



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**ALOISIO ALENCAR MARQUES**

**VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA  
DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) DO BAIRRO NOVA VIDA EM  
POMBAL – PB**

**POMBAL - PB  
2014**

**ALOISIO ALENCAR MARQUES**

**VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA  
DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) DO BAIRRO NOVA VIDA EM  
POMBAL – PB**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I – Gestão Pública da Saúde, semestre 2014.2.

Orientador: Prof. Dra. Rita de Cássia Siriano Mascarenhas.

**POMBAL - PB  
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M357v Marques, Aloisio Alencar.

Visão dos usuários a respeito do atendimento na sala de espera do PSF (Programa de Saúde da Família) do bairro nova vida em Pombal – PB [manuscrito] : / Aloisio Alencar Marques. - 2014.  
17 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública - EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Rita de Cássia Siriano Mascarenhas, Secretária de Educação à Distância".

1. Avaliação dos Serviços. 2. Atendimento na sala de espera do PSF. 3. Qualidade dos cuidados de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 361

**ALOISIO ALENCAR MARQUES**

**VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA  
DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) DO BAIRRO NOVA VIDA EM  
POMBAL – PB**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I – Gestão Pública da Saúde semestre 2014.2.

Aprovada em: 06/12/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rita de Cássia Siriano Mascarenhas (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof<sup>ª</sup>. Ma. Danielle Harleneda Silva Moreno  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof<sup>ª</sup>. Ma. Vagner Brito de Lima  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A DEUS pela vida, e aos familiares, pelo  
companheirismo e amor, DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

À Coordenadora do Curso Prof. Dr<sup>a</sup>. Jaqueline Echeverria Barrancos, por seu desempenho e compromisso.

À Prof. Orientadora Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Siriano Mascarenhas pelas leituras e sugestões ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Ao meu pai Aloísio Marques de Sousa, a minha mãe Maria Terezinha de Alencar Marques, aos meus filhos Vítor Carlos Alencar e Vinícius Silva Marques, e minha querida esposa Maria Clidineide da Silva Carlos, pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

Aos professores do Curso de Graduação da UEPB, que contribuíram ao longo de quarenta e oito meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos tutores e funcionários da UEPB, em especial a Descartes Almeida Fontes, pelo apoio, compreensão e amizade.

Aos colegas do curso, que mesmo estando na maioria das vezes à distância, cativamos verdadeiras amizades.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>02</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>02</b>
2.1. Objetivo Geral .....	02
2.2. Objetivos Específicos .....	03
<b>3. FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>03</b>
3.1 Programas de Saúde da Família.....	03
3.2 Vantagens e Desvantagens do PSF .....	04
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>07</b>
<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>08</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>10</b>

## VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) DO BAIRRO NOVA VIDA EM POMBAL – PB

MARQUES, Aloisio Alencar  
Marques\_sgt@hotmail.com

**Resumo** A pesquisa tem como objetivo analisar a visão dos usuários em relação ao atendimento na sala de espera em uma Unidade de Saúde do Bairro “Nova Vida” em Pombal – PB. Os dados foram coletados em entrevista com questionário aos usuários voluntários à entrevista, enfocando o referido tema. O resultado aponta algumas dificuldades dos participantes em relação a informações, funcionamento e serviços do PSF. A organização do serviço e a competência profissional determinaram facilidades com relação ao acolhimento, levando à satisfação dos usuários. Má recepção e desempenho profissional insatisfatório foram dificuldades identificadas. Concluiu-se pela necessidade de aumento de profissionais, capacitação para o acolhimento, antecipação da abertura do prédio para marcação de consultas e priorização de atendimento aos moradores da área de atuação.

**Palavras-chave** Avaliação dos Serviços; Atendimento na sala de espera do PSF; Qualidade dos cuidados de saúde.

**Abstract** The research aims to analyze the views of service users in relation to the waiting room in a health district of the "Nova Vida" in Pombal-PB. The data were collected through interviews with a questionnaire to users to interview volunteers, focusing on the said topic. The result points out some difficulties for participants in relation to the operation, information and the PSF services. The organization of service and professional competence determined in relation to the reception facilities, leading to user satisfaction. Poor reception and unsatisfactory work performance problems were identified. It was concluded by the need for increased professional training to the host, anticipating the opening of the building for appointments and prioritization of services to residents of the area.

**Key words** Health Services Accessibility; Services Evaluation; Quality of Health Care

## 1. Introdução

Atualmente é crescente o conhecimento da população em relação ao atendimento em Saúde Pública principalmente quando se aborda a qualidade de serviços de saúde básica. O papel dos participantes age de forma consciente e serve de impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (*TRAVASSOS; MARTINS, 2004*).

