

ARTIGO ORIGINAL

Análise da satisfação de usuários e gestores com ambulatório médico de especialidades

Analysis of the satisfaction of health managers and users regarding the medical speciality outpatient clinic

Valdecir Carlos Tadei¹, Domingo Marcolino Braile²

¹Professor Doutor em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP e Coordenador de Ensino Superior do Estado de São Paulo.

²Professor Emérito da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP e Sênior da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

Resumo

Introdução: A busca de novos modelos e estratégias para o aperfeiçoamento da gestão pública dos serviços de saúde é objeto de discussão no Brasil desde a implantação do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Analisar a satisfação de usuários e gestores com o Ambulatório Médico de Especialidades. **Casística e Métodos:** A satisfação de gestores com o primeiro Ambulatório Médico de Especialidades do interior do Estado, administrado por Organização Social de Saúde, foi analisada por meio de questionário aplicado aos secretários municipais de saúde de 30 cidades atendidas por esse ambulatório. A satisfação dos usuários quanto à qualidade do atendimento foi analisada por meio de questionário aplicado na primeira consulta e retorno. **Resultados:** Em 70% dos municípios houve redução do custo operacional dos pacientes. A quantidade de reclamações após implantação do ambulatório diminuiu em 93% dos municípios. Os agendamentos foram feitos por 97% das secretarias municipais. O grau de resolubilidade desses procedimentos foi maior no ambulatório (97%) do que em outros serviços. A satisfação do usuário foi elevada na primeira consulta e retorno. **Conclusão:** A experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com o novo modelo de gestão em saúde por meio de Organização Social de Saúde mostra indicadores positivos de eficiência e qualidade de atendimento.

Descritores: Saúde pública; Atendimento médico; Qualidade.

Abstract

Introduction: The search for new models and strategies to improve public health service's management has been a subject of debate in Brazil since the establishment of Unified Health System. **Objective:** The aim of the present study is to analyze the satisfaction of users and managers with specialty outpatient clinics. **Patients and Methods:** We evaluated the satisfaction of health managers of the first specialty outpatient clinic of the inland of São Paulo State. Municipal secretaries of 30 municipalities attended by the outpatient clinic answered a questionnaire. This outpatient clinic is managed by a Social Health Organization. Satisfaction of the user regarding the quality of health care delivered was evaluated through a questionnaire answered in the first medical visit and in the follow-up visit. **Results:** In 70% of the municipalities, there was a decrease in the patients' operational cost. The quantity of complaints after the establishment of the outpatient clinic was reduced in 93% of municipalities. Patient's appointments and schedules are established by 97% of the municipal secretaries of health. The degree of resolvability of these procedures was higher in the outpatient clinic (97%) than in other services. The satisfaction of the user was higher in the first medical visit and in the follow-up visit. **Conclusion:** The experience of the Secretariat of Health of São Paulo State with this model of healthcare management via Social Healthcare Organizations has shown positive indicators in terms of efficiency and quality of care.

Descriptors: Public health; Health care; Quality.

Introdução

Os sistemas de saúde que se constituíram enquanto tal em muitos países ao longo da segunda metade do século XX, enfrentaram gradativamente o desafio de garantir a sua viabilidade e sustentabilidade social, política e econômica⁽¹⁾. Para isso esses sistemas tiveram que demonstrar o seu

desempenho quanto à acessibilidade, efetividade, segurança, eficiência e equidade na atenção à população, com o desenvolvimento de sistemas de avaliação⁽²⁾. A crescente importância nas sociedades modernas da ideia da necessária estreita articulação entre “conhecer” e “agir”, isto é, de que é

Recebido em 09/06/2014

Aceito em 19/08/2014

Não há conflito de interesse

preciso conhecer para poder agir, (informação), constitui-se em elemento central no desenvolvimento da avaliação em saúde, e da legitimidade de propostas de avaliação e gestão da qualidade em serviços de saúde, assim como avaliação e desempenho de programas e sistemas de saúde⁽³⁾.

