

ATENÇÃO DOMICILIAR MELHOR EM CASA: (in)adequação ao princípio da universalidade da saúde pública

Érica Rios de Carvalho¹

João Pedro de Oliveira Silva²

RESUMO

Este trabalho parte da seguinte pergunta de pesquisa: em que medida o programa de saúde Atenção Domiciliar – Melhor em Casa se adequa ao princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação à população idosa? Para atingir o objetivo geral de responder a tal questionamento, traça como objetivos específicos de pesquisa, primeiro, descrever a previsão legislativa que enseja a política em tela e, depois, verificar os dados concretos da sua execução. Trata-se de programa da política pública de saúde relevante para atendimento de pessoas com dificuldade temporária ou permanente de chegar a postos de saúde, clínicas e hospitais. Parte desse público é composto por pessoas idosas, em cenário potencializado pela pandemia da COVID-19. Parte-se de abordagem qualitativa, adotando como técnicas metodológicas a revisão de literatura e a análise documental, especificamente da legislação e dados disponíveis em tabelas, gráficos e informativos governamentais. Como resultado, verifica-se que o programa em tela não se alinha ao princípio de universalidade do SUS, na medida em que cobre parcela pequena do território e da população brasileira. Esse déficit de atendimento potencialmente prejudica mais idosos e pessoas com dificuldades de mobilidade, contribuindo para seu não acesso aos serviços de saúde pública. Como entre os idosos o percentual de pessoas com tais dificuldades é considerável, há uma confluência de obstáculos para a efetivação do seu direito à saúde, ainda mais em cenário de isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Melhor em Casa. Políticas de Saúde. SUS. Universalidade. Idosos.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país, segundo Projeção de População do IBGE (2018).

Para que essa população tenha seus direitos humanos efetivados (em especial os concernentes a saúde, trabalho, educação, cultura, lazer, habitação e

¹ Mestra e Doutora em Políticas Sociais e Cidadania (UCSal). Especialista em Direito Privado (CEJUS). Advogada, Professora de Direito e Pesquisadora da UCSal. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Conflitos, Estados e Direitos Humanos (NP CEDH). Membro da Comissão de Direitos Humanos (IAB) e da International Law Association (ILA). Email: ericariosc@gmail.com

² Graduando em Direito (UCSal). Membro do Núcleo de Pesquisa Conflitos, Estados e Direitos Humanos (NP CEDH). Email: joaopo.silva@ucsal.edu.br

transporte), é preciso que as políticas públicas respectivas a contemple. No Brasil, esses direitos são previstos para todos os seres humanos, independentemente da idade, na Constituição (BRASIL, 1988), sendo regulamentados pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Ambos os documentos devem servir como balizas para políticas públicas e iniciativas que promovam a qualidade de vida mediante reconhecimento prático dos direitos dos idosos e idosas.

Dentro dessas políticas públicas, existem as de caráter social, que incluem as de saúde – direito fundamental que está sob enfoque nesta pesquisa. Um dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde que pode atender especialmente a população idosa se insere no Serviço de Atenção Domiciliar (AD), o Melhor em Casa (regulamentado pela Portaria nº 825/GM/MS de 2016). Trata-se de uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente, através de ações de promoção, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde, garantindo a continuidade do cuidado hospitalar. Este artigo tem como objetivo geral discutir se há adequação desse programa ao princípio da universalidade da saúde pública, conforme estabelecido pela Constituição (BRASIL, 1988) e pela Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), artigo 7º, I.

A universalidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se refere a cobertura e ao atendimento, já que, como direito de todos e dever do Estado (artigo 196 da Constituição), a saúde deve ser efetivada para toda a população no território brasileiro. Assim, todas as pessoas idosas têm direito, sem qualquer tipo de discriminação, ao acesso às ações e serviços de saúde, independentemente de onde estejam no país.

Considerando que parte da população idosa tem dificuldades de mobilidade, ela pode se beneficiar do atendimento de saúde domiciliar através do programa Melhor em Casa, ainda mais no contexto de isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19 e da especial vulnerabilidade que a doença traz para os mais velhos.

