

ACESSO AOS SERVIÇOS E PERCEPÇÕES ACERCA DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM CIDADES RURAIS: ASPECTOS DE VULNERABILIDADE AO ADOECIMENTO

Francisca Marina de Souza Freire Furtado (1); Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa (2) Eunice Araújo (2); Flávio Lúcio Almeida (3); Ana Alayde Saldanha (4)

(Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ - danihapsi@yahoo.com.br; Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ - marinasfreire@hotmail.com; Universidade Federal da Paraíba/UFPB – eunnice@hotmail.com; Universidade Federal de Campina Grande/UFCG - flavioluciopsi@yahoo.com; Universidade Federal da Paraíba/UFPB – analayde@gmail.com)

Resumo: Dado a concepção ampliada de saúde que envolve o direito de gozar condições dignas de vida e ter acesso aos serviços de saúde, objetivou-se analisar o acesso à serviços de saúde e a percepção que moradores de cidades rurais paraibanas possuem acerca do que seja saúde e qualidade de vida. Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quanti-qualitativa. Participaram 789 pessoas, homens e mulheres, com 24 a 90 anos, residentes em cidades paraibanas com menos de 11.000 habitantes. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e um questionário estruturado contendo perguntas relacionadas à forma e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde locais, bem como a enunciação de palavras que vinham à mente dos participantes ao ouvirem as palavras “saúde” e “qualidade de vida”. As análises ocorreram por meio de estatísticas descritivas e análise categorial temática. Apesar de algumas dificuldades relatadas, no geral, houve uma avaliação positiva dos participantes acerca do acesso aos serviços de saúde locais, principalmente no que tange à Estratégia Saúde da Família. Observou-se que tanto a saúde como a qualidade de vida apareceram como conceitos correlacionados, sendo a saúde vista como um direito a ser garantido em todos os aspectos, seja por meio de um emprego ou por uma alimentação saudável. Da mesma forma foi observado que para eles a qualidade de vida é mais do que ter saúde, mas ter condições para se viver dignamente, como ter educação para seus filhos e saneamento básico na cidade, corroborando com a ideia ampliada envolta nestes conceitos.

Palavras-chave: acesso; saúde; qualidade de vida; cidades rurais.

Introdução

De maneira geral, o conceito de vulnerabilidade em saúde se refere ao conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade ao adoecimento ou ao seu agravamento, em que se verifica que uma pessoa ou grupo populacional encontra-se em uma condição que a predispõe ao risco de adoecer e carece de recursos para a sua proteção (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Neste aspecto, tal conceito procura integrar três eixos interdependentes de compreensão do processo saúde-doença: os eixos individual, social e programático. Ao adotar a noção de vulnerabilidade como uma possibilidade de ampliação dos aspectos presentes na compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado, entende-se, sob esta ótica, que ter saúde é muito mais do que ausência de doença e/ou um estado de completo bem-estar físico, mental e social, mas consiste no direito de gozar condições dignas de vida.

Deste modo, ter saúde, de acordo Marcondes (2004), por um lado, é direito de cidadania e para isso é preciso a participação de outros setores atuando junto ao setor sanitário, de maneira a garantir direitos básicos como educação, moradia, alimentação, trabalho, lazer, distribuição de renda, como propõe a Constituição Federal de 1988. Por outro lado, segundo este autor, esta articulação entre os diversos setores demonstra a relação de interdependência que existe entre saúde e desenvolvimento econômico de um país, afirmando que de nada “adianta mobilizar setores sociais e sanitários se, conjuntamente, o crescimento econômico não beneficiar as condições de vida da população como um todo” (p.08).

Nessa perspectiva, o conceito de saúde relaciona-se diretamente à ideia de bem-estar e qualidade de vida. Esta última entendida não somente pelo seu caráter subjetivo, relacionado à forma como as pessoas percebem a si e sua relação com o mundo em que vivem (FLECK et al, 2008), mas, também, pelo seu caráter objetivo, expresso nas situações concretas da vida cotidiana e no usufruto ou não de políticas sociais e de direitos. Assim, um dos desafios que se apresenta ao Sistema Único de Saúde (SUS) na tentativa de garantir saúde de maneira universal é a superação das desigualdades (sociais, econômicas, territoriais, culturais) existente em nosso país, de forma a garantir acesso aos bens e serviços de saúde aos diversos grupos populacionais de maneira justa e equânime.

Diante este cenário, é possível afirmar que, historicamente, os contextos rurais são espaços que sofrem com o descaso em termos de garantia dos direitos sociais. Grande parte do mundo rural é caracterizado pelos elevados índices de pobreza, baixos níveis de escolaridade, desemprego e deficiências de proteção do poder público, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento social e à promoção da saúde (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013). Tais fatores contribuem para a situação de disparidade em saúde existente nessas áreas, ocasionando em maiores situações de vulnerabilidade em saúde para sua população se comparado, por exemplo, às populações urbanas (KASSOUF, 2005; LUZIO; L’ABBATE, 2009).

A escassez da oferta, as dificuldades no acesso bem como a própria maneira como estão organizados os serviços de saúde no mundo rural se apresentam como fatores que contribuem para esta realidade (VIEIRA, 2010). Assim, existe um desajuste entre as necessidades da população rural e os serviços e recursos ofertados e utilizados, que não se refere apenas ao acesso ou não dos serviços, mas que inclui também as respostas dos profissionais de saúde às demandas encontradas e os recursos tecnológicos (materiais e não-materiais) empregados, o que acaba por influenciar a concepção que a própria população rural possui acerca da que seja saúde e

doença. Portanto, levando em consideração os aspectos elencados, o presente estudo teve como objetivo analisar, a partir de suas vivências cotidianas, o acesso à serviços de saúde e a percepção que moradores de cidades rurais paraibanas possuem acerca do que seja saúde e qualidade de vida.

Metodologia

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quanti-qualitativa que contou com a participação de 789 pessoas, homens e mulheres, na faixa de 24 a 90 anos, residentes em 16 cidades paraibanas com menos de 11.000 habitantes. Essas foram escolhidas de forma aleatória, levando em consideração a localização nas quatro macrorregiões de saúde. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa, um grupo de pesquisadores viajou para as cidades selecionadas e deu-se início a coleta de dados.

Os participantes foram abordados em seus domicílios, logradouros ou praças e convidados a participar do estudo. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, com vistas a caracterizar os participantes, e um questionário estruturado incluindo perguntas relacionadas a formas de acesso aos serviços de saúde locais e dificuldades encontradas pelos participantes com relação a este acesso. Logo após, foi solicitado que os participantes enunciassem três palavras que lhes vinha à mente quando ouviam as palavras-estímulo “saúde” e “qualidade de vida”. A aplicação dos instrumentos se deu a partir da participação voluntária, de forma individual, sendo as respostas anotadas pelos pesquisadores.

A presente pesquisa procurou atender a todos os aspectos éticos orientados pela Resolução no 466/2012 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os dados do questionário sociodemográfico foram analisados por meio de estatísticas descritivas, utilizando o Software SPSS for Windows. Já os dados provenientes da enunciação de palavras foram analisados por meio de análise categorial temática de conteúdo, segundo a proposta de Bardin (2011).

Resultados E Discussão:

A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,1%); na faixa etária de 30 a 59 anos (62,5%); com a primeira fase do ensino fundamental (até o 4º ano) concluído (37,1%); agricultores (23,8%); com renda entre um e dois salários mínimos (47,8%). Em termos de acesso aos serviços de saúde, 80% dos participantes

relataram utilizar com frequência o serviço público de saúde, sendo o serviço mais procurado a Estratégia Saúde da Família (ESF) com 56% em detrimento das outras categorias de maior complexidade como Consultórios e Clínicas (11,2%) e hospitais (16,6%). Tal índice traz a importância dos serviços primários e públicos de saúde para a população rural bem como realça a posição da ESF como estratégia prioritária para a organização e o acesso dos serviços de saúde nestas localidades, como menciona Vieira (2010).

Sob os aspectos socioeconômicos verificados, foi possível identificar entre os participantes a baixa renda, (ou mesmo a falta dela) e a baixa escolaridade, que relacionadas às diversas circunstâncias como idade, sexo, raça/etnia, orientação sexual, entre outras, podem se constituir em elemento de vulnerabilidade a uma série de doenças. No que se refere ao mundo rural, estas questões se sobrepõem, visto que a produção de serviços tem o espaço urbano como referência e, ainda existe um conjunto de déficits centrados nessas localidades, como no abastecimento de água, nas condições de moradias, na qualidade do ambiente do entorno dos domicílios, na baixa escolaridade, entre outros.

Considerando que o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde é a atenção primária e que esta deve ser de fácil acesso para a população (STARFIELD, 2002), buscou-se verificar as facilidades/dificuldades de acesso na utilização de serviços de saúde locais. Por ser a ESF o local mais procurado pelos participantes, a maioria relatou ter fácil acesso aos serviços primários (83,3%). Porém, dos que afirmaram que o acesso era difícil, quando perguntados sobre quais os motivos dessa dificuldade, eles responderam que eram os agendamentos, com poucas fichas distribuídas (34%), seguido pela distância de sua residência (23,6%) e dificuldades de locomoção (18,9%).

Os cuidados de saúde em áreas rurais, para autores como Kassouf (2005) e Silva, Lima e Hamann (2010) são caracterizadas por altos níveis de necessidades de saúde com diversas barreiras aos serviços de cuidado e de práticas de saúde. De acordo com esses autores, as mudanças para uma efetiva implantação de um sistema de atenção à saúde implicam em custos e no enfretamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas que extrapolam os aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, com a alteração na formação e nas relações de trabalho dos profissionais, além da estruturação dos demais níveis de atenção à saúde. Dada essas premissas, o princípio da universalidade nessas áreas fica comprometido devido, muitas vezes, ao isolamento geográfico dos grandes centros urbanos, aos horários de atendimentos que não contemplam todas as pessoas que precisam, o que faz com que a

população precise se deslocar para outras cidades. Nestes casos, as longas filas e o período de espera para os atendimentos não leva em consideração, por exemplo, a alimentação e o tempo que os usuários necessitam para retornarem a seus lares. Deste modo, para os autores citados, tais fatores aliados à alta rotatividade dos profissionais de saúde nessas regiões e a precária infraestrutura, o atendimento desumanizado pautado em um modelo biomédico alicerçam a precariedade no acesso e no uso desses serviços por essas pessoas.

Assim, apesar de boa parte das pessoas que participaram do estudo relatar não ter dificuldades no acesso aos serviços de saúde, encontrou-se uma parcela significativa, e que não pode ser desconsiderada, que trouxe inúmeras dificuldades no acesso a esses serviços. Em todas as categorias de dificuldades relatadas, os participantes faziam uso do serviço público de saúde, demonstrando que ainda existem inúmeros aspectos que devem ser otimizados para um melhor acesso dessa população a esses serviços.

Neste cenário, a forma como os participantes descrevem e relatam o acesso aos serviços reflete, de certa maneira, na forma como eles percebem o que é saúde e qualidade vida. Na análise categorial temática realizada acerca das palavras evocadas, observou-se que ambos os conceitos encontram-se inter-relacionados. No tocante à saúde, emergiram três categorias de palavras: a ideia de saúde enquanto direito; a saúde ainda vista como ausência de doença defendida pelo modelo biomédico e saúde vista como bem-estar geral como propõe a Organização Mundial de Saúde (OMS). A tabela a seguir traz essas categorias com maiores detalhes.

Tabela 1: Análise categorial temática sobre a percepção dos participantes acerca do que é saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	Frequência f	Porcentagem %
Saúde enquanto direito (SUS)	Prioridade/Bom	259	33,8%
	Acesso aos serviços	10	1,3%
	Alimentação adequada	40	5,2%
	Atividade Física	13	1,7%
	Condições de vida	10	1,3%
	Capacidade trabalho	5	0,7%
	Precariedade	45	5,9%
Modelo Biomédico	Ausência de doença	28	3,7%
	Acesso a medicamentos	2	0,3%
	Bom Atendimento	15	2,0%
	Cuidado	43	5,6%
	Assistência médica	29	3,8%
Saúde enquanto	Bem-Estar	112	14,6%

bem-estar geral (OMS)	Alegria/Disposição	23	3,0%
	Aparência saudável	13	1,7%
	Bem-estar físico	19	2,5%
	Bem-estar psicológico	10	1,3%
	Deus	7	0,9%
	Outros	84	11,0%

A primeira categoria, denominada “saúde enquanto direito”, remete a aspectos relacionados ao conceito ampliado defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, para alguns participantes saúde é “prioridade” ou algo “bom” apresentando, no geral, a maior frequência de palavras enunciadas (33,8%). Aspectos como alimentação, acesso aos serviços, condições de vida e capacidade para o trabalho podem ser ressaltadas como percepção de que saúde deve envolver todos os âmbitos, sendo, inclusive, condição para exercício de cidadania. Os princípios do SUS, a saber: Universalidade, Equidade e Integralidade, enquanto princípios doutrinários, objetivam garantir esses direitos e combater as situações de desigualdades sociais. Ampliar o acesso aos serviços e garantir melhores condições de vida para a população tem sido um dos objetivos do SUS, mas ainda não atinge todos de maneira equânime, especialmente, em localidades rurais (VIEIRA, 2010).

Estudo realizado por Marcelino (2010) sobre a percepção da população rural paraibana sobre a ESF mostrou que apesar dos avanços, ao se considerar a saúde como um direito de todos, esse direito ainda é visto com resignação e até mesmo desconhecido para muitas pessoas, visto que a maioria da população investigada não apresenta um conhecimento objetivo da proposta da atenção básica, tampouco dos níveis de atenção e suas responsabilidades, desistindo muitas vezes dos cuidados e tratamentos necessários à sua saúde por não saber o que fazer e por não terem condição de procurar seus direitos. A autora encontrou lacunas e distorções que impedem e dificultam, por exemplo, a participação dos usuários como pessoas ativas, pois, se não conhecem seus direitos em relação à atenção à saúde também não atuam cobrando as falhas e ausências vividas.

A segunda categoria de palavras se enquadra no conceito de saúde do modelo biomédico. Palavras como “ausência de doença”, “acesso aos medicamentos”, “bom atendimento”, “cuidado” e “assistência médica” se fizeram frequentes, mostrando que ainda se faz presente no imaginário social a ideia que ter saúde significa não estar doente, não se sentir doente, não ter aparência de doente e não necessitar de medicamentos.

A visão da saúde entendida como ausência de doença é amplamente presente no conhecimento do senso comum, uma vez que a Medicina, por ainda ter o foco na doença, traz imbuída

a importância do diagnóstico empírico (sinais e sintomas) e do combate aos agentes causadores das doenças por meio das tecnologias médicas, como os exames e medicamentos. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico. Esse modelo tem forte apoio social, pois além das indústrias e distribuidoras de produtos e tecnologias médicas, os profissionais de saúde e grande parte da população também o incorporam e praticam (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Contudo, de forma, geral, o ingresso das ciências humanas e sociais no campo da saúde têm evoluído na compreensão do corpo e dos processos de saúde-doença, superando as explicações mais reducionistas e universalistas, para abordagens mais complexas, situadas no tempo e nos aspectos socioeconômicos e psicossociais, considerando o adoecer como um fenômeno também construído social e culturalmente, e multideterminado, sendo assim, é um fenômeno social, além de biológico. E é esta visão que tem sido difundida na formação e na prática dos profissionais de saúde, sendo introjetada também pela população rural.

A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, e sim como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Assim, a terceira e última categoria, envolveu palavras que apontaram para este conceito, sendo composta por palavras que remetem a visão de saúde como “bem-estar”, “bem-estar físico”, “bem-estar psicológico”, “alegria/disposição”, “aparência saudável” e “Deus”. Os aspectos positivos apontados por este conceito estão relacionados à visão positiva de saúde, trazendo à tona também os aspectos subjetivos envolvidos. Todavia, apesar de ser um conceito avançado em relação ao modelo biomédico, este tende a ser alvo de inúmeras críticas, sendo considerado por muitos como um conceito irreal, utópico, ultrapassado e unilateral (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Para autores como Caponi (apud BATISTELLA, 2002), no entanto, mas do que ser um conceito impraticável, a maior crítica ao conceito da OMS reside no fato de que esta pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso para a saúde. Deste modo, a autora coloca que o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante pode se tornar objeto de uma intervenção em saúde. Uma consequência que retrata este processo para a autora é o fenômeno da medicalização da vida.

Nas análises acerca da percepção da qualidade de vida também emergiram três categorias de palavras: A qualidade de vida como sinônimo de saúde; e de bem-estar e por fim, a referência à qualidade de vida enquanto condições estruturais, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 2: Análise categorial temática sobre a percepção dos participantes acerca do que é saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	Frequência f	Porcentagem %
Saúde	Saúde	26	24,1%
	Outros	6	5,6%
Bem-estar	Bem-estar subjetivo	24	22,2%
	Relacionamentos Sociais	2	1,9%
	Tempo para Família	6	5,6%
	Lazer	6	5,6%
	Ausência preocupação	9	8,3%
	Religião	2	1,9%
Condições Estruturais	Alimentação	7	6,5%
	Trabalho	7	6,5%
	Casa Própria	3	2,8%
	Condições Financeiras	9	8,3%
	Transporte	1	0,9%

