

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA EM SAÚDE EM CIDADES RURAIS PARAIBANAS SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

Eunice Aristides Araújo¹
Francisca Marina de Souza Freire Furtado²
Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli³

¹Universidade Federal da Paraíba - eunnice@hotmail.com

²Centro Universitário de João Pessoa (UNIFE) - marinasfreire@hotmail.com

³Universidade Federal da Paraíba – Programa de Pós graduação em Psicologia Social - analayde@gmail.com

Resumo: Este estudo teve como objetivo analisar elementos de vulnerabilidade programática em saúde a partir da percepção de moradores residentes em cidades rurais da Paraíba, segundo os níveis de atendimento. Essas cidades são caracterizadas por apresentarem baixo nível econômico, social, demográfico, com população inferior a 10.000 mil habitantes. Participaram desse estudo 992 sujeitos, distribuídos entre 31 municípios do estado. Com relação à busca por atendimento e nível de atenção constatou-se que 41% da amostra buscou os serviços de pronto atendimento, 12% consulta por médico especialista, 12% prevenção e 8% pré-natal. Para atender a seus problemas de saúde, 32% dos participantes foram atendidos na atenção básica (ESF), 24% em serviços de média complexidade (UPA/Policlínica) e 44% na alta complexidade (hospitais). Quanto à avaliação da equipe e estrutura dos serviços de saúde os resultados apontaram para uma avaliação regular, com média de 7,44 (DP=2,48) e 6,93 (DP=2,73), respectivamente. Quanto à organização, vínculo e acolhimento, resolutividade e prevenção, observou-se que apenas o fator Prevenção apresentou diferença estatisticamente significativa ($f=6,921$; $p=0,000$) entre as macrorregiões. Dessa forma, observa-se que a precariedade na estrutura e organização dos serviços disponíveis nas cidades rurais interferem no fluxo pela busca e nível de atendimento, o que contribui para a desarticulação nas redes de atenção.

Palavras – chave: Vulnerabilidade Programática, Cidades rurais, Níveis de Atenção.

Introdução

Entre as políticas desenvolvidas para melhor atendimento à população destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 as quais determinam as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, assim como, sobre a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, respectivamente. (BRASIL, 1990).

O SUS conta com redes articuladas que se organizam de acordo com níveis de complexidade referentes aos níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade. A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada um "componente-chave" do sistema de saúde e apresenta dois aspectos que apesar de serem diferentes, são interdependentes: esse modelo representa tanto uma estratégia de organização do sistema de saúde, quanto um modelo de transformação frente às práticas clínicas-assistenciais pelos profissionais de saúde

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

(STARFIELD, 2002). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada como uma das propostas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com o intuito de reorganizar a atenção primária e atingir os objetivos da universalização, equidade e integralidade. É definida como um conjunto de ações e práticas que perpassam a assistência médica, com ênfase nas necessidades da população, estruturadas e apreendidas mediante o estabelecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Por outro lado, a Atenção de Média Complexidade (AMC) refere-se a um conjunto de ações e serviços disponibilizados por profissionais especializados realizados em âmbitos ambulatoriais e hospitalares com a utilização de recursos tecnológicos para auxiliar no diagnósticos e tratamento dos problemas de saúde da população. A Alta Complexidade (AAC) compreende um conjunto de procedimentos que abarca altas e complexas tecnologias e com isso maior custo, com o objetivo de proporcionar à população serviços especializados e qualificados. (MENDES, 2011).

Embora as políticas de saúde sejam desenvolvidas com o intuito de atender as necessidades da população, elas precisam ser capazes de extinguir os obstáculos existentes entre os serviços e a comunidade de forma a construir uma rede de apoio regionalizada e integrada que possa garantir o acesso a todos de forma integral e igualitária (ASSIS; JESUS, 2012). De acordo com Paim (2006), a distribuição dos recursos para a infraestrutura dos serviços de saúde ocorre de forma desigual entre as regiões, estados e municípios, assim como entre localidades urbanas e rurais, centros das cidades e periferias, o que repercute diretamente na intensificação das disparidades frente ao acesso e disponibilidade dos serviços entre essas regiões.

As práticas de atendimento e acesso aos serviços de saúde em cidades rurais apresentam certa deficiência quando comparadas com os territórios caracterizados como urbanos. É importante salientar que a literatura não apresenta uma definição acerca de cidade rural, apenas caracteriza esse meio como sendo localidades com baixo índice de desenvolvimento com população inferior a 10.000 habitantes. Além disso, essas cidades são marcadas pela precariedade na cobertura e organização dos serviços de saúde, dificuldades de assistência médica especializada, condições socioeconômicas e saneamento básico precários. (NERI; SOARES, 2002).

As barreiras frente ao acesso e (in)disponibilidade dos serviços de saúde e a própria organização desses serviços são alguns dos elementos que compõem o que Ayres, França Jr., Calazans e Saletti-Filho (2003) chamam de

vulnerabilidade programática. Estes fatores contribuem para que as pessoas que residem em cidades de contexto rural apresentem-se ainda mais vulneráveis ao adoecimento. O termo vulnerabilidade corresponde a um conjunto de aspectos (individuais e coletivos) relacionados à maior predisposição dos indivíduos e comunidades ao adoecimento e/ou agravo, além da falta de recursos à proteção e ao seu enfretamento. A partir dessa concepção o indivíduo é caracterizado como um sujeito ativo e construtor compreendido a partir da sua intersubjetividade, e não apenas efeito das relações sociais. (AYRES; FRANÇA JR.; CALAZANS; SALETTI-FILHO, 2003). Com base no que foi apresentado, este estudo teve como objetivo identificar os elementos de vulnerabilidade programática segundo os níveis de atenção à saúde em cidade rurais da Paraíba.

Metodologia

Tratou-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo, exploratório e analítico, de cunho transversal. Uma amostra de 992 participantes foi determinada por um processo de múltiplos estágios, em 31 municípios do estado da Paraíba distribuídas entre as 04 macrorregiões de saúde. Destes, 285 (29%) participantes pertencem à macrorregião de João Pessoa, 302 (30%) da macrorregião de Campina Grande; 234 (24%) da macrorregião de Patos e 171 (17%) pertencentes à macrorregião de Sousa. Foi utilizado o questionário "Levantamento de cuidados de saúde e vulnerabilidades" desenvolvido a partir dos estudos realizados por Ribeiro (2012), Saldanha (2011), Saldanha, et al. (2008) e Saldanha, et al. (2012).

Para construção do banco e análise dos dados foi utilizado o Software SPSS.for Windows (SPSS) versão 20.0. Na sequência os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e outros testes de comparação e associação. Além disso, este estudo seguiu os procedimentos éticos determinado pela Resolução nº 466/96, vigente na época, Sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Resultados e Discussão

As diferenças no ato de buscar os serviços de saúde, ter disponibilidade de acesso e ser beneficiado com o atendimento recebido refletem as desigualdades individuais frente às situações de vulnerabilidades que possam levar os sujeitos ao adoecimento, assim como diferentes

formas de se comportar frente à doença (uso de chás, plantas medicinais...), além da oferta e das características dos serviços que são disponibilizados à sociedade. (TRAVASSOS et al., 2000).

Os dados socioeconômicos e demográficos apontam para um perfil de participantes, na maioria, feminino (74%), casado (70%), em idade produtiva (M=43,6 anos; DP=14,8; variando entre 21 e 85 anos), com baixa escolaridade (11% não tem nenhum nível de escolaridade e 36% cursou até o quarto ano do ensino fundamental) e baixa renda (91% declararam renda até 2 salários mínimos).

Para a maioria dos participantes deste estudo, o último atendimento em serviços de saúde ocorreu nos seis meses anteriores ao estudo, ocorrendo na alta complexidade, que aqui se refere aos hospitais. Constatou-se que as mulheres buscam atendimento em menor tempo (M=1,3; DP=0,67) do que os homens (M=1,6; DP=0,84) ($t=4,794$; $p=0,00$). Os motivos para a busca por atendimento em saúde nesta última vez, em geral, foram para: 41% pronto atendimento (hipertensão, dor aguda, virose, dengue), 15% consulta por médico especialista (gastroenterologista, cardiologista, oftalmologista, urologista, dermatologista, mastologista, endocrinologista e neurologista), 12% prevenção e 8% pré-natal (Tabela 01). Para atender a seus problemas de saúde, 32% dos participantes foram atendidos na atenção básica (PSF), 24% em serviços de média complexidade (UPA/Policlínica) e 44% na alta complexidade (hospitais). A partir cruzamento entre os motivos de busca e o nível de atenção, observa-se distorções propositivas no nível atendimento em cada nível de atenção, a exemplo da prevenção e pronto atendimento pelos hospitais, quando deveriam estar situados na Atenção Básica.

Tabela 01

Motivos da busca por atendimento de acordo com os níveis de atenção

Motivos (*)	Nível de Complexidade do Atendimento							
	Básico		Média		Alta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Prevenção (B)	47	38%	18	14%	59	48%	124	12%
2. Pré-Natal (B)	23	28%	17	21%	41	51%	81	8%
3. Doença Crônica (B)	06	27%	03	14%	13	9%	22	2%
4. Pronto-Atendimento (B)	132	32%	116	28%	159	39%	407	41%
5. Odontologia (B)	13	56%	-	-	10	43%	23	2%

6. Transtornos Psi (B)	10	30%	07	21%	16	48%	33	3%
7. Trocar receita (B)	02	20%	01	10%	07	70%	10	1%
8. Exames (M)	07	30%	08	35%	08	35%	23	2%
9. Especialista (M)	42	28%	48	32%	62	41%	152	15%
10. Acidente (A)	06	26%	14	61%	03	13%	23	2%
11. Cirurgia (A)	-	-	-	-	10	2%	10	1%
12 – Outros	28	33%	11	13%	45	53%	84	8%
Total	316	32%	243	24%	433	44%	992	100%

*Nível de Complexidade da Demanda

Estudos que abordam as diferenças de gênero na saúde demonstram que as mulheres buscam os serviços de saúde com mais frequência que os homens. Este diferencial pode estar associado às variações no perfil das necessidades entre os grupos, no caso das mulheres, a gravidez, o parto, campanhas de vacinação infantil, até mesmo a cultura, onde à mulher é associada ao papel de “cuidadora”, não apenas dos filhos, mas dos parceiros, familiares e pessoas mais próximas. Essa temática tem se mostrado o tema de grande relevância no âmbito da saúde, pois a literatura tem evidenciado não apenas a resistência dos homens buscarem os serviços de saúde, mas também, as barreiras que estes encontram ao acesso aos serviços, além das crenças subjacentes ao processo de busca por atendimento pelos homens o que contribuem para que estes só procurem o atendimento quando a doença já se encontra instaurada, tornando-o mais vulnerável tanto ao adoecimento quanto ao agravamento do problema de saúde (PINHEIRO, COUTO, 2008; NASCIMENTO, GOMES, 2008; LIMA et al., 2014; SOUSA et al., 2015). A alta procura pelos serviços de saúde pelas mulheres já vem sendo evidenciado em outros contextos, por exemplo, na área da saúde mental. Estudo desenvolvido em cidades rurais da Paraíba por Freire (2016) e Costa e Ludemir (2005) constatou-se que as mulheres apresentavam maior tendência a desenvolver transtornos mentais comuns.

Embora o estudo tenha sido desenvolvido em cidades rurais onde os próprios participantes informaram a existência da ESF, os dados demonstraram alto índice de busca por serviços de alta complexidade, um dado bastante preocupante quando observamos os motivos que levaram os usuários a se dirigirem aos serviços: pronto atendimento, consulta a médicos especialistas, exames de prevenção e pré-natal. Sabe-se que esses serviços, são, ou pelo menos deveriam ser (conforme preconizado pelo Ministério da Saúde) disponibilizados na atenção básica. Estudo desenvolvido por Rossaneis et al. (2011) já retrata que a falta de profissionais qualificados, a escassez de recursos,

