



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – MESTRADO**

**ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA EM SAÚDE
SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM CIDADES RURAIS**

EUNICE ARISTIDES ARAÚJO

**JOÃO PESSOA/PB
MARÇO/2017**

EUNICE ARISTIDES ARAÚJO

**ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA EM SAÚDE
SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM CIDADES RURAIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba como critério para obtenção do grau em mestre em Psicologia Social.

ORIENTADORA: DRA^a ANA ALAYDE WERBA SALDANHA

**JOÃO PESSOA/PB
MARÇO/2017**

A663e Araújo, Eunice Aristides.
 Elementos de vulnerabilidade programática em saúde
segundo os níveis de atenção em cidades rurais / Eunice
Aristides Araújo. - João Pessoa, 2017.
 119 f. : il. -

 Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha.
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/PPGPS

 1. Psicologia social. 2. Vulnerabilidade programática.
3. Cidades rurais. 4. Níveis de Atenção. I. Título.

UFPB/BC

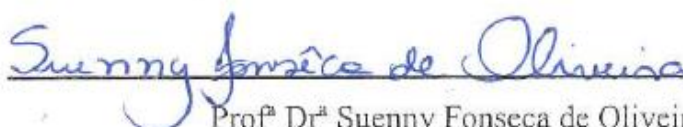
CDU: 316.6(043)

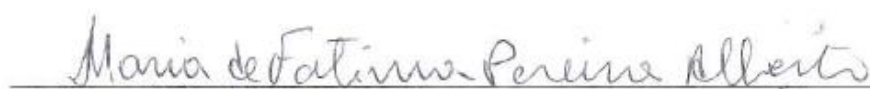
Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – Metrado
Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidades e Promoção da Saúde

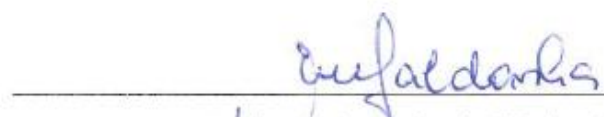
ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA EM SAÚDE
SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM CIDADES RURAIS

Autora: Eunice Aristides Araújo

Banca Avaliadora


Profª Drª Suenny Fonseca de Oliveira
(Universidade Federal de Campina Grande – Membro Externo)


Profª Drª Maria De Fátima Pereira Alberto
(Universidade Federal da Paraíba – Membro Interno)


Profª Drª Ana Alayde Werba Saldanha
(Universidade Federal da Paraíba – Orientadora e Presidente da Banca)

João Pessoa – Paraíba

Março/2017

*“Não deixem que lhe roubem a Esperança”
Papa Francisco)*

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, meu ponto de equilíbrio constante. Meu refúgio seguro. Por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditava. A Ele a honra e toda glória!

Aos meus *Pais*: “Um só corpo. Um só coração! ” Meu porto seguro, que apesar todas as dificuldades sempre tiveram a preocupação em repassar os valores que prezam pelo amor ao próximo, responsabilidade e solidariedade.

Aos meus *Familiares*, por todo apoio e cuidado. Pela presença constante em todos os momentos da minha vida.

À *Professora Dr^a Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli*, por ser esse exemplo de ser humano e profissional que preza pela ética. Obrigada por toda acolhida, pela confiança e apoio. Com você tenho aprendido que fazer pesquisa não é apenas coletar e analisar dados, mas também, adentrar na realidade do outro, conhecer e assumi-la como um compromisso nosso. O meio acadêmico precisa de mais pessoas como você! Obrigada por ser do jeitinho que você é!

À *Professora Dr^a Lilian Galvão*, quando eu ainda cursava Letras, fez despertar em mim o amor pela Psicologia com seu exemplo de profissionalismo, amor e dedicação pela profissão. Obrigada por ter plantado essa semente, pela torcida e carinho de sempre!

Aos meus *Amigos* (infância, graduação, pós, os que encontrei pelo caminho) por toda a paciência e compreensão diante da minha ausência em algumas situações. Por terem me sustentado todas às vezes que pensei em desistir.

Ao *NPVPS*, por todos os momentos vivenciados e pelos ensinamentos compartilhados, de forma especial, a Mari, a Josi e a Dani. Vocês são exemplos de garra, confiança e determinação e, sobretudo, de simplicidade e humildade. Vocês nos inspiram.