A promoção da saúde surgiu como marco norteador da saúde pública a partir da década de 1970 e, desde então, vem se tornando modelo das ações de saúde. A luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade, assumiu no Brasil contornos de resistência à conduta conservadora com relação às políticas públicas da última década. A Reforma Sanitária Brasileira baseou-se em mobilização reivindicatória, conforme a necessidade popular de reconstruir estrutura normativa que atendesse as necessidades da população na área da saúde⁽⁴⁾.

Na década de 1980, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, foram anunciados os fundamentos de um novo sistema público de saúde, cujos temas oficiais incluíram saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Os desdobramentos desse evento foram imediatos e o resultado foi um texto sobre saúde, moderno e amplo, na Constituição Brasileira de 1988⁽⁵⁾. Em 1988, a luta pela reforma sanitária culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como processo social e político que exige ambiente democrático para sua construção, cuja implantação representa mudança cultural⁽⁶⁾.

Do SUS surgem princípios como acesso universal e igualitário a ações e serviços; integralidade de assistência; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas, conforme artigo 198 da Constituição Federal, seguindo princípios como universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e seu uso pelo usuário; equidade, que se baseia na priorização daqueles com piores condições sociais e de saúde, diminuindo desigualdades⁽⁷⁻⁹⁾. Aproximadamente 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e apenas 8,7% são não usuários⁽¹⁰⁾. A rede pública de saúde nacional conta com 2,5 milhões de profissionais e realiza, anualmente, 252 milhões de consultas básicas, 11 milhões de internações hospitalares, três milhões de cirurgias, 345 milhões de exames e 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais⁽¹¹⁻¹²⁾.

O governo do Estado de São Paulo regulamentou, por meio da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, a parceria do Estado com entidades filantrópicas, estipulando que apresentassem, no mínimo, 5 anos de experiência na administração de serviços próprios de saúde, reconhecida qualidade e compromisso firmado com a população atendida⁽¹³⁾. Entidades que cumpriram essas exigências foram qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS), podendo ser habilitadas para firmar contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde com a finalidade de gerenciamento, operação de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde, por meio de convocações públicas⁽¹³⁾.

Esse modelo já é consolidado na Espanha⁽¹⁴⁾ e Canadá⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. No Brasil, esse novo modelo de gestão em saúde, por meio de OSS, constitui alternativa pioneira, implantada pelo Governo do Estado de São Paulo por meio da Secretaria de Estado de Saúde que mostra indicadores satisfatórios de eficiência, qualidade de atendimento e economia de recursos financeiros, sendo experiência de sucesso na gestão pública de saúde no SUS/SP^(9,17). Atualmente, 20 hospitais, 3 ambulatorios, 2 farmácias e 1 laboratório de análises clínicas, distribuídos por todo o Estado de São Paulo, são administrados por essa modalidade de gerenciamento⁽¹⁸⁾. Esses novos hospitais disponibilizaram, para o SUS, cerca de 4.300 leitos e produziram, em 2006, aproximadamente 219 mil internações, além de 2,1 milhões de consultas ambulatoriais, 23 mil procedimentos odontológicos, 1,8 milhão de consultas de urgência e 5,4 milhões de exames laboratoriais⁽¹⁹⁾.

Em 2007, o governo do Estado de São Paulo lançou no interior um novo modelo de atendimento médico à população, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), administrado por OSS, cuja atribuição inclui prestação de assistência de serviços de saúde em regime ambulatorial, considerando a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação da população como um todo. Esse novo tipo de unidade de saúde foi planejado para tornar mais rápido o atendimento e não sobrecarregar os ambulatorios dos hospitais gerais e universitários do interior, litoral e Grande São Paulo.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a satisfação de usuários e gestores com Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga, SP.

Casuística e Métodos

O presente estudo foi realizado no primeiro AME do interior do Estado de São Paulo, situado na região Noroeste, no período de fevereiro a outubro de 2008. Inaugurado em novembro de 2007, o AME atende uma população de aproximadamente 300 mil habitantes, proveniente de 30 municípios.

