

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

³ Universidade 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 a*, 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 à 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 (Tradisional=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).

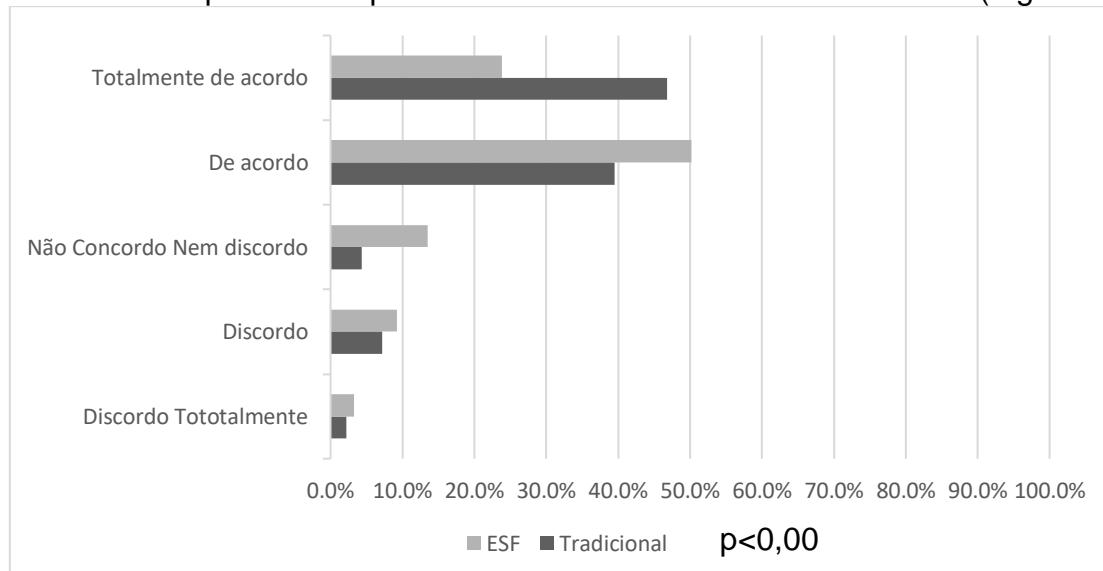


Figura 1: Percentual de concordância/descordância dos idosos sobre a saúde como direito Constitucional (ESF= 273; Tradicional=278). Estudo SIGa-Bagé, 2016/2017.

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 custosXefetividade, 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 area do modelo tradicional se mostraram mais seguros em relação a concordarem/discordarem totalmente. Este fato torna-se intrigante pois sabe que os idosos residentes em areas 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. Braziliansanitaryreform: dilemmas between the institutingand the institutionalized. **Ciencia& 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.* QualityofPrimary Health Care for childrenandadolescents 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. **Saude 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 utilizationof home carebytheelderly in Brazil'sprimaryhealthcare 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.