Portanto, esta pesquisa traça como objetivo geral discutir se esse programa está devidamente implementado, de forma universal, em todo o país. Para tanto, define como objetivos específicos de pesquisa, primeiro, descrever a previsão

legislativa que enseja a política em tela e, depois, verificar os dados concretos da sua execução. Trata-se de política de saúde relevante para atendimento de pessoas com dificuldade temporária ou permanente de chegar a postos de saúde, clínicas e hospitais. Parte desse público é composto por pessoas idosas, em cenário potencializado pela pandemia da COVID-19. Parte-se de abordagem qualitativa, adotando como técnicas metodológicas a revisão de literatura e a análise documental, especificamente da legislação e dados disponíveis em tabelas, gráficos e informativos governamentais.

2. DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O direito à saúde está previsto desde o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), sendo abraçado também pela Constituição Federal nos artigos 6º, 7º e 196 (BRASIL, 1988). Constitui dever do Estado provê-lo para todas as pessoas, sem qualquer discriminação, conforme distribuição de competências dos entes federativos nos artigos 23, 24, 30 da Carga Magna.

O envelhecimento da população humana é um processo cuja tendência vem sendo constatada há décadas, sendo previsível e estrutural, não uma doença. (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987) Portanto, não deve ser encarado apenas por um olhar biomédico, mas também tendo em vista intervenções sociais, econômicas e ambientais necessárias ao bem estar das pessoas idosas.

Pensando nisso, o Brasil amparou as pessoas idosas em níveis constitucional e infraconstitucional, destacando-se o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e as menções na legislação atinente à saúde e à assistência social para promover proteção isonômica a essa população.

Em âmbito internacional, o Brasil é parte de diversos tratados que visam proteger as pessoas idosas, como os Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas (1991), a Proclamação sobre o Envelhecimento (1992), a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (2002). Há também instrumentos regionais, tais como a Estratégia Regional de Implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (2003), a Declaração de Brasília (2007), o Plano de Ação da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a Saúde

dos Idosos, incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável (2009), a Declaração de Compromisso de Port of Spain (2009), a Carta de San José sobre os direitos do idoso da América Latina e do Caribe (2012) e a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos (2015).

Nesses moldes, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) tem como propósitos a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional das pessoas idosas, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde em caso de adoecimento e a reabilitação daqueles que porventura tenham sua capacidade funcional/instrumental restringida, de modo a garantir que permaneçam em suas comunidades e meios, exercendo de forma autônoma e independente suas atividades.

No espírito desse delineamento normativo, sua principiologia e diretrizes apontam para a aplicação do princípio da igualdade aristotélica (ARISTÓTELES, 1991), segundo a qual se deve tratar desigualmente os desiguais, na medida da sua desigualdade, para se alcançar a justiça.

Isso quer dizer que os idosos com alguma dificuldade de chegar a postos de saúde, clínicas e hospitais não devem ser privados do atendimento pelo SUS. Afinal, não deixam de ser titulares do direito à saúde, ou de outros como a dignidade da pessoa humana, por estarem em uma peculiar condição de mobilidade (seja por causa física ou financeira, temporária ou permanente). Assim, de forma a atender aos ideais isonômicos declarados na Constituição (BRASIL, 1988) e almejados pelo sistema internacional de direitos humanos (REZEK, 2011), é fundamental que o Estado crie meios de prestar o atendimento domiciliar a essas pessoas.

Outro ponto importante que deve ser ressaltado é sobre a situação socioeconômica dos idosos, pois a pobreza é uma característica amarga da velhice. Apesar da heterogeneidade dos idosos, uma característica da maioria das sociedades é que as pessoas idosas são em geral mais pobres do que os adultos mais jovens da mesma população, principalmente as mulheres idosas. Assim, uma das características mais marcantes do envelhecimento populacional da maioria dos países da América Latina, nas quais o Brasil se insere, não é o da dimensão quantitativa e nem a intensidade e a rapidez do processo, mas por ocorrer em um contexto no qual o nível de pobreza é elevado e as desigualdades sociais são grandes. (BRAGA et al., 2012, p. 04)

Outrossim, segundo Amaral *et al* (2012, p. 2992), “[...] as populações vulneráveis, como os idosos, são afetadas desproporcionalmente pela deficiência.

