

UNIDADE DE SAÚDE MÃE CURITIBANA: SATISFAÇÃO DAS USUÁRIASCláudia Giglio de Oliveira Gonçalves^aVânia Muniz Nequer Soares^aAna Paula Berberian^a**Resumo**

Analisar o perfil, conhecimento e a satisfação dos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana/Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo de caso com usuárias da Unidade de Saúde Mãe Curitibana. Foram aplicados questionários sobre perfil social, utilização e percepção dos serviços do SUS e controle social. Participaram 500 mulheres, com idade média de 32,9 anos, a maioria trabalhadoras com elevado nível de escolaridade e oriundas de bairros centrais. Referiram satisfação quanto ao tempo para o atendimento e aos esclarecimentos de dúvidas; como necessidades, apontaram a contratação de mais médicos. As usuárias pouco utilizam os mecanismos de controle social. Evidenciaram-se desigualdades de acesso à unidade estudada, que podem ser equacionadas com a regionalização dos serviços de referência à mulher em distritos com piores indicadores sociais. O estudo aponta a necessidade de divulgação dos princípios e diretrizes do SUS para maior participação da população na identificação de problemas e de soluções compartilhadas.

Palavras-chave: Prevenção primária. Saúde pública. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

^aPrograma de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação; Universidade Tuiuti do Paraná – UTP – Curitiba (PR), Brasil.

Endereço para correspondência: Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves – Rua Felisberto Fiore Dorazio, 146 – Santa Felicidade – CEP: 82410-460 – Curitiba (PR), Brasil – E-mail: claudia.giglio@hotmail.com

Abstract

“MÃE CURITIBANA” HEALTH CARE CENTER: SATISFACTION OF THE USERS

To analyze the profile, knowledge and satisfaction of users who attend the Public Health Center “Mãe Curitibana”/Unified Health System (UHS). A case study with users from Public Health Center “Mãe Curitibana”. Questionnaires were applied with topics on social profile, use and perception about the services of the UHS and social control. Five hundred women participated in this study, and the average age was 32.9 years; most of them were workers with high education level and came from the central districts. They reported satisfaction with the time they had to wait to be attended and the promptness to clarify doubts; they pointed out the need to hire more doctors. They were unaware of social control mechanisms. There are inequalities concerning the access to this health unit, which can be solved with the regionalization of reference services, in order to reach women in districts with the worst social indicators. This study indicates a need to disseminate the principles and guidelines of the UHS to increase citizen participation in identifying problems and common solutions.

Keywords: Primary prevention. Public health. Health services accessibility. Unified Health System.

CENTRO DE SALUD “MÃE CURITIBANA”: SATISFACI3N DE LAS USUARIAS

Resumen

Analizar el perfil, conocimiento y satisfacci3n de los usuarios del Centro de Salud “Mãe Curitibana/Sistema 3nido de Salud (SUS)”. Estudio de caso con usuarias del Centro de Salud “Mãe Curitibana”. Se aplicaron cuestionarios sobre perfil social, utilizaci3n y percepci3n de los servicios del SUS y control social. Participaron 500 mujeres, con edad media de 32,9 a3os, la mayoría trabajadoras con un alto nivel de estudios y oriundas de barrios c3ntricos. Declararon satisfacci3n en cuanto al tiempo para la atenci3n, las aclaraciones de dudas, y se3alaron como necesaria la contrataci3n de m3s m3dicos, las usuarias utilizan poco los mecanismos de control social. Se hicieron evidentes las desigualdades de acceso al centro estudiado, que pueden ser solventadas con la regionalizaci3n de los servicios de referencia a la mujer en los distritos con peores 3ndices sociales. El estudio se3ala la necesidad de divulgaci3n de los principios y directrices del SUS para proporcionar la mayor participaci3n de la poblaci3n en la identificaci3n de problemas y de soluciones compartidas.

Palabras clave: Prevenci3n primaria. Salud p3blica. Accesibilidad a los servicios de salud. Sistema 3nico de Salud.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios organizacionais da regionalização e hierarquização das ações, da resolutividade, da descentralização e da participação dos cidadãos, tem como proposta promover e recuperar a saúde, com vistas à garantia aos usuários do direito a saúde. Nesse contexto, espera-se que o usuário, para exercer sua condição de cidadão, esteja envolvido nas diferentes instâncias dos serviços de saúde e, portanto, participe da avaliação e da elaboração das políticas públicas de saúde.¹

A efetividade do SUS e a garantia de saúde a toda população estão implicadas, dentre outros, a fatores diretamente vinculados aos usuários, como as características sociodemográficas dos mesmos, a organização da oferta dos serviços e o perfil epidemiológico da população.^{2,3} Para que tais fatores sejam equacionados de forma adequada, é necessária uma ação conjunta entre gestores, trabalhadores da saúde e os próprios usuários. Enfim, entende-se que o acesso às políticas do SUS está relacionado com o nível de (re)conhecimento desses vários atores sociais sobre seus direitos, deveres e suas formas de participação.⁴ Nessa perspectiva, uma das estratégias da gestão federal do sistema para a melhoria da atenção à saúde da população é o fortalecimento da gestão democrática e do controle social do SUS.

Segundo documento sobre a política Participa SUS, formulada em 2004 pelo Ministério da Saúde, a gestão participativa, enquanto estratégia transversal, deve conduzir os processos cotidianos da gestão SUS, envolvendo gestores, profissionais e usuários e, portanto, não deve estar restrita aos Conselhos e às Conferências de Saúde.⁵

Para que a população possa se posicionar sobre as questões que dizem respeito à sua saúde, de forma responsiva e não apenas como receptores das propostas governamentais, é dever das instituições oferecer aos usuários informações e promover conhecimentos relacionados aos seus direitos e deveres, contribuindo, dessa forma, para a formação de uma consciência crítica e política.⁶

Contudo, o desconhecimento e a desinformação sobre os princípios, as diretrizes e a organização do SUS por parte dos usuários vem sendo identificados como obstáculos à sua efetiva implantação. Nessa direção, estudos apontam que o sucesso do SUS depende do estabelecimento de forças sociais capazes de construir um modelo de assistência à saúde que incorpore a proposta de prestação e educação em saúde e de consciência sanitária.^{7,8}

Nessa medida, a satisfação dos usuários com o sistema de saúde e o reconhecimento de sua qualidade depende das informações disponíveis, dos fatores

facilitadores em obter os cuidados que necessita, da compreensão destes sobre saúde, das formas de estabelecimento do vínculo e acolhimento, além da superação das desigualdades e exclusão sociais.⁹

O acesso aos serviços e às informações sobre o funcionamento do SUS destaca-se, desta forma, como indicador de satisfação e qualidade, estando envolvidos nesse processo não só os gestores de saúde, como também os funcionários e profissionais de saúde do SUS.^{4,10}

A participação dos funcionários na resolução de necessidades dos usuários é enfatizada em estudo realizado em Vitória, Espírito Santo, cujo objetivo foi analisar a percepção dos usuários do SUS sobre facilidades/dificuldades de acesso a uma Unidade de Saúde da Família. A partir desse estudo, pode-se concluir que os profissionais envolvidos nos serviços de saúde contribuem para efetivação de tal acesso, quando fornecem orientações claras sobre a hierarquização dos serviços e o funcionamento do SUS.⁴

Se a estruturação, o funcionamento e a utilização de serviços de saúde fornecem informações valiosas para o planejamento de ações e definição de prioridades em saúde,¹¹ estudos apontam a necessidade de se considerar as desigualdades sociais, relacionadas ao grau de escolaridade^{12,13} e ao nível socioeconômico¹⁴⁻¹⁶ como fatores decisivos na inclusão ou exclusão da população aos serviços de saúde.

Visando reduzir as desigualdades sociais e proporcionar a assistência integral à saúde de mulheres e crianças no SUS, foi instituído em 1999 o Programa Mãe Curitibana em Curitiba, Paraná, o qual concebe, entre os fatores de risco reprodutivo, não só aspectos biológicos, como também as condições sociais maternas.¹⁷

Com objetivo de reduzir os índices de mortalidade da mulher e da criança durante os processos de gravidez e parto e ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados nas Unidades de Saúde e nas maternidades de Curitiba, o referido Programa se desenvolve com recursos municipais e federais, em grande escala.^{17,18}

A operacionalização do Programa prevê uma estrutura que deveria privilegiar o controle social, a descentralização e a hierarquização dos serviços, conforme preconizado nas diretrizes do SUS.¹⁷

O Programa oferece às mulheres assistência no período do pré-natal, do parto, do puerpério e atenção ao bebê, seguindo o princípio de hierarquização do SUS, prevendo que o acesso seja organizado a partir do critério de complexidade, direcionando o fluxo do atendimento, do simples para o complexo, do geral para o específico.^{17,18}

A Unidade Municipal de Saúde Mãe Curitibana, inaugurada em 2006, foi escolhida para análise de acesso ao SUS, neste estudo, por integrar o Programa Mãe Curitibana. Foi criada para dar suporte ao programa no atendimento à saúde da mulher e, especialmente, às gestantes e crianças de risco.¹⁹

As consultas especializadas da Unidade Mãe Curitibana são ofertadas especialmente para gestantes e crianças de risco identificadas pelas Unidades Básicas de Curitiba e são encaminhadas pela Central de Marcação de Consultas. A Unidade Mãe Curitibana também é referência para exames de ecografia, eletrocardiograma e colposcopia. Disponibiliza vacinação e medicação, conforme normas do SUS. Oferece, ainda, consultas básicas à população da área de abrangência dos bairros do centro que compõem a Regional Matriz.¹⁹

Após dois anos de inauguração e funcionamento de tal Unidade, é fundamental indagarmos se os serviços prestados na Unidade Mãe Curitibana está sendo efetivo na percepção dos usuários, desta forma, buscando colher elementos que permitam avaliar e reorientar, especialmente, aspectos referentes ao acesso e à satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados. Consideramos que respostas a tal questão permitem o implemento de ações que contribuam para uma maior participação da população nos programas e processos de saúde-doença.

A partir das considerações anteriores, o objetivo deste estudo foi analisar aspectos referentes à utilização da Unidade de Saúde Mãe Curitibana/SUS e a satisfação das suas usuárias.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso exploratório com usuários da Unidade Básica de Saúde Mãe Curitibana, situada em Curitiba, Paraná. Essa unidade especializada tem uma área de 3.250 m², em prédio de 4 andares e conta com aproximadamente 100 funcionários. São realizadas, em média, 3 mil consultas básicas, 2,5 mil consultas especializadas, 1,5 mil exames e 10 mil procedimentos de enfermagem ao mês, além das ações educativas como grupo de gestantes.

O critério de inclusão na pesquisa foi ser usuário do equipamento de saúde do Distrito Sanitário Matriz, na Unidade de Saúde Mãe Curitibana, ser voluntário e estar ciente dos objetivos da mesma, conforme declarado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A assinatura do termo foi obtida antes da realização de qualquer procedimento.

A rede municipal de saúde de Curitiba conta com nove Distritos Sanitários (Pinheirinho, Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Portão e Santa

Felicidade). Em 2009, o Sistema Municipal de Saúde contava com 124 Equipamentos de Saúde, sendo 41 Unidades Básicas de Saúde, 53 Unidades com Estratégia da Saúde da Família, 4 Unidades de Saúde Complexas, 7 Unidades de Saúde Especializadas, 9 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), 8 Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM), 1 Hospital/Maternidade municipal (Centro Médico Comunitário Bairro Novo) e 1 Laboratório de Análises Clínicas. Conta ainda com 166 equipes da Estratégia Saúde da Família, atingindo uma cobertura de 33,7% da população e 139 equipes de atenção básica.¹⁹

Para a presente pesquisa, foi elaborado um questionário semiestruturado com 18 perguntas fechadas e semiabertas aos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana (USMC), do Distrito Sanitário Matriz, com perguntas sobre o conhecimento, utilização e satisfação da população em relação aos serviços prestados pela referida Unidade.

As variáveis estudadas foram: (a) relativas ao perfil dos usuários — bairro e distrito sanitário de residência, profissão, escolaridade, adesão a plano de saúde privado; (b) referentes à satisfação dos usuários — utilização dos serviços de saúde, motivos da utilização da Unidade Mãe, regularidade no uso da Unidade, formas de encaminhamento para Unidade, participação em programas de saúde, percepção sobre o tempo entre os encaminhamentos, percepção sobre informações obtidas sobre os serviços do SUS, percepção sobre clareza das informações fornecidas pelos profissionais, percepção sobre necessidade de mudanças no SUS; conhecimento sobre a ouvidoria e participação em conselhos locais de saúde.

Um questionário-piloto foi elaborado e aplicado inicialmente numa amostra de 20 usuários do SUS para adequação. Esses 20 questionários iniciais não foram incluídos neste estudo, pois foram realizadas modificações até o formato definitivo do instrumento.

Foram, então, aplicados 500 questionários, no período de novembro de 2008 a julho de 2009. Todas as participantes eram do gênero feminino, com idade entre 15 e 82 anos (média de 32,9 anos, desvio padrão de 13,8 anos e mediana de 30 anos). Entre as entrevistadas, 53,8% eram casadas, 43% solteiras, 2,8% viúvas e 0,2% divorciadas.

Para análise dos dados através da aplicação de procedimentos estatísticos (teste do χ^2), considerou-se a idade e o grau de escolaridade do entrevistado.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, conforme Protocolo de Registro, sob o nº 38/2008, e pela Secretaria Municipal da Saúde nº 93/2008, por estar de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. Foi concedida autorização da Secretaria Municipal da Saúde para execução da pesquisa.

RESULTADOS

A maioria das usuárias era procedente do Distrito Sanitário (DS) Matriz (32,4%), que engloba a região central de Curitiba, seguido do DS Boa Vista (14%), DS Portão (12,6%), DS Boqueirão (11%), DS Pinheirinho (9,2%), DS Bairro Novo (7,8%), DS Cajuru (6,8%) e DS Santa Felicidade (2,6%), além de 3,6% de usuárias de cidades pertencentes a cidades da Região Metropolitana de Curitiba.

Das 500 usuárias, 218 (43,6%) trabalhavam, sendo as ocupações principais doméstica, vendedora, atuação na enfermagem, comerciante e recepcionista. Entre as que não trabalhavam, 187 (37,4%) eram donas de casa, 83 (16,6%) estudantes e 12 (2,4%) estavam aposentadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, Curitiba, 2008–2009 (n=500)

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	106	24,2
Ensino fundamental completo	104	23,7
Ensino médio incompleto	1	0,22
Ensino médio completo	165	36,7
Curso técnico completo	13	2,9
Ensino superior incompleto	33	7,6
Ensino superior completo	16	3,7
Não especificado	62	12,4
Trabalhavam		
Sim	218	43,6
Não	282	56,4
Ocupação atual*		
Doméstica/copeira/ babá	61	28,0
Vendedora	38	17,4
Enfermagem (atendente, auxiliar)	33	15,1
Comerciante	17	7,8
Recepcionista	14	6,4
Professora	11	5,0
Autônoma	9	4,1
Outras	35	16,1
Possuem plano de saúde privado		
Sim	42	8,4
Não	458	91,6
Participavam de programas de saúde no SUS		
Sim	30	6,0
Não	470	94
Total	500	100

*Calculado sobre as 218 que trabalhavam; SUS: Sistema Único de Saúde.

Quanto ao grau de escolaridade das pessoas investigadas, observou-se que 47,9% possuíam o ensino fundamental completo ou incompleto e 51,1% tinham ensino médio ou superior incompleto ou completo, conforme a Tabela 1.

Das usuárias da USMC entrevistadas, 8,4% (42) possuíam planos de saúde privado e 6% (30) participavam de programas de proteção social do governo, recebendo Bolsa-Família (Tabela 1). Destas últimas, a média de idade foi de 29 anos, 20 eram casadas, 21 eram diaristas e 18 tinham o ensino fundamental incompleto.

Os motivos para o atendimento na USMC foram a realização de consultas médicas (338; 67,6%) com ginecologista ou pediatra e a realização de exames complementares encaminhado pela Unidade Básica de Saúde (162; 32,4%) (dados não tabulados).

Na Tabela 2, observam-se informações acerca da utilização dos serviços do SUS, destacando-se que 85,2% utilizaram mais de uma vez a USMC, 98% utilizaram outros equipamentos do SUS, especialmente as Unidades Básicas de Saúde, mas a participação em programas de saúde deste grupo pesquisado foi inexpressiva (1,6%).

Tabela 2 – Utilização dos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, Curitiba, 2008–2009 (n=500)

Utilização dos SUS	Sim n (%)	Não n (%)	Qual(is)
Visitas anteriores à Unidade Mãe Curitibana	426 (85,2)	74 (14,8)	Consultas ao ginecologista e/ou consulta com pediatra
Utilização de outros equipamentos de saúde do SUS	490 (98)	10 (2)	Unidades Básicas de Saúde
Participação em outros Programas de Saúde do SUS desenvolvidos pela Secretaria de Saúde	8 (1,6)	492 (98,4)	Acompanhamento nutricional (2); Tabagismo (1); Grupo de hipertenso (4) e Ginástica (1)

SUS: Sistema Único de Saúde.

Tabela 3 – Tempo entre a marcação da consulta e o atendimento dos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, Curitiba, 2008–2009 (n=500)

Tempo decorrido	n	%
Menos de 7 dias	24	4,8
Uma semana	124	24,8
Duas semanas	148	29,6
3 semanas	40	8,0
1 mês	106	21,2
2 meses	20	4,0
Mais de 2 meses	5	1,0
Sem informação	30	4,8
Total	500	100

Na Tabela 3, observa-se a percepção das usuárias quanto ao tempo decorrido entre a marcação da consulta na USMC e o dia em que foi realizado o atendimento. Nota-se que 59,2% das usuárias esperaram até duas semanas entre a marcação da consulta e o atendimento.

Quanto à percepção das usuárias sobre esse tempo, 60,2% consideraram rápido o tempo entre marcação da consulta e o atendimento, 20,8% avaliaram esse tempo como regular e 17,4% como demorado. Não foi observada dependência significativa entre o grau de instrução e percepção sobre o tempo decorrido entre marcação e atendimento no SUS (teste do χ^2 ; $p=0,6408$) ou entre a percepção sobre o tempo decorrido e a faixa etária (teste do χ^2 ; $p=0,0894$), conforme a Tabela 4.

Interrogou-se sobre orientações e esclarecimentos que os trabalhadores do SUS fornecem aos usuários e informações sobre controle social; observou-se que em torno de 86,6% das usuárias têm suas dúvidas esclarecidas, conforme a Tabela 5.

Quando questionadas sobre a existência de dúvidas sobre a utilização dos serviços no SUS, apenas 5,2% (26 usuárias) relataram dificuldades na compreensão do funcionamento do SUS, dúvidas sobre as ações desenvolvidas, sobre os serviços oferecidos, sobre o procedimento de encaminhamentos e atendimentos ou sobre as especialidades existentes. Entre essas usuárias (26), 15 (57,69%) tinham entre 15 e 36 anos de idade; 14 (53,84%) cursaram ensino fundamental incompleto e 8 (30,76%), ensino médio.

Destaque-se que 94,8% (474) disseram que gostariam de ter informações sobre o SUS. Apenas 41,1% referiram de que maneira esses esclarecimentos poderiam ocorrer: por meio da televisão (18,9%), telefone (14,5%) ou cartazes (7,7%).

Investigou-se a participação e o exercício do controle social no SUS e apenas 8,0% tinham informações básicas, como o número da ouvidoria da saúde (Tabela 5). Dentre os usuários, 3,2% (16) referiram já terem utilizado o telefone da ouvidoria do SUS. Entre as 32 usuárias que conheciam o telefone da ouvidoria, 16 cursaram ensino médio e

Tabela 4 – Percepção do tempo entre a marcação da consulta e o atendimento dos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, Curitiba, 2008–2009 (n=500)

Percepção do tempo decorrido	n	%
Rápido	301	60,2
Regular	104	20,8
Demorado	87	17,4
Não sabe dizer	8	1,6
Total	500	100

Tabela 5 – Esclarecimento de dúvidas pelos funcionários e demais profissionais da saúde e exercício do controle social pelos usuários da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, Curitiba, 2008–2009 (n=500)

Esclarecimento de dúvidas	n	%
Por parte dos funcionários		
Sempre	433	86,6
Na maioria das vezes	27	5,4
Algumas vezes	39	7,8
Poucas vezes	0	0
Não	1	0,2
Por parte dos médicos e demais profissionais da saúde		
Sempre	430	86
Na maioria das vezes	36	7,2
Algumas vezes	34	6,8
Poucas vezes	0	0
Não	0	0
Exercício do controle social		
Sabe o telefone da ouvidoria da saúde	32	6,4
Participação em reuniões de conselhos locais de saúde	1	0,2
Conhecimento de algum membro do conselho municipal/local de saúde	7	1,4

4, ensino superior completo ou incompleto. As entrevistadas não participavam do controle social na saúde.

Apesar do referido grau de satisfação com o serviço em estudo, 91,6% (458) das entrevistadas sugeriram modificações no SUS. Destas, 80,9% sugeriram as seguintes modificações: necessidade de contratação de mais médicos (46,2%), a melhoria no atendimento (28,8%) e a facilitação na realização de exames complementares (5,9%).

DISCUSSÃO

Pode-se verificar que as usuárias da USMC são, na sua maioria, mulheres provenientes dos bairros centrais de Curitiba, como do DS Matriz (32,4%) e, para atendimento especializado, eram procedentes dos demais distritos, como Boa Vista (14%), DS Portão (12,6%), DS Boqueirão (11%), DS Pinheirinho (9,2%), DS Bairro Novo (7,8%), DS Cajuru (6,8%) e DS Santa Felicidade (2,6%). Esse fato pode indicar dificuldades da população da periferia da cidade em acessar os serviços de saúde. As condições de acesso aos serviços de saúde sofrem influência de fatores como o distanciamento da moradia e forma, tempo e custo do deslocamento entre moradia e serviço de saúde.²⁰

Analisando-se os dados da Secretaria Municipal de Saúde sobre mortalidade materna, desde a criação do Programa Mãe Curitibana (1999–2008), verifica-se, no

entanto, que os bairros do DS Bairro Novo, seguido do DS Boqueirão, Pinheirinho, Boa Vista, Santa Felicidade, são os que apresentam maior número de óbitos materno e deveriam ser, portanto, prioritários no atendimento nessa unidade especializada. Cabe observar que os dados do distrito CIC foram incluídos a partir de 2005, estando subestimados nesta análise.²¹ Esses bairros (com exceção do Boa Vista e Santa Felicidade) estão localizados na região sul da cidade e são os mais populosos, empobrecidos e distantes da unidade estudada.²²

Considerando-se que a USMC foi criada como centro ambulatorial de referência do Programa Mãe Curitibana, com vistas a reduzir a mortalidade materna e infantil, a pequena proporção de mulheres atendidas provenientes dos bairros e distritos com piores indicadores pode refletir desigualdades de acesso aos grupos que mais necessitariam dessa assistência.

As usuárias eram, em sua maioria, trabalhadoras (43,6%), com ensino médio ou superior incompleto e completo (51,1%) e com idade média de 32,9 anos. Essa unidade, por ser referência para mulheres e especialmente gestantes e crianças, apresentou um perfil divergente dos achados de pesquisas realizadas em outras Unidades Básicas de Saúde. Estudo realizado em Porto Alegre observou predomínio na utilização do Programa Saúde da Família por mulheres com baixo nível socioeconômico e de escolaridade.¹¹ Outro estudo, de abrangência nacional, indica também diferenças em relação ao perfil da população atendida pelo SUS, uma vez que 61,9% dos usuários do SUS no país eram mulheres, 56,2% entre 15 e 59 anos de idade; 52,8% com até 3 anos de escolaridade.¹⁵ Além desse estudo, pesquisa realizada em Vitória, Espírito Santo, em uma Unidade de Saúde da Família, identificou a população usuária composta por mulheres (87,2%), com idade predominante entre 20 e 29 anos e com ensino fundamental completo e nenhuma com ensino superior.⁴ Já achados de estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, apontam para perfil semelhante a esse, pois, entre os usuários do SUS, prevaleciam mulheres (53%) com média de idade de 39,2 anos, casadas (53,7%), porém com escolaridade menor, ou seja, com predomínio do ensino fundamental completo (67,4%).²³

As usuárias da USMC apresentaram nível de escolaridade superior aos demais estudos. Em 2008, o município de Curitiba possuía 528.685 mulheres em idade fértil, 29,5% da população total, estimada em 1.791.488 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 2000 do município era de 0,856, um dos mais elevados do país.²² O resultado sobre a escolaridade é condizente com achados de outra pesquisa²⁴ e aponta para uma

inversão de cuidados, uma vez que mulheres com maior risco social e de saúde não estão fazendo uso de serviços públicos de referência em maior proporção.

Entre as usuárias, 8,4% possuíam planos de saúde privado. Estudo realizado na Região Sul do país aponta que 9,2% dos usuários do SUS dessa região possuem plano privado de saúde e que seus moradores têm maior chance de utilização do sistema público de saúde do que os das demais regiões.¹⁵ Por outro lado, apesar do caráter universal do SUS, entende-se que as desigualdades sociais, as barreiras de acessibilidade aos serviços públicos de saúde e a presença expressiva do sistema privado de saúde levam grupos de pessoas conceberem o SUS como destinado apenas aos mais desprivilegiados e a quem não possui planos privados de saúde.¹⁵

Entre as usuárias, somente 6% participam de programas sociais; no caso, recebem Bolsa-Família. Essas usuárias são as que possuem menor nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto), o que denota piores condições sociais.

A maioria das usuárias procurou a USMC para consultas médicas e exames. Observa-se que 85,4% das usuárias já utilizaram a Unidade Mãe Curitibana e que 98% utiliza outros equipamentos de saúde do SUS; contudo, apenas 1,6% participam de Programas de Atenção Básica (Tabela 2). Em estudo realizado na Região Sul, predominou a utilização do SUS por motivo de doença (60,8%).¹⁵ A pouca adesão aos programas de atenção básica pode estar relacionada à crença na saúde como ação curativa, bem como à restrição de acesso da população a tais programas. Ou, ainda, o fato de a maior parte das usuárias trabalharem e de que os programas voltados a promoção e prevenção de saúde ocorrem no horário comercial pode constituir-se num dos aspectos que contribuem para a restrita participação das usuárias nos mesmos.

O tempo decorrido entre o encaminhamento e o atendimento na USMC, de até duas semanas (58,2%), foi avaliado como rápido por 60,2% das usuárias. Estudos realizados em torno de tal aspecto apontam achados diferentes dos mencionados, uma vez que identificam um tempo de espera maior e a percepção dos usuários como demorado. Pesquisa domiciliar, acerca da utilização do SUS no Brasil, verificou que um dos itens com menor aprovação pelos usuários foi em relação ao tempo de espera após encaminhamento.²⁵ Da mesma forma, Schwartz et al.⁴ encontraram um tempo de espera, para a efetivação do atendimento em serviços de média complexidade, de até um mês e, no caso de consultas envolvendo algumas especialidades, de mais de dois meses. Chamou atenção dos pesquisadores o fato de a percepção das entrevistadas sobre o tempo de espera ter sido, predominantemente, considerado rápido, bem como o fato de as mesmas avaliarem positivamente o SUS.

Ao analisarem tais achados, os autores levantaram as hipóteses de que tais posições possam ser decorrentes de uma postura conformista por parte das usuárias ou de uma limitação própria de avaliações que se baseiam na percepção dos usuários. O medo de reclamar e de ser mal interpretado e a não incorporação da saúde como direito universal são apontados como fatores que podem influenciar na avaliação dos serviços pelos usuários.^{4,23}

Estudo acerca da satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos aponta a demora na marcação de consulta, de até dois meses, e a restrição do número de consultas/ano.²⁶ Tais achados permitem verificar que a espera entre o tempo da marcação de consultas e a efetivação dos atendimentos aparece como um problema a ser enfrentado, não só pelos serviços públicos, como também pelo setor privado. Dentre os determinantes dessa situação, pode-se destacar a falta de profissionais da saúde da área médica no país, bem como a distribuição territorial e de especialidades médicas inadequada.

A porcentagem de usuárias que relataram dificuldades na compreensão do funcionamento do SUS, dúvidas sobre as ações desenvolvidas, sobre os serviços oferecidos, sobre o procedimento de encaminhamentos e atendimentos ou, ainda, acerca das especialidades existentes foi baixa (5,2%; 26 usuárias). Além disso, 86,6% das usuárias referiram ter suas dúvidas esclarecidas pelos funcionários e pelos profissionais da saúde. O fato de o Programa Humaniza SUS vir capacitando os trabalhadores do SUS no sentido do acolhimento aos usuários e do esclarecimento de suas dúvidas pode ter repercutido nas respostas encontradas.¹⁰

Nesse aspecto, a literatura aponta que a satisfação dos usuários possui, então, natureza multidimensional e a dimensão da interação usuário-terapeuta como sendo fundamental na determinação da confiança no profissional, repercutindo ou tendo reflexos sobre a eficácia do tratamento.²⁷

Evidenciando fatores que deveriam ser aperfeiçoados no SUS, as insatisfações dos usuários aparecem quando enfatizaram a necessidade de contratação de maior número de médicos (46,2%) e de melhoria da qualidade do atendimento (28,8%). Estudo de Schwartz et al.⁴ em Vitória, Espírito Santo, indicou como principal queixa dos usuários do SUS a falta de profissionais e a necessidade de contratação de mais médicos especialistas. A sugestão para contratação de um maior número de médicos pode, por outro lado, indicar uma visão, por parte das usuárias, de que o sistema de saúde é centrado no atendimento médico, sendo esse profissional o único responsável pela assistência à saúde.²⁸

Somente 8,6%, com maior nível de escolaridade, referiam possuir informações sobre a auditoria do SUS e acerca do Conselho Municipal ou Local de Saúde. Esse dado

evidencia que grupos sociais mais vulneráveis, de menor renda e escolaridade, desconhecem os mecanismos para o exercício do controle social, reiterando a lei dos cuidados inversos.²⁴ Informações sobre as diretrizes do SUS, as Políticas de Saúde, as ações e a utilização dos recursos do SUS ainda não são efetivas em atingir a população usuária.²⁸ Limitações quanto às informações sobre o SUS dificultam o pleno exercício do controle social na saúde para a maior parte da população. O telefone da auditoria, disponibilizado em forma de cartaz em todos os equipamentos de saúde (incluindo nas dependências da USMC), o jornal do Conselho Municipal de Saúde, também disponível nos equipamentos de saúde, e o site da Secretaria Municipal da Saúde parecem não garantir o acesso às informações, o que evidencia a necessidade de se encontrar outros meios de divulgação de informações. Estudo que analisa a efetividade do controle social to. ainda haponta como uma condição para o exercício pleno do mesmo a definição, o acesso e a divulgação das informações aos usuários e aos conselhos de saúde, bem como a escolha da tecnologia de comunicação mais adequada à população.²⁹

A participação efetiva dos sujeitos sociais na construção, fiscalização, controle e implementação das políticas públicas pode acelerar sua execução e aumentar sua eficiência.³⁰

Observa-se que a participação dos usuários no SUS ocorre apenas enquanto beneficiários da atenção à saúde e não como usuários e cidadãos, uma vez que não têm uma participação efetiva nos mecanismos que lhes permitiriam o controle sobre seus direitos à saúde. Um dos fatores que comprometem a atuação efetiva dos Conselhos de Saúde refere-se ao restrito conhecimento, por parte da população, acerca da finalidade do mesmo, o que resulta numa baixa adesão da população aos processos decisórios locais em saúde.³⁰

CONCLUSÃO

Avanços na acessibilidade geográfica por parte da população podem ser alcançados a partir da regionalização dos serviços de referência ambulatoriais para mulheres e crianças, com qualidade em todos os distritos sanitários do município ou nos distritos com piores indicadores de saúde, reduzindo desigualdades de acesso a serviços essenciais para a população.

As usuárias relatam satisfação com o serviço, mas acreditam que ainda há necessidade de modificações, como a contratação de médicos e a melhoria do atendimento.

Parte-se do pressuposto de que a melhoria do acesso, da qualidade dos serviços e o implemento das políticas de saúde dependem da participação efetiva da população na identificação de problemas e na busca de soluções. Contudo, os usuários desconhecem mecanismos básicos de controle social, o que indica a necessidade de uma maior divulgação dos princípios e diretrizes do SUS, a partir de meios de comunicação de programas mais

eficientes para esse fim. Cabe também aos profissionais da saúde democratizar o acesso às informações aos usuários como uma das condições para o exercício da cidadania.

A partir deste estudo, pode-se apreender a importância de novas pesquisas que abordem o conhecimento, as crenças e atitudes dos usuários e de profissionais da saúde acerca dos princípios e das diretrizes do SUS. Tais pesquisas poderão contribuir para o avanço de discussões em torno de um dos fatores de acessibilidade e de participação da população na identificação de problemas e de soluções compartilhadas: a divulgação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Silva GGA, Egydio MVRM, Souza MC. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? *Saúde debate*. 1999;23(53):37-42.
2. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 2):190-8.
3. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):90-9.
4. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória – ES. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2145-54.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Participa SUS. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):903-10.
7. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1994.
8. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(Suppl 1):61-8.
9. Tavares FL, Laignier MR, Silva MZ, Daros RF, Lima RCD. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. *Saúde debate*. 2003;27(65):405-13.

10. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Viana SV, Alves VS, Lemos DVS, Caputo MC, et al. Avaliação da implantação de programa voltado para a melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010;10(Suppl 1):131-43.
11. Fernandes LCI, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):595-603.
12. Mendonza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(3):372-8.
13. Dias da Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):353-63.
14. Costa JDS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(4):360-9.
15. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):1011-22.
16. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(12):2830-4.
17. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Pré-natal, Parto, Puerpério e Atenção ao recém-nascido. Programa Mãe Curitibana. Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba 2005. Extraído de [http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/mulher/pre_natal.htm], acesso em [17 de abril de 2011].
18. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação de implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, PR, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Suppl 2):5220-30.
19. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mãe Curitibana. Extraído de [http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/mulher/pre_natal.htm], acesso em [05 de maio de 2011].
20. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(1):13-9.
21. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil da Mortalidade Materna 2008. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. Comitê Pró-Vida de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.

22. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Banco de dados. Curitiba em dados. Extraído de [<http://ippucweb.ippuc.org.br/Bancodedados/Curitibaemdados>], acesso em [05 de maio de 2011].
23. Lima-Costa MF, Loyola-Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(4):247-57.
24. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008;8(4):401-10.
25. Gouveia CG, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PRB, Swaviewald CL. Health care users' satisfaction in Brazil 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(Suppl 1):5109-18.
26. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):487-500.
27. Brito TA, Jesus CS, Fernandes MH. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviço de Fisioterapia. *Rev Baiana Saúde Publica*. 2012;36(2):514-26.
28. Araújo MB, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.
29. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):683-8.
30. Ribeiro FB, Nascimento MAA. Exercício de Cidadania nos Conselhos Locais de Saúde: A (RE)significação do "Ser Sujeito". *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(Supl 1):151-66.

Recebido em 14.05.2013 e aprovado em 15.08.2014.