equipamentos, materiais para exames, medicamentos e o número cada vez mais reduzido de vagas para a realização de exames, assim como, o tempo de espera são apenas alguns motivos que têm levado a população a buscarem atendimentos nos hospitais para o tratamento de patologias que poderiam ser resolvidas na atenção básica e, com isso, a superlotação nos serviços de média e alta complexidade, dificultando o acesso dos pacientes que de fato necessitam deste tipo de serviço. Isso nos leva a questionar a efetivação das políticas de saúde nessas cidades, assim como, o direcionamento dos repasses públicos para investimento e manutenção dos serviços básicos que garantem melhor assistência à população.

Na Figura 01, o quadro verde ilustra o atendimento correto para cada nível de complexidade. Conforme pode ser visto, há um desvio no atendimento em relação aos níveis de atendimento, principalmente em relação às demandas do nível de complexidades básico e médio que são efetuadas na alta complexidade.

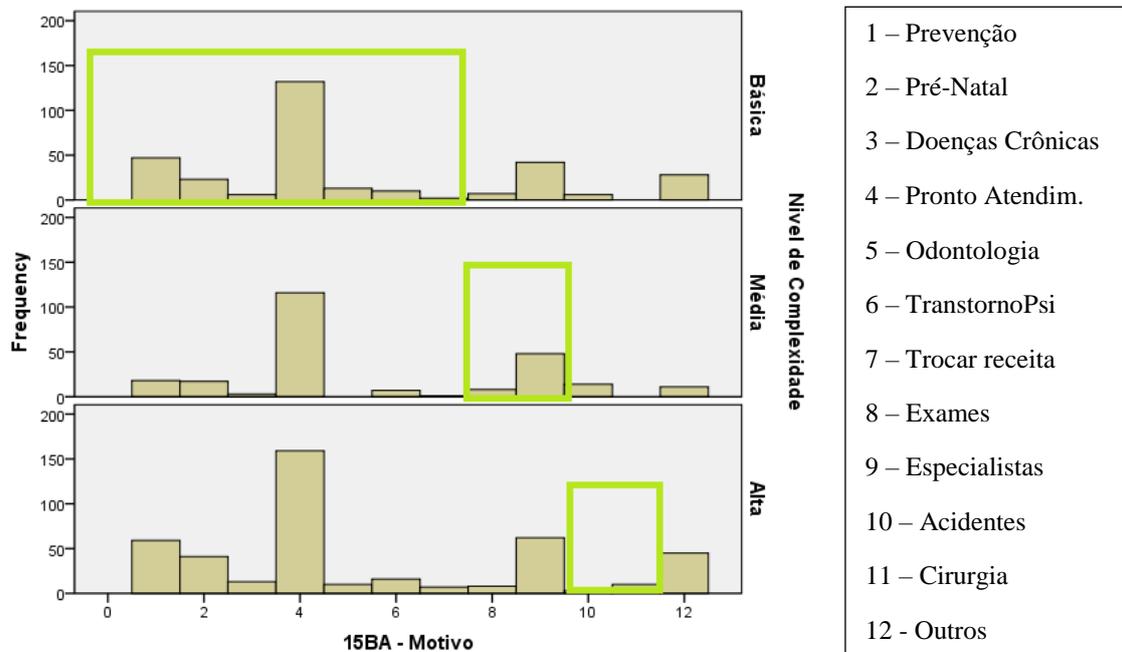


Figura 01: Motivos da busca por atendimento de acordo com os níveis de atenção

Pesquisas sobre a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) destaca que as principais dificuldades mencionadas pelos usuários na atenção básica consistem na falta de médicos, na quantidade de vagas e fichas, muitas vezes insuficientes para atender a demanda (FAUSTO et al., 2014). Essas barreiras encontradas nas unidades básicas de saúde podem contribuir para que os usuários se direcionem aos serviços de alta complexidade com o intuito de terem seus problemas resolvidos com mais rapidez. Além disso, muitos

usuários não têm noção das atribuições das unidades e nem que tipos de serviços elas disponibilizam gerando uma desarticulação nos níveis de complexidade (ANDRADE et al., 2013). Entretanto, não podemos trazer isso como uma justificativa, pois estaríamos correndo o risco de naturalizar os problemas já evidenciados e não buscar meios eficazes de redirecionar/atrain os usuários a buscarem primeiramente as unidades básicas.