[...] Assim, o envelhecimento populacional tende a evidenciar a deficiência como uma condição circunstancial de tal fase da vida.”³

Amaral *et al* (2012) destacam que, além dos fatores físicos e financeiros (acesso a meios de transporte), há obstáculos arquitetônicos/urbanos à mobilidade das pessoas idosas, dificultando que cheguem às unidades de saúde. Calçadas inadequadas, escadas, degraus altos, esgotos abertos e sanitários não adaptados foram listados como limitantes do acesso aos serviços de saúde. Ademais, muitas vezes os idosos necessitam de acompanhante nos atendimentos, então uma política de Atenção Domiciliar (AD) é crucial para viabilizar seu acesso efetivo à saúde.⁴

Também, de acordo com a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), 17,3% das pessoas idosas apresentavam limitações funcionais para realizar as atividades instrumentais de vida diária (tarefas como fazer compras, administrar as finanças, tomar remédios, utilizar meios de transporte, usar o telefone e realizar trabalhos domésticos). Essa proporção subia para 39,2% entre aqueles de 75 anos ou mais.

Se for aplicada, como exercício de aproximação, a porcentagem de 17,3% à população de idosos que o IBGE estima que o país tenha atualmente (28 milhões), chega-se a cerca de 4.844.000 pessoas sofrendo com limitações funcionais. Ressalta-se que foi feita uma aproximação para baixo, já que não se tem dados suficientes para estabelecer o recorte específico dos idosos com mais de 75 anos. Além disso, não se tem informação sobre os graus de limitação funcional e sua distribuição entre as pessoas. (e.g.: Alguns idosos terão graus leves e conseguirão se locomover até as unidades de saúde, enquanto outros não.) Trata-se, portanto, somente de um exercício de estimativa preliminar para se ter uma dimensão da abrangência do problema sob investigação.

Nesse sentido, a falta de atendimento domiciliar pode representar, para alguns milhões de idosos brasileiros, no mínimo uma dificuldade para os cuidados

³ O conceito de deficiência está relacionado com a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que pode gerar incapacidade ou dificuldade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. (BRASIL, 1999)(BRASIL, 1990b)

⁴ Todas essas dificuldades são majoradas durante o isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19, inclusive porque a população idosa é considerada em especial vulnerabilidade para a doença, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

de saúde. Além de evitar os obstáculos para a pessoa se deslocar, uma política pública efetiva de AD facilitaria o acompanhamento das condições de saúde, evitando o aparecimento de complicações secundárias.

Esta pesquisa se debruça sobre uma política social que propõe exatamente isso: o serviço de Atenção Domiciliar (AD). Especificamente, discute-se o seu programa Melhor em Casa. Segundo o Ministério da Saúde⁵:

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes.

O site do Ministério da Saúde informa que o programa Melhor em Casa é um serviço⁶:

[...] indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.

Então, nos casos em que o paciente precisa ser visitado semanalmente (ou mais de uma vez por semana), ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de AD, como as que fazem parte do programa Melhor em Casa. Esse atendimento será realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Também podem compor equipes de apoio outros profissionais, como nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos etc. A definição do programa é que cada equipe multidisciplinar pode atender até 60 pacientes, simultaneamente.

⁵ Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar> Acesso em 05 jun. 2020.

⁶ Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa> Acesso em 05 jun. 2020.

São benefícios do Melhor em Casa, segundo o Ministério da Saúde⁷: (i) Melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família; (ii) Estudos apontam que o bem estar, carinho e atenção familiar, aliados à adequada assistência em saúde são elementos importantes para a recuperação de doenças; (iii) Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação, quando atendidos em casa apresentam redução dos riscos de contaminação e infecção; e (iv) Melhor em Casa representa um avanço para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que ajudará a desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais.

Considerando que, como aponta a Projeção de População (IBGE, 2018), a população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas (em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%), programas como o AD Melhor em Casa são fundamentais.

Esse programa, inserido na política de AD, está enquadrado dentro do SUS, que deve se regido pelas diretrizes constitucionais e princípios descritos na Lei 8.080 (BRASIL, 1990). Dentre eles, encontra-se a universalidade de cobertura e atendimento. Nos termos do Ministério da Saúde em seu porta, a definição desse princípio parte da premissa de que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e, portanto, “cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.”⁸

Essa universalidade, entretanto, deve ser atendida aos moldes da justiça aristotélica, previamente mencionada, já que outro princípio básico do SUS é a própria equidade, cujo objetivo principal é diminuir desigualdades. “Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.”⁹ Essa

7

Disponível

em:

<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa> Acesso em 05 jun. 2020.

⁸ Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> Acesso em 06 jun. 2020.

⁹ Idem.

previsão se alinha com o segundo princípio da justiça de Rawls (2000), segundo o qual desigualdades sociais e econômicas deveriam ser dispostas de forma a garantir o maior benefício para os membros mais vulnerabilizados (ou possuidores de menos vantagens) da sociedade.

