

**EXTENSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO ATENDIMENTO DOS IDOSOS
ACOLHIDOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS E PRIVADAS
REGULARIZADAS PERANTE O CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DOS IDOSOS:**

Análise casuística e fundamentação jurídica para a atuação coletiva do Ministério Público

**EXTENSION OF THE "FAMILY HEALTH STRATEGY" TO THE CARE OF OLDER PEOPLE
RECEIVED IN LONG PERMANENT PUBLIC AND PRIVATE INSTITUTIONS
REGULARIZED BY THE MUNICIPAL COUNCIL OF RIGHTS OF ELDERLY PERSONS:**

Case-by-case analysis and legal basis for the public prosecution service

RESUMO

É possível que a Estratégia de Saúde da Família atenda *in loco* os idosos acolhidos em instituição de longa permanência? A partir da base jurídica que estabelece tal dever prestacional ao Poder Público são pensadas atuações institucionais à disposição do Ministério Público para tanto. Pretende-se ainda determinar, além dos efeitos positivos quanto à saúde individual dos atendidos, o impacto coletivo para a promoção da regularização das instituições de longa permanência, desde o seu regular cadastramento no Conselho Municipal de Direitos dos Idosos até a observância das normas sanitárias.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Instituições de longa permanência de idosos. Ministério Público do Estado de Santa Catarina. Estatuto do Idoso. Atendimento domiciliar.

ABSTRACT

The study consists in the analysis of the applicability and the possibility of expansion of the initiative to bring home care of the Family Health Strategy to the elderly in long-term care institutions. Based on the legal basis that establishes such a duty to the Government, institutional strategies for the Public Prosecution Service are discussed. It is also intended to determine, in addition to the positive effects on the individual health of those cared for, the collective impact for the promotion of regularization of long-term care institutions, from their regular registration with the Municipal Council of Elderly Rights to compliance with sanitary surveillance standards.

Keywords: Family Health Strategy. Long-Term Institutions for the Elderly. Public Ministry of the State of Santa Catarina. Statute of the Elderly. Home care.

1 INTRODUÇÃO

Há uma falha sistêmica na tutela coletiva da saúde das pessoas idosas: as regras do “Estratégia Saúde da Família” não têm se aplicado aos idosos acolhidos em instituições de longa permanência, embora tais pessoas estejam em situação de vulnerabilidade presumidamente superior àqueles idosos que permanecem em suas residências. É natural e presumível que idosos em acolhimento necessitem de atendimento médico periódico, isso tanto pelos agravos relativos ao avanço da idade quanto pelo grau de dependência que os acomete – e que comumente é um dos fatores a motivar a institucionalização de seus cuidados. O acesso a esse serviço, contudo, é um desafio especial já que significativa parcela desse público sequer é capaz de se deslocar até as unidades de saúde.

Além disso, com a implantação de tal prestação estatal no âmbito domiciliar/institucional, efetiva-se, por via transversa, o combate às instituições clandestinas particulares. Nesse cenário o papel do Ministério Público limitado à perseguição da clandestinidade e da irregularidade é de notório e esperado fracasso. Provendo-se tal serviço, entretanto, o ente ministerial incentiva a regularização pela inexorável lei da oferta e demanda, na medida em que as instituições concorrentes poderão conferir aos idosos e aos seus familiares a segurança do atendimento à saúde *in loco*.

Atrelado a esse fato tem-se ainda que os idosos institucionalizados seriam levados (geralmente em grupos de dezenas) a uma unidade de saúde para fazerem atendimento de rotina (normalmente uma Unidade Básica de Saúde). Por terem prioridade no atendimento, acabariam por travar o atendimento do restante do público em geral, representando uma demanda relevante, prioritária e imprevisível para o Sistema Único. Por outro lado, com o atendimento através do Estratégia Saúde da Família, permite-se ao Poder Público se programar quanto aos atendimentos a serem prestados e às demandas específicas da geriatria, compondo equipes especializadas no trato da saúde do idoso, melhorando tanto a qualidade quanto a eficiência do serviço prestado.

