



CONHECIMENTO DOS IDOSOS COM RELAÇÃO AO DIREITO CONSTITUCIONAL DE ACESSO A SAÚDE

ADRIÉLI TIMM OLIVEIRA¹; LOURIELE SOARES WACHS²; PÂMELA MORAES
VOLZ³; MICHELE ROHDE KROLOW⁴; MARCIANE KESSLER⁵; ELAINE THUMÉ⁶

¹Universidade Federal de Pelotas 1 – adrielioliveira85@gmail.com 1

²Universidade Federal de Pelotas – louriele@gmail.com 2

³Universidade Federal do Rio Grande – pammi.volz@gmail.com 3

⁴Universidade Federal de Pelotas – michele-mrk@hotmail.com 4

⁵Universidade Federal de Pelotas – marciane.kessler@hotmail.com 5

⁶Universidade Federal de Pelotas – elaine.thume@gmail.com 6

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, que garantiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, o SUS teve sua criação através da Lei 8080/90 (FLEURY, 2009). Declarações internacionais foram fundamentais para o reconhecimento dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde (SOUZA e COSTA, 2010).

A conferência de Alma-Ata propôs a Atenção Primária a Saúde (APS) como modelo de organização do sistema de saúde a nível mundial, e reafirmou a saúde como direito fundamental humano (GIOVANELLA *et al*, 2019; MENDES, 2004; TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

A APS tem importante papel na redução das iniquidades de saúde, favorecendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. De acordo com a literatura, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta melhor desempenho em comparação ao modelo tradicional, promovendo qualidade da atenção primária, equidade no sistema de saúde e redução da vulnerabilidade na medida em que garante acesso às populações vulneráveis (THUMÉ *et al*, 2011; CHOMATAS *et al*, 2013; KESSLER *et al*, 2018; NASCIMENTO *et al*, 2016).

Com base nas informações acima, o objetivo deste trabalho é verificar o percentual de idosos que reconhecem seu direito constitucional de acesso a saúde e a associação da variável desfecho com a exposição à modelo de atenção (Tradicional/ ESF).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com dados oriundos de um recorte da pesquisa intitulada “Siga-Bagé”, realizada no período de setembro de 2016 a agosto de 2017. A amostra foi constituída a partir dos 1.593 idosos que participaram do estudo de linha de base em 2008 e reentrevistados em 2016/17 e que haviam respondido o questionário sem a necessidade de ajuda. O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, sob parecer 678.664.

Para avaliar o desfecho foi utilizada a questão: “A constituição Federal do Brasil garante o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado”, com cinco opções de resposta (Discordo totalmente = 0; Discordo = 1; Não concordo e nem discordo = 2; De acordo = 3; Totalmente de acordo = 4), na qual o idoso deveria optar por apenas uma alternativa. As variáveis independentes analisadas foram as sociodemográficas: sexo (feminino e masculino), idade em anos

completos (60 a 74 anos, 75 anos ou mais), cor da pele autorreferida (branca, preta/amarela/parda/indígena), classificação econômica segundo Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (A/B,C, D/E) e escolaridade em anos completos (nenhum, 1 a 7, 8 ou mais). Foi realizada análise descritiva e bivariada calculando os valores-p através do teste de exato de Fisher. Associação com valor $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas. A análise dos dados foi realizada no programa Stata 12.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 735 idosos entrevistados, foram excluídos 161 idosos por terem recebido ajuda para responder o questionário. A análise incluiu as respostas de 574 idosos, com perda de 23 respostas na afirmação sobre o conhecimento do direito constitucional do acesso à saúde ($n=551$). A amostra está apresentada de acordo com o modelo de atenção à saúde. Em ambos modelos de atenção a amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino, 63,9% na ESF e 68% na Tradicional; em relação a idade 87,8% na ESF tinham de 60 a 74 anos ou mais e na Tradicional 82,7%; A cor da pele branca foi autorreferida por 73,3% na área ESF e 85,2% na Tradicional; Quanto à classificação econômica, 39,7% dos idosos residentes na área ESF estavam na categoria D/E (menor classificação socioeconômica), dos entrevistados, 38,5% tinham 8 anos de estudo ou mais no modelo Tradicional, proporção que chegou a 16,2% na área sob cobertura da Saúde da Família.

Ao analisar a afirmação foi possível verificar o conhecimento sobre o preceito constitucional da saúde como direito e o grau de concordância dos idosos moradores das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e do modelo tradicional de atenção à saúde.

O percentual de idosos que discordaram totalmente foi baixo, independente do modelo de atenção e o percentual de total concordância foi maior entre os idosos do modelo tradicional de atenção (Tradicional=46,8%; ESF= 23,8%). Metade (50%) dos idosos das áreas da ESF concordaram com esta afirmação e destaca-se o maior percentual de idosos que nem concordaram e nem discordaram quando comparados aos idosos do modelo tradicional. (Figura 1).