A fim de verificar se a política sob exame atende a esse princípio, com base na Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011), solicitou-se ao Ministério da Saúde que disponibilizasse os dados sobre o programa AD Melhor em Casa. Foi utilizado o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) no dia 07 de junho de 2020, através do protocolo nº 25820.004963/2020-10. A resposta veio do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU), que remeteu ao OFÍCIO CIRCULAR Nº 1/2020/CGAHD/DAHU/SAES/MS e enviou a “Planilha Demanda 3651389”.

A planilha referida identifica os municípios onde o programa está habilitado e quais equipes estão implementadas. Informa também as datas de habilitação mais recente (total ou parcial) e quantas equipes estão implementadas, com a respectiva população local coberta.

A partir da “Planilha Demanda 3651389”, extrai-se que aproximadamente 90,5% da população que a habilitação das equipes de AD Melhor em Casa permitiria cobrir está efetivamente coberta pelas equipes implementadas. Do total de 1.554 equipes habilitadas, 1.458 estão implementadas.

No entanto, em relação ao total da população brasileira projetada até junho de 2020 (IBGE, 2018), apenas 33,6% está coberta. Entre os 5.570 municípios do país, apenas 611 possuem a política habilitada, o que indica uma baixa universalidade de cobertura, ainda mais considerando uma política que iniciou suas habilitações em abril de 2016.

Na tabela a seguir, destacam-se os dados da referida planilha, em cruzamento com a projeção de população do IBGE (2018), a fim de traçar o panorama da cobertura do programa AD Melhor em Casa nos estados/UFs do Brasil.

TABELA 01 – Panorama dos municípios com o programa AD Melhor em Casa habilitado/implementado e respectiva população coberta.

Estado/UF	Nº de municípios habilitados	Nº de equipes implementadas	Nº de equipes habilitadas	Percentual aproximado de população coberta no Estado/UF ¹⁰
ES	1	2	2	2%
PI	15	27	28	17%
SC	11	20	20	17%
BA	60	108	118	18%
MA	14	29	29	18%
PR	14	34	40	18%
AC	2	3	3	21%
MT	5	11	14	23%
PB	37	73	74	23%
AM	5	19	19	27%
TO	4	8	9	29%
RN	11	23	25	31%
RS	27	57	58	31%
MS	8	17	18	33%
AP	1	4	6	35%
PA	37	76	78	37%
RJ	34	117	130	40%
SE	13	26	26	40%
SP	112	285	316	40%
MG	63	168	177	41%
RO	5	11	11	42%
DF	1	18	18	43%
CE	39	102	106	45%
GO	36	81	83	45%
AL	37	82	84	73%
PE	20	56	60	91%

¹⁰ Os percentuais desta coluna foram obtidos, para cada estado/UF, pela razão entre a população coberta pelas equipes implementadas (informadas pela “Planilha Demanda 3651389”, enviada pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência) e a população total estimada para cada estado/UF (de acordo com o IBGE, 2018).

Fonte: elaboração própria a partir do documento “Planilha Demanda 3651389”¹¹ e dos dados do IBGE sobre população estimada em 2019¹².

Chama atenção que o estado de Roraima não possua nenhum município com a política habilitada – por isso não se encontra na Tabela 01. A região norte é a mais descoberta em termos de números absolutos de municípios e a proporção de população coberta em seus estados varia de 21 a 42%.

A Bahia¹³, apesar de ter 60 municípios habilitados (maior número absoluto de cidades na região nordeste), só alcança 18% de cobertura populacional. Enquanto isso, Pernambuco, com apenas 20 municípios habilitados, consegue cobrir 91% da população. O nordeste tem três dos cinco estados/UF com melhor cobertura proporcional (PE, AL e CE), ao mesmo tempo em que tem dois dos cinco com pior resultado nesse quesito (PI e MA¹⁴).

Por sua vez, a região sudeste, que concentra a maioria de municípios habilitados do Brasil, sustenta apenas 40% de cobertura em SP e RJ; e 41% em MG. Apesar de MG e SP serem os estados com maior número absoluto de municípios habilitados do país (63 e 112, respectivamente), a cobertura ainda não vem dando conta nem de metade da população. O ES, só possuindo Vila Velha com a política habilitada e implementada (em dezembro de 2019), registra o pior índice de cobertura do país (2%). Nem a capital capixaba foi habilitada ainda.