2 FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA PARA A EXTENSÃO DO “ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” ÀS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

A análise inicial sobre as premissas do ordenamento jurídico que sustentam a pretensão de que o atendimento domiciliar especializado seja prestado aos idosos acolhidos em instituições perpassa pelo Direito Constitucional, Civil, do Idoso e à Saúde, demandando a compreensão ainda do propósito de cuidado das instituições de longa permanência e do público alvo do Estratégia Saúde da Família.

2.1 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO IDOSO E ATENDIMENTO DOMICILIAR

Em termos gerais e iniciais o direito fundamental à saúde é consagrado no ordenamento jurídico pátrio como norma originária da Constituição Federal (dotada, portanto, de hierarquia normativa máxima), de eficácia plena (os contornos básicos sobre o dever prestacional do Poder Público são extraíveis do próprio texto constitucional) e aplicabilidade imediata (a produção de efeitos é imediatamente exigível no plano jurídico, conforme o art. 5º, § 1º, da Constituição, apesar de a sua concretização poder ser limitada no plano fático por razões orçamentárias, justamente pelo seu caráter de direito social).

A doutrina especializada explica ser um direito fundamental multifuncional¹, ou seja, tanto de defesa contra arbitrariedades estatais, assegurando no plano jurídico a liberdade individual sobre as decisões relativas à própria saúde (o direito de não se submeter a tratamento cirúrgico arriscado, por exemplo), quanto de caráter obrigacional do Estado, demandando prestações materiais (notadamente através do SUS), sendo este o aspecto que nos interessa em especial.

À magnitude da obrigação a que o Poder Público foi submetido pela República através do texto constitucional quanto ao direito individual e social à promoção da saúde², soma-se outra, dotada dos mesmos predicados típicos dos direitos fundamentais já expostos, essencial à compreensão da proposta primordial deste escrito:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

O termo “preferencialmente” pensado no contexto do cenário aqui retratado (de pessoas hipervulneráveis, residentes em local com concentração de idosos com diversos graus de dependência física e com deslocamento limitado) assume força cogente. Com essa sensibilidade pragmática conclui-se que tal prerrogativa decorre do próprio princípio da dignidade humana compreendido na dimensão da igualdade material (e não meramente formal), promovendo a facilitação do acesso como forma de compensar as dificuldades inerentes ao avanço da idade.

Trazendo mais densidade normativa e especificidade ao comando (já plenamente exigível), o Estatuto do Idoso preconiza que:

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

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

1 PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde**: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial. 1.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 37-39.

2 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. 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.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...] II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

[...] IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

Para tanto, a par de todo o arcabouço jurídico constitucional e legal sobre o tema (que pode ser resumido a uma leitura conglobada dos art. 127, da Constituição da República³, e do art. 52 do Estatuto do Idoso⁴), tem-se a Resolução n. 154 de 13 de dezembro de 2016, do Conselho Nacional do Ministério Público⁵, que normatiza que o Órgão de Execução com atribuição natural realize vistoria com periodicidade mínima anual nas instituições de longa permanência de idosos. Constata-se assim que o principal agente na defesa e promoção de direitos fundamentais, tanto individuais quanto coletivos, é o Ministério Público, cabendo-lhe, para tanto, a organização dos demais serviços públicos quando esta se mostrar ineficiente.

2.2 O DEVER ESTATAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE *IN LOCO* E O DEVER DE CUIDADO E ASSISTÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Apesar de o texto do supracitado art. 15 do Estatuto do Idoso se referir limitadamente a instituições públicas, o acolhimento em instituições privadas não exonera o Poder Público do cuidado com a saúde. Não há qualquer norma nesse sentido. Exatamente por isso as instituições de longa permanência evidentemente não se prestam a substituir o SUS para os consumidores de seus serviços. Impera então delimitar quais são as suas atribuições quanto ao trato da saúde do idoso.

