

O Direito ao Acesso e à Utilização dos Serviços de Saúde na População Idosa Brasileira

BRAGA, Carolina Thumé¹; DILÉLIO, Alitéia Santiago²; FACCHINI, Luiz Augusto³

¹Universidade Católica de Pelotas / Direito; Bolsista PIBIC/CNPQ.

E-mail: carolinabraga11@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas Doutoranda em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social.

E-mail: aliteia@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social. E-mail: luizfacchini@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 declarou em seu artigo 196 a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para tanto, divide esta responsabilidade entre as suas respectivas esferas Federal, Estadual e Municipal com responsabilidades divididas entre as esferas Federal, Estaduais e Municipais (Brasil, 1988). A norma Constitucional foi regulamentada pela Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seu artigo primeiro, a Lei regula as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Em seu artigo segundo, afirma que a saúde é um Direito fundamental, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Brasil, 1990). No artigo terceiro, é afirmado que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Brasil, 1990)

Portanto, este trabalho tem como objetivo investigar a garantia fundamental relacionada ao acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população idosa, positivada pela Carta Magna. Para tanto, foram utilizados os dados obtidos através do Projeto AQUARES – Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: Acesso e Qualidade da Atenção, realizado em 100 municípios das cinco regiões do Brasil.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O trabalho de campo do Projeto AQUARES foi realizado no período de 04 de agosto de 2008 a 04 de abril de 2009, através de um estudo transversal de base populacional. Este tipo de estudo é adequado para diagnosticar de forma rápida a prevalência de desfechos de interesse à saúde e, é indicado para subsidiar os gestores com informações de interesse no planejamento de políticas e ações de saúde que atendam às necessidades da população (Des Jarlais e col, 2004).

Este trabalho descreve as variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele), socioeconômicas (situação conjugal, classe social de acordo com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, renda *per capita* em salários mínimos,

escolaridade) e o acesso e a utilização de serviços de saúde, avaliados através da ocorrência de sinais, sintomas e síndromes comuns que ocorreram nos três meses ou um ano anteriores à entrevista (dor muito forte; falta de ar ou dificuldade para respirar; febre e perda súbita da consciência). Também foi avaliado o percentual de participação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas internações hospitalares, do atendimento no pronto-socorro e domiciliar, atendimento por médico e por outro profissional de saúde que não o médico.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, conforme ofício 152/07.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 6.624 idosos, dentre estes 8% residiam na região Norte, 25% na região Nordeste, 35% na região Sudeste, 22% na região Sul e 10% na região Centro-Oeste. Do total da amostra, a maioria era mulheres (59%), tinha entre 70 e 79 anos de idade (34%) e 42% declarou ser de pele morena e 40% de cor branca. Dentre eles, 51% era casado e 31% viúvo. Foi observada uma baixa proporção de famílias classificadas nas classes “A” (2%) e “E” (5%), os extremos da escala da ABEP, sendo que a maior parte pertencia a famílias da classe “C” (42%). A renda familiar *per capita* inferior a 0,52 salários mínimos mensais foi observada em 25% dos entrevistados e metade da amostra teve renda *per capita* inferior ou igual a um salário mínimo. A proporção de idosos sem nenhum ano de escola completo foi de 38%, outros 37% tinha entre um e quatro anos e 13% tinha entre cinco e oito anos de estudo.

As prevalências de idosos que necessitaram buscar um atendimento de saúde para os sinais e sintomas estudados mostraram variação entre 30% (falta de ar) e 55% (perda súbita da consciência). As prevalências relativas ao recebimento da atenção variaram de 85% (dor muito forte) a 91% (perda súbita da consciência) (Tab.1).

Tabela 1. Necessidade de saúde, demanda potencial de atendimento e utilização de serviços em idosos de 60 anos e mais que apresentaram sinais e sintomas estudados (n = 6.624). AQUARES – UFPel. Pelotas, 2008 – 2009.