Já os três estados da região sul, apesar de não figurarem entre os menos cobertos em termos de números absolutos de municípios com a política habilitada, possuem todos baixa cobertura (de 17 a 31%). Inclusive dois constam na lista dos piores cobertos proporcionalmente.

Dos 26 estados/UFs com a política ao menos habilitada, 24 não cobrem municípios suficientes para chegar sequer a 50% da população. Esse é um

¹¹ Documento enviado pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU), em resposta a solicitação feita pelos pesquisadores no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) no dia 07 de junho de 2020, através do protocolo nº 25820.004963/2020-10.

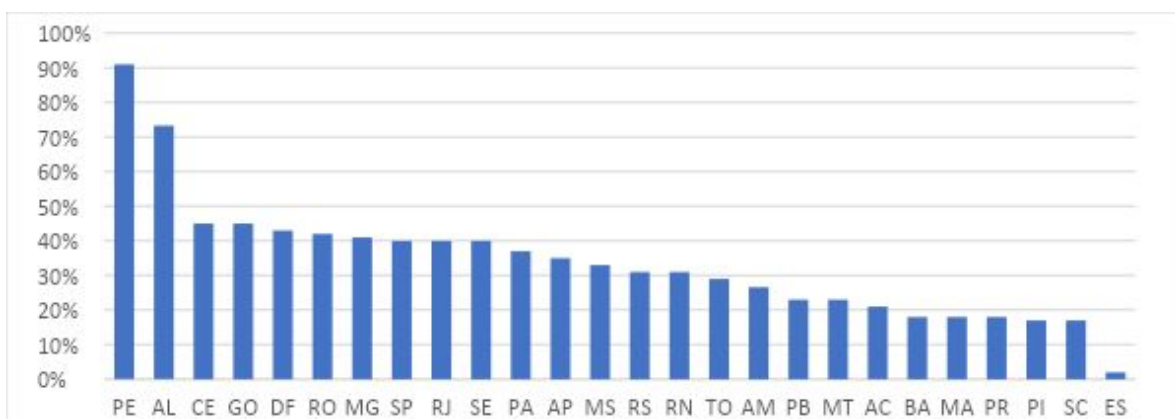
¹² Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil> Acesso em 05 jun. 2020.

¹³ Segundo o Portal Saúde no Ar, o programa foi implementado na Bahia desde 2012. Para implementar o serviço, o município deve aderir ao programa do Governo Federal e atender os critérios de implantação, como por exemplo, ter população igual ou superior a 20 mil habitantes, ter um hospital de referência e cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Disponível em: <https://www.portalsaudenoar.com.br/servico-de-atencao-domiciliar-qual-o-seu-futuro-na-bahia/> Acesso em 05 jun. 2020.

¹⁴ BA está empatada com MA em 5ª posição, porém ficou fora da contagem devido ao substancial maior número absoluto de municípios habilitados e equipes implementadas.

resultado insatisfatório em termos de avaliação da universalidade da política sob exame.

GRÁFICO 01 – Proporção da população brasileira coberta pelo programa AD Melhor em Casa.



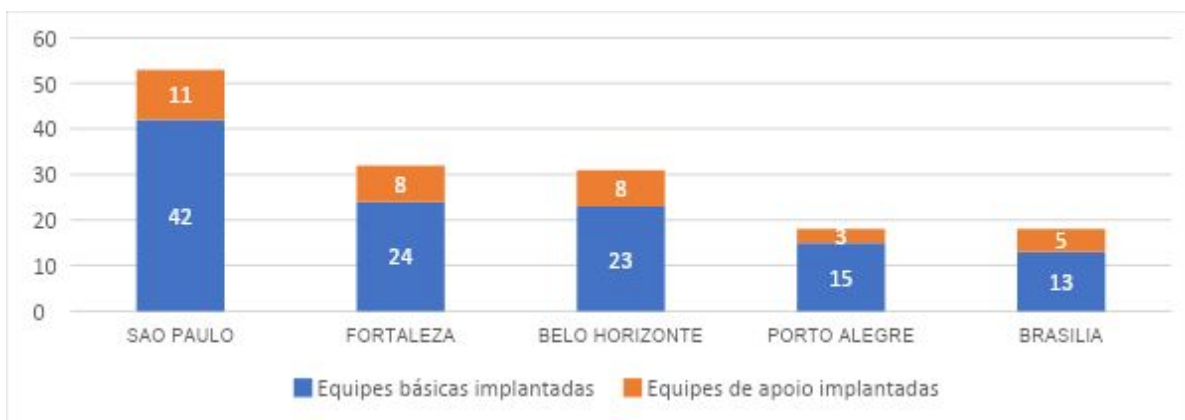
Fonte: elaboração própria a partir do documento “Planilha Demanda 3651389”¹⁵ e dos dados do IBGE sobre população estimada em 2019¹⁶.