A principal definidora de normas para tais instituições é a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA n. 283, de 26 de setembro de 2005, da qual se ressalta:

1. Quanto às definições, tem-se por “cuidador de idosos – pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária”;
2. “4.2 – A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes”;

3 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

4 BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em 5 jun. 2019. Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

5 BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Resolução n. 154, de 13 de dezembro de 2016**. [Dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público na defesa dos direitos fundamentais das pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência e dá outras providências]. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/normas/RESOLUO_154.pdf. Acesso em 12 ago. 2019.

3. “5.2.1 - A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.”

Sobre o plano de atenção integral, analisando detidamente seu regramento, constata-se que ele se destina a promover o controle de doenças, medicamentos e tratamentos de cada indivíduo acolhido ou o seu transporte emergencial. Não há, portanto, disposições a exigir que a instituição tenha uma equipe própria, completa e especializada na saúde do idoso (dever que existe, entretanto, para o Poder Público).

Apesar disso, a praxe atual é o serviço do Estratégia Saúde da Família não abranger os lares e domicílios de idosos quando esses locais são instituições de longa permanência.

No plano fático o Executivo confere tratamento incongruente ao não levar o serviço à parcela mais vulnerável dos idosos.

Opor que o idoso institucionalizado não estaria em seu lar (termo do texto constitucional para o caso) ou domicílio (usado pelo Estatuto do Idoso) seria desvirtuar o próprio conceito desses institutos jurídicos. O real alcance do termo domicílio, pela dimensão dada pela doutrina civilista⁶, é compatível com o acolhimento. É na instituição de longa permanência que o idoso estabelece sua residência com ânimo definitivo, onde centra sua atividade diária e trava suas relações sociais e ocupações habituais. Pregar que a instituição de longa permanência do idoso não é o seu lar ou o seu domicílio seria negar reconhecimento jurídico a uma situação fática incontestada, já que tal pessoa não está em sua residência familiar e tampouco está em situação de rua; corresponderia, portanto, a submetê-lo a um limbo jurídico cruel.

Além disso, tal oposição é ainda contrária à interpretação das normas constitucionais tratadas por não corresponder ao sentido que lhes dá máxima efetividade ou que permita uma compreensão una e coesa do texto.

Para o âmbito do serviço público a ser prestado, especialmente, o que mais importa para a ideia de atendimento domiciliar é que o usuário tenha a prestação do serviço no lugar em que habitualmente é encontrado e onde possa estabelecer habitualidade e confiança com para a equipe de referência.

Com tais ponderações compreende-se que a função primordial da instituição de longa permanência relativa à saúde de seus consumidores é prover cuidados diários e rotineiros, conforme o plano individual de atendimento, como por exemplo: ministrar medicamentos, cuidar de curativos, auxiliar na higiene diária e controlar a glicose. Extrapolando essa esfera básica, incumbe à instituição (assim como competiria à família, caso o idoso estivesse em sua residência) prover o acesso ao serviço estatal adequado, fazendo os encaminhamentos e acompanhamentos a consultas, exames e cirurgias. Isso funciona para o tratamento de males e agravos já instalados, que ficam a cargo da Média e Alta Complexidade do SUS. Já a atuação sanitária no âmbito da Atenção Básica depende da efetivação de um serviço especializado de caráter regular e preventivo que, conforme a estrutura descentralizada do SUS, incumbe à Estratégia Saúde da Família.

6 GAGLIANO, P. S.; PAMPLONA FILHO, R. Domicílio civil. In: **Novo curso de direito civil: parte geral 1**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. cap. 7, p. 319-330. “Domicílio civil da pessoa natural é o lugar onde estabelece residência com ânimo definitivo, convertendo-o, em regra, em centro principal de seus negócios jurídicos ou de sua atividade profissional. Note-se a amplitude da definição. Compõem-na duas situações, que geralmente se confundem, mas possuem caracteres distintos. A primeira é a noção de domicílio ligada à vida privada da pessoa, às suas relações internas, sugerindo o local onde reside permanentemente [...]. A segunda, que interessa à atividade externa da pessoa, à sua vida social e profissional, refere-se ao lugar onde fixa o centro de seus negócios jurídicos ou de suas ocupações habituais. Tanto em uma hipótese quanto em outra, estamos diante da noção de domicílio”.