O atendimento na sala de espera do PSF é essencial, pois é ali que os usuários irão obter informações, produtos e a confiança necessária para que se possa incidir efetivamente sobre o seu estado de saúde como um todo. Porém, com base em *ADAMI (1993)* tem-se observado inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde com relação ao atendimento na sala de espera. Há serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem de uma sala de espera, outros em que, mesmo contando com um bom local para espera, não encontraram fórmulas para extinguir as filas. Outros ainda em que, pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugar na fila de espera. Às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexistente qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas e até de desinteresse.

Para fins desse artigo, iremos nos apoiar na compreensão de (*TRAVASSOS; MARTINS, 2004*), que considera o acesso e acolhimento como elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada, este estudo tem por objetivo caracterizar, a partir da ótica de usuários, o acesso ao atendimento e como vem sendo prestado o serviço que lhes é oferecido, quanto à forma como são acolhida, em uma unidade de saúde do Bairro “Nova Vida” em Pombal – PB.

Diante do exposto, propõe-se avaliar as ações de saúde prestadas pela equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro “Nova Vida” em POMBAL-PB, bem como verificar sua interação com a comunidade, considerando, porém, os limites inerentes ao estudo, que se baseia na percepção do usuário, cujo olhar deve ser complementar ao do técnico.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar o atendimento ao público na sala de espera do PSF (Programa de Saúde da Família) do Bairro Nova Vida em Pombal – PB.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a estrutura administrativa do PSF (Programa de Saúde da Família) em detrimento ao serviço proposto aos pacientes;
- Evidenciar a os pontos positivos e negativos do Programa de Saúde da Família oferecido no PSF do Bairro Vida Nova, Pombal - PB;

## **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **3.1 Programas de Saúde da Família**

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar. Com o Programa de Saúde da Família, há uma lógica chamada propositiva e uma responsabilização e vínculo bem determinados. São criadas equipes que serão responsáveis, cada uma, por cerca de quatro mil pessoas. Na prática, os agentes de saúde cadastram as famílias. Além de nome, idade, condições de moradia,

escolaridade, profissão, identificam o histórico de saúde dos integrantes, apontando a existência de enfermidades, como tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição, entre outras. As consultas necessárias são marcadas pelo agente, que, muitas vezes, acompanha a pessoa até o centro de saúde. Também controla a medicação dos doentes crônicos, dão orientações sobre dengue, leptospirose, higiene básica e outros cuidados com a saúde. A visita domiciliar de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente em situações especiais identificadas pelos agentes, como idosos em situação de abandono, com dificuldade motora, acamados e com feridas.

O grande avanço ocorrido foi à incorporação na equipe de PSF de um dentista e um técnico odontólogo. O Ministério da Saúde repassa aos municípios um piso fixo de R\$ 10,00 por pessoa atendida pelo PSF. Além disso, há também um piso variável, definido por faixas referentes ao percentual da população coberta pelo PSF. Todos os estados brasileiros, em maior ou menor proporção, já conhecem o novo modelo de assistência à saúde da população. Mais de 3,5 mil municípios brasileiros têm equipes atuantes de Programa de Saúde da Família (PSF). Ao todo, são 14.770 equipes com, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e dois a seis agentes de saúde. Cada equipe é responsável pela saúde de mil famílias. A nova ordem, com o modelo PSF, é a promoção da saúde e não mais o atendimento às pessoas doentes. Os frutos serão colhidos em breve.

### **3.2 Vantagens e Desvantagens do PSF**

Sobre a organização e forma de trabalho da equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico atual.

Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implantação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficando fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Outra questão muito sentida, principalmente a partir de relatos de pequenos municípios, diz respeito aos custos/financiamento do programa. O PSF trabalha com a ideia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho

diferenciado do médico e permitindo a sua "interiorização". Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, como muitas vezes esta diretriz tem sido assimilada, garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários.

O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional em que um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, através da qual tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

Em relação à escolha da família como espaço estratégico de atuação, também são necessários alguns comentários. É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um "indivíduo em relação", em oposição ao "indivíduo biológico". Com certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto nem sempre, este núcleo está presente. Nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

Apesar das contradições entre as percepções biologicistas do processo saúde e doença, por parte dos profissionais e usuários, e a humanização das práticas em saúde desenvolvidas pelo programa, os avanços na relação entre esses atores parecem dar sinais positivos para todos. Mais uma vez, confirma-se a correspondência entre aquilo que se oferece e o que se demanda, agora de uma maneira talvez mais totalizante.

Essa visão mais totalizante se dá na busca da união da prática clínica com a prática sanitária, por meio da ênfase da saúde nos aspectos de promoção e prevenção, pelos quais são enaltecidos e transformados em falas e práticas, que buscam o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que se traduz em qualidade de vida. Nada mais representativo desse reconhecimento do que a incorporação de membros da comunidade na decisão das prioridades em saúde no

seu bairro, ou até mesmo sua participação direta na prestação do cuidado, como é o caso dos agentes comunitários.

Nesse sentido, acredita-se que a reflexão sobre as reais vantagens e desvantagens do tema seja uma contribuição e oportunidade para todos aqueles que se interessam pelo assunto PSF, ou que dele se utilizam, na medida em que se pretende humanizar as relações na área da saúde pública.

Nesse cenário podemos salientar que o *acesso* e *acolhimento* remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, assim como de projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos. É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com certo saber técnico.

O modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. É necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população

Segundo Acurcio & Guimarães (1996), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Santos (1981, apud Adami, 1993) e Bravo (1974, apud Adami, 1993), classificam como parâmetro ideal de deslocamento ao serviço de saúde a caminhada de no máximo vinte a trinta minutos. Precisam, ainda, ser levados em conta, aspectos como custo do transporte, tempo de espera por esse e tempo de deslocamento.

Do ponto de vista funcional, Adami (1993) salienta aspectos levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Noutro norte Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custo,

localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento (Frenk, 1985, apud Adami, 1993). Partindo-se de tais premissas, têm-se que o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (Merhy et al., 1994). O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço interceptor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (Merhy, 1997).

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetido. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador as práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (Franco, et al., 1999). Matumoto (1998:17) apresenta o acesso aos serviços como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários. Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas.

Por fim, com base nos autores citados, entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

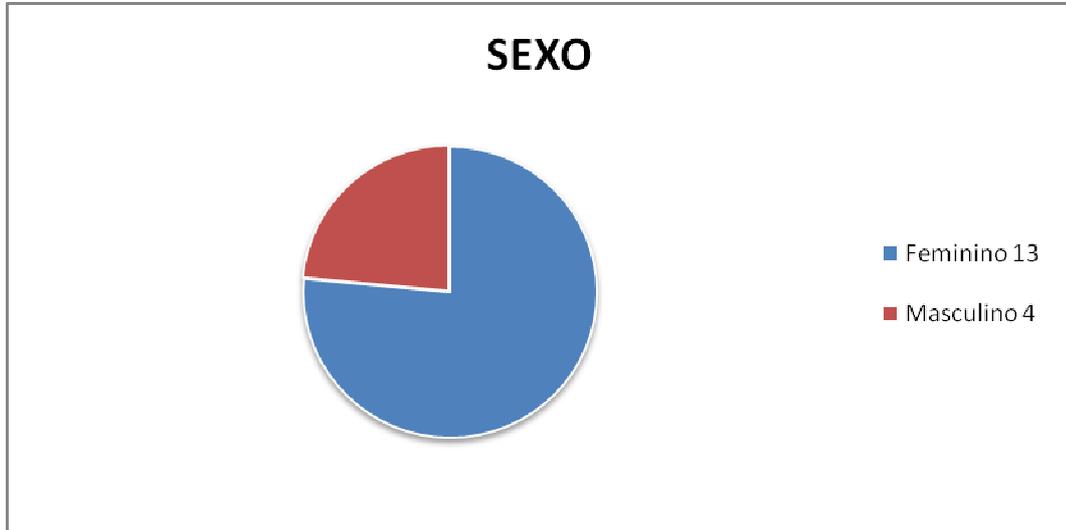
#### **4. METODOLOGIA**

O estudo tem abordagem qualitativa, buscando a manifestação de um problema nas atividades, nos procedimentos e nas interações do dia-a-dia. Foi realizado no período de 02 de março a 02 de maio de 2012, em uma unidade de pequeno porte, PSF (Bairro Nova Vida) que faz parte da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal-PB (SMS). Foram utilizadas, como técnicas de coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas. Para delimitar a suficiência dos dados utilizou-se o critério de saturação. As entrevistas, em número de dezessete, foram realizadas no serviço de saúde, preferencialmente logo após o término do atendimento, com base em Kloetzel et al. (1998), que demonstraram semelhança entre respostas obtidas no domicílio e as obtidas logo após a consulta. Verificou-se que a coleta de dados feita no serviço não impediu o usuário de criticá-lo. Apesar de os indivíduos entrevistados terem obtido atendimento, foram capazes de levantar dificuldades de acesso vivenciadas no serviço. A observação participante foi utilizada como técnica complementar, para captar informações sobre o contexto do serviço, forma de organização e funcionamento. Foram observadas as diversas salas de espera da unidade de saúde, as salas de procedimentos, os guichês de recepção e farmácia e atendimentos em grupo. Obteve-se aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SMS, com a concordância da gerência do distrito sanitário e da gerência do serviço. O grupo de informantes foi constituído a partir do desejo de participar do estudo, mediante consentimento livre e esclarecido, elaborado segundo Goldim (1997), respeitando-se os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática.

## **5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Após conhecer a estruturação da Unidade de Saúde do Bairro Nova Vida através da legislação e organização funcional, o atendimento foi analisado mais detalhadamente através da avaliação de alguns dados coletados de forma amostral. Foi aplicado dezessete questionários, em um dia normal de atendimento, cujas perguntas evidenciaram alguns pontos relevantes para este artigo, como sexo, idade, escolaridade, renda mensal, tipo de moradia, enfermidade, frequência de busca por atendimento nesta unidade de saúde e satisfação no atendimento.

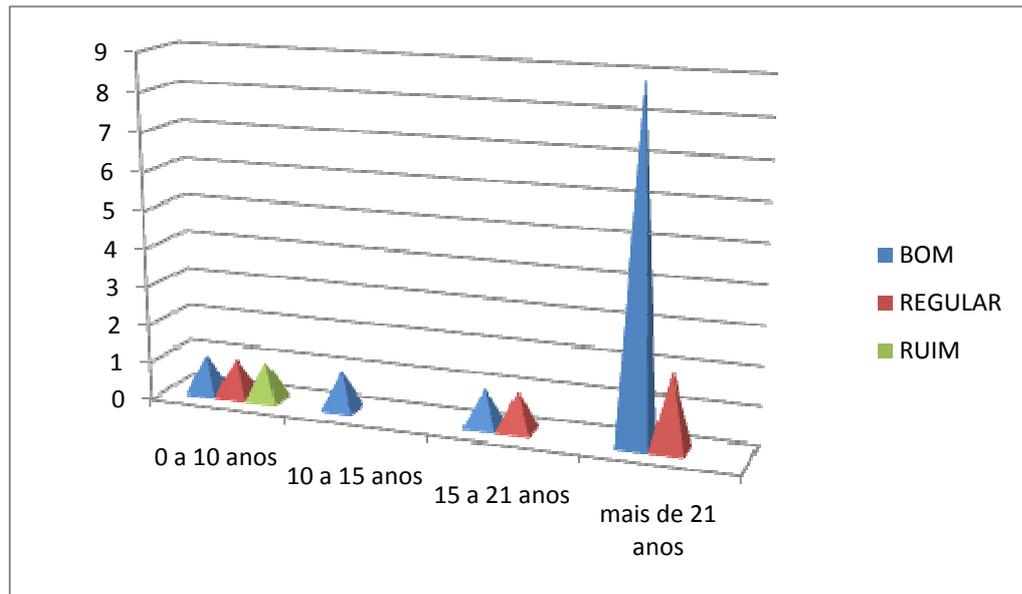
De acordo com o gráfico, pode-se observar que a maioria dos atendimentos são feitos a senhoras, na sua maioria acompanhantes de algum membro da família.



*Atendimentos realizados na Unidade de Saúde do Bairro Nova Vida  
(por gênero)*



*Atendimentos realizados na Unidade de Saúde do Bairro Nova Vida  
(por escolaridade)*



***Satisfação no atendimento realizado na Unidade de Saúde do Bairro Nova Vida (por idade)***

Apesar da pequena quantidade de médicos atuando nas equipes, bem como de outros profissionais, verificou-se que o nível de qualificação do atendimento é satisfatório por grande parte da população e que existe interação entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Comunidade, uma vez que a maioria das famílias recebe a visita de um profissional de saúde em sua casa. Observou-se que a Unidade Básica de Saúde está localizada em um bairro em que reside uma população pobre, tendo esta como alternativa mais viável para suas necessidades em saúde. Sua procura é significativa, visto que oferece atendimento básico. As condições socioeconômicas das famílias precárias, pessoas não alfabetizadas e com 1º grau incompleto, o que isso dificulta às orientações quanto à educação em saúde daquela população. Famílias com baixa renda, isso contribui para os agravos de saúde e dos problemas que levavam ao surgimento de doenças. O descrédito com os serviços prestados, a falta de medicamentos e de médicos especialistas, necessidade de laboratórios, são razões pelas quais levam a população a frequentarem outros postos ou hospitais. Em todo caso, famílias que frequentam os (PSF) consideram-se bem atendidas.

## **6. REFERÊNCIAS**

1. ACURCIO, F. A. & GUIMARÃES, M. D. C., 1996. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 12:233-242.
2. ADAMI, N. P., 1993. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, 12:82-86.
3. BARDIN, L., 1995. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
4. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:345-353.
5. GOLDIM, J. R., 1997. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde*. Porto Alegre: Dacasa.
6. KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.;
7. LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. 1986. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
8. MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.), 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
9. MINAYO, M. C. S., 1992. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
10. POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P., 1999. *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott.
11. Portal São Francisco, Estrutura de um trabalho acadêmico. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/estrutura-de-um-trabalhoacademico/metodologia-de-artigo-cientifico.php>, em 27 de novembro de 2014.
12. TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(supl.2):190-198.