Sintoma (n)	% (IC 95%)
Dor muito forte (1.556) ^ü	23,6 (22,6 – 24,7)
Necessitaram de atendimento (636) ^z	40,9 (38,4 – 43,3)
Consultaram (540)	84,9 (82,1 – 87,7)
Falta de ar (1.289) ^ü	19,6 (18,6 – 20,5)
Necessitaram de atendimento (391) ^z	30,3 (27,8 – 32,8)
Consultaram (336)	85,9 (82,5 – 89,4)
Febre (658) ^ü	10,0 (9,3 – 10,7)
Necessitaram de atendimento (210) ^z	31,9 (28,3 – 35,5)
Consultaram (184)	87,6 (83,1 – 92,1)
Perda súbita da consciência (158) ^{r,ü}	2,4 (2,0 – 2,8)
Necessitaram de atendimento (87) ^z	55,1 (47,2 – 62,9)
Consultaram (79)	90,8 (84,6 – 97,0)
Queda (1.817) ^{#ü}	27,6 (26,5 – 28,7)
Em alguma queda sofreu fratura (200) ^z	11,0 (9,6 – 12,4)
Necessitou cirurgia devido à fratura (49)	24,5 (18,5 – 30,5)

^üOcorrência nos últimos três meses.

[#]Ocorrência no último ano.

^üDenominador das variáveis de necessidade de atendimento.

^z Denominador das variáveis de utilização do serviço.

O SUS respondeu por 60% das internações hospitalares, 85% do atendimento no pronto-socorro, 62% dos atendimentos médicos, 65% de atendimento por outros profissionais de saúde e 89% dos atendimentos domiciliares. Cerca de 26% dos idosos precisaram internar em outro município, representando necessidade de deslocamento. Esta proporção foi de 7% dentre os que necessitaram utilizar serviço de pronto-socorro e de 10% para consultar um médico e 6% para consultar outro profissional de saúde.

A Tab. 2 apresenta a proporção de idosos que tiveram indicação de uso de serviços ou atendimentos em saúde e não tiveram acesso. Destaca-se a maior falta de acesso para atenção domiciliar e por outros profissionais de saúde.

Tabela 2. Idosos que necessitaram de atendimento e serviços de saúde e não tiveram acesso. AQUARES – UFPel. Pelotas, 2008 – 2009.

Tipo de serviço/atendimento	Falta de acesso ao serviço % (IC 95%)
Internação hospitalar# (n=751)	2,6 (1,6 – 3,9)
Atendimento:	
Pronto-Socorro# (n= 1.107)	2,1 (1,4 – 3,2)
Domiciliar## (n=814)	5,5 (4,1 – 7,4)
Médico## (n=3.082)	1,7 (1,3 – 2,3)
Outro profissional de saúde## (n=483)	5,2 (3,4 – 7,6)

No último ano

Nos últimos três meses

4 CONCLUSÃO

O SUS foi responsável pela maior parte dos atendimentos nos hospitais, pronto-socorros, no domicílio, na atenção médica e de outros profissionais da área da saúde. Desta forma, o preceito constitucional do acesso à saúde foi garantido através do sistema público de saúde, para os idosos que procuraram os serviços. Portanto, a garantia fundamental prevista na Constituição Federal de 1988 de modo geral foi objetivada.

Reforça-se a importância do SUS para que se continue a proporcionar atendimento à população brasileira, além de tentar alcançar a todos, como assegura a Carta Magna, pois a grande maioria recebe o atendimento e possui o acesso desejado, porém uma minoria acaba sem tê-lo, fazendo com que se trabalhe para alcançar o objetivo idealizado. As análises deste estudo não controlaram para os possíveis fatores de confusão e, por este motivo, se sugere uma análise multivariada no estudo do acesso e utilização dos serviços de saúde.

Verificou-se, que parte da população precisou se deslocar para outra cidade para receber o atendimento. Isso evidencia a importância da criação de uma rede de atenção hospitalar e de serviços especializados de maior complexidade, incluindo centros de terapia intensiva, ampliação regionalizada da oferta e coordenação do acesso (ABRASCO, 2011).

5 REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.saudeigualparatodos.org.br/>>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

BRASIL, Lei 8080/90 – 19 de set. 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. **CONASEMS** – Publicações técnicas – nº 2.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. **American Journal of Public Health**. 2004;94(3):361-6

Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. **Relatório Projeto Aquares – Avaliação do Acesso e da Qualidade da Rede de Serviços**. Pelotas, 2009.