3 ANÁLISE CASUÍSTICA DA INICIATIVA EXTRAJUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE EXTENSÃO DO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA EM JOINVILLE

3.1 TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA PARA ESTRUTURAÇÃO E EFETIVAÇÃO O SERVIÇO

As constatações fáticas e jurídicas expostas subsidiaram a implantação do Estratégia Saúde da Família nas Instituições de Longa Permanência de Idosos de Joinville a partir da iniciativa do Ministério Público, com o acolhimento do projeto pelo Conselho Municipal de Direitos dos Idosos e o convencimento do Executivo Municipal, que aderiu e auxiliou na sistematização do atendimento, resultando na pactuação do Termo de Ajustamento de Conduta no Inquérito Civil n. 06.2018.00001736-1.

O Compromisso, que entrou em vigor no dia 26-4-2018, foi submetido à análise do Conselho Superior do Ministério Público Catarinense, que o homologou, instaurando-se em seguida o procedimento administrativo para acompanhamento de sua execução.

Esse Compromisso, pela originalidade de sua construção conjunta, apresenta cláusulas que demandam alguma dilação analítica, a justificar os fatores práticos que embasaram suas redações.

Como o esperado é a prestação positiva de serviço público, o principal obrigado é o ente político, este na esfera municipal. Não seria interessante fazer a pactuação somente com o Chefe do Executivo porque a própria divisão de atribuições entre os Secretários Municipais já traz a ínsita presunção de que o prefeito não será o melhor conhecedor dos procedimentos internos necessários para efetivar a prestação social. Além da inclusão do Secretário Municipal de Saúde como parceiro signatário teve-se o cuidado de compreender e estipular obrigações conforme a sistemática dos órgãos internos.

Inicialmente o plano ministerial seria ter equipes próprias, especializadas em saúde do idoso (geriatria e gerontologia), o que se apresentava como o desenho mais óbvio diante das diretrizes de cuidado especializado encontradas no Estatuto do Idoso⁷. Entretanto, a Secretaria e a Gerência de

7 Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

[...] II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

Atenção Básica consideraram mais prático implementar o serviço conforme as diretrizes regentes da Estratégia Saúde da Família, adotando-se a base territorial de cada Unidade Básica. Explica-se: em vez de montar uma equipe própria e especializada que atenderia a todas as ILPIs do município entendeu-se mais conveniente (para a rápida implantação – sem necessidade de instauração de novo processo de licitação) e coerente (com o critério de abrangência da Estratégia Saúde da Família) que cada UBS atendesse as ILPIs em sua área de territorial. Assim aproveitou-se a divisão de trabalho já existente e o critério usualmente aceito pelos servidores para que de imediato já se tivesse a definição de quais profissionais atenderiam qual instituição, viabilizando que a prestação do serviço se iniciasse em 30 dias contados da assinatura do Compromisso.

Essa configuração é uma possibilidade adequada também aos ditames do Estatuto do Idoso, que determina o cadastramento da população idosa em base territorial para a prevenção e manutenção da saúde⁸.

Fixado esse ponto estipulou-se o modo como o serviço seria prestado, ou seja, o que afinal essa equipe faria em prol da saúde dos idosos.

No primeiro atendimento a equipe de saúde se encarrega de agir conforme o regramento nacional do Ministério da Saúde, preenchendo a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento no qual constam os dados básicos e para registro e acompanhamento da saúde, pensado para corresponder aos agravos típicos da idade. Feito isso a equipe elabora ainda o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável para, então, reunir-se com o responsável técnico da instituição de longa permanência e traçar e plano individual de cuidado com a saúde. Essa estipulação tem por base promover a harmonia na interação entre a equipe e a instituição, incentivada pela pré-definição dos papéis de cada uma. Após essa interação, o plano de cuidados há que ser então compartilhado pela instituição com os familiares do idoso, fortalecendo a participação familiar no acompanhamento do idoso, inclusive como relevante método terapêutico para a promoção da saúde, notadamente da higidez mental e social.

