

# QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA BREVE REFLEXÃO

Jussara Britto Batista GONÇALVES<sup>1</sup>  
Priscila Daiane BARBOSA<sup>2</sup>  
Rainéria Rosária Marcos de SOUZA<sup>3</sup>

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família tem sido a responsável por profundas reformas no sistema de saúde brasileiro, com enfoque diferencial não só no indivíduo, mas na população. Este artigo tem como objetivo refletir sobre a qualidade da assistência em saúde da família, enfocando a humanização e o acolhimento. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura do tipo exploratória. A busca de referenciais foi realizada em base de dados disponíveis na internet Scielo, Biblioteca Digital da USP, Biblioteca Virtual em Saúde e Lilacs. Busca-se a criação de estratégias que venham contribuir com o alcance da melhoria no atendimento, promovendo a qualidade de vida aos usuários e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo acesso universal, equidade e integralidade, atendendo todos os níveis de complexidade. O Ministério da Saúde (MS) propôs por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando a capacitação dos profissionais no qual assumam uma postura humanizada e acolhedora, destacando a importância do trabalho de uma equipe multiprofissional. Diante deste estudo é possível analisar que são poucos os programas oferecidos pelo governo de capacitação em humanização e acolhimento, no qual encontra entraves no seu entendimento real.

**Palavras-chave:** Saúde. Sociedade. Humanização. SUS.

## INTRODUÇÃO

Qualidade da assistência em Saúde da Família remete a uma complexidade de fatores como: o tipo de atendimento prestado, o envolvimento e preparo da equipe, recursos materiais e humanos, e os impactos que este tipo de atendimento pode causar na vida das pessoas e da comunidade. A Estratégia Saúde da Família é entendida como um modelo de assistência à saúde, com enfoque holístico no indivíduo em seu contexto individual e coletivo, agregando qualidade da assistência a saúde à qualidade de vida. Partindo deste pressuposto, a qualidade da assistência prestada deve ser resolutiva (individual e coletiva) e, ao mesmo tempo,

---

<sup>1</sup>Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC, dvjsarabritto@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira, pós-graduanda em Saúde Coletiva das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC, pridaibar@gmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira, pós-graduanda em Saúde Coletiva das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul - FUNEC rayna\_souza@hotmail.com

contínua na busca de soluções para os problemas encontrados nas famílias e na comunidade.

Nas palavras de Giacomozzi e Lacerda (2006), o SUS busca alternativas para incrementar a qualidade da assistência de acordo com as novas demandas, com isso os valores que regem a assistência à saúde têm sido modificados. Visando atender distintas necessidades de saúde das pessoas, estabelecendo vínculos, conhecendo cada realidade, preocupando com a infraestrutura existente nas comunidades, e o atendimento das famílias.

A reorganização do modelo de assistência à saúde supõe sistemas de referência e contra-referência funcionais e de qualidade, garantindo a integralidade dos atendimentos, como sendo direito da população usufruir tanto dos serviços mais básicos, quanto dos atendimentos específicos e complementares. Os serviços prestados são gratuitos sem discriminação ou carências, apesar das deficiências não existem restrições, e pode ser utilizado independente de qualquer situação ou vínculo empregatício, tendo este por finalidade cuidar e promover a saúde de toda a população (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos brasileiros, Brasil (2011) relata que o SUS está em constante processo de aperfeiçoamento, porém, isto só será possível por meio de investimentos e esforços do governo, e em essencial com a participação social.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo exploratória, abordando a qualidade da assistência em saúde da família, enfocando a humanização e o acolhimento. A pesquisa foi realizada em abril de 2013, na qual foram utilizadas 16 referências, distribuídas entre 4 livros e 12 artigos de revistas, encontradas nas bases de dados disponíveis na internet SciELO, Biblioteca Digital da USP, Biblioteca Virtual em Saúde e Lilacs. Primeiramente, realizou-se leitura dos resumos dos artigos encontrados por meio dos descritores “SUS”, “Programa Saúde da Família”, “Humanização da assistência” e “Acolhimento”, após foram excluídos os trabalhos que fugiam da temática abordada. O intuito do estudo é promover contribuições na área da construção do conhecimento tanto dos autores, como daqueles que possam se utilizar deste artigo para consulta.