Os usuários do AME são encaminhados por meio de equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde que utilizam sistema informatizado de gestão ambulatorial. Esse sistema interliga todos os municípios da rede de atendimento assistencial. O agendamento de consultas e exames é feito via *internet*, não havendo a necessidade de o paciente comparecer ao local. Eventualmente, o agendamento pode ser feito pelo *Call Center*, que funciona 12 horas por dia de segunda a sexta-feira.

O AME dispõe de modernos equipamentos que permitem ao paciente realizar consultas em 31 especialidades e exames de média e alta complexidade, procedimentos terapêuticos e pequenas cirurgias. Se for necessário tratamento especializado, o encaminhamento é realizado com agilidade. A capacidade de atendimento está diretamente relacionada com a demanda dos municípios.

No período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008, foram atendidos no AME um total de 131.867 pacientes, sendo 48.085 (36,5%) do sexo masculino e 83.782 (63,5%) do feminino. Nesse período foi realizado um total de 102.707 consultas em especialidades médicas e 187.377 exames. A faixa etária mais frequente (55,3%) foi entre a quarta e sexta décadas de vida, com pico na quinta década, sendo o sexo feminino predominante em todas as faixas etárias, exceto dos zero aos nove anos.

Antes do início da coleta de dados, todos os sujeitos deste estudo foram informados sobre o objetivo da pesquisa e esclarecidos em relação à liberdade de participarem ou não da mesma. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga, SP.

Para analisar a satisfação dos gestores com o AME, foi feito estudo preliminar para verificar a necessidade de alterações no questionário que pudessem influenciar na adequabilidade e aplicabilidade desse instrumento. Os dados foram coletados por meio de aplicação de questionário em julho de 2008, pelo pesquisador ou profissional treinado, aos 30 secretários municipais de saúde das cidades da região, cujas características antes da implantação do AME incluem somente o atendimento básico e encaminhamento dos pacientes para atendimento especializado, com elevada demanda reprimida no município. Aproximadamente 90% desses municípios apresentam menos de 10 mil habitantes.

Na análise da satisfação dos usuários do SUS, com relação à qualidade do atendimento do AME, foi utilizado questionário aplicado no próprio AME por profissional treinado na primeira consulta e no retorno. Os dados foram coletados em fevereiro, maio, julho e outubro de 2008. Os participantes tiveram a primeira consulta nos meses de fevereiro, maio, julho e outubro e retornos nos mesmos meses. O total de participantes que atendeu à primeira foi de 3.402 divididos da seguinte forma: fevereiro (977), maio (876), julho (863) e outubro (686). Ao retorno compareceram 2.749 pacientes, assim distribuídos: fevereiro (505), maio (704), julho (826) e outubro (714). A classificação da satisfação foi muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim.

Resultados

Os resultados da análise de satisfação dos 30 secretários municipais de saúde mostram que antes da implantação do AME, existia em algumas especialidades médicas uma demanda reprimida em 100% dos municípios atendidos. Após a implantação do AME, esse problema foi solucionado em dois (7%) municípios, está sendo solucionado em quatro (13%) e não foi solucionado em 24 (80%).

Com relação à redução do custo operacional dos pacientes para realização de procedimentos (consultas e exames) agendados no AME, a maioria dos secretários municipais (70%) respondeu que houve redução desse custo. Já quatro (13%) dos gestores relataram que não houve redução de custo e para 5 (17%) foram indiferente.

A quantidade de reclamações quanto ao atendimento, após implantação do AME, diminuiu em 28 (93%) municípios, aumentou em um (3%) e foi indiferente em um (3%). O agendamento de procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) no AME e em outros serviços ambulatoriais é feito por 29 (97%) das secretarias municipais de saúde. Em relação a resolubilidade desses procedimentos, os secretários consideraram maior no AME (97%) que em outros serviços. O tempo médio para realização desses procedimentos no AME foi de $20,2 \pm 10,8$ e $20,8 \pm 10,9$ dias, respectivamente.

Os resultados da satisfação dos usuários do AME revelam que com relação ao tempo de espera entre chegada do paciente ao AME e realização da consulta médica, no período estudado, 62,3% dos usuários considerou como “muito bom”, tanto na primeira consulta como no retorno (Figura 1).

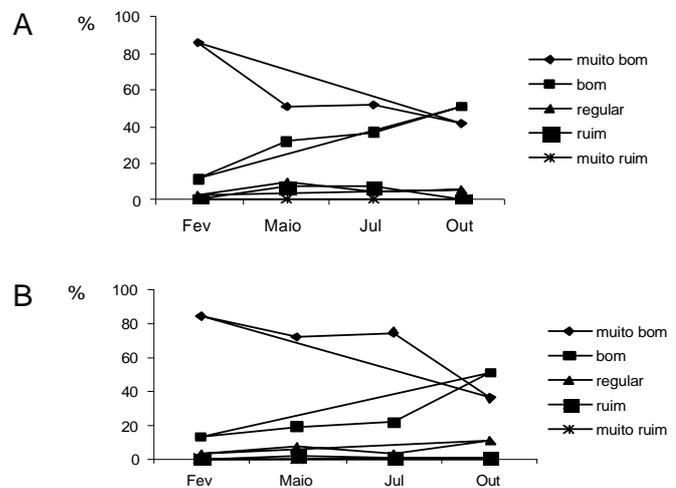


Figura 1. Tempo de espera entre a chegada do paciente ao Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e a realização da consulta médica nos meses de fevereiro, maio, julho e outubro/2008. A = primeira consulta; B = retorno.

O resultado da avaliação da recepção do AME pelos pacientes, quanto ao tempo de espera, atenção e cordialidade, e informações prestadas, mostrou que 97,5% dos usuários consideraram, na primeira consulta e no retorno, como “muito bom”.

A análise dos serviços médicos e de enfermagem do AME pelos pacientes, quanto à atenção e cordialidade, esclarecimento ao paciente e aos familiares, e cuidados prestados, mostrou que na primeira consulta e no retorno esses serviços foram considerados, respectivamente, por 91% e 95,5% dos usuários como “muito bom”.

No período estudado, a limpeza dos ambientes do AME (recepção, corredores, banheiros e consultórios e salas de espera) foi avaliada por 98,4% dos pacientes na primeira consulta e no retorno como “muito bom”. Outro aspecto considerado como “muito bom” na primeira consulta e no retorno, por 99,1% dos usuários, foi o conforto dos ambientes (silêncio no ambiente, sala de espera, iluminação ambiente, ventilação e sinalização).

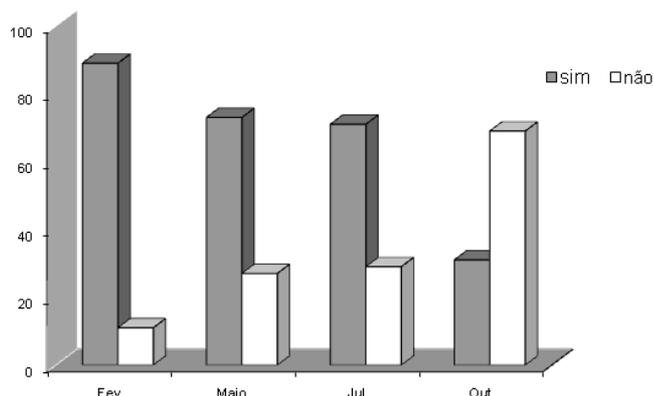


Figura 2. Resultados da avaliação sobre a localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga nos meses fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863) e outubro (n = 686) de 2008 (primeira consulta).

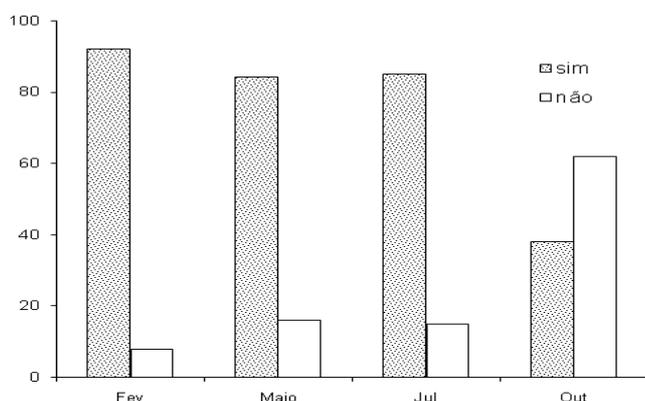


Figura 3. Resultados da avaliação sobre a localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga nos meses fevereiro (n = 505), maio (n = 704), julho (n = 826) e outubro (n = 714) de 2008 (retorno).