Além de levar a prestação humana a domicílio, o Pacto se presta ainda à entrega dos medicamentos (padronizados, do rol de componentes da Atenção Básica) inerentes ao tratamento prescrito, que ficam a cargo do responsável técnico da instituição (ministrar, guardar e controlar medicamentos de uso contínuo é atribuição da instituição).

Atentando-se à marcante e frequente incidência de agravos mentais nos idosos institucionalizados definiu-se que as visitas seriam com periodicidade mínima bimestral, já que esse é o lapso usado como praxe para a reavaliação das prescrições de medicação de uso controlado.

Como se havia antecipado, o serviço foi estruturado não só como forma de efetivar uma prestação essencial à dignidade dos acolhidos. Ele tem o condão de combater a clandestinidade das instituições que operam indiferentes ao regramento protetivo.

Nesse intuito primou-se que o atendimento fosse estendido especialmente às instituições regularmente registradas no Conselho Municipal de Direitos do Idoso (órgão democrático e paritário que tem por atribuição fiscalizar o atendimento das instituições às demandas dos demais órgãos públicos, especialmente da Vigilância Sanitária Municipal). Tal medida teve por finalidade reforçar a figura central e democrática do órgão colegiado no controle da regularidade das instituições de longa permanência. Justamente por isso foram pensadas normas para que periodicamente e episodicamente fosse feita a atualização dos cadastros de instituições de regularizadas, bem como que firmassem a comunicação entre o Conselho e a Vigilância Sanitária para exclusão de entidades, o que, por sua vez, confere especial coercibilidade aos comandos dos agentes da Vigilância.

⁸ Art. 15, § 1º, I – cadastramento da população idosa em base territorial;

Convencionou-se ainda que para permanecerem no programa exige-se a situação de regularidade, controle a ser realizado pelo Conselho Municipal a partir do encaminhamento periódico de informações pela Vigilância Sanitária.

Esse controle promove rotineiramente o fortalecimento de tais órgãos, conferindo exequibilidade e coercibilidade às suas atuações. As determinações da Vigilância Sanitária passam a ser cumpridas não só pelo receio da incidência de multas, mas também para que o órgão não solicite o desligamento da instituição do serviço de saúde domiciliar.

Sob essa perspectiva ainda houve forte movimento de fomento à regularização. Isso porque o ordenamento jurídico não confere qualquer tratamento vantajoso às instituições que empenham notórios esforços organizacionais e econômicos para o cumprimento das determinações normativas próprias, em especial aquelas constantes do Estatuto do Idoso e da Resolução da Diretoria Colegiada 283 da ANVISA. O que se tinha na prática, portanto, sob a ótica do capitalismo empresarial clássico, é que a instituição buscava se regularizar somente para não sofrer a (justa e necessária) perseguição pelos órgãos públicos. Entretanto, não se conferia efetivamente vantagem ao empreendimento.

Contudo, alterando-se tal realidade fática, as instituições regularizadas passam a contar com um diferencial extremo: os idosos acolhidos – assim como os familiares desses idosos — ao contratarem um serviço regularizado contam com a tranquilidade e a satisfação de saberem que ali há a garantia da prestação de serviço de saúde *in loco* e da presença marcante do Poder Público no empreendimento. Tal vantagem é presumivelmente decisiva na escolha da instituição de acolhimento, fomentando os negócios que cumprem fielmente as normas de funcionamento e que se submetem à fiscalização dos órgãos públicos. Com isso então se estabelece um efetivo interesse, não só jurídico, mas financeiro e empresarial, de que as instituições busquem sua regularização. Nesse movimento a própria demanda de clientes se torna responsável por tal cobrança e fiscalização das entidades, aliando-se o instituto democrático do controle consumerista ao interesse público de fiscalização que antes estava adstrita ao Ministério Público, ao Conselho de Direitos do Idoso e à Vigilância Sanitária (art. 52).

3.2 RELATÓRIO DAS UNIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS DESAFIOS E AVANÇOS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

Por se tratar de uma iniciativa sem paradigmas de atuação, promoveu-se estudo de caso para a avaliação dos desafios, impactos, repercussões e perspectivas com as equipes diretamente incumbidas pelo Poder Público para a execução do serviço, espalhadas pelas regiões de atendimento da Estratégia Saúde da Família em Joinville. Os responsáveis pela implantação e efetivação do atendimento domiciliar nas ILPIs responderam a um questionário⁹ contendo indagações pragmáticas e concernentes à implantação fática do serviço.

Foram trazidas já as razões para estabelecer que cada uma das equipes de saúde se responsabiliza por englobar nos seus atendimentos as instituições que se encontrem em sua área de atuação, conforme o critério territorial que ordinariamente já define a prestação do serviço. Esse item foi identificado como relevante para evitar atritos nesse momento inicial de definição de a qual UBS caberia cada instituição. A fixação de profissionais por instituição possibilitou o estabelecimento de vínculos entre os prestadores e os consumidores do serviço contínuo.

9 A íntegra do questionário consta do Anexo 2 do presente estudo.

Nesse primeiro momento as equipes constataram a necessidade completar quadros deficientes de profissionais (o que teve aspecto positivo para o serviço de saúde em geral), ampliar cargas horárias, reorganizar agendas, estabelecer fluxos de trabalho, delimitar com os responsáveis pelas instituições as atribuições e alertá-los sobre os cuidados diários.

Quanto à periodicidade do serviço, observou-se o respeito ao intervalo mínimo bimestral, havendo equipe que notou a necessidade de acompanhamento mensal dos casos e até mesmo equipe que comparece dois dias por semana.

A implantação da iniciativa trouxe notórios benefícios à saúde do público idoso. Os profissionais da saúde reconheceram que:

1. o serviço *in loco* fomenta o importante vínculo entre o paciente, seus familiares e os responsáveis por seu cuidado diário, o que garante a adesão ao tratamento (especialmente o uso correto e contínuo das medicações prescritas), com diminuição de descompensações nos casos crônicos e aprimoramento na coleta de informações referentes ao quadro do paciente;
2. A reavaliação periódica das prescrições aliada ao fornecimento das medicações (notadamente as de controle especial) antes do vencimento das receitas asseguram a continuidade do cuidado;
3. São notáveis os esforços progressivos das instituições no implemento das normas sanitárias e no cumprimento da RDC n. 283.

Essas constatações positivas evidenciam que a iniciativa atingiu o seu ponto primordial: a melhoria das condições de saúde daqueles idosos em hipervulnerabilidade social e sanitária.

Para além desses efeitos o que se constatou foi a racionalização e otimização do serviço público de saúde com ampliação do acesso à saúde. É que esse público de pacientes antes não tinha à disposição o necessário serviço, já que são idosos com algum grau de dependência e que dependem de cuidados prestados por técnicos, sem o zelo e a cautela característicos dos familiares que incentivam o idoso nas ações preventivas por exemplo. Com a oferta batendo às suas portas houve maior acesso (especialmente a tratamento contínuo e a ações preventivas, típicos da atenção básica). Por outro lado, as UBSs constataram a diminuição ou extinção das demandas espontâneas desse público, que eram as situações em que o idoso (limitado àquele que tinha condições de se deslocar da ILPI à unidade) ou o seu cuidador (para renovação virtual de receitas) comparecia ao serviço regular, no qual seria submetido ao atendimento episódico e padrão. Além disso agora os profissionais previamente se organizam para o atendimento sistematizado e especializado dessa demanda. Foram eliminados, ainda, casos de idosos que eram atendidos tanto pela unidade de referência da ILPI quanto por aquela próxima à residência de seus familiares, o que gerava duplicidade (e até conflituosidade) de tratamentos.

A vivência narrada pelas equipes participantes evidencia que a organização e a efetivação do serviço dependem de aprimoramento constante e de diálogo pelos pactuantes do compromisso de ajustamento de conduta, refletindo grande êxito na entrega de atendimento de saúde aos idosos institucionalizados, em situação de hipervulnerabilidade social. Houve, além disso, o fomento da presença marcante do Poder Público e da fiscalização rotineira como agentes de intensa transformação na rotina e na qualidade de vida dos idosos acolhidos.

A médio e longo prazo é de esperar ainda reflexos positivos no combate às instituições irregulares e clandestinas. Esse confronto empresarial-consumerista, a partir de então, passa a contar com a influência do próprio mercado consumidor de tais serviços ante à grande vantagem para acolhidos e familiares de contratarem instituições que recebem o serviço público de saúde, que franqueam acesso constante ao Poder Público as portas constantemente, o que fortalece ainda a fiscalização ordinária.

4 EXTENSÃO DA INICIATIVA AO ESTADO DE SANTA CATARINA

Das ponderações práticas e normativas que foram debatidas, tem-se que a iniciativa é dotada de plausibilidade jurídica e atende satisfatoriamente no plano material à melhoria da qualidade de vida e do gozo do direito à saúde por um nicho populacional especialmente suscetível a males e agravos e com notória fragilização do acesso à cidadania. Esse drama (real, diário e vivenciado por número elevado de pessoas) evidencia a necessidade emergencial de que o serviço Estratégia Saúde da Família seja estendido e coletivizado. Como um serviço projetado pelo Ministério da Saúde, a Estratégia tem alcance nacional e as razões aqui trabalhadas se aplicam a todo o território brasileiro. Entretanto, o foco deste estudo, promovido no âmbito do Ministério Público estadual, é relacionar entre si as formas de atuação coletiva à disposição no Estado de Santa Catarina.

O que se objetiva de resultado prático e efetivo, em suma, é que o serviço seja levado às ILPIs de todo o Estado de Santa Catarina e para tanto, se vislumbram algumas possibilidades factíveis de atuação ministerial.

Como premissa essencial dessa explanação reporta-se à experiência prática de Joinville (note-se: a cidade com maior população no estado), em que a solução foi construída em conjunto com o Executivo. Para a prestação do serviço, apesar de toda a obrigatoriedade e cogência das normas jurídicas definidoras da proteção e promoção da saúde dos idosos, a discricionariedade administrativa ainda é fator marcante para a estruturação de todo o serviço, cabendo ao ente definir dentro da atenção básica à saúde a equipe a ser destinada, os serviços a serem prestados, a regularidade com que os atendimentos serão feitos e o acesso a outras portas de entrada para tratamentos de média ou alta complexidade. Além disso, qualquer solução heterônoma (especialmente a imposição judicial por ação civil pública) seria inócua e de inviável controle, especialmente porque os agentes que trabalham efetivamente com o Estratégia Saúde da Família é que serão os responsáveis pelo tratamento dos idosos hipervulneráveis, de modo que a parceria e a disponibilidade deles é o que determina a qualidade do serviço. As medidas indicadas e razoáveis à solução em tempo célere (compatível com a urgência demandada) são eminentemente administrativas, não judiciais.

Para tanto, o trabalho de convencimento e demonstração, pelo órgão ministerial, da emergência da extensão do atendimento é fator decisivo nessa construção da articulação entre Conselho Municipal de Direitos dos Idosos, Instituições de Longa Permanência e Secretaria Municipal de Saúde (através da gerência de Atenção Básica). Como o que se pretende é um serviço contínuo, a informação e interação dos agentes direta e ordinariamente envolvidos na iniciativa é imprescindível à manutenção do projeto.

