

CONHECIMENTO DOS IDOSOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE X DIREITO À SAÚDE

ADRIÉLI TIMM OLIVEIRA¹; LOURIELE SOARES WACHS², PAMELA MORAES VOLZ², KARLA PEREIRA MACHADO², SHAIANE SIEVERT HARTWIG², ELAINE THUMÉ³.

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

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

²*Universidade Federal de Pelotas - pammivolz@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - karlamachadok@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - shaianehartwig22@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – elainethume@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A palavra direito em sua essência se refere a um conjunto de normas para o convívio em sociedade, entre eles o direito à saúde, que se refere à garantia da saúde individual e pública (SARLET; FIGUEIREDO, 2019), no entanto, este encontra-se entre os direitos sociais mais difíceis de serem garantidos, apesar de ser um preceito constitucional enfrenta a barreira de desenvolvimento do Estado (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

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 (BRASIL, 1990). Declarações internacionais foram fundamentais para o reconhecimento dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde (SOUZA e COSTA, 2010; GIOVANELLA et al, 2019).

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 investigar o conhecimento dos idosos com relação ao Sistema Único de Saúde e o Direito à Saúde, em uma coorte de Idosos do Município de Bagé, RS, diferenciando os modelos de atenção básica.

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.

O desfecho foi avaliado através de oito questões e estratificado segundo modelo de atenção à saúde: “1) A constituição Federal do Brasil garante o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado?; 2) O cuidado de saúde é uma responsabilidade exclusiva de cada pessoa?; 3) O governo não tem responsabilidade no cuidado da saúde das pessoas?; 4) Ter plano de saúde é uma obrigação de todas as pessoas?; 5) Quem tem plano de saúde não tem direito de usar o SUS?; 6) O SUS foi proposto para atender apenas quem não tem plano de saúde?; 7) O SUS garante atendimento a todas as pessoas?; 8) O SUS só pode atender problemas de saúde mais graves?.” Todas as questões tiveram cinco opções de resposta: “discordo totalmente; discordo; não concordo e nem discordo; concordo; concordo totalmente, na qual o idoso deveria optar por apenas uma alternativa.

Foi realizada análise descritiva e bivariada calculando os valores-p através do teste de exato de Fisher. As associações com valor $p \leq 0,05$ foram consideradas estatisticamente significativas. A análise dos dados foi realizada no programa Stata 12.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 735 idosos entrevistados, 161 idosos foram excluídos 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 foi estratificada de acordo com o modelo de atenção à saúde.

Tabela 1: Percentual de concordância e discordância a respeito das afirmações.

Variáveis	Conhecimento dos idosos											
	Tradicional (n=278)						PSF (n=296)					
	DT	D	Não CD	C	CT	DT	D	Não CD	C	CT	N(%)	N(%)
A constituição Federal do Brasil garante o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado.	6 (2,2)	20 (7,2)	12 (4,3)	110 (39,5)	130 (46,8)	9 (3,3)	25 (9,2)	37 (13,5)	137 (50,2)	65 (23,8)		<0,001
O cuidado de saúde é uma responsabilidade exclusiva de cada pessoa.	9 (3,2)	17 (6,1)	16 (5,8)	108 (38,8)	128 (46,1)	6 (2,0)	24 (8,1)	27 (9,1)	155 (52,4)	84 (28,4)		<0,001
O governo não tem responsabilidade no cuidado da saúde das pessoas.	87 (31,3)	74 (26,6)	11 (3,9)	67 (24,1)	39 (14,0)	50 (16,9)	99 (33,4)	28 (9,5)	99 (33,4)	20 (6,8)		<0,001
Ter plano de saúde é uma obrigação de todas as pessoas.	50 (18,0)	62 (22,3)	14 (5,0)	113 (40,7)	39 (14,0)	31 (10,5)	87 (29,4)	37 (12,5)	111 (37,5)	30 (10,1)		<0,001
Quem tem plano de saúde não tem direito de usar o SUS.	57 (20,5)	104 (37,4)	22 (8,0)	71 (25,5)	24 (8,6)	44 (14,9)	117 (39,5)	23 (7,8)	91 (30,7)	21 (7,1)		>0,335
O SUS foi proposto para atender apenas quem não tem plano de saúde.	46 (16,5)	88 (31,6)	19 (6,9)	90 (32,4)	35 (12,6)	44 (14,9)	83 (28)	22 (7,4)	124 (41,9)	23 (7,8)		>0,101
O SUS garante atendimento a todas as pessoas	14 (5,0)	54 (19,4)	16 (5,8)	126 (45,3)	68 (24,5)	18 (6,1)	45 (15,2)	29 (9,8)	152 (51,3)	52 (17,6)		>0,059
O SUS só pode atender problemas de saúde mais graves.	124 (44,6)	110 (39,6)	8 (2,9)	29 (10,4)	7 (2,5)	74 (25)	118 (39,9)	22 (7,4)	63 (21,3)	19 (6,4)		<0,001

#valor de p obtido através do teste de exato de Fisher. DT: Discordo totalmente, D: Discordo, NÃO CD: Não concordo nem discordo, C: Concordo, CT: Concordo totalmente.

Ao analisar as afirmações foi possível verificar o conhecimento sobre o preceito constitucional da saúde como direito, a responsabilidade do governo 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. Foi observado que usuários dos serviços de saúde abrangidos pelo modelo tradicional de saúde possuem padrões de respostas mais favoráveis ao seu conhecimento do direito de utilizar o SUS e os serviços de saúde.

O conceito de saúde foi ampliado e passou a ser compreendido como um estado que engloba o bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças e/ou lesões, sendo observado que essa é diretamente influenciada por fatores socioeconômicos e psicossociais (OMS, 2006).

O Brasil consolidou-se como o único país capitalista na América Latina a oferecer um sistema público de saúde com princípio da universalidade desde a promulgação do SUS após a Constituição Federal de 1988, a saúde sendo reconhecida como direito da população trouxe importantes avanços (GIOVANELLA *et al*, 2018), no entanto verifica-se neste estudo que ao mesmo tempo em que a população idosa acredita que o cuidado em saúde é uma responsabilidade exclusiva de cada pessoa, também acredita que o governo possui responsabilidade.

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 de se conformar com os problemas locais de saúde (apesar da insatisfação) como aceitáveis se comparados à 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). A ESF por ser um serviço de saúde com vínculo com a comunidade possui uma excelente ferramenta de disseminação de informações, para a efetivação da saúde na prática faz-se necessário que a população participe ativamente, seja associação de moradores do bairro, seja nas Conferências de Saúde, e é nesse sentido que a ESF por estar próxima deve estimular seus usuários a participarem desses espaços.

4. CONCLUSÕES

Foi observado que os idosos que residem nas áreas abrangidas pelo modelo tradicional apresentaram respostas mais favoráveis com relação ao conhecimento de seu direito à saúde e acesso aos serviços de saúde. Por fim este estudo vem a contribuir com o sistema de saúde local, mostrando que apesar de passados 30 anos da promulgação do SUS, existe ainda uma desinformação de como esse sistema acontece, identificando a necessidade dos serviços que estão mais próximos da comunidade estar os informando e estimulando os usuários a ocuparem os espaços de luta para assegurar os direitos garantidos por lei.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília 20 set.1990.

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.
- BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os 45 desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 249-260, 2012.
- 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.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1763-1776, 2018.
- 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.
- NASCIMENTO, Letícia 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.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45^a edição, outubro de 2006.
- SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. 2019.
- 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.
- THUMÉ, Elaine et al. The utilization of home carebytheelderly 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.