Aos meus *irmãos da Comunidade Católica Shalom*, pela coragem, renúncia, disposição e oferta de vida de cada um de vocês que me alcança cotidianamente e me ajuda a querer ser um ser humano melhor. Obrigada pelo apoio nessa caminhada, pelas orações, pelo abraço acolhedor que tanto me conforta.

À *CAPES*, pelo financiamento desse estudo.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	06
LISTA DE FIGURAS.....	07
LISTA DE ABREVIACÕES.....	08
RESUMO.....	09
ABSTRACT.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I - APORTE TEÓRICO.....	16
1.1. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Breve Histórico.....	17
1.2. Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Atenção Básica à Saúde: caminhos e desafios.....	22
1.3. Acesso Aos Serviços De Saúde Em Cidades Rurais: Acessibilidade, Atendimento E Disponibilidade.....	34
1.4. Aspectos Conceptuais De Vulnerabilidades Em Saúde.....	43
OBJETIVO GERAL.....	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	52
2.1. Caracterização do Estudo.....	53
2.2. Campo de Pesquisa.....	53
2.3. População e Amostra.....	54
2.4. Instrumento.....	56
2.5. Procedimentos.....	56
2.6. Análise de Dados.....	57
2.7. Aspectos Éticos.....	57
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
RESULTADOS.....	59
3.1. Perfil Socioeconômico e Demográfico dos Participantes.....	59
3.2. Fluxo de Atendimento nos Serviços de Saúde Básico, Média e Alta Complexidade.....	60
3.3. Avaliação dos Serviços de Saúde pelos Usuários.....	68
DISCUSSÃO.....	75
3.4. Perfil socioeconômico e demográfico dos participantes.....	75
3.5. Busca e Fluxo de Atendimento nos Serviços de Saúde Básico, Médio e de Alta Complexidade em Cidades Rurais.....	78
3.6. Avaliação dos Serviços de Saúde pelos Usuários.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	110

LISTA DE TABELAS

<i>TABELA 01: Caracterização das macrorregiões de saúde.....</i>	<i>54</i>
<i>TABELA 02: Frequência das macrorregiões de saúde.....</i>	<i>55</i>
<i>TABELA 03: Variáveis socioeconômicas e demográficas.....</i>	<i>59</i>
<i>TABELA 04: Motivos da busca por atendimento de acordo com os níveis de atenção.....</i>	<i>62</i>
<i>TABELA 05: Motivos da busca por atendimento de acordo com as macrorregiões de saúde.....</i>	<i>66</i>
<i>TABELA 06: Avaliação da Equipe de Saúde e Estrutura Organizacional do Serviço de Saúde de acordo com as macrorregiões, níveis de complexidade, faixa etária e sexo.....</i>	<i>69</i>
<i>TABELA 07: Média dos fatores avaliativos segundo as macrorregiões de saúde.....</i>	<i>71</i>
<i>TABELA 08: Percentual de afirmativas sobre o serviço de saúde local.....</i>	<i>74</i>

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Divisão por macrorregião e regiões de saúde da Paraíba.....	53
<i>Figura 2:</i> Tempo decorrente do último atendimento em Serviços de Saúde.....	61
<i>Figura 3:</i> Motivos da busca por atendimento de acordo com os níveis de atenção.....	63
<i>Figura 4:</i> Relação entre nível de complexidade, motivos de atendimento e sexo.....	64
<i>Figura 5:</i> Nível de complexidade do atendimento de acordo com a faixa etária.....	65
<i>Figura 6:</i> Fluxo de atendimento de acordo com o nível de complexidade.....	68
<i>Figura 7:</i> Avaliação dos usuários acerca da Organização, Vínculo e Atendimento, Resolutividade e Prevenção dos Serviços de saúde locais.....	72

LISTA DE ABREVIACÕES

AAC – Atenção de Alta Complexidade

AMC – Atenção de Média Complexidade

APS – Atenção Primária em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS – Plano Nacional de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

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. A precariedade na cobertura, organização, estrutura e acesso aos serviços de saúde são elementos marcantes de vulnerabilidade programática que tornam as populações desses municípios mais vulneráveis ao adoecimento e/ou agravamento das doenças, assim como interfere na organização das redes de atenção à saúde. Participaram desse estudo 992 sujeitos, distribuídos entre 31 municípios do estado. Para coleta dos dados foi utilizado o questionário "Levantamento de cuidados de saúde e vulnerabilidades" analisados através do Software SPSS for Windows (SPSS) versão 20.0. A amