais capazes de responder antes que o tempo útil do tratamento se perca.

O aperfeiçoamento dos critérios pode conferir maior coerência às decisões e evitar prescrições sem respaldo técnico. A questão de justiça social é quem consegue reunir a prova exigida. A busca de estudos científicos, a reconstrução dos tratamentos anteriores e o questionamento de decisões de incorporação demandam apoio especializado. Se o sistema não fornece informação acessível e resposta administrativa fundamentada, a exigência de rigor probatório pode pesar mais sobre quem dispõe de menos recursos. Essa é uma hipótese interpretativa sobre os efeitos distributivos dos precedentes, e não uma afirmação de que toda demanda judicial será rejeitada.

4 PREVENÇÃO E CONDIÇÕES MATERIAIS PARA O MOVIMENTO

Atividade física costuma aparecer nos discursos sobre envelhecimento saudável como uma escolha individual: caminhar mais, exercitar-se, não permanecer sentado. A orientação tem fundamento, mas pode soar vazia quando ignora as condições para segui-la. Onde caminhar se não há calçadas seguras? Como participar de um grupo de exercícios quando o deslocamento custa caro, a praça não tem sombra ou o medo de cair impede a saída de casa?

A Organização Mundial da Saúde destaca que ambientes e programas acessíveis ajudam as pessoas idosas a se manterem ativas (Organização Mundial da Saúde, 2023). Essa ideia desloca parte da responsabilidade do indivíduo para a cidade. Ruas transitáveis, bancos para descanso, travessias seguras, parques cuidados, transporte utilizável e atividades adaptadas ampliam as oportunidades de movimento. São condições que beneficiam pessoas de todas as idades, inclusive quem usa bengala, cadeira de rodas ou acompanha uma criança.

A atividade física tampouco se resume à academia ou a uma meta de desempenho. Para uma pessoa, pode significar dançar; para outra, fazer exercícios orientados após uma cirurgia, participar de uma atividade comunitária ou conseguir voltar a subir os degraus da própria casa. Quando há indicação de reabilitação, não basta recomendar que a pessoa se mova: é necessário oferecer avaliação, acompanhamento e continuidade. Prevenir a perda de capacidade funcional requer investimento antes que uma limitação se torne permanente.

A prevenção envolve ainda alimentação, vacinação, controle de condições crônicas, prevenção de quedas e relações sociais que favoreçam o bem-estar. Suas dimensões não podem ser transferidas integralmente para a vontade individual. Renda, condições de trabalho, oferta de equipamentos públicos e desenho urbano influenciam o que cada pessoa consegue fazer. Ao recomendar hábitos saudáveis, serviços e profissionais precisam reconhecer que as oportunidades de segui-los não são equivalentes.

5 SAÚDE SUPLEMENTAR ENTRE O DIREITO DE INGRESSAR E A POSSIBILIDADE DE PERMANECER

A expansão da população idosa também desperta interesse econômico. Há produtos, serviços, moradias, tecnologias e experiências oferecidos a quem deseja viver mais e melhor. Isso pode produzir soluções úteis e ampliar escolhas. Mas existe uma tensão que merece atenção: enquanto a longevidade é apresentada como oportunidade de mercado, cuidados essenciais podem se tornar inacessíveis para quem tem renda limitada.

Na saúde suplementar, essa tensão é especialmente nítida. O artigo 14 da Lei nº 9.656/1998 proíbe impedir a participação em planos privados em razão da idade (Brasil, 1998). A garantia legal é indispensável. Ainda assim, a experiência concreta exige outra pergunta: as condições de oferta permitem que uma pessoa mais velha entre, permaneça e utilize o plano? Uma porta juridicamente aberta pode ser estreita se o produto disponível for economicamente inviável ou se os caminhos de contratação se mostrarem pouco transparentes.

Essa pergunta ganha relevo nos contratos coletivos, inclusive em pequenos grupos constituídos em torno de uma pessoa jurídica. É preciso examinar a elegibilidade, o vínculo exigido, as condições efetivamente oferecidas e as regras de continuidade. Nem todo plano coletivo é irregular, e a existência de exigências contratuais não prova, por si, discriminação. O problema está em permitir que formatos de contratação ou práticas de comercialização esvaziem, na realidade, a proteção contra a exclusão por idade.

Conseguir entrar é apenas a primeira parte. Nos contratos celebrados a partir de 2004, a última faixa etária prevista para variação de preço começa aos 59 anos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021a). O reajuste por idade não é automaticamente ilícito: depende das regras aplicáveis, da previsão contratual e do controle de eventual abusividade. Há ainda reajustes anuais, regulados de modo diferente nos planos individuais e nos coletivos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021b). Esses mecanismos exigem análise técnica; a preocupação social, porém, não termina na validade abstrata de cada percentual.

O período em que os gastos com assistência podem crescer frequentemente coincide com a aposentadoria e a estabilização ou redução da renda. Uma pessoa pode ter pago pelo plano durante décadas e encontrar maior dificuldade para mantê-lo justamente quando precisa de acompanhamento mais intenso. Existe uma sustentabilidade econômico-financeira do sistema, que deve ser considerada. Existe também a

sustentabilidade da vida de quem paga a mensalidade. Um modelo não cumpre plenamente sua função se a permanência nele se torna impossível no momento de maior necessidade.

Permanecer, por sua vez, ainda não equivale a conseguir utilizar. Autorizações, substituições de prestadores, mudanças na rede e dúvidas sobre a cobertura podem interromper trajetórias assistenciais construídas ao longo de anos. Médicos que conhecem o histórico do paciente, hospitais próximos de sua residência e tratamentos em andamento não são peças intercambiáveis sem consequências. Isso não impede a reorganização legítima de serviços, mas exige que seus efeitos sobre a continuidade do cuidado sejam levados a sério.

A jurisprudência também exige cuidado na leitura dos preços. O STJ admite o reajuste por faixa etária nos planos coletivos, observados os critérios legais e regulatórios e sem percentuais desarrazoados ou sem base atuarial idônea (Superior Tribunal de Justiça, 2022). Isso afasta tanto a ideia de que todo reajuste é discriminatório quanto a presunção de que todo reajuste contratual é legítimo. O exame deve considerar o contrato, a época de sua celebração, a justificativa técnica e os efeitos concretos do aumento. Para contratos coletivos, a ANS estabelece regras de comunicação e de agrupamento dos contratos com menos de trinta beneficiários, embora não fixe para eles o mesmo teto anual dos planos individuais (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021b).

Há outra dimensão econômica pouco visível: a perda da rede assistencial conhecida. A possibilidade formal de mudar de plano ou procurar outro prestador não recompõe automaticamente uma relação clínica construída durante anos. Uma decisão regulatória ou contratual pode ser válida e, ainda assim, demandar medidas para evitar descontinuidade terapêutica. O problema jurídico relevante não é assegurar imobilidade à rede, mas aferir se a mudança preserva a assistência prometida e comunica ao consumidor, com antecedência e clareza, os caminhos disponíveis.

6 DIGITALIZAÇÃO E AUTONOMIA NO ACESSO

A digitalização acrescentou uma camada a esse percurso. Carteirinhas passaram para aplicativos, boletos chegam por meios eletrônicos, autorizações dependem de plataformas, consultas podem exigir códigos ou autenticação em duas etapas. Essas ferramentas facilitam a vida de muitas pessoas idosas, que as utilizam com desenvoltura. A idade, por si, não define habilidade tecnológica.

A dificuldade surge quando um serviço essencial pressupõe celular adequado, conexão estável, familiaridade com interfaces e disponibilidade para resolver falhas, sem oferecer uma alternativa clara e funcional. Quem não consegue gerar um token pode depender de outra pessoa para entrar numa consulta. Quem precisa pedir ajuda para consultar um resultado ou pagar uma mensalidade pode ter de expor informações de saúde e financeiras que preferiria manter privadas.

Também há uma dimensão de consumo informacional. Um contrato extenso, uma rede consultável apenas por aplicativo e canais que não fornecem justificativas compreensíveis reduzem a capacidade de escolher, reclamar e acompanhar o próprio tratamento. A digitalização não representa, por si, exclusão; pode reduzir deslocamentos e ampliar a comunicação. Seu benefício depende do desenho do serviço. A alternativa acessível deve funcionar de fato, sem obrigar a pessoa a abrir mão da privacidade ou delegar a terceiros cada ato da vida cotidiana.

7 O TRABALHO DE CUIDAR E SUA DISTRIBUIÇÃO SOCIAL

Quando o sistema de saúde falha em coordenar etapas, alguém ocupa esse espaço. Em muitas famílias, uma filha marca consultas, organiza remédios, acompanha internações, compara orçamentos e tenta conciliar tudo isso com o trabalho remunerado. Outras vezes, a própria pessoa idosa cuida de um companheiro, de um irmão ou de alguém ainda mais velho. A imagem de uma velhice composta apenas por quem recebe ajuda apaga o fato de que pessoas idosas também sustentam redes de cuidado.

Esse trabalho exige tempo, conhecimento e energia, embora frequentemente permaneça invisível. Em 2022, mulheres dedicaram, em média, 9,6 horas semanais a mais do que homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas; a medida inclui diferentes formas de cuidado e não se restringe às pessoas idosas (IBGE, 2023). Não é possível discutir justiça no envelhecimento sem perguntar quem absorve, dentro de casa, as tarefas que serviços públicos, planos e empregadores não conseguem ou não se dispõem a acomodar.

Cuidar pode ser uma expressão de afeto, mas afeto não elimina exaustão nem substitui apoio. Há famílias que precisam aprender procedimentos, adaptar a residência, pagar transporte, interromper o trabalho ou contratar ajuda. Quando a única resposta institucional é entregar uma orientação genérica de alta, transfere-se silenciosamente para elas uma responsabilidade que requer preparo e recursos. E quando não há familiares disponíveis, a vulnerabilidade pode tornar-se ainda maior.

A Lei nº 15.069/2024, que instituiu a Política Nacional de Cuidados, oferece um marco para pensar esse problema ao reconhecer o direito de ser cuidado, de cuidar e ao autocuidado (Brasil, 2024). A previsão legal não resolve, por si, a distância entre necessidade e oferta. Mas ajuda a abandonar a ideia de que o cuidado é uma obrigação privada, naturalmente atribuída às mulheres ou resolvida apenas pela capacidade de pagamento da família.

Fortalecer serviços de apoio, atenção domiciliar quando indicada, orientação aos cuidadores e articulação entre saúde e assistência social é uma forma de proteger duas vidas ao mesmo tempo: a de quem necessita de ajuda e a de quem a oferece. Também é uma forma de respeitar a vontade da pessoa idosa, que deve participar das escolhas sobre onde e como deseja viver, sempre que puder manifestá-las. Cuidado não é sinônimo de retirar decisões de alguém.

A discussão sobre justiça também pede cautela com a ideia de uma pessoa idosa abstrata. A necessidade de apoio para uma mulher que vive sozinha em uma área periférica pode ser distinta daquela de um casal com renda, transporte e serviços próximos. Políticas universais precisam atender a todos, mas sua execução deve reconhecer os obstáculos específicos que tornam desigual a possibilidade de usá-las. Isso requer informação sobre território, renda e composição familiar, além da participação das pessoas envolvidas no planejamento das respostas.

Há espaço, nesse sentido, para aproximar serviços de saúde, assistência social e planejamento urbano. A prevenção de quedas pode envolver atenção clínica e uma casa adaptada; a adesão a um tratamento pode depender do transporte; a alta hospitalar pode exigir orientação à família e acompanhamento no território. Nenhuma dessas dimensões é resolvida por uma única instituição. Uma resposta fragmentada transfere a tarefa de integração para quem já enfrenta a doença e suas consequências.

A crítica à fragmentação não dispensa prioridades nem avaliação de custos. Ao contrário, torna mais importante identificar onde uma intervenção no momento certo preserva capacidade funcional e evita a multiplicação de demandas posteriores. A pergunta de justiça não é se os recursos são finitos: são. É como decidir, com transparência e participação, quais barreiras podem ser reduzidas e quem suporta o custo das que permanecem.

A Política Nacional de Cuidados representa um avanço conceitual ao reconhecer a interdependência entre quem cuida e quem é cuidado e a corresponsabilidade social por essas tarefas (Brasil, 2024). Sua implementação gradual exige coordenação de políticas públicas, qualificação do trabalho remunerado e atenção às pessoas que cuidam sem remuneração. O marco legal não transforma imediatamente a oferta de serviços, mas fornece um critério para avaliá-la: não se pode medir a proteção da pessoa idosa ignorando o custo humano e material transferido à família.

A análise desenvolvida é bibliográfica e documental. Ela não mede a frequência de negativas de cobertura, o tempo médio de espera no SUS nem o impacto empírico das decisões judiciais. Seus resultados indicam problemas de desenho institucional e de distribuição de encargos que merecem investigação com dados locais, estudos de caso e escuta direta das pessoas idosas e de seus cuidadores. Essa delimitação evita converter situações plausíveis em estatísticas não demonstradas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer com saúde exige prevenção ao longo da vida, atenção primária capaz de acompanhar pessoas, articulação entre serviços, reabilitação, apoio a quem cuida e cidades onde sair de casa continue sendo possível. Na saúde suplementar, exige olhar para a contratação, o preço, a permanência e o uso efetivo da assistência. Em todos esses espaços, exige ouvir as pessoas idosas sobre necessidades, preferências e escolhas, em vez de decidir antecipadamente o que seria melhor para elas.

Não há justiça social se a longevidade for uma conquista estatística cuja qualidade esteja reservada a quem pode pagar, esperar, deslocar-se e resolver sozinho cada impasse. Viver mais precisa significar poder continuar vivendo com vínculos, escolhas e cuidados. A pergunta decisiva, portanto, não é apenas quanto custa uma sociedade que envelhece. É que sociedade estamos dispostos a construir para as pessoas que envelhecem — isto é, para todos nós.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Variação da mensalidade por mudança de faixa etária do beneficiário. Rio de Janeiro: ANS, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-por-mudanca-de-faixa-etaria>. Acesso em: 23 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Reajuste anual de planos coletivos. Rio de Janeiro: ANS, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-coletivos>. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Presidência da República**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656compilado.htm. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 23 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/115069.htm. Acesso em: 23 set. 2026.

IBGE. Em 2022, mulheres dedicaram 9,6 horas por semana a mais do que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37621-em-2022-mulheres-dedicaram-9-6-horas-por-semana-a-mais-do-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 23 set. 2026.

IBGE. Projeções e estimativas de população: você sabe o que são? Rio de Janeiro: **IBGE**, 2024. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/22435-projecoes-e-estimativas-de-populacao-voce-sabe-o-que-sao>. Acesso em: 23 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Promoting physical activity for older people: a toolkit for action. Geneva: **WHO**, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076648>. Acesso em: 23 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ageing and health. Geneva: **WHO**, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 23 set. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tema repetitivo 106. Requisitos para fornecimento de medicamento não incorporado ao SUS. Brasília, DF: **STJ**, 2018. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-04-25_12-20_Primeira-Secao-define-requisitos-para-fornecimento-de-remedios-fora-da-lista-do-SUS.aspx. Acesso em: 23 set. 2026.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Tema repetitivo 1.016. Reajuste por faixa etária em planos de saúde coletivos. Brasília, DF: **STJ**, 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/29032022-Segunda-Secao--em-repetitivo--reconhece-validade-do-reajuste-por-faixa-etaria-em-planos-de-saude-coletivos.aspx>. Acesso em: 23 set. 2026.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Tema 6 da repercussão geral, RE 566.471. Fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Brasília, DF: **STF**, 2024a. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=2565078&numeroProcesso=566471&numeroTema=6>. Acesso em: 23 set. 2026.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Tema 1.234 da repercussão geral, RE 1.366.243. Demandas de fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa. Brasília, DF: **STF**, 2024b. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&numeroTema=1234>. Acesso em: 23 set. 2026.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade 7.265. Cobertura de tratamentos fora do rol da ANS. Brasília, DF: **STF**, 2025. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-fixa-criterios-para-que-planos-de-saude-cubram-tratamentos-fora-da-lista-da-ans/>. Acesso em: 23 set. 2026.