



CONHECIMENTO DOS IDOSOS A RESPEITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO SIGA-BAGÉ

Adriéli Timm Oliveira*
Louriete Soares Wachs**
Michele Rohde Krolow***
Karla Pereira Machado****
Pâmela Moraes Volz*****
Carolina Thumé Braga*****
Elaine Thumé*****

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento sobre Sistema Único de Saúde e Direito à Saúde no modelo tradicional e na Saúde da Família, em uma coorte de idosos do município de Bagé, Rio Grande do Sul. **Método:** estudo transversal, realizado com idosos residentes na área de abrangência dos serviços de atenção básica à saúde na área urbana de Bagé. Nas análises foi realizado o teste estatístico exato de Fisher. **Resultados:** na afirmação sobre a garantia constitucional ao acesso à saúde, 46,8% dos idosos de áreas do modelo tradicional e 23,8% dos idosos residentes em áreas de atenção da ESF estavam totalmente de acordo. Acesso aos serviços de saúde foi verificado na afirmação “o Sistema Único de Saúde deve atender todas as pessoas”, 24,5% dos idosos da área tradicional concordaram totalmente e na área da ESF 17,6% concordaram totalmente. Foi observado ainda um padrão de idosos que não souberam opinar, sendo um número expressivo na área ESF. **Considerações finais:** a análise do conhecimento dos idosos sobre o SUS pode contribuir para a implementação de ações educativas, de modo a fortalecer à saúde como direito fundamental.

Palavras-chave: Idoso. Direito à saúde. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde. Acesso universal aos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A conferência de Alma-Ata que ocorreu no final da década de 70, após uma série de conferências organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) propôs a Atenção Primária à Saúde (APS) como modelo de organização do sistema de saúde a nível mundial, e reafirmou a saúde como direito fundamental humano ⁽¹⁾. No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista alcançada pelo movimento da Reforma Sanitária que garantiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal (CF), promulgada em 1988 ⁽²⁾.

O preceito constitucional da saúde como

direito de todos e dever do Estado, necessita da implementação de políticas sociais e econômicas que reduzem a ocorrência de doenças e agravos, garantem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, de modo a promover a equidade e diminuição das desigualdades sociais históricas ⁽³⁾.

As redes complexas de prestadores e compradores de serviços que formam o sistema de saúde brasileiro promovem uma combinação público-privada com três subsectores: o público, em que os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o privado (com fins lucrativos ou não)

*Enfermeira. Mestranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: adrielioliveira85@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-1174-3569.

**Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: louriete@gmail.com. ORCID ID: 0000-0001-5532-1483.

***Enfermeira. Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: michele-mrk@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0002-7518-7039.

****Nutricionista. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: karlamachadok@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-1765-1435.

*****Cientista Social. Doutora em Enfermagem, Assistente de Pesquisa do Departamento de Medicina Social da UFPEL, Pelotas, RS. E-mail: pammi.volz@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-8548-7190.

*****Bacharela em Direito. Especialista em Direito do Estado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: carolinabraga11@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-4245-1929

*****Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFPEL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elainethume@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-1169-8884.

que são serviços financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais⁽⁴⁾.

A APS tem importante papel na redução das iniquidades de saúde, favorecendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. Segundo a literatura, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), de modo geral, apresenta melhor desempenho em comparação ao modelo tradicional, promovendo a qualidade da atenção primária, equidade no sistema de saúde e a redução da vulnerabilidade, na medida em que garante o acesso às populações pobres⁽⁵⁻⁹⁾.

No Brasil, a APS está organizada em dois modelos de Unidades Básicas de Saúde (UBS), as tradicionais voltadas a atender a demanda momentânea da comunidade, geralmente estão alocadas em áreas de melhor índice socioeconômico, e as UBS do modelo ESF que voltam seus atendimentos às ações programáticas e contam com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes. As ESF apresentam melhorias de acesso e são importantes formadoras de vínculo do serviço de saúde com a comunidade, em geral a ESF está alocada em regiões de maior vulnerabilidade social, visando garantir que essas populações sejam assistidas⁽¹⁰⁾.

A ESF, é referência para a aplicação dos princípios do SUS e uma forma de se contrapor ao modelo biomédico de cuidado voltado as ações curativas. A APS é a porta de entrada preferencial do SUS, visando à promoção e prevenção, orientada com os princípios da longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado ao longo do tempo.⁽¹¹⁾

Sabe-se que as características sociais e econômicas, os chamados determinantes sociais de saúde, estão fortemente atreladas ao processo saúde-doença⁽⁹⁾. Apesar da garantia em lei do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, reconhecem-se as inúmeras desigualdades no SUS e na consolidação da ESF⁽¹²⁾. Este estudo se faz relevante para fomentar discussões sobre a temática, a fim de disseminar a premissa da saúde como direito fundamental do ser humano.

O objetivo deste artigo é investigar o

conhecimento sobre Sistema Único de Saúde e Direito à Saúde, no modelo tradicional e na Saúde da Família, em uma coorte de Idosos do Município de Bagé, Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, na área de abrangência dos serviços de APS, com os idosos participantes do estudo de coorte SIGa-Bagé, com dados do acompanhamento realizado em 2016/2017.

Bagé é um município situado no sul do estado do Rio Grande do Sul (RS), de acordo com o último censo de 2010, contava com uma população de 116.794 pessoas, destes, 83,7% moravam na zona urbana do município. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Bagé em 2010 era de 0,740, que o caracteriza como alto, e a dimensão que mais contribuiu para esse índice foi a Longevidade. A expectativa de vida ao nascer era em média de 70,68 anos. Em Bagé, 3,34% da população vive em extrema pobreza⁽⁷⁾.

Em 2008, ano da realização do estudo de linha de base, o sistema municipal de saúde era formado por 20 UBS localizadas na zona urbana do município, 15 eram Unidades Saúde da Família (USF) e cinco Unidades Básicas Tradicionais. A amostra foi composta respeitando a área de abrangência das UBS, sendo divididas em microáreas e bairros, o ponto de início para localização dos domicílios foi definido aleatoriamente através de sorteio. Demais informações sobre critérios e seleção da amostra, vide macroestudo⁽¹³⁾.

Foram excluídos das análises, os idosos que receberam ajuda para responder o questionário. Foram entrevistados 735 idosos no total, deste, 161 receberam ajuda parcial ou total para responder o questionário e, por isso, foram retirados das análises. A coleta de dados do segundo acompanhamento, foi realizada por entrevistadores treinados, no período de setembro de 2016 a agosto de 2017, no próprio domicílio do idoso, utilizando-se dispositivo eletrônico Personal Digital Assistant (PDA).

O desfecho “Conhecimento dos idosos sobre o Sistema Único de Saúde e o direito à saúde” foi investigado por meio da operacionalização de oito frases afirmativas, sendo elas: 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.

Estas apresentavam cinco opções de respostas (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 incluídas foram: demográficas, socioeconômicas, morbidades e situação de saúde: Sexo (feminino e masculino), idade (68 a 74 anos, 75 anos ou mais), cor da pele autorreferida (branca, preta/parda/amarela/indígena), escolaridade em anos completos (nenhum, 1 a 7, 8 ou mais), classificação econômica segundo Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) - (A/B, C, D/E), aposentado (a) (sim ou não), situação conjugal (solteiro casado, viúvo separado/divorciado), plano privado de saúde ou convênio (sim ou não), autopercepção de saúde (ótima/boa, regular, péssima/ruim).

Inicialmente foi realizada análise descritiva para caracterizar a amostra, e posteriormente bivariada para analisar a relação do desfecho com a exposição aos modelos de atenção

(tradicional/ESF), por meio do teste de exato de Fisher de heterogeneidade e adotado nível de significância de 5%. As análises dos dados foram realizadas no programa estatístico Stata 12.0 (StataCorp/College, Estados Unidos).

O estudo possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), aprovado sob parecer 678.664 em 29 de maio de 2014, conforme os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sob registro na plataforma Brasil CAAE: 31497314000005317.

RESULTADOS

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 composta majoritariamente pelo sexo feminino em ambos modelos de atenção à saúde, a cor da pele branca foi autorreferida por 73,3% na área ESF e 85,2% na Tradicional. 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 ESF. Quanto à classificação econômica, 39,7% dos idosos residentes na área ESF estavam na categoria D/E (menor classificação socioeconômica), aproximadamente 80% dos idosos eram aposentados em ambos modelos de atenção à saúde e 26,7% tinham plano de saúde na área de ESF e 50% no modelo tradicional, conforme (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra populacional de idosos conforme características demográficas, socioeconômicas e modelo de atenção, Bagé, 2017 (n = 574).

