

Avaliação do acesso nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas pela Organização Social e pelo município

Access assessment in Family Health Units managed by Social Organization and Municipality

Luciana Fernandes Volpato*
Luiz Cândido Martins**
Marcelo de Castro Meneghim***
Eduardo Hebling****

Resumo

Objetivo: o objetivo desta pesquisa foi avaliar o acesso nas Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas pelo município de Piracicaba/SP e por uma organização social (OS), localizada na cidade de São Paulo/SP. Sujeitos e Método: para avaliar a qualidade do acesso nas USF foi utilizada a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD). A amostra constituiu-se de 480 voluntários, ou seja, 400 usuários dos serviços e 80 profissionais. Resultados: após as entrevistas com os usuários e profissionais dos serviços de saúde, os resultados mostraram que a maior necessidade dos usuários das USF gerenciadas pelo município e pela OS, foi o agendamento de consultas na USF e o agendamento de consultas no serviço especializado. Conclusão: a pesquisa constatou que as USF gerenciadas pela OS, mesmo tendo maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados no acesso. Portanto, o acesso constitui um desafio na construção do cuidado integral e ações e políticas para a reversão dessa realidade devem ser implantadas para a melhoria dos serviços de saúde no país.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Avaliação do acesso e da qualidade da assistência à saúde. Qualidade da assistência à saúde. Satisfação do paciente.

Introdução

O acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde faz parte dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso não tem sido um direito garantido, uma vez que diversas pessoas, carentes de cuidados e de uma assistência com qualidade, têm permanecido nas filas a espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas e número insuficiente de profissionais^{1, 2, 3}. Para um serviço público com qualidade, algumas mudanças no acesso são necessárias: usuários atendidos de forma digna e igualitária, responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos e vínculo entre usuários e profissionais para maior confiança e alcance de um adequado nível de resolutividade⁴.

O conceito de acesso é complexo e muitas vezes utilizado de forma ambígua nos serviços de saúde, além da terminologia empregada variar entre os autores. Alguns preferem o substantivo acessibilidade para indicar a qualidade do que é acessível, outros preferem o termo acesso para designar a entrada nos serviços de saúde. Outros utilizam ambos

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i3.6210>

* Doutora. Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Piracicaba, SP, Brasil

** Doutor. Professor na Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia – Face/UFGD. Departamento de Agronegócio. Dourados, MS, Brasil.

*** Livre-docente. Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social.

**** Livre-docente. Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social.

os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm os cuidados de saúde⁵.

Para Donabedian⁶ (2003), a acessibilidade é a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população, neste sentido refere-se às características dos serviços que facilitam ou restringem o uso pelos usuários. Segundo Travassos e Martins⁵ (2004), o acesso é um dos elementos vinculado à organização do serviço, que se refere à entrada e continuidade do tratamento.

O conceito de acesso implica na relação entre usuário, suas necessidades e serviços de saúde. Portanto, ao tratar do tema acesso, além de focar na organização dos serviços e dos recursos tecnológicos, devem-se considerar, também, os usuários e os profissionais⁵.

Com a finalidade de permitir melhor controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados, resolubilidade, efetividade, integralidade, continuidade, participação e controle social mais efetivo na medida em que assegura o acesso dos usuários ao sistema de saúde, em outubro de 1995, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, apresentou a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil⁷. Nessa proposta, os serviços públicos de saúde poderiam ser transformados em organizações sociais (OS), ou seja, entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e participar do orçamento federal, estadual ou municipal^{8,9}. O pressuposto é que tais serviços podem ser mais eficientes se operacionalizados pelo setor público não estatal, pois têm maior autonomia administrativa e financeira¹⁰.

Assim, esta pesquisa levanta a hipótese de que os usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas por uma OS seriam contemplados com os princípios doutrinários e organizativos do SUS, sendo assim, teriam melhor acesso aos serviços de saúde se comparado com os mesmos serviços gerenciados pelo município, uma vez que este tipo de gestão facilita a contratação e dispensa de recursos humanos, não há burocracia na gestão financeira dos recursos, além de priorizar a satisfação dos usuários e a qualidade dos serviços prestados¹¹.

O objetivo deste estudo foi avaliar o acesso nas USF, gerenciadas por uma OS e por um município, utilizando a ferramenta Desdobramento da Função Qualidade (QFD).

Materiais e métodos

O estudo é do tipo exploratório-descritivo e a técnica de amostragem utilizada foi por conglomerados. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp, parecer nº. 147/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, parecer nº. 139/11.

Para a realização da pesquisa, foram coletados dados com profissionais e usuários de oito USF, selecionadas aleatoriamente, sendo quatro gerenciadas pelo município de Piracicaba/SP (denominadas 1, 2, 3 e 4) e quatro gerenciadas por uma OS na cidade de São Paulo/SP (denominadas 1, 2, 3 e 4).

A amostra constituiu-se de 480 voluntários, ou seja, 400 usuários (50 em cada uma das USF) e 80 profissionais (10 em cada USF). Os critérios de inclusão para a amostra dos usuários foram: pertencer à Unidade, ambos os gêneros, faixa etária de 18 a 70 anos, sendo que os idosos deveriam ser independentes ou parcialmente dependentes. Enquanto que para os profissionais foram: atuar nas unidades quando a entrevista foi realizada, ambos os gêneros e faixa etária de 18 a 70 anos.

Após a definição da amostra, iniciou-se a coleta dos dados e a construção da Casa da Qualidade, quesito fundamental do QFD, sendo que foram construídas duas Casas: uma para as USF gerenciadas pela OS (Figura 1) e outra para as USF gerenciadas pelo município (Figura 2).

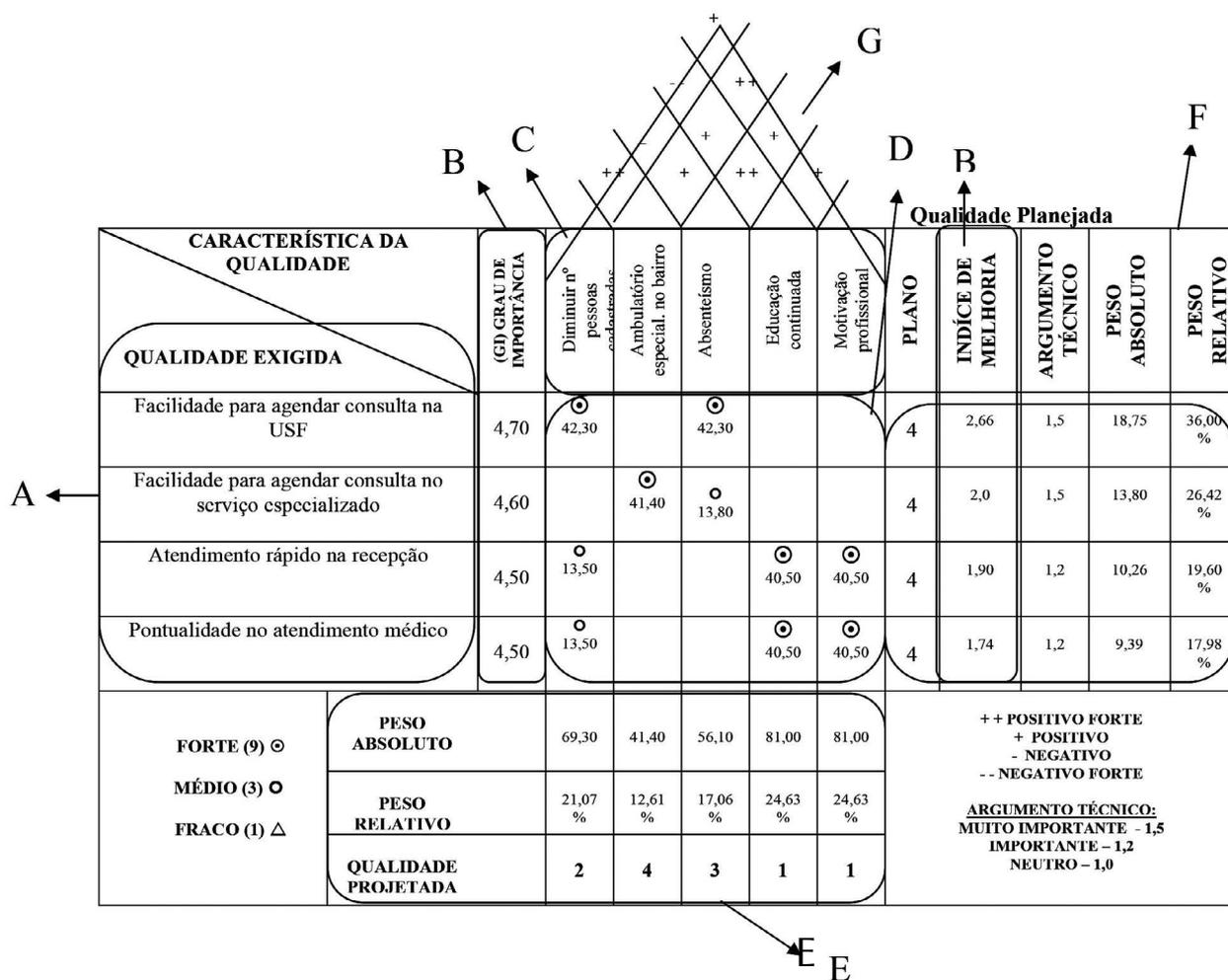


Figura 1. Casa da qualidade - USF gerenciada pela OS

Legenda:

- A – Qualidade exigida
- B – Ranqueamento da qualidade exigida
- C – Estabelecimento das características da qualidade
- D – Características da qualidade mais significativa
- E – Qualidade projetada
- F – Qualidade planejada
- G – Correlação das características da qualidade

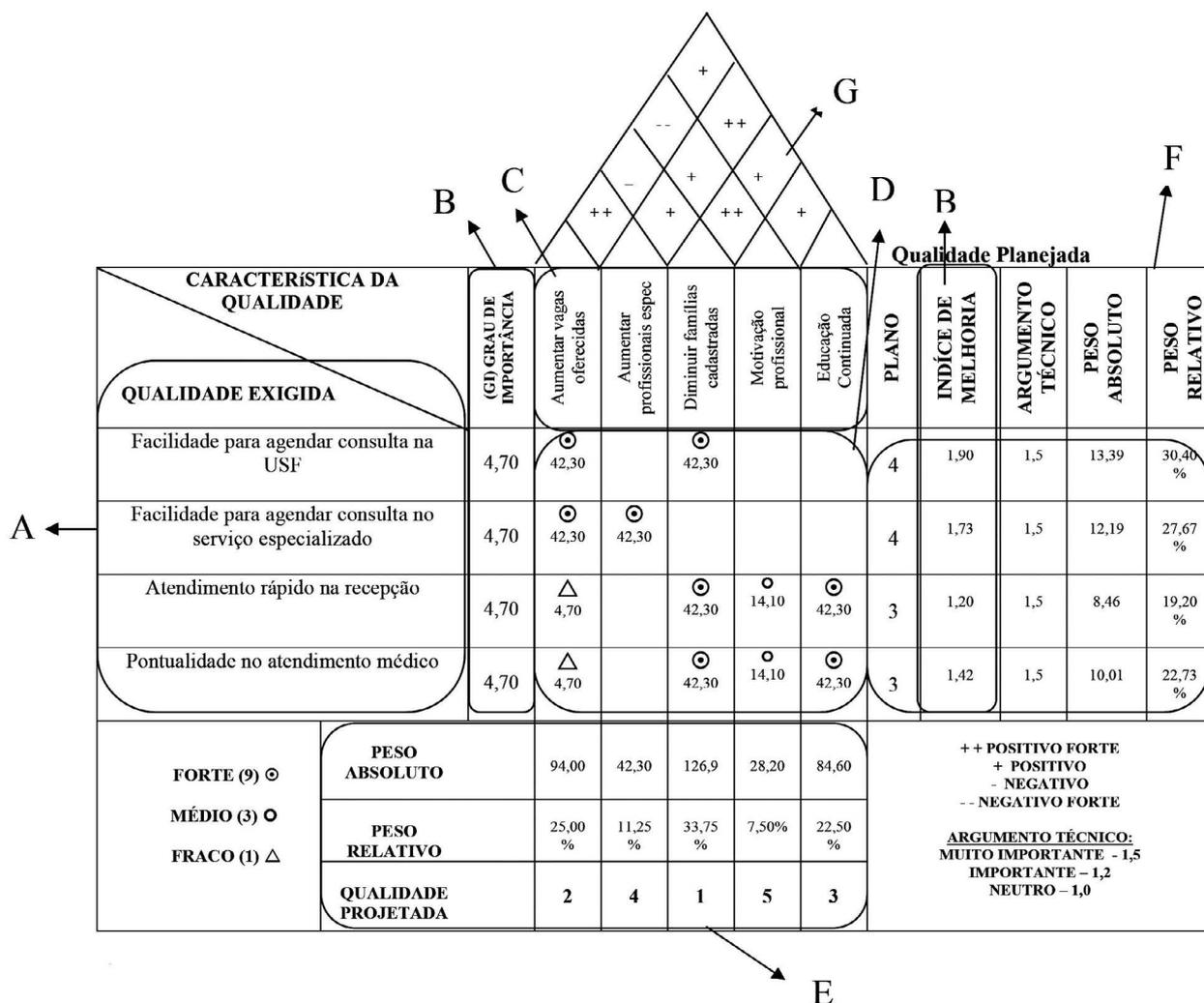


Figura 2. Casa da Qualidade - USF gerenciada pelo município

Legenda:

- A – Qualidade exigida
- B – Ranqueamento da qualidade exigida
- C – Estabelecimento das características da qualidade
- D – Características da qualidade mais significativas
- E – Qualidade projetada
- F – Qualidade planejada
- G – Correlação das características da qualidade

As etapas para a construção das Casas, segundo Volpato et al. (2015)¹², são:

- a) Identificação da Qualidade Exigida: Com a finalidade de identificar a qualidade exigida (itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários e que não se encontram disponíveis no serviço) foram realizadas entrevistas com usuários e profissionais, com o propósito de responder a questão: “Em relação ao acesso, quais os itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários da USF?”. As respostas mais frequentes foram descritas na Casa da Qualidade, no campo qualidade exigida.
- b) Ranqueamento da Qualidade Exigida: Por meio dos itens identificados na qualidade exigida foram elaborados questionários para serem aplicados aos usuários. Nesse havia duas

colunas, uma relacionada à importância que o usuário atribui ao serviço, com a pergunta “Qual o grau de importância que você atribui ao serviço?” e outra mencionando a avaliação sobre o serviço ofertado: “Como você avalia o serviço desta USF?”.

Durante a aplicação dos questionários, os usuários foram orientados a responder as questões da seguinte maneira: primeiramente, deveriam atribuir valores de 1 a 5 de acordo com a importância que cada item possui para o usuário, sendo: 1- nenhuma importância, 2- pouca importância, 3- alguma importância, 4- importante e 5- muita importância. Na compilação dos dados, foi realizada a média aritmética e o valor resultante foi descrito no campo GI (Grau de Importância) da Casa da Qualidade.

O mesmo procedimento foi realizado para a segunda coluna, ou seja, os usuários deveriam avaliar cada um dos itens referentes à qualidade do serviço oferecido pela Unidade, atribuindo valores de 1 a 5 (1- péssimo, 2- ruim, 3- regular, 4- bom e 5- ótimo). Os valores resultantes foram utilizados no campo da Qualidade Planejada, descrita posteriormente.

c) Estabelecimento das Características da Qualidade: Partindo das qualidades exigidas, o gerente do serviço de saúde definiu as características da qualidade, ou seja, itens importantes para a melhoria do atendimento oferecido na Unidade.

d) Características da Qualidade mais significativas: Após definir as características de qualidade, o gerente correlacionou as qualidades exigidas com as características de qualidade, respondendo à pergunta: “A característica atende às necessidades dos usuários?”. A resposta foi descrita, no interior de cada célula, utilizando símbolos: forte ⊙, médio ●, fraco △, inexistente (em branco), sendo que cada símbolo apresenta um valor (forte ⊙- 9, médio ●- 3, fraco △- 1 e o inexistente- zero).

A seguir, os dados foram convertidos, multiplicando o valor do símbolo pelo valor do Grau de Importância (GI) e o resultado registrado no interior de cada célula. Esse procedimento foi realizado em todas as células que apresentaram algum símbolo.

e) Qualidade Projetada (ordem de importância dos itens necessários para a melhoria do atendimento na Unidade): Para estabelecer a qualidade projetada, os pesos absolutos e relativos devem ser calculados. O peso absoluto foi calculado somando os valores das células referentes a cada uma das características de qualidade e ao peso relativo por meio dos pesos absolutos, resultando em percentuais para cada característica, determinando os itens mais importantes para a melhoria dos serviços.

f) Qualidade Planejada (classificação dos itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários): Para obter a qualidade planejada foi necessário determinar valores para alguns itens, como: argumento técnico, plano, índice de melhoria, peso absoluto e peso relativo.

O gerente responsável pela Unidade estabeleceu o argumento técnico (importância de cada item de

qualidade no serviço de saúde), por meio dos pesos 1,0 (neutro), 1,2 (importante) e 1,5 (muito importante).

Para estabelecer o plano, foi atribuído valores de 1 a 5 (valor máximo é o ideal) as qualidades exigidas de acordo com o serviço oferecido.

A partir do plano determinou-se: índice de melhoria (divide-se o plano pela avaliação do usuário), peso absoluto (multiplica-se o grau de importância, o índice de melhoria e o argumento técnico) e peso relativo (percentual do peso absoluto para cada item avaliado).

g) Correlação das Características da Qualidade (indica o quanto uma característica interfere com a outra)

O gerente correlacionou as características da qualidade no telhado da Casa da Qualidade, por meio dos pesos: positiva (+), fortemente positiva (++), negativa (-) ou fortemente negativa (- -).

Resultados

Após as entrevistas com os usuários e profissionais dos serviços de saúde, foram obtidas, tanto nas USF gerenciadas pela OS como nas gerenciadas pelo município, as mesmas qualidades exigidas: facilidade para agendar consultas na USF, facilidade para agendar consultas no serviço especializado, atendimento rápido na recepção e pontualidade no atendimento médico.

Utilizando os dados coletados na qualidade exigida foram construídas as Casas da Qualidade e determinou-se a qualidade planejada (Tabela 1), apontando os itens necessários e mais importantes para a satisfação dos usuários das USF gerenciadas pela OS ou pelo município, são eles:

- Qualidade planejada nas USF gerenciadas pela OS: facilidade para agendar consultas na Unidade (36,00%), facilidade para agendar consultas no serviço especializado (26,42%), atendimento rápido na recepção (19,60%) e pontualidade no atendimento (17,98%).
- Qualidade planejada nas USF gerenciadas pelo município: facilidade para agendar consultas na Unidade (30,40%), facilidade para agendar consultas no serviço especializado (27,67%), pontualidade no atendimento (22,73%) e atendimento rápido na recepção (19,20%).

Tabela 1: Classificação da Qualidade Planejada nas USF gerenciadas pela OS e município.

Qualidade Planejada USF gerenciadas pela OS	Qualidade Planejada USF gerenciadas pelo município
Facilidade para agendar consultas na USF (36,00%)	Facilidade para agendar consultas na USF (30,40%)
Facilidade para agendar consultas no serviço especializado (26,42%)	Facilidade para agendar consultas no serviço especializado (27,67%)
Atendimento rápido na recepção (19,60%)	Pontualidade no atendimento médico (22,73%)
Pontualidade no atendimento médico (17,98%)	Atendimento rápido na recepção (19,20%)

A partir da qualidade exigida, os gerentes das USF gerenciadas pela OS definiram como características de qualidade: educação continuada, motivação profissional, diminuir o número de famílias cadastradas, ambulatório especialidades no bairro e absenteísmo. Enquanto que os gerentes das USF gerenciadas pelo município determinaram: educação continuada, motivação profissional, aumentar o número de vagas oferecidas, aumentar o número de profissionais nos serviços especializados, diminuir o número de famílias cadastradas.

Os dados obtidos nas características de qualidade foram inseridos nas Casas da Qualidade, onde foi estabelecida a qualidade projetada (Tabela 2), ou seja, classificação dos itens de qualidade necessários para proporcionar melhorias no atendimento

das USF gerenciadas pela OS ou pelo município, descritos a seguir:

- Qualidade projetada nas USF gerenciadas pela OS: educação continuada (24,63%), motivação profissional (24,63%), diminuir o número de famílias cadastradas (21,07%), absenteísmo (17,06%) e ambulatório de especialidades no bairro (12,61%).
- Qualidade projetada nas USF gerenciadas pelo município: diminuir o número de famílias cadastradas (33,75%), aumentar o número de vagas oferecidas (25,00%), educação continuada (22,50%), aumentar o número de profissionais nos serviços especializados (11,25%) e motivação profissional (7,50%).

Tabela 2. Classificação da qualidade projetada nas USF gerenciadas pela OS e município.

Qualidade Projetada USF gerenciadas pela OS	Qualidade Projetada USF gerenciadas pelo município
Educação continuada (24,63%)	Diminuir número de famílias cadastradas (33,75%)
Motivação profissional (24,63%)	Aumentar número de vagas oferecidas (25,00%)
Diminuir número de famílias cadastradas (21,07%)	Educação continuada (22,50%)
Absenteísmo (17,06%)	Aumentar número de profissionais nos serviços especializados (11,25%)
Ambulatório de especialidades no bairro (12,61%)	Motivação profissional (7,50%)

Discussão

Os resultados mostraram que os itens da qualidade exigida (facilidade para agendar consultas na USF e no serviço especializado, atendimento rápido na recepção e pontualidade no atendimento médico) mencionados pelos usuários das USF gerenciadas por uma OS e pelos usuários das USF gerenciadas por um município foram semelhantes.

A facilidade para agendar consulta na unidade e no serviço especializado também foi considerado importante e almejado pelos usuários dos serviços de saúde nos estudos de Corrêa et al.¹³ (2011), Martha et al.¹ (2011), Volpato et al.² (2010), Cunha e Silva¹⁴ (2010), Medeiros et al.¹⁵ (2010), Souza et al.¹⁶ (2008) e Ramos e Lima¹⁷ (2003). A dificuldade na obtenção das consultas se deve ao número insuficiente de profissionais em relação à demanda. O agendamento de consultas, seja na unidade ou no serviço especializado, é um direito da população, portanto instâncias superiores devem ser envolvidas no processo para solucionar o problema^{1,17}.

O longo tempo de espera para o atendimento relatado no presente estudo, também foi encontrado no estudo de outros autores^{2,13,14,16,17}. A pontualidade nas consultas médicas também foi um problema observado em outras pesquisas^{2,16,17}.

Na qualidade planejada, os resultados indicaram que o item mais importante e problemático

tanto para os usuários das USF gerenciadas pela OS como para os usuários das USF gerenciadas pelo município foi a facilidade para agendar consultas na unidade, seguido pelo item facilidade para agendar consultas no serviço especializado. Os outros itens citados, segundo a ordem de importância para os usuários das USF gerenciadas pela OS, foram: atendimento rápido na recepção e pontualidade no atendimento médico. Enquanto que os itens mencionados pelos usuários das USF gerenciadas por um município, segundo a importância, foram: pontualidade no atendimento e atendimento rápido.

Portanto, a qualidade planejada foi similar nas USF gerenciadas pela OS e nas gerenciadas pelo município, pois a facilidade para agendar consultas na Unidade e no serviço especializado foram os itens mais significativos para os usuários de ambos os serviços de saúde, denotando a dificuldade e a importância do agendamento de consultas.

Os profissionais das USF gerenciadas pela OS e pelo município concordaram na determinação de algumas características da qualidade, como: educação continuada, motivação profissional e diminuição no número de famílias cadastradas. Esses dados também foram relatados em outro estudo².

Outra característica de qualidade mencionada no presente estudo, a diminuição no número de famílias cadastradas, foi descrita em outra pesquisa¹⁶. A necessidade de educação continuada, mencionada pelos profissionais, foi descrita em vários

estudos^{18,22}. A motivação profissional também foi mencionada em outras pesquisas^{22,23}.

Nas USF gerenciadas pela OS, os dados revelaram que a qualidade projetada mais relevante foi a educação continuada e a motivação profissional. Essa informação demonstra a preocupação dos profissionais em disponibilizar serviços de saúde com qualidade, uma vez que se o profissional estiver inserido no processo de educação continuada estará mais qualificado para interagir com o usuário, tanto no aspecto técnico como no humano. A educação continuada pode solucionar alguns itens de qualidade necessários para satisfazer os usuários, descritos na qualidade exigida, como: pontualidade no atendimento e atendimento rápido.

Outros itens de qualidade projetada mencionados foram: diminuição no número de famílias cadastradas, absenteísmo e ambulatório de especialidades no bairro. Segundo os gerentes das USF gerenciadas pela OS, se diminuir o número de famílias cadastradas alguns requisitos importantes aos usuários serão solucionados, tais como: facilidade de agendamento das consultas na unidade, atendimento ágil na recepção e pontualidade no atendimento médico.

A qualidade projetada mais significativa nas USF gerenciadas pela OS foi diminuir o número de famílias cadastradas. A seguir outros itens foram mencionados, segundo a importância: aumentar número de vagas oferecidas, educação continuada, aumentar o número de profissionais nos serviços especializados e motivação profissional. Os itens diminuir o número de famílias cadastradas e aumentar o número de vagas oferecidas corroboram com algumas qualidades exigidas citadas pelos usuários: facilidade no agendamento de consulta na unidade, pontualidade no atendimento e atendimento ágil na recepção. Aumentar o número de profissionais nos serviços especializados facilitaria o agendamento de consultas nos serviços especializados.

Os resultados encontrados na qualidade planejada e projetada, quando relacionados com os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização, resolutividade e controle social)^{2,10} do SUS, possibilitaram a percepção de que tais princípios não alcançaram uma aplicação satisfatória nas USF avaliadas, seja nas gerenciadas pela OS como nas gerenciadas pelo município.

O princípio da universalidade não foi observado na qualidade planejada, uma vez que os usuários mencionam a necessidade de maior facilidade no agendamento de consultas na unidade e, também, não foi observado na qualidade projetada, pois os profissionais relataram a necessidade de aumentar o número de vagas oferecidas. Em relação aos princípios da equidade e da integralidade, foi evidenciada a insatisfação dos usuários na demora em agendar consultas no serviço especializado e dos profissionais relatando a necessidade de um ambulatório

de especialidades no bairro, além de aumentar o número de profissionais nos serviços especializados. O princípio da regionalização e hierarquização contrastou com a qualidade planejada e projetada, quando os profissionais apontaram a necessidade de diminuir o número de famílias cadastradas. O princípio da resolutividade não foi efetivo, pois os usuários reclamaram da ausência de pontualidade e agilidade no atendimento.

Conclusão

A presente pesquisa, realizada em USF gerenciadas pela OS e em USF gerenciadas pelo município, utilizou a ferramenta QFD para avaliar a qualidade do acesso nesses serviços e constatou que as USF gerenciadas pela OS, mesmo tendo maior autonomia administrativa e financeira, não obtiveram melhores resultados no acesso. Portanto, o acesso constitui um desafio na construção do cuidado integral e ações e políticas para a reversão dessa realidade devem ser implantadas para a melhoria dos serviços de saúde no país.

Abstract

Objective: this research aimed to evaluate the access to Family Health Units (FHU) managed by the city of Piracicaba, SP, Brazil and by a social organization (SO) located in the city of São Paulo, SP, Brazil. Subjects and method: the Quality Function Deployment (QFD) tool was used to assess the quality of access to FHU. The sample consisted of 480 volunteers, 400 service users and 80 professionals. Results: after interviews with healthcare users and professionals, the results showed that the greatest need of users of the FHU managed by the city and the SO was scheduling appointments for the FHU and scheduling appointments for specialized service. Conclusion: the research found that FHU managed by the SO did not obtain better access results, although having greater administrative and financial autonomy. Therefore, access is a challenge for the construction of integral care; also, actions and policies to reverse this reality should be implemented to improve health services in the Brazil.

Keywords: Access to healthcare; Assessment of healthcare access and quality; Quality of healthcare; Patient satisfaction.

Referências

1. Martha SN, Gatti MAN, Vitta A, Simeão SFAP, Conti MHS, Saes SO, et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*. 2011; 30(3): 159-77.
2. Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1561-72.

3. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed; 2003. p. 28-49.
4. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev. APS*. 2008; 11(1): 74-84.
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20: 190-96.
6. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
7. Carneiro Junior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(5): 914-20.
8. Modesto PEG. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. *Revista do Serviço Público*. 1997; 48(2): 27-57.
9. Pacheco HF, Gurgel Júnior GDG, Santos FAS, Ferreira SCC, Leal EMM. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58): 585-95.
10. Melo C, Tanaka OY. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? *Organizações e Sociedade*. 2001; 8(22).
11. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelo de gestão e o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12: 1831-40.
12. Volpato LF, Martins LC, Meneghim MC, Pereira AC. Gestão e avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: Pereira AC (organizador). *Gestão Pública em Saúde – Fundamentos e Práticas*. Águas de São Pedro: Livronovo; 2015. p. 355-82.
13. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICFP. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3): 451-57.
14. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4): 725-37.
15. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. 2010; 12(3): 402-13.
16. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 100-10.
17. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1).
18. Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. *J Health Sci Inst*. 2012; 30(1): 37-40.
19. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Peres AS, Bastos JRM, Peres SHCS. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(2): 93-5.
20. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(1): 23-34.
21. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc*. 2008; 20(2): 237-46.
22. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4): 727-33.
23. Novaes MRCG, Lima ACV, Nogueira DY, Cerqueira F, Mello GF, Souza HS, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(4): 289-300.

Endereço para correspondência:

Luciana Fernandes Volpato
Av. Limeira, 901, Areião
13414-903 Piracicaba-SP Brasil
Fone: (67) 981000367
E-mail: lucianavolpato@superig.com.br

Recebido: 27/07/2016. Aceito: 13/03/2017