## **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

O SUS apesar de ter sido definido pela Constituição Federal de 1988, somente foi

regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, relatando os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema. No dia 28 de dezembro de 1990, foi estabelecida a Lei nº 8.142, dispondo esta sobre a participação popular e financiamento do SUS. Contudo, isto só foi possível após um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por vários segmentos sociais.

Todos têm direito ao SUS desde o nascimento, ele é administrado pelos governos federal, estaduais e municipais. Sendo os princípios doutrinários: a universalidade, equidade e integralidade. Organizado em: regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação social (COSTA; CARBONE, 2009).

O PSF (Programa Saúde da Família), atualmente conhecido como ESF (Estratégia de Saúde da Família), teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios.

Como a dinâmica do PSF se divergia à dos programas convencionais, Oliveira e Bezerra (2011), referem que no ano de 1997 o programa foi definido como ESF (Estratégia de Saúde da Família) por sinalizar o caminho possível para o alcance dos princípios do SUS, como a reorganização da assistência à saúde e, conseqüentemente, impacto no sistema como um todo.

Tendo como objetivo final contribuir para a qualidade de vida, o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. No âmbito dessas mudanças, Souza e Carvalho (2003), asseguram que várias políticas municipais têm se organizado a partir da ESF, proposta que se insere no nível da atenção básica.

Na medida em que se entende o conceito de qualidade de vida, por uma obliquidade multidimensional, os mesmos autores enfatizam que deve ser considerado o caráter biopsicossocial da natureza humana, ou seja, analisar o indivíduo de forma holística, pois, um programa de assistência à saúde não limita seu trabalho a intervenções de nível epidemiológico e sanitário. Necessita incluir no planejamento e definição das estratégias, os elementos de caráter pessoal, social, econômico, entre outros.

Conforme Assis *et al.* (2007), é necessário criar condições para uma avaliação verdadeiramente crítica, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção. Podendo ser incorporada características ou atributos das práticas de saúde, e da sua organização social da seguinte maneira: relacionadas com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura,

acessibilidade e equidade); custos das ações (eficiência); adequação das ações ao conhecimento técnico e científico, vigente (qualidade técnico-científica) e percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

O modelo dialógico de educação em saúde, corresponde ao padrão mais pertinente para o contexto de atividades da ESF. Estas particularidades remetem a um exemplo, de que seria mais coerente com os princípios do SUS, particularmente, o da integralidade. Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pela participação desejada da comunidade na resolução dos problemas de saúde, compreensão ampliada do processo saúde-doença, humanização das práticas, busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade (ALVES, 2004).

Considerando a precisão de atender adequadamente a população Souza e Carvalho (2003), destacam a saúde como direito de cidadania garantido pela Constituição Federal, prevendo o controle social como forma de intervir no planejamento, e fiscalização das ações de saúde. Suscita a participação efetiva e concreta da população, assegurada pelo diálogo, troca permanente de ideias, conhecimentos e informações. Acredita-se que será possível a construção de um sistema de saúde pública, que trabalhe efetivamente para o aumento da condição de vida desta comunidade, apenas quando se considera os interesses e as necessidades da população.

Mishima *et al.* (2010), expõem a construção de alternativas conjuntas - serviços de saúde e usuários – para intervenções mais apropriadas aos problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados, e gestão dos serviços de saúde. Os métodos de avaliação da satisfação nos serviços públicos, podem atuar como instrumentos para “dar voz” aos usuários, permitindo oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades desses serviços, advindo um fortalecimento nos processos de planejamento, e exercendo controle social.

Fontoura e Mayer (2006) destacam que integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. Devendo inserir práticas de atenção integral à saúde no cotidiano dos enfermeiros, e de outros profissionais, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores.

Os autores citados acima acreditam que todos os profissionais que atuam, especialmente, na rede pública devem executar suas atividades e ações em saúde,

direcionadas, e voltadas para os princípios do SUS. Conhecer e apreender, já é o suficiente para dar início a uma luta, em cada cenário do cuidado, efetivando o SUS em toda a sua plenitude.

A gestão e a prática de saúde conforme Assis *et al.* (2007), desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até a organização e coordenação de sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde. Desta forma a ESF, para se constituir em “porta de entrada” do sistema de saúde, precisa estar inserida num sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, que de fato seja referenciado e contra-referenciado.

Segundo Fontoura e Mayer (2006), é necessário que todos os profissionais reflitam e se conscientizem que a atenção à saúde deve ser totalizadora, contextualizada, integral, humanizada e, principalmente, deve ser considerada como prioridade tanto pelos profissionais de saúde como pelos gestores. Sendo preciso expor as concepções e análises das práticas de saúde, o que envolve motivação pessoal dos profissionais de saúde, e iniciativa público-privada, de órgãos governamentais e não governamentais.

## **HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NO SUS**

A Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de Humaniza SUS, foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, emerge da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS, e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde, como na vida dos trabalhadores (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON 2011).

Para Brasil (2010), a PNH dentro da ESF deve incluir novas práticas de saúde, inovar atitude da gestão e ampliar o grau de contato, e de troca entre as pessoas. Ocorrendo uma reconstrução de forma mais participativa e coletiva. Alterando modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos. Adotando cinco dispositivos centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde, sendo eles: o acolhimento, gestão democrática, clínica ampliada, valorização do trabalho e garantia dos direitos aos usuários.

A Política Nacional de Humanização tem experimentado, em diversos lugares do

Brasil processos de formação, os quais já produzem acúmulos consideráveis, permitido revisitar concepções, diretrizes e estratégias que orientam a própria formação desde o Humaniza SUS. Assim, não estamos aqui falando em abstrato, desde concepções, mas, desde a experimentação de processos de formação, sobretudo de formação de apoiadores do Humaniza SUS, estratégia que temos tomado tanto para exercitar diretrizes e o método da Política Nacional de Humanização, como para capilarizá-la como política do SUS (BRASIL, 2010. p. 68).

Humanização nas palavras de Vaitsman e Andrade (2005) é descrita como dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre usuários e profissionais de saúde.

Sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção à saúde e a qualidade técnica das ações desenvolvidas, Assis *et al.* (2007), realçam que as propostas de humanização têm dado especial ênfase à integralidade da atenção e, em particular, às interações entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde.

Conforme Vaitsman e Andrade (2005), o projeto de humanização dos serviços contém dentre suas ações, a avaliação periódica da satisfação dos usuários e dos profissionais, e envolve três aspectos fundamentais: capacitação permanente dos profissionais de saúde e criação de condições para sua participação na identificação das melhorias necessárias às suas condições de trabalho; criação de condições para a participação ativa do usuário na avaliação da qualidade dos serviços; participação da comunidade organizada como parceira dos agentes públicos em ações de apoio e acompanhamento dos serviços.

De acordo com os autores citados acima, os trabalhadores de saúde teriam que ser transformados em sujeitos de fato, aprimorando seus métodos de trabalho, valorizando os saberes e práticas específicas (ou não) em saúde, exercendo uma interface de alguma forma (pensando, ouvindo, transportando, servindo, ensinando, cuidando, dentre outras ações), com a finalidade de definirem campos do conhecimento que influenciarão no processo terapêutico.

Mais do que uma triagem qualificada, Solla (2005), pressupõe o acolhimento como uma ferramenta que contribua para a escuta e análise. Incorporado por identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas, e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais.

O acolhimento como ação técnico-assistencial, possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com o foco nas relações e pressupõe a mudança profissional/usuário e sua

rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos-humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2011, p. 22).

A existência de uma relação profissional-usuário aceitável e reconhecida, para Medeiros *et al.* (2010) denota um grau de responsabilidade da ESF com a população. Na execução do acolhimento deve envolver a escuta, a valorização das queixas referidas pelos usuários, e a identificação de suas necessidades, seja individual ou coletiva. Esta relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde, não significando apenas a resolução completa dos problemas referidos.

O acolhimento, de acordo com Brasil (2011), classifica-se como uma postura ética e não um espaço ou local, sendo que o mesmo não precisa ter um profissional específico para fazê-lo, pois, implica compartilhamento de saberes, intervenções, responsabilidade e resolutividade. Diferenciando assim da triagem que constitui em uma etapa do processo que deve ocorrer em todos os locais de saúde.