Variável	N			
	ESF	%	Tradicional	%
Sexo				
Masculino	107	36,1	89	32
Feminino	189	63,9	189	68
Idade				
68 a 74 anos	260	87,8	230	82,7
75 ou mais	36	12,2	48	17,3
Cor da pele				
Branca	218	73,3	237	85,2
Preta, parda, amarela, indígena	78	26,7	41	14,8
Escolaridade				
Nenhuma	62	21	27	9,7
1 a 7 anos de estudo	186	62,8	144	51,8
8 anos ou mais	48	16,2	107	38,5
Classificação socioeconômica (n=572)*	n=295		n=277	
A/B	62	21	127	45,8

C	116	39,3	100	36,1
D/E	117	39,7	50	18,1
Aposentadoria (n=572)*	n=295		n=277	
Sim	244	82,7	215	77,6
Não	51	17,3	62	22,4
Situação conjugal				
Com companheiro/casado	175	59,1	147	52,9
Sem companheiro/solteiro	29	9,8	31	11,1
Separado	26	8,8	18	6,5
Viúvo	66	22,3	82	29,5
Plano privado de saúde				
Sim	79	26,7	139	50
Não	217	73,3	139	50
Autoavaliação de saúde (n=571)**	n= 293		n=278	
Ótima/Boa	185	63,1	183	65,8
Regular	92	31,4	82	29,5
Péssima/Ruim	16	5,5	13	4,7
Total	574		100	

Fonte: Estudo SIGa-Bagé, 2017. Pelotas, 2021.

*Perda de duas respostas; **Perda de três respostas.

Na Tabela 2, estão apresentados os percentuais de idosos discordantes e concordantes com as afirmações acerca do SUS e do direito à saúde. Destaca-se nos resultados o importante percentual de idosos que não soube opinar perante as afirmações a eles apresentadas, sendo praticamente o dobro de idosos que não souberam opinar na área da ESF quando comparados com idosos do modelo tradicional.

Na afirmação à respeito da saúde como um direito constitucional, foi encontrado um baixo percentual de idosos que discordaram totalmente, independente do modelo de atenção. O percentual de total concordância foi maior entre os idosos do modelo tradicional de atenção (tradicional=46,8%; ESF= 23,8%). Metade dos idosos das áreas da ESF concordaram com esta afirmação, destaca-se o maior percentual de idosos que nem concordaram e nem discordaram quando comparados aos idosos do modelo tradicional.

Ao afirmar para os idosos que o cuidado em saúde é uma responsabilidade exclusiva de cada indivíduo, 46,1% dos idosos do modelo tradicional concordaram totalmente, e na área da ESF 28,4%. Quando afirmado que o governo não tem a responsabilidade no cuidado dos indivíduos, 1,3% dos idosos do modelo tradicional e 16,9% dos

idosos da área da ESF discordaram totalmente. Na afirmação a respeito do SUS ter sido proposto para atender apenas os indivíduos que não possuem plano privado de saúde, observa-se 31,6% dos idosos do modelo tradicional e 28,0% na área da ESF discordando dessa afirmação, não apresentando diferença estatística quando comparados os modelos de atenção. Sobre a obrigatoriedade de possuir plano de saúde privado, 18% dos idosos residentes no modelo de atenção à saúde tradicional discordaram totalmente, e para essa mesma categoria, nas áreas da ESF 10,5%. Quando afirmado “quem tem plano de saúde não tem direito de usar o SUS”, 37,4% dos idosos do modelo tradicional discordaram e na área de ESF 39,5% dos idosos.

O acesso ao sistema de saúde, verificado na afirmação que o SUS garante atendimento a todas as pessoas, observa-se que 24,5% dos idosos do modelo tradicional concordaram totalmente, e na área da ESF 17,6%. O princípio da integralidade no SUS foi representado pela afirmação “O SUS só pode atender problemas de saúde mais graves”. A respeito da complexidade dos problemas atendidos no Sistema Único de Saúde, 44,6% dos idosos do modelo tradicional discordam totalmente, e na área ESF 25,0%.

Tabela 2. Percentual de idosos discordantes ou concordantes com as afirmações acerca do SUS e do direito à saúde, em uma coorte de idosos no município de Bagé em 2016/2017.