Com relação à localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no AME, na primeira consulta e no retorno a maioria dos usuários sabia onde reclamar nos meses de fevereiro, maio e julho enquanto em outubro a maioria não sabia onde reclamar (Figuras 2 e 3). Analisando a quantidade total de pacientes, médicos e funcionários do AME no período de fevereiro a outubro de 2008 quanto à localização da ouvidoria, nota-se aumento na quantidade desses pacientes e profissionais e redução na quantidade de usuários que sabia onde reclamar.

Discussão

No presente estudo, a faixa etária mais atendida no AME foi da 4ª a 6ª décadas de vida. Esse achado mostra que a prestação de serviços na atenção básica em indivíduos mais jovens deve ser melhorada, caso contrário o resultado aqui obtido poderá ser o mesmo nas próximas décadas.

O envelhecimento populacional tem modificado o padrão de morbimortalidade e, por conseguinte, aumentado as taxas de sobrevivência da população e de prevalência de doenças crônicas nos mais idosos⁽²⁰⁾. De acordo com Jóia et al.⁽²¹⁾, no Brasil e na maioria dos países, a quantidade de idosos com 60 anos e acima vem aumentando, ampliando o ápice da pirâmide populacional. Com relação ao sexo, houve predomínio feminino entre os assistidos pelo AME. O maior número de mulheres, como esperado em relação à composição demográfica de idosos (maior probabilidade de longevidade entre as mulheres), foi também similar aos resultados obtidos por Lima et al.⁽²²⁾. Por outro lado, a maior sobrevivência de mulheres em idades avançadas poderia ser decorrente das diferenças na exposição a riscos ocupacionais e no consumo de tabaco e álcool; maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; e, maior utilização dos serviços de saúde entre as mulheres⁽²³⁾.

Antes da implantação do AME, existia em algumas especialidades médicas demanda reprimida em 100% dos municípios atendidos. Após implantação do AME, até julho de 2008, esse problema não havia sido solucionado em 80% dos municípios. Diversos fatores podem ter influenciado nesse resultado como dificuldades operacionais de implantação da *internet*, pouca familiaridade de funcionários municipais com uso da *internet*, *link* das prefeituras com a *internet* de baixa velocidade, falha de comunicação do agendamento para chegada de informações ao paciente pela secretaria municipal de saúde via *call center* e adaptação às novas regras de agendamento com hora marcada. Além disso, em algumas especialidades o número inicial de consultas foi subestimado pelas secretarias municipais de saúde, sendo posteriormente, com o funcionamento do AME, readequada a oferta de consultas nas especialidades com demanda reprimida.

A redução do custo operacional dos pacientes para realização de consultas e exames agendados no AME ocorreu em 70% dos municípios. Essa diminuição pode ser em virtude principalmente da redução de gastos com transporte de pacientes para centros de referência, localizados a mais de 100 km de distância, utilizados anteriormente. Com a disponibilização de várias especialidades para os municípios houve redução nas ações municipais para viabilização de consultas dessas especialidades, pois antes da implantação do AME, alguns municípios não conseguindo suprir a demanda de consultas e exames de média complexidade nas suas respectivas unidades de referência, contratavam médicos especialistas para atendimento de usuários do SUS.