Na área da saúde, o interesse nessa conceituação é relativamente recente e decorre, principalmente, a partir dos estudos e interesses acerca dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que se mostram multifatoriais e complexos (SEIDL; ZANNON, 2004). Fatores econômicos, socioculturais, a própria experiência pessoal e hábitos e estilos de vida aparecem como aspectos a serem considerados no processo de adoecimento e se mostram diretamente relacionados às condições de vida e saúde dos sujeitos. Não é à toa que qualidade de vida aparece relacionada à ideia de saúde, como mostra a evocação de palavras mais frequente (24,1%). Se somado a ideia de bem-estar (segunda categoria temática), a frequência de palavras evocadas que fazem essa relação aumenta para 46,3%. Conceber qualidade de vida como sinônimo de saúde é algo confirmada em revisão de literatura feita por autores como Seild e Zannon (2004) e Minayo, Hartz e Buss (2000) acerca da temática. Segundo estes autores, apesar desta relação não ser algo recente, ela tem ganhado maiores proporções devido às reflexões acerca do conceito de promoção da saúde. Assim, para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 21) “o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto e bem-estar”. Ainda, segundo a autora, no mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida.

De tal modo, a terceira categoria de análise vem fazer referências aos aspectos estruturais relacionados à concepção de qualidade de vida. Palavras como “alimentação”, “trabalho”, “condições financeiras” foram enunciadas

pelos participantes, fundamentando-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais. No contexto brasileiro, onde os serviços de saúde enfrentam dificuldades básicas de provisão (atendimento médico, exames, equipamentos, materiais, medicamentos, entre outros), a preocupação com a qualidade de vida e a busca da felicidade pode parecer comprometida com a retração de investimentos em políticas públicas (MARCONDES, 2004).

A saúde e a qualidade de vida devem ser consideradas um direito e um processo, cabendo ao Estado garantir a todos. É necessário promover todos os tipos de saúdes, por meio de programas e serviços capazes de gerar bem-estar e de evitar riscos, tanto para os indivíduos quanto para os grupos sociais. Nesse contexto é de grande importância o envolvimento de todos os setores, como a agricultura, educação, habitação, obras públicas e comunicações, entre outros, destacando a importância dos demais setores sociais e econômicos.

Conclusão:

O estudo identificou que, apesar de algumas dificuldades, os moradores de cidades rurais paraibanas relataram facilidade no acesso aos serviços de saúde nas pequenas cidades, em especial, os de serviço público e ligado aos cuidados primários, como a Estratégia Saúde da Família. Apesar dos bons resultados nesse quesito é necessário considerarmos os fatores de desejabilidade social que estão presentes em qualquer pesquisa. No caso particular, não se pode deixar de considerar, por exemplo, os aspectos políticos-partidários e assistencialistas característicos desses espaços. A cultura “clientelista” – baseada em uma estrutura patriarcal de apadrinhamento - ainda apresenta marcas visíveis nas cidades rurais com influência nos sistemas político, social e econômico, sendo a concessão de bens e serviços feita, em sua grande maioria, em troca de lealdade político-partidária. A própria população rural tende a introjetar essa relação sustentando, muitas vezes, que o acesso aos direitos sociais só pode ocorrer por meio desse assistencialismo (FURTADO, 2016).

No tocante à saúde e qualidade de vida, pôde-se observar que os moradores das cidades rurais percebem estes conceitos como inter-relacionados e que apesar de ainda trazerem ideias ultrapassadas acerca do que é saúde, como a ideia de ausência de doença, também consideram-na também um direito a ser garantido em todos os aspectos, seja por meio de um emprego ou por uma alimentação saudável, indo muito além do conceito biomédico. Da mesma forma, aliado ao conceito de saúde, foi observado que qualidade de vida é muito mais do que ter saúde, e sim ter condições para se viver dignamente, como ter

educação para seus filhos, saneamento básico na cidade, corroborando com a ideia ampliada envolta nestes conceitos.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita; PAIVA, Vera; FRANÇA JR., Inácio. Conceitos Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 4, pp.71-94. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. **O território e o processo saúde-doença**, p. 51, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, (Série E. Legislação em Saúde). 2012.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 14-24, 2004.

FLECK, Marcelo P. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed. 228p. 2008.

FURTADO, Francisca Marina de Souza Freire. **Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. 272 p. 2016.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, MHM de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde debate**, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1829-1842, 2013.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

LUZIO, Cristina Amélia et al. A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. 2003.

MARCELINO, Maria Quitéria dos Santos. **Avaliação da estratégia Saúde da Família pelos seus usuários em Municípios Rurais Paraibanos**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade

de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 5-13, 2004.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-588, 2004.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. supl. 2, p. 109-120, 2010.

SILVA, Victor Hugo Farias; DIMENSTEIN, Magda; FERREIRA LEITE, Jáder. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, v. 10, n. 19, 2013.

SOUZA, Rafaela Assis; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

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

TRAVASSOS, Claudia; DE OLIVEIRA, Evangelina XG; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. **Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais**, 2010.