	TRADICIONAL (N=278)					PSF (N=296)					valor p					
	DT		D		NCD		C		CT							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
A CFB garante o acesso à	6	(2,2)	20		12		110		130	9	(3,3)	25	37	137	65	<0,001

saúde como direito de todos e dever do Estado.*	(7,2)	(4,3)	(39,5)	(46,8)	(9,2)	(13,5)	(50,2)	(23,8)			
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 (28,0)	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 (25,0)	118 (39,9)	22 (7,4)	63 (21,3)	19 (6,4)	<0,001

*Teste estatístico exato de Fisher de heterogeneidade, $p < 0,005$ foram considerados significativos.

*n=551 / PSF (n=273)

DT: Discordo totalmente; D: Discordo; NCD: Não concordo nem discordo; C: Concordo; CT: Concordo totalmente. Fonte: Estudo SIGa-Bagé, 2017. Pelotas, 2021. *Perda de 23 respostas na afirmação acerca da Constituição Federal do Brasil.

DISCUSSÃO

As respostas indicam que os idosos possuem 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.

O Brasil consolidou-se como o único país capitalista na América Latina a ofertar um sistema público de saúde com princípio da universalidade, desde a promulgação do SUS após a Constituição Federal de 1988⁽⁶⁾.

Estudo realizado no Distrito Federal com 14 idosos refere que estes se mostraram satisfeitos com os serviços da ESF. A ESF apresenta potencialidades no cuidado pela formação de vínculo e escuta qualificada⁽¹⁴⁾. A satisfação dos usuários do SUS, está associada a obtenção do acesso aos serviços de saúde, a utilização de serviços de alta complexidade, e com o recebimento de visita domiciliar. E a insatisfação está associada com a demora no atendimento, fluxo de referência e contra referência e precariedade de algumas instituições⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, observa-se que nas afirmações sobre a responsabilidade do cuidado, quase a metade dos idosos do modelo tradicional,

apresentaram concordância total que o cuidado é uma responsabilidade exclusiva de cada pessoa, mas quando afirmado que o governo não tem responsabilidade no cuidado da saúde dos indivíduos, ocorreu a discordância. Percebe-se que grande parte dos idosos, apesar de reconhecerem que possuem o direito a acessar os serviços de saúde, ainda pensam que a responsabilidade de cuidado à saúde é exclusiva de cada indivíduo e apenas parte destes reconhece a responsabilidade do governo. Salienta-se que desde 2011 está publicada a carta dos direitos dos usuários da saúde, no entanto com pouca divulgação e repasse de informações para a população.

Observando o padrão de respostas dos participantes, emerge uma problemática, as respostas apontam para a direção de que os idosos não estão reconhecendo a responsabilidade que o governo deveria ter em relação ao acesso aos serviços de saúde. É possível que parte dos idosos pensem a saúde somente na ausência de doenças, sem reconhecer as demais dimensões inseridas na saúde, como: lazer, acessibilidade, inclusão, moradia, alimentação, dignidade, fatores intrínsecos para o bem-estar.

Outra problemática levantada é a de os participantes responderem que é uma obrigatoriedade se ter plano privado de saúde. No território nacional, pesquisa realizada em 2015, estima que 49,1% da população seja coberta por algum plano privado de saúde⁽¹⁶⁾. Como esperado, a lógica do mercado privado é o lucro, desta forma, os idosos e doentes crônicos acabam sendo de certo modo excluídos do sistema pelo fato de onerar mais custos ao mesmo, implicando em sua migração ao SUS, ou a judicialização para fazer valer o seu direito⁽¹⁷⁾. A crítica a este funcionamento ocorre pelo fato de que o idoso acaba entrando no sistema apenas sob uma ótica curativa, desmantelando a idealização das ações de prevenção à agravos de saúde, onde muitas das vezes esse irá acessar o SUS de outras formas, e não pela APS, norteadora do cuidado do indivíduo.

Bagé, possui uma expressiva presença do exército militar, podendo influenciar o quantitativo de indivíduos cobertos por planos privados de saúde, fazendo-se necessário uma análise mais específica sobre o perfil de idosos que fazem uso da rede privada, e como esse uso pode contribuir para a geração de iniquidades em saúde.

De tal modo, a 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 versus efetividade, uma vez que deveria atuar firmemente na prevenção de agravos.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, de modo a direcionar a assistência adequada ao indivíduo⁽¹⁸⁾. Além de se dedicar a promover e proteger a saúde, auxiliar no diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, a APS se consolida com o objetivo de impactar na autonomia dos indivíduos, bem como sua situação de saúde e nos determinantes sociais. E neste sentido, considerando o cuidado uma ação contínua, a APS 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, resolutive e exercendo seu principal papel, coordenar o cuidado e ordenar as redes⁽¹⁹⁾.