Quanto à avaliação dos serviços de saúde, os resultados apontaram para uma avaliação regular, com média de 7,44 (DP=2,48) para a equipe de profissionais de saúde e 6,93 (DP=2,73) para a estrutura física e organizacional do serviço de saúde. Para verificar a percepção de moradores de cidades rurais acerca dos serviços de saúde foram avaliados quatro aspectos: Organização; Vínculo e Acolhimento; Resolutividade e Prevenção.

Em relação ao fator Organização, verifica-se que a maioria dos usuários afirma a presença dos profissionais nos serviços e equipamentos satisfatórios. As maiores deficiências estão no que se refere à disponibilidade de medicamentos, pior na macrorregião de Campina Grande ($X^2=11,437$; $p=,01$) e realização de exames, com menor percentual em João Pessoa e maior em Sousa ($X^2=7,754$; $p=,05$). O fator referente à Resolutividade foi avaliado com percentuais variando de 71% à 90% em todas as macrorregiões, denotando avaliação bastante positiva. Observa-se, assim, que, no que se refere aos subsídios materiais e resolução de demandas, os usuários não se sentem prejudicados.

Dados da Avaliação Externa realizada na Paraíba já denunciam a precariedade do acesso aos serviços especializados, pois ao se analisar o percurso para uma consulta com um médico especialista pela unidade de saúde, constatou-se que 47,2% das vezes a consulta é agendada pela unidade de saúde e só após é comunicada ao usuário. Apenas 10,2% das ESF os usuários já saem das unidades com a consulta marcada. Um dado preocupante, pois desperta para a existência de problemas no fluxo dos níveis os quais podem estar associados com a estrutura, organização, dificuldade de acesso, falta de planejamento e, com isso, o aumento no tempo de espera (PROTASIO et al., 2014).

Algumas pesquisas como a desenvolvida por Taddeo et al. (2012) demonstram que a existência de barreiras geográficas limita a locomoção e acesso aos serviços de saúde o que pode interferir, inclusive, na adesão ao tratamento. Resultados semelhantes foram identificados por Vieira (2010) com uma população rural nos municípios de Jequitinhonha/MG que teve como objetivo avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde. De acordo com Ramos e Lima (2003) o acesso dos usuários às instituições de saúde é marcado pelas dificuldades relacionadas desde o

percurso entre suas residências e as unidades de saúde que perpassa a efetivação da consulta até a garantia de conseguir retornar ao mesmo profissional através de agendamentos.

Em relação Vínculo e Atendimento, o acolhimento dado ao usuário, o entendimento e explicações do que é dito tanto pelo usuário quanto pelos profissionais é muito bem avaliado, com percentuais acima de 84%, com destaque para o acolhimento que atinge 95% de afirmações em Sousa ($X^2=8,38$; $p=,04$). No entanto, quando avaliados os aspectos relativos ao retorno para o mesmo profissional, tempo da consulta e a solicitação de informações sobre sua condição de vida, os percentuais afirmativos para avaliação satisfatória no caso dos dois primeiros e negativa quanto a informações sobre sua condição de vida, com diferença estatisticamente significativa ($X^2=14,699$; $p=,002$), com destaque negativo para as macrorregiões de Sousa e Campina Grande, respectivamente. Sabe-se que a interação junto aos profissionais tem se mostrado de grande relevância, sobretudo para ações de promoção e prevenção de doenças, além de proporcionar o contato direto e mais profundo com a realidade dos usuários dos serviços de saúde. (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008; OLIVEIRA, TUNIN, SILVA, 2008).

Quanto à Prevenção, os usuários afirmam a existência de campanhas e propagandas nos serviços de saúde (menos visível na macrorregião de João Pessoa, $X^2=40,947$; $p=,000$) e a disponibilidade de preservativos, com distribuição maior nas macrorregiões de Campina Grande e Sousa ($X^2=8,137=,04$; $p=,01$). No entanto, poucos usuários afirmaram ter recebido convites para participação em grupos preventivos, principalmente na macrorregião de Sousa ($X^2=15,755$; $p=,001$) e menos ainda ter recebido oferta de testagem para o HIV, com destaque para a macrorregião de João Pessoa, ainda que sem diferença estatística significativa.

Sabemos da existência de campanhas de prevenção que são realizadas anualmente como Janeiro Branco, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outras. São ações que, de fato, têm contribuído e atraído a atenção dos usuários aos serviços de saúde, contudo, não devemos limitar a saúde mental, a saúde do homem, saúde da mulher apenas a um determinado mês. Somado a isso, ainda tem a baixa oferta dos testes de HIV/AIDS. Embora o estudo não apresente dados acerca do número de gestantes, observou-se que a maioria da amostra é composta, em sua maioria, por mulheres em idade produtiva. Sabe-se que esse teste é uma das exigências durante o pré-natal tanto para prestar melhor assistência à mãe quanto para evitar a transmissão vertical para o feto quando a mãe descobre ser soropositivo ao HIV. Este dado é bastante intrigante, sobretudo, num contexto onde a população, muitas vezes, não se considera vulnerável

ao vírus em decorrência, principalmente, da confiança no parceiro (SILVA et al., 2014).

De acordo com França Júnior, Calazans e Zucchi (2008) é de fundamental importância o aumento dos testes de HIV, principalmente acompanhado do aconselhamento, uma vez que essa estratégia tanto pode auxiliar na ruptura da cadeia de transmissão do HIV e conhecer o estado sorológico, quanto permite aos profissionais de saúde identificar as vulnerabilidades dos pacientes que frequentam os serviços. Nesse sentido, o aconselhamento deve ser um momento de discussão com o intuito de sanar as dúvidas que emergirem. O que preocupa é que essas práticas são poucas evidenciadas no sistema, quando não ignoradas ou realizadas de forma inadequada, sem respaldo teórico nas redes de atenção básica (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006).

Conclusão

Apesar das responsabilidades municipais na administração serem requisitos da descentralização do Sistema Único de Saúde, a sua efetivação ainda é problemática. A falta de informação e formação dos profissionais que estão em contato direto com essas pessoas poderia contribuir para que estas adquirissem um pouco mais de conhecimento acerca dos seus direitos e deveres, assim como, os profissionais teriam maiores e melhores oportunidades de “adentar” na realidade de uma população que, muitas vezes, sofre por falta de conhecimento.

Mesmo com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família nesses municípios, identificou-se certa “deficiência” dessa política na efetivação de suas ações, uma vez que motivos básicos (como hipertensão, diabetes, exames de prevenção) que levaram os usuários a buscarem os serviços deveriam ser solucionados nas unidades básicas foram direcionados aos serviços de alta complexidade o que contribui para a desarticulação do sistema e, conseqüentemente, uma desordem na rede de assistência. Associado a isso, ainda, constou-se as situações de vulnerabilidades às quais os moradores desses municípios se encontram susceptíveis em decorrência, de forma especial, das condições financeiras, da cultura local e da forma como os serviços de saúde se encontram estruturados e organizados, além da falta de políticas educativas de prevenção e promoção da saúde.

Não se pode negar a beleza do Sistema Único de Saúde, o que se deve questionar é a forma como ele se encontra organizado e como essa organização têm gerado disparidades ao acesso e atendimento aos serviços. É certo que os recursos são distribuídos aos municípios proporcionalmente ao número de habitantes, contudo,

seria de grande valia levar em consideração as principais demandas e, conseqüentemente, buscar melhores investimentos em práticas de saúde. Isso nos leva a refletir sobre a qualidade dos serviços prestados nas cidades rurais e nas políticas que têm sido desenvolvidas para essa população, além de fiscalizações mais rigorosas da redistribuição dos recursos do Governo Federal aos municípios para a implantação de novas unidades de saúde e aprimoramentos dos serviços atuais. É preciso tratar os problemas de saúde no meio rural de maneira contextualizada com a realidade à qual essa população se encontra inserida. E de forma dinâmica e estruturada propor estratégias resolutivas que envolvam ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde conforme preconizado pelo SUS.