Devendo proceder antes, durante e após o atendimento, o acolhimento deve ser executado por uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada para tal ato, pois, resultara em uma assistência humanizada, com qualidade e eficiência. Proporcionando efeitos satisfatórios, além do bem-estar físico, psicológico, social e emocional dos clientes. Sendo capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da promoção de sua saúde (SILVA; ALVES 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo apresentado evidencia a reorganização da assistência à saúde com enfoque na qualidade dos serviços, e o comprometimento com a vida social. Pautado nos princípios doutrinários do SUS, a ESF apresenta um modelo de atenção totalmente inserido na dinâmica da comunidade visando sanar as necessidades de saúde, oferecendo resolutividade e qualidade na assistência prestada.

Corroboramos com os autores, quando descrevem que a integralidade da assistência prestada é o alicerce para o alcance das ações e serviços voltados para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Contudo, a qualidade da assistência prestada, deve chegar ao ponto de se ter um envolvimento entre os serviços de saúde e a comunidade, tanto nos aspectos de saúde-doença quanto na própria organização social, proporcionando desta forma

melhoria na qualidade de vida das pessoas. Quanto à humanização e acolhimento nos serviços, os autores mostram-se unânimes descrevendo a necessidade de inovação no modelo de gestão, oferecendo formas de participação social, avaliação da satisfação dos usuários, investimento na qualificação profissional, e criação de condições para melhorias necessárias às suas condições de trabalho.

Vários são os desafios referentes a qualidade da assistência prestada, contudo, existe uma sucessão de fatores que podem influenciar no sucesso da mesma, como o perfil profissional, a qualificação e capacitação frequente, assim como os instrumentos necessários para a realização dos serviços, estes formam os requisitos necessários para estabelecer uma postura acolhedora e humanizada, trilhada por um caminho a ser percorrido com o propósito de garantir a satisfação do usuário.

Diante deste contexto foi possível analisar a necessidade de uma concretização nos serviços profissionais, e de saúde no âmbito do SUS, vontade política na construção de soluções que realmente consiga atingir as necessidades emergentes na prestação de serviços, que tragam resolutividade e satisfação social.

## **QUALITY OF CARE IN FAMILY HEALTH: A BRIEF REFLECTION**

### **ABSTRACT**

The Family Health Strategy has been responsible for major reforms in the Brazilian health system, such as differential focus not only on the individual but on the population. This article aims to reflect on the quality of care in family health, focusing on the humanization and host. This is a survey of the literature review of the exploratory type. The search of references was held in the database available on the internet Scielo, Digital Library of the USP, the Virtual Health Library, Lilacs. It searches for the creation of strategies that contribute to the achievement of improved service, promoting the quality of life for users and wellness of individual and collective through the actions and services promotion, protection and recovery of health, ensuring universal access, fairness and integrity, serving all levels of complexity. The Ministry of Health (MOH) proposed by the program HumanizaSUS, humanization as a guideline for care and management practices at all levels of the Unified Health System (SUS), encouraging the training of professionals in which to take a stance and humanized warm, highlighting the importance of the work of a multidisciplinary team. Through this study, it is possible to analyze that there are few programs offered by the government for training in humane and welcoming, in which barriers are found in its real understanding.

**Keywords:** Health. Society. Humanization. SUS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11\\_tencao.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11_tencao.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. **Constituição federal**. 7.ed. São Paulo, SP: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 31 dez.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos município**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza Sus: Caderno de textos: Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2013.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59, n.4, p. 532-537, jul./ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2013.

MEDEIROS, F.A. *et al.* Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v.12, n.3, p. 402- 413, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MISHIMA, S. M. *et al.* A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 148-156, mai./jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_20.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

OLIVEIRA, W. M. A.; BEZERRA, A. L. Q. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 20-25, jan./mar. 2011. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200027&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200027&script=sci_arttext)>. Acesso em 29 abr. 2013.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v.11, n.1, p. 74-84, jan./mar. 2008. Disponível em:< [www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf) >. Acesso em: 29 abr. 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.4, p. 493-503, out./dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768> >. Acesso em: 11 abr. 2013.

SOUZA, R. A; CARVALHO, A. M. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, Belo Horizonte, v.8, n.3, p. 515-523, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 599-613, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2013.