Fica evidente, portanto, a baixa cobertura do programa AD Melhor em Casa em relação à população brasileira. Dentre os municípios habilitados, alguns sequer implantaram ainda as equipes para executar as ações do programa, desafiando o princípio da universalidade da saúde pública.

GRÁFICO 02 – Cinco municípios com o maior nº de equipes básicas e de apoio implantadas no programa AD Melhor em Casa.

¹⁵ Documento enviado pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU), em resposta a solicitação feita pelos pesquisadores no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) no dia 07 de junho de 2020, através do protocolo nº 25820.004963/2020-10.

¹⁶ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil> Acesso em 29 jun. 2020.



Fonte: elaboração própria a partir do documento “Planilha Demanda 3651389”¹⁷.

Mais dados sobre a execução da referida política não foram encontradas ou enviadas em resposta à provocação pelo e-sic. O Informativo da AD nº 03, de 04/2019, o mais recente divulgado pelo Ministério da Saúde, não traz, em seu corpo, nenhum dado quantitativo sobre a política. Em pesquisas nos sites do Ministério e do IBGE, não se encontram, tampouco, informações específicas sobre a implementação do programa AD Melhor em Casa.

No site oficial do programa, a última postagem intitulada “dados e informações” é de 13 de abril de 2018, com última atualização em 31 de maio de 2019. Contudo, o item não permite “clique” para acesso, não encaminhando o cidadão para nenhum dado ou informação de fato.¹⁸

Em busca pelas notícias relacionadas ao programa sob tela, o site oficial do Ministério da Saúde exibe apenas três¹⁹. A mais antiga, de 03 de outubro de 2018, versava sobre o I Simpósio Nacional para Gestores da AD. A segunda era de 10 de dezembro do mesmo ano, trouxe como título “Conheça os municípios contemplados para participar do Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar”. A mais

¹⁷ Documento enviado pelo DAHU, em resposta a solicitação feita pelos pesquisadores no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) no dia 07 de junho de 2020, através do protocolo nº 25820.004963/2020-10.

¹⁸ Conforme se vê em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa/735-acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar> Acesso em 07 jun. 2020.

¹⁹ Conforme se vê em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/noticias> Acesso em 07 jun. 2020.

recente, de 26 de março de 2020, publicou a prorrogação do prazo estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.654/2019.

O documento mais atual que consta no site oficial do programa é o OFÍCIO CIRCULAR Nº 1/2020/CGAHD/DAHU/SAES/MS²⁰, que justamente dá conta de prorrogar o prazo para implantação das equipes multiprofissionais de AD e equipes multiprofissionais de apoio habilitadas na Portaria GM/MS nº 3.654/2019, devido ao estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Considerando o indicador social como um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação das políticas públicas (CARLEY, 1985; MILES, 1985), seria ideal se as informações estivessem disponíveis ao público de forma organizada e com critérios claros, metodologicamente adequados à coleta e visualização de resultados.

Para seu emprego na pesquisa acadêmica ou na formulação e avaliação de políticas públicas o indicador social deve gozar uma série de propriedades. Além da sua relevância para discussão da agenda da política social, de sua validade em representar o conceito indicado e da confiabilidade dos dados usados na sua construção, um indicador social deve ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta, deve ser sensível a políticas públicas implementadas, específico a efeitos de programas setoriais, inteligível para os agentes e públicos-alvo das políticas, atualizável periodicamente, a custos factíveis, ser amplamente desagregável em termos geográficos, socio-demográficos e socioeconômicos e gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo. (JANNUZZI, 2002, p. 53)

Então, além de ser grave a violação à universalidade da saúde pública, também o é a inacessibilidade de dados sobre um serviço de saúde relevante como o programa AD Melhor em Casa, que poderia efetivar o direito à saúde para (estimados) milhões de brasileiros idosos e com dificuldades de mobilidade. Mediante o princípio da transparência e publicidade dos atos administrativos (MELLO, 2014), firmados no artigo 37 da Constituição (BRASIL, 1988), a Administração Pública precisa não só coletar os dados sobre suas políticas, como também disponibilizá-los à sociedade. Sem isso, mesmo que haja de forma eficiente