Referências Bibliográficas

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio. 2018.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-39, 2003.

AZEVEDO, R. L. W. **Aspectos Psicossociais da Sexualidade Adolescentes Associada à Vulnerabilidade ao HIV/AIDS**. Dissertação de Mestrado (Psicologia Social). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2007.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 maio. 2018.

_____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 17 maio. 2018.

COSTA, A. G. D.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 1, 73-79, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/09.pdf>> Acesso em: 19 maio. 2018.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, pp. 13-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf> Acesso em: 19 maio. 2018.

FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, pp: 84-87, 2008.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800011 Acesso em: 19 maio. 2018.

FURTADO, F. M. S. F. **Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidade ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas.** Paraíba. Tese de Doutorado. UFPB, João Pessoa, 2016.

LIMA, M. A. S.; SILVA, J.; FREIRE, F. M. S.; RIBEIRO, K. C. S.; PICHELLI, A. A. W. S. A influência de crenças masculinas de gênero no cuidado com a saúde. **Gênero e Direito**, v. 2, n. 2, pp.194-210, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/19428> Acesso em: 19 maio. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, pp. Disponível em: <1556-1564, 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000700010&script=sci_abstract

➤ Acesso em: 19 maio. 2018.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. (Suplemento), p. 77-87, 2002. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2002.v18suppl0/S77-S87/>>. Acesso em: 17 maio. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, ed. especial, p. 158-164, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020. Acesso em: 17 maio. 2018.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador, EDUFBA, 2006.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOSA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. (supl), pp: 109-119, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/15.pdf> > Acesso em: 19 maio. 2018.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência.** São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342008000100004&lng=pt> Acesso em: 19 maio. 2018.

PROTASIO, A. P. L.; SILVA, P. B.; LIMA, E.C.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, pp. 209 – 220, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>> Acesso em: 19 maio. 2018.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, pp. 27-34, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000100004&script=sci_abstract Acesso em: 19 maio. 2018.

ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O.; SENTONE, A. D. D.;

GABRIEL, C. S. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a Responsabilidade da Atenção Básica. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 3, n. 3, pp. 169-74, 2011.

SALDANHA, A.A.W.; CARVALHO, E.A.B.; DINIZ, R.F; FREITAS, E.S.; FÉLIX, S.M.F.; SILVA, E.A.A. Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **DST–J Bras Doenças Sex Transm**; v. 20, n. 1, p: 36-44, 2008. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br//revista20-1-2008/6.pdf>> Acesso em: 19 maio. 2018.

SALDANHA, A.A.W. **Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas Relatório Final**, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba, 2011.

SALDANHA, A.A.W.S.; SILVA, J.; TENÓRIO, A.T.; LIMA, M.A.S.; GALVÃO, J.O.; AMORIM, G.K. **Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids**. Relatório Final de Iniciação Científica. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba, 2012.

SILVA, E. A. A.; WIESE, I. R. B.; FURTADO, F. M. S. F.; ANJOS, D. F.; PICHELLI, A. A. W. S. Comportamentos preventivos e percepção de vulnerabilidade ao HIV de adultos jovens em relacionamento estável. **Investigação qualitativa em saúde, CIAIQ**, v.2, pp: 412-418, 2014. Disponível em: < <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/558>> Acesso em: 19 maio. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, D. H. A. V.; LIMA, M. A. S.; VIEIRA, K. F. L.; SALDANHA, A. A. W. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Gênero e Direito**. pp. 397-415, 2015. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/22693>> Acesso em: 19 maio. 2018.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 11, pp. 2923-2930, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009> Acesso em: 19 maio. 2018.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNADES, C.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7085.pdf>>. Acesso em: 17 maio. 2018

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha**, Minas Gerais. Dissertação de Mestrado. UFMG, Belo Horizonte, 2010.