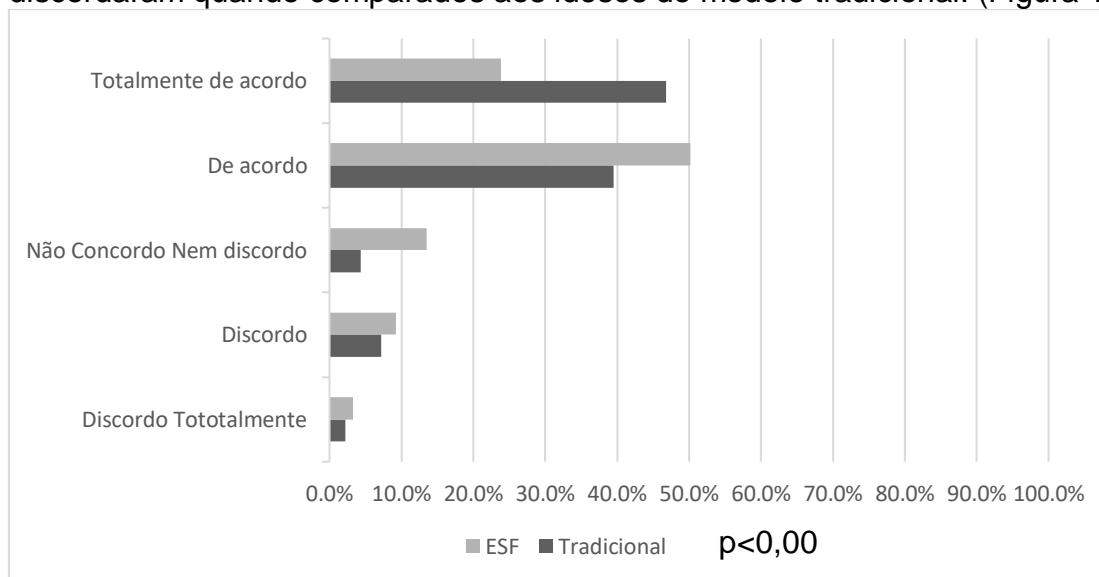


Figura 1: Percentual de concordância/discordância dos idosos sobre a saúde como direito Constitucional (ESF= 273; Tradicional=278). Estudo SIGa-Bagé, 2016/2017.



As respostas indicam conhecimento sobre o direito Constitucional do acesso à saúde, e se destaca maior segurança sobre esta afirmação entre os idosos que residiam nas áreas do modelo tradicional de atenção à saúde. Estudo realizado por Martins e Massarollo (2010), na cidade de São Paulo, obteve a perspectiva de que os idosos identificam terem seus direitos garantidos por lei, porem, por diversas ocasiões eles não são respeitados pelo próprio governo.

Pontes (2009) o ideal de garantia do princípio da universalidade está atrelado diretamente à experiência do indivíduo ao tentar utilizar os serviços de saúde do SUS, podendo ocasionar no subconsciente do indivíduo, a concepção de um serviço ruim e avaliações negativas. No mesmo estudo o autor relata que a satisfação do usuário com o Sistema Único de Saúde está associada à obtenção do acesso aos serviços de saúde e a utilização de serviços de alta complexidade, a insatisfação dos usuários, por sua vez, está associada com a demora no atendimento, fluxo de referência e contrarreferência e precariedade de algumas instituições (PONTES *et al*, 2009).

Estudo realizado em três estados (Bahia, Ceará e Sergipe) da região Nordeste do Brasil com profissionais e usuários da atenção básica, constatou uma fragilidade de conhecimento do direito à saúde e do controle social, ou seja, os usuários possuem uma tendência a se conformar com os problemas locais de saúde (apesar da insatisfação). Nesse caso, os usuários veem os problemas locais como aceitáveis se comparados a saúde anterior a implantação da ESF, e, além disso, mantém uma postura de gratidão aos avanços obtidos localmente, sem reconhecer que se trata de seus direitos (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, de modo a direcionar a assistência adequada ao indivíduo (BRASIL, 2013). Além de se dedicar a promover e proteger a saúde, auxiliar no diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, a AB se consolida com o objetivo de impactar na autonomia dos indivíduos, na sua situação de saúde e nos determinantes sociais. E neste sentido considerando o cuidado uma ação contínua, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além de exercer o desenvolvimento com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ser formadora de vínculo, resolutiva e exercendo seu principal papel, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2017).

De tal modo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa reorganizar o processo de trabalho na AB de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Utiliza-se de estratégias de expansão, qualificação e consolidação, ampliando e buscando gerar impacto na situação de saúde da população abrangida no território, além de propiciar uma relação positiva entre custos e efetividade, uma vez que deveria atuar firmemente na prevenção de agravos. Acredita-se que exista um fator importante para os idosos conhecerem seus direitos, a proximidade com os serviços de saúde e a educação em saúde.

4. CONCLUSÕES

Observa-se que os idosos demonstraram conhecimento em relação ao seu direito constitucional de acesso a saúde, no entanto, os idosos residentes na área do modelo tradicional se mostraram mais seguros em relação a concordarem/discordarem totalmente. Este fato torna-se intrigante pois sabe-se que os idosos residentes em áreas de estratégia de saúde da família em geral são



socioeconomicamente desfavorecidos, questiona-se o fato de existir uma possível relação entre escolaridade, renda e o conhecimento dos direitos. Acredita-se que este resultado contribua para conhecimento sobre a percepção dos idosos a respeito do direito constitucional de acesso a saúde, e ele possa estimular os profissionais a realizarem ações educativas de modo a fortalecer a saúde como direito fundamental.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.
- CHOMATAS, Eliane *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013.
- FLEURY, Sonia. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 35, n. 3, 2019.
- KESSLER, M. *et al.* A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1127–1135, 2018.
- MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 479-485, 2010.
- MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.
- NASCIMENTO, Leticia Do *et al.* Quality of Primary Health Care for children and adolescents living with HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.
- PONTES, Ana Paula Munhen de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.
- SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e sociedade**, v. 19, p. 509-517, 2010.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Edufba, 2006.
- THUMÉ, Elaine *et al.* The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary healthcare system. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 5, p. 868–874, 2011.
- TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 557-570, 2009.