

**Acesso aos serviços e percepções acerca da qualidade de vida e saúde:
aspectos de vulnerabilidade ao adoecimento em cidades rurais****Access to services and perceptions about quality of life and health:
aspects of vulnerability to illness in rural cities**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-005

Recebimento dos originais: 08/08/2020

Aceitação para publicação: 01/09/2020

Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa

Doutora em Psicologia Social

Unipê/ Famene

Endereço: Av. Espírito Santo, 669, Bairro dos Estados – João Pessoa/PB

E-mail: danihapsi@yahoo.com.br

Eunice Aristides Araújo

Mestra em Psicologia Social

Endereço: Rua Francisco Bonifácio, S/N, Centro - São José da Lagoa Tapada/PB

E-mail: eunnice@hotmail.com

Francisca Marina de Souza Freire Furtado – UFPB

Doutora em Psicologia Social

Hospital Universitário Alcides Carneiro/HUAC-UFCG,

Endereço: Rua Iolanda Eloi de Medeiros, 216, Apto 405ª Agua Fria – João Pessoa/PB

CEP: 50053-028

E-mail: marinasfreire@hotmail.com

Flávio Lúcio Almeida Lima

Doutor em Psicologia Social

Universidade Federal de Campina Grande/UFCG

Endereço: Rua Juarez Távora, 69, apto 501, Centro - Santa Rita/PB

CEP: 58300-410

E-mail: flaviopsicopb@yahoo.com.br

Ana Alayde Saldanha

Doutora em Psicologia Social

UFPB

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 a 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, entre 24 e 90 anos, residentes em cidades paraibanas com menos de 11.000 habitantes, que responderam a 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 as suas mentes ao ouvirem as palavras “saúde” e “qualidade de vida”. As análises ocorreram por meio de estatísticas descritivas e análise categorial temática. No geral, houve uma avaliação positiva dos participantes acerca do acesso aos serviços de saúde locais, principalmente no que tange aos cuidados primários. 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, enquanto a qualidade de vida é percebida como 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.

ABSTRACT

Given the expanded concept of health that involves the right to enjoy decent living conditions and have access to health services, the objective was to analyze the access to health services and the perception that residents of rural Paraíba cities have about health and quality of life. It was an exploratory and descriptive study of a quanti-qualitative nature. The survey involved 789 men and women, between 24 and 90 years of age, living in cities of less than 11,000 inhabitants in Paraíba, who answered a sociodemographic questionnaire and a structured questionnaire containing questions related to the form and difficulties of access to local health services, as well as the enunciation of words that came to their minds when they heard the words "health" and "quality of life". The analyses occurred by means of descriptive statistics and thematic categorical analysis. In general, there was a positive evaluation of the participants about the access to local health services, mainly regarding primary care. It was observed that both health and quality of life appeared as correlated concepts, being health seen as a right to be guaranteed in all aspects, whether through a job or a healthy diet, while quality of life is perceived as conditions to live in dignity, such as having education for their children and basic sanitation in the city, corroborating the expanded idea involved in these concepts.

Keywords: access, health, quality of life, rural cities.

1 INTRODUÇÃO

De maneira geral, o conceito de vulnerabilidade em saúde se refere ao conjunto de aspectos 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 (individuais, sociais e institucionais) para a sua proteção (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Deste modo, ao se adotar a noção de vulnerabilidade como uma possibilidade de ampliação dos aspectos presentes na compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado, entende-se que ter saúde - para além do estado de completo bem-estar físico, mental e social - consiste também no direito de gozar condições dignas de vida e ter acesso aos serviços de saúde necessários ao seu cuidado integral.

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. Garantir o acesso aos serviços de saúde, em toda a sua complexidade, inclusive, integra o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, apesar dos avanços, é possível verificar grandes desigualdades na oferta e usufruto destes serviços, sendo um dos desafios na consolidação desse sistema em um país tão díspar geograficamente como é o Brasil (VIACAVA et al, 2018).

Ao refletir sobre essas desigualdades, destaca-se o cenário rural que, historicamente, vem sendo construído como um espaço que sofre com o descaso do poder público em termos de garantia dos direitos sociais. Apesar das tentativas de diminuir as iniquidades existentes entre o contexto rural e urbano, grande parte do mundo rural continua caracterizado por 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). Em relação a esta última, a escassez da oferta de serviços e recursos, inclusive, humanos; as dificuldades em seu acesso; bem como a própria maneira como estes serviços estão organizados nestes espaços se apresentam como fatores de vulnerabilidade ao adoecimento das pessoas que ali residem (ARAÚJO, 2017; SOUSA, 2017).

Nas chamadas cidades rurais (com populações menores que 11 mil habitantes) ou de pequeno porte, por exemplo - o acesso aos serviços é restrito a atenção primária, configurando a Estratégia Saúde da Família como o único serviço de saúde local, o que faz com que sua população enfrente várias dificuldades para ter garantida a continuidade do seu cuidado em saúde. Neste cenário, existe, portanto, um desajuste entre as necessidades de saúde da população rural e os serviços e recursos ofertados e utilizados que não se refere apenas ao acesso, mas que inclui também as respostas dos profissionais de saúde às demandas encontradas e os recursos tecnológicos (materiais e não-materiais) empregados, o que pode influenciar a concepção que a própria população rural possui acerca da que seja saúde e doença.

Neste sentido, levando em consideração os aspectos elencados, o presente estudo teve como objetivo analisar como ocorre o acesso aos serviços de saúde em cidades rurais paraibanas e a percepção que seus moradores possuem acerca do que seja saúde e qualidade de vida.

2 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, distribuídas nas quatro macrorregiões de saúde do estado. Os participantes foram abordados em seus domicílios, logradouros ou praças e convidados a participar do estudo. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, com vista 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 vinham 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).

3 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 Silva et al. (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 destes serviços 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. 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 se encontram 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% |

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 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 apresentava 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.

Para autores como Freitas et al (2019), a participação popular em espaços de controle social, como as assembleias e os conselhos de saúde, é um dos principais meios para se garantir a universalização do direito à saúde. Todavia, de acordo com os autores, é possível observar - na grande maioria das cidades - a ausência de representantes da classe trabalhadora nestes espaços, predominando relações clientelísticas, herança da histórica de formação social brasileira. Tal situação é bem comum de ser observada, especialmente, nas cidades pequenas, fruto da cultura coronelista.

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 et al, 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, mais 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 et al. (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 esses autores “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” (p.21). Ainda, segundo os autores, 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 saúde, 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.

4 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 desajustabilidade 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

ARAÚJO, Eunice Aristides. **Elementos de vulnerabilidade programática em saúde segundo os níveis de atenção em cidades rurais**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. 124 p. 2017.

AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita et al. Conceitos Práticos 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 et al. 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.

FREITAS, Maciana et al. Crise do capital e os desafios para o controle social na saúde. **Revista Direitos, Trabalho e Política social**, v. 5, n. 8, p. 57-77, 2019.

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.

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, Cecilia et al. 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 et al. 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.

SOUSA, Daniela Heitzmann Amaral Valentim de. **Relações de gênero e vulnerabilidades ao adoecimento em cidades rurais paraibanas**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. 420 p. 2017.

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.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

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.