Apesar disso, por se tratar de uma iniciativa que já incumbe ao Poder Público, independentemente de qualquer provocação ministerial, orientações (sem caráter vinculante), inclusive estaduais pela Gerência de Coordenação da Atenção Básica são salutares e poderiam provocar a solução de boa parte da demanda. Nesse ponto lembre-se que existe interesse público primário no atendimento dos idosos institucionalizados pela Estratégia Saúde da Família porque é um serviço já existente e estruturado, habituado a esse tipo de demanda e que evitaria a busca individual multitudinária por atendimentos prioritários nas Unidades Básicas de Saúde. O tratamento contínuo e preventivo respeita a aplicação inteligente de recursos públicos por reduzir a severidade dos agravos e exonerar os serviços de média e alta complexidade, melhorando a situação de vida e de saúde e não apenas conferindo o tratamento de doenças em estágios avançados. A renovação periódica e real (com consulta médica) de receitas psiquiátricas é interessante tanto para o erário, por possibilitar o controle de demanda por medicamentos de médio ou alto custo, evitando dosagens que se tornaram

inadequadas ou com efeitos indesejáveis a longo prazo, quanto para o paciente, que terá acesso ao tratamento com a renovação e reavaliação necessárias.

Para instrumentalizar o avençado, tem-se que a mera elaboração de recomendação (em detrimento do compromisso de ajustamento de conduta) não confere a exigibilidade e a coercibilidade jurídica necessárias para atuação do Órgão de Execução em caso de descumprimento das disposições pactuadas.

5 CONCLUSÃO

Com o presente estudo pôde-se ponderar, portanto, que no plano teórico-jurídico e no aspecto fático-casuístico, a iniciativa trabalhada encontra respaldo para se disseminar institucionalmente, estendendo o serviço prestado a instituições de longa permanência de idosos de cunho público ou da iniciativa privada.

Avançando na análise do papel do Ministério Público, aliás, notou-se que é seu papel primordial e emergencial a atuação resolutiva no âmbito administrativo junto ao Executivo para concretizar a prestação de atendimento domiciliar aos idosos hipervulneráveis acolhidos em instituições.

Estabelecidas tais premissas foi elaborada a análise casuística da iniciativa pioneira travada já na mais populosa cidade do Estado de Santa Catarina, Joinville. Nesse ponto, a construção colaborativa do Ministério Público, da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Direitos dos Idosos, após inúmeras reuniões e amplo debate, culminou em instrumento complexo a estabelecer obrigações recíprocas: o compromisso de ajustamento de conduta para a extensão do serviço público. A análise minuciosa do pacto revela a necessidade de conferir parâmetros exequíveis e eficientes ao serviço, que atendam às demandas típicas da idade em termos de saúde e confirmem exequibilidade aos comandos convencionados.

Na sequência, o estudo da execução de implantação daquele acordo se deu através do relatório circunstanciado em resposta ao questionário proposto às equipes de atendimento. Cunhou-se e analisou-se, assim, instrumento hábil a explorar as dificuldades e as conquistas com a implantação do termo de ajustamento de conduta, a revelar o sucesso da empreitada na concretização dos interesses iniciais.

Estabelecidas tais premissas, retomou-se a análise jurídica, da qual se extraíram propostas de atuação coletiva factíveis à extensão da iniciativa pioneira a todas as instituições de longa permanência de idosos, destacando-se que a via administrativa consensual revelou-se efetiva ferramenta de atuação.

REFERÊNCIAS

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. 1.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

GAGLIANO, P. S.; PAMPLONA FILHO, R. Domicílio civil. In: **Novo curso de direito civil: parte geral 1**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. cap. 7, p. 319-330.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. E-book. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>. Acesso em 5 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em 5 jun. 2019.

BRASIL. ANVISA, **Resolução da Diretoria Colegiada 283**, de 26 de setembro de 2005.

Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df. Acesso em 5 jun. 2019.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 6ª ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Resolução n. 154, de 13 de dezembro de 2016**. [Dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público na defesa dos direitos fundamentais das pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência e dá outras providências]. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/normas/RESOLUO_154.pdf. Acesso em 12 ago. 2019.

Anexo 1: Termo de Ajustamento de Conduta pactuado em 26/04/2018 no Inquérito Civil n. 06.2018.00001736-1.

Anexo 2: Questionário respondido pelas equipes de Estratégia Saúde da Família de Joinville.