²⁰ Conforme se vê em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar> Acesso em 07 jun. 2020.

em relação à alocação dos recursos públicos, incorre em ilegalidade por não publicizar informações necessárias à sua fiscalização pela sociedade civil.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu da seguinte pergunta de pesquisa: em que medida a política de saúde Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa se adequa ao princípio da universalidade do SUS, especialmente em relação à população idosa? Para atingir o objetivo geral de responder a tal questionamento, traçou como objetivos específicos de pesquisa, primeiro, descrever a previsão legislativa da política em tela e, depois, verificar os dados concretos da sua execução. Esses objetivos foram cumpridos ao longo do capítulo 2.

A política AD – Melhor em Casa é relevante para atendimento de pessoas com dificuldade temporária ou permanente de chegar a postos de saúde, clínicas e hospitais. Parte desse público é composto por pessoas idosas, em cenário potencializado pelo isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19.

Utilizou-se abordagem qualitativa, adotando como técnicas metodológicas a revisão de literatura e a análise documental, especificamente da legislação e dados disponíveis em tabelas, gráficos e informativos governamentais.

Como resultado, verificou-se que a política em tela não se alinha ao princípio de universalidade do SUS, na medida em que cobre parcela pequena dos municípios e atende a diminuto percentual da população brasileira.

Esse déficit de atendimento potencialmente prejudica mais os idosos e as pessoas com dificuldades de mobilidade, contribuindo para seu não acesso aos serviços de saúde pública. Como a revisão bibliográfica constatou que entre os idosos o percentual de pessoas com tais dificuldades é considerável, há uma confluência de obstáculos para a efetivação do seu direito à saúde, ainda mais em cenário de isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19.

Cumprir destacar que o Estado brasileiro não vem divulgando os dados sobre esta política de AD de forma adequada nos moldes do que exigem as técnicas de gestão e avaliação de políticas públicas. Os critérios e categorias não são claros, a informação não está disponível nos sites oficiais de forma organizada e o que pode

ser encontrado dispõe-se de maneira incompleta e desatualizada. Os recortes temporais para a disponibilização dos documentos (relatórios, tabelas, gráficos etc.) não são alinhados entre si e há comentários vagos sobre resultados não publicados da política.

Foi necessário fazer uso do o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) e aguardar 20 dias para receber uma tabela contendo dados mais precisos e atualizados, já que não estavam disponíveis nos sites oficiais do governo.

Pode-se investigar, em desdobramentos futuros desta pesquisa, em que medida os fatores econômicos e a densidade demográfica contribuem para a maior ou menor adesão das unidades federativas a políticas de saúde como a AD Melhor em Casa. Outras investigações necessários dizem respeito ao campo empírico, para se verificar diretamente com os usuários do programa como ele vem se desempenhando em termos de eficácia nas unidades federativas onde esteja implantado.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, F. L. J. DOS S. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2991–3001, nov. 2012.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Nova Cultural, 1991.
- BRAGA, S. F. M. et al. As Políticas Públicas para os Idosos no Brasil: A Cidadania no Envelhecimento. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 5, n. 3, p. 94–112, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei 8.080/1990**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990 a.
- BRASIL. **Decreto 3.298/1990**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990 b.
- BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Senado Federal, 1994.
- BRASIL. **Decreto 3.298/1999**. Brasília, DF: Senado Federal, 1999.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Senado Federal, 2003.
- BRASIL. **Lei 12.527/2011**. Brasília, DF: Senado Federal, 2011.
- CARLEY, M. **Indicadores sociais: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 26 jun. 2020.
- IBGE. **Projeção de População**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 28 jun. 2020.
- JANNUZZI, P. D. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 36, n. 1, p. 51–72, 2002.
- MELLO, C. A. B. DE. **Curso de Direito Administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.
- MILES, I. **Social indicators for human development**. New York: St. Martin's Press, 1985.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. . 2006.
- ONU. **Declaração Universal de Direitos Humanos**. New York, 1948.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 211–224, jun. 1987.
- RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- REZEK, F. **Direito Internacional Público**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread**. Copenhagen: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>>. Acesso em 26 jun. 2020.