Foi observado um fator de repetição nas respostas dos idosos não opinantes da área da ESF, quando comparados com os idosos da área tradicional, os idosos residentes nas áreas de ESF eram o dobro. Chama-se atenção para este fato, pois idosos residentes em áreas de ESF geralmente dispõem de menos recursos e utilizam mais os serviços de saúde do SUS, porém não souberam manter um posicionamento.

A pesquisa nos mostra que idosos residentes nas áreas cobertas pela ESF estão nas menores categorias de renda e frequentaram a escola durante menor período, este fato é intrigante pois, não buscamos associação direta com as variáveis desfecho, no entanto os resultados apontam para uma possível associação. Os achados deste estudo fornecem subsídios para importantes discussões, contribuindo com o sistema de saúde local, mostrando que apesar de passados mais de 30 anos da promulgação do SUS, existe ainda uma desinformação de como esse sistema acontece.

Identifica-se a necessidade dos serviços que estão mais próximos da comunidade estarem informando e estimulando os usuários a ocuparem os espaços de luta para assegurar os direitos garantidos por lei, conforme o que consta na carta dos direitos dos usuários do SUS, que pontua os princípios para a garantia do acesso universal às ações e serviços visando a promoção, proteção e recuperação da saúde⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo apresenta a opinião dos idosos em relação ao SUS, sendo verificada diferenças estatísticas significativas quando comparados os modelos de Atenção Básica à saúde nas afirmações: a constituição Federal do Brasil garante o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado; o cuidado de saúde é uma responsabilidade exclusiva de cada pessoa; o governo não tem responsabilidade no cuidado da saúde das pessoas; ter plano de saúde é uma obrigação de todas as pessoas; o SUS só pode atender problemas de saúde mais graves.

Foi observado que os idosos que residem nas áreas cobertas pelo modelo tradicional, apresentaram respostas mais favoráveis com relação ao conhecimento de seu direito à saúde e acesso aos serviços de saúde. Os estudos utilizados para discussão, indicam forte relação entre conhecimento sobre os direitos e escolaridade, no entanto esta análise não foi realizada em nosso estudo. Entretanto, ao olharmos as respostas sobre o direito à saúde ser um preceito constitucional, idosos das áreas do modelo tradicional de atenção tiveram maior

percentual de concordância, nestas áreas a escolaridade também é maior.

Sugere-se que, sejam realizadas novas análises a fim de verificar a relação dos fatores socioeconômicos com o conhecimento dos direitos, sendo essa uma lacuna do presente artigo, bem como novas pesquisas visando identificar questões relacionadas a educação permanente dos profissionais atuantes na APS. Ressalta-se que a generalização destes achados para outras realidades pode não ser aplicável.

OLDER ADULTS' KNOWLEDGE ABOUT THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: SIGA-BAGÉ STUDY

ABSTRACT

Objective: to investigate knowledge about the Unified Health System and the Right to Health in the traditional model and in Family Health, in a cohort of older adults in the city of Bagé, Rio Grande do Sul. **Method:** a cross-sectional study, carried out with older adults residing in the area covered by Primary Health Care services in the urban area of Bagé. Fisher's exact statistical test was used in the analyses. **Results:** in the statement about the constitutional guarantee of access to health, 46.8% of older adults in areas of the traditional model and 23.8% of older adults residing in areas covered by FHS were in full agreement. Access to health services was verified in the statement "the Brazilian Health System should assist all people"; 24.5% of older adults in the traditional area totally agreed and in the FHS area; 17.6% strongly agreed. A pattern of older adults who did not know how to give an opinion was also observed, with a significant number in the FHS area. **Final considerations:** the analysis of older adults' knowledge about the SUS can contribute to the implementation of educational actions, in order to strengthen health as a fundamental right.

Keywords: Aged. Right to health. Primary health care. Unified Health System. Universal access to health care services.

CONOCIMIENTO DE LOS ANCIANOS ACERCA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: ESTUDIO SIGA-BAGÉ

RESUMEN

Objetivo: investigar el conocimiento sobre Sistema Único de Salud y Derecho a la Salud en el modelo tradicional y en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en una cohorte de ancianos del municipio de Bagé, Rio Grande do Sul-Brasil. **Método:** estudio transversal, realizado con ancianos residentes en el área de cobertura de los servicios de atención básica a la salud en el área urbana de Bagé. En los análisis se realizó la prueba estadística exacta de Fisher. **Resultados:** en la afirmación sobre la garantía constitucional al acceso a la salud, el 46,8% de los ancianos de áreas del modelo tradicional y el 23,8% de los ancianos residentes en áreas de atención de la ESF estaban totalmente de acuerdo. El acceso a los servicios de salud fue verificado en la afirmación "el Sistema Único de Salud debe atender a todas las personas", el 24,5% de los ancianos de la zona tradicional estuvo de acuerdo totalmente y en el área de la ESF el 17,6% estuvo de acuerdo totalmente. Se observó también un patrón de ancianos que no supieron opinar, siendo un número expresivo en el área ESF. **Consideraciones finales:** el análisis del conocimiento de los ancianos sobre el SUS puede contribuir para la implementación de acciones educativas, de modo a fortalecer a la salud como derecho fundamental.

Palabras clave: Anciano. Derecho a la salud. Atención primaria de salud. Sistema Único de Salud. Acceso universal a los servicios de salud.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Buss, P. M., Fleury, S., Gadelha, C. A. G., Galvão, L. A. C., & Santos, R. F. D. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saúde pública*, 35, e00012219.
2. Souza, L. E. P. F. D., Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L.,

Guimarães, R., Almeida-Filho, N. D., ... & Azevedo-e-Silva, G. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2783-2792.

3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988.

4. Carnut L, Pires JS de M, Mendes ÁN. A persistência neoclássica no estudo sobre o subsistema privado de saúde no Brasil [Internet]. *Estado, trabalho e políticas públicas*. 2020 ;(25): 1-25.[citado 2023

- maio 01] Available from: https://enep.sep.org.br/uploads/1265_1583639570_Artigo_-_Produ%C3%A7%C3%A3o_do_conhecimento_em_economia_pol%C3%ADtica_sobre_planos_de_saude_-_Com_autoria_pdf_ide.pdf
5. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Apr;25(4):1181–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
6. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde debate* [Internet]. 2019;43(spe5):15–28. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
8. Chazan CP da S, Dias-da-Costa JS. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. *Cad saúde colet* [Internet]. 2021Jan;29(1):98–109. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010362>
9. Kessler M, Lima SBS de, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019Mar;32(2):186–93. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-01942019000026>
10. Corrêa, D. S. R. C., Moura, A. G. D. O. M., Quito, M. V., Souza, H. M. D., Versiani, L. M., Leuzzi, S., ... & Macinko, J. (2019). Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2031-2041. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08802019.
11. Lucena, A. C. R. M., da Silva Rêgo, A., Charlo, P. B., da Silva Rodrigues, T. F. C., Salci, M. A., Radovanovic, C. A. T., & Carreira, L. (2021). Desempenho dos serviços da atenção primária à saúde: satisfação das pessoas com hipertensão. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 20. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v20i0.53086
12. Viacava F, Porto SM, Carvalho C de C, Bellido JG. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Jul;24(7):2745–60. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>
13. Thumé, E., Kessler, M., Machado, KP et al. Estudo de coorte de envelhecimento de Bagé (SIGa-Bagé), Brasil: perfil e metodologia. *BMC Public Health* 21 , 1089 (2021). DOI: 10.1186/s12889-021-11078-z
14. Sacco, R. D. C. C., Assis, M. G., Magalhães, R. G., Guimarães, S. M. F., & Escalda, P. M. F. (2020). Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Saúde em Debate*, 44, 829-844. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012618>.
15. Furlanetto D de LC, Lima A de A de, Pedrosa CM, Paranaçuá TT de B, Xavier MF, Silva AKP da, et al.. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020May;25(5):1851–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>
16. Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Vieira Neto, E., Curci, K. A., Pasinato, M. T. D. M., Lisbôa, R. M., ... & Freitas, M. I. F. D. (2020). Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2973-2983. DOI: 10.1590/1413-81232020258.32762018
17. Chrizostimo, R. M. A judicialização na saúde suplementar: uma análise documental normativa e judicial. 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.
18. 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.
19. 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.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Endereço para correspondência: Adriéli Timm Oliveira. Estrada Colônia Picada Flor, sn, Turuçu, Rio Grande do Sul, CEP 96148-000. 53 991562913, E-mail: adrielioliveira85@gmail.com .

Data de recebimento: 02/12/2022

Data de aprovação: 16/05/2023