Quanto ao tempo médio para realização de consulta no AME, é importante ressaltar que antes da implantação desse ambulatório existia fila nos locais de atendimento de especialidades médicas e os pacientes chegavam durante a madrugada para assegurar o atendimento. Além disso, a consulta era longe do município de origem e, dependendo da especialidade médica, como o Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto era a referência na região, não raro havia espera de aproximadamente seis meses para realização de consulta. No presente estudo, de acordo com secretários municipais de saúde de 30 municípios, o tempo médio foi de $20,2 \pm 7,9$ dias. Esse resultado indica que houve

melhora nesse primeiro contato do paciente com o médico. Nesta pesquisa, o tempo médio para realização de exame no AME ($20,8 \pm 9,8$ dias) foi considerado bastante satisfatório. Anteriormente à implantação desse ambulatório, o hospital universitário regional e a Santa Casa de Misericórdia local eram referências para exames de alta complexidade como tomografia computadorizada e ressonância magnética, principalmente nas áreas de cardiologia, oftalmologia e ortopedia. Não existem dados oficiais sobre o tempo para realização desses exames no HB, mas alguns demoravam até 12 meses. Portanto, esses achados mostram agilidade desse modelo de atendimento médico à população.

Antes da implantação do AME, mesmo ocorrendo investimento por parte do município no atendimento de especialidades, o órgão municipal não conseguia estrutura para exames diagnósticos nem linha de atendimento. Com isso existia grande quantidade de reclamações sobre procedimentos de média complexidade. O AME organizou o atendimento de especialidades médicas na região e, por conseguinte, ocorreu aumento de recursos disponíveis nos municípios para atenção básica.

A satisfação do usuário está inserida em pesquisas que analisam a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que gera subsídios àqueles que gerenciam serviços e prestam cuidados, permitindo elaborar métodos para superar possíveis limitações⁽²⁴⁾.

A avaliação da qualidade da assistência prestada é imprescindível para o planejamento e gerenciamento dos sistemas de saúde. A mensuração da satisfação do paciente, a partir da utilização dos serviços de saúde, é um dos componentes dos resultados desejáveis da assistência prestada. Entretanto, apresenta limitações como indicador de qualidade pela sua subjetividade, fazendo parte do grupo de indicadores de imagem das instituições de saúde que trabalham principalmente com resultados de pesquisa relacionados com satisfação dos clientes externos e internos⁽²⁵⁻²⁶⁾.

No presente estudo, a satisfação dos usuários do AME, em seu primeiro ano de funcionamento, foi elevada. Embora sem registro na literatura, antes da implantação do AME a estrutura era precária. Esse AME foi o primeiro implantado no interior do Estado⁽¹⁹⁾, dificultando a comparação dos resultados aqui obtidos, com os de outros ambulatórios também administrados por OSS. O tempo de espera, entre chegada do paciente ao AME e a realização da consulta médica, foi considerado pela maioria dos usuários “muito bom” e “bom” na primeira consulta e no retorno. Esse resultado é explicado pelo funcionamento do sistema de consulta com hora marcada.

A recepção do AME quanto ao tempo de espera, atenção e cordialidade, e informações prestadas, foi considerada pela grande maioria dos usuários tanto na primeira consulta como no retorno, como “muito bom”. Esse achado provavelmente é decorrente do treinamento e capacitação dos funcionários desse setor. Com relação à avaliação dos serviços médicos e de enfermagem do AME, os bons resultados indicam que a estrutura organizacional e física incluindo sistema de hora marcada, instalações e equipamentos novos, remuneração adequada, equilíbrio na proporção entre número de profissionais

disponíveis e número de pacientes atendidos, e sistema de exames complementares (possibilidade de resolução dos casos reduz angústia profissional do médico), propiciam melhores condições de atendimento.

Antes da implantação do AME, havia um total de 38 médicos em 2007 e, em 2009, existiam 57 médicos⁽²⁷⁾. Apesar da diferença na quantidade de médicos, é inquestionável a mudança de paradigma no atendimento na saúde pública, pois antes do AME não havia resolubilidade e qualidade no atendimento aos usuários do SUS provenientes de 30 municípios da região.

No período estudado, a satisfação dos usuários foi elevada com relação à limpeza (recepção, corredores, banheiros e consultórios e salas de espera) e ao conforto dos ambientes (silêncio, sala de espera, iluminação, ventilação e sinalização). Esses achados estão relacionados à política de qualidade associada a investimentos da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo em recursos materiais, incluindo limpeza e projeto arquitetônico de alto padrão oferecido aos usuários do SUS.

Os resultados da localização da ouvidoria, quando o paciente não é bem atendido no AME, mostram que de fevereiro a outubro de 2008 houve redução na quantidade de usuários que sabiam onde reclamar, enquanto houve aumento na quantidade de pacientes, influenciando atendimento na ouvidoria. Esses dados demonstram que a qualidade do atendimento contribui para aumento da demanda, sendo necessário seu controle, pois o sistema é dinâmico. A resposta à demanda quando a administração é direta não possui, conforme legislação estadual, agilidade e flexibilidade necessárias que as OSS possibilitam. Essa nova opção de formato no atendimento do paciente SUS é viável para o Brasil, agregando qualidade com custos que não diferem de unidades da administração direta, conforme resultados de estudo realizado pelo Banco Mundial⁽²⁸⁾.

Conclusão

A experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com nova modalidade de gestão em saúde por meio de OSS, aqui exemplificada pelo AME de Votuporanga, mostra indicadores satisfatórios de eficiência, qualidade de atendimento e economia de recursos financeiros, sendo experiência de sucesso na gestão pública de saúde no SUS/SP. Com base nos resultados obtidos, conclui-se que houve alto grau de satisfação de usuários e gestores com o Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga.

Referências

- Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):935-44.
- Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):711-24.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59.
- Egry EY, Garcia TR. Integralidade da atenção no SUS e

- sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av.* 2013;27(78):7-26.
 6. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde Debate.* 2009;33(81):38-46.
 7. Pontes APM, Oliveira DC, Gomes AMT. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. *Rev Latinoam Enferm.* 2014;22(1):59-67.
 8. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):343-9.
 9. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(1):181-90.
 10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 2ª ed. Brasília (DF): CONASS; 2007.
 11. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av.* 2013;27(78):27-34.
 12. Santos L, Andrade LOM. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. *Saúde Debate.* 2009;33(82):201-13.
 13. Gomes MC. Organizações sociais: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde da Saúde de São Paulo. In: Levy E, Drago PA, editores. *Gestão pública no Brasil contemporâneo.* São Paulo: Fundap; 2005. p. 164-84.
 14. Labrador JRR, Benedicto AS. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80(5):475-82.
 15. Quinhões TAT. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. In: *Cadernos ENAP – Reforma do Estado no setor de saúde: os casos de Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos.* Rio de Janeiro: Escola Nacional de Administração Pública; 1997. p. 47-71.
 16. Organización Panamericana de la Salud. Canada: perfil del sistema de servicios de salud. Impreso do Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud da División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Março de 2000.
 17. Barata LRB. Entrevista. *Rev Adm Saude.* 2005;7(28):74-8.
 18. Souza RR, Mendes JDV, Barros S. A eficiência do SUS e a nova modalidade de gestão. In: Souza RR, Mendes JDV, Barros S, organizadores. *20 anos do SUS São Paulo.* São Paulo: SES/SP; 2008. p. 111-28.
 19. Tadei VC, Braile DM. AME: Ambulatório Médico de Especialidades: agilidade com resolutividade. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008;23(4):570-1.
 20. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa, JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2781-8.
 21. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008;17(3):187-94.
 22. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):735-43.
 23. Sant'ana AM. A propósito da medicina de família. *Rev Bras Med Fam Com.* 2000;1(1):24-8.
 24. Perico GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Méd.* 2006;30(2):49-55.
 25. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde.* 2001;3(12):21-8.
 26. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd.* 1990;114(11):1115-8.
 27. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV. Lista de médicos e funcionários dos Ambulatórios Regionais de Especialidades (ARE) de Votuporanga e Fernandópolis. 2010.
 28. Banco Mundial. Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica da Região da América Latina e Caribe. Relatório Nº 35691-BR. Brasil: Melhorando o desempenho no setor saúde: Lições das inovações do Estado de São Paulo e da Cidade de Curitiba. 29 de Março de 2006.

Endereço para Correspondência: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Av. Brig. Faria Lima 5416 CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto – SP *E-mail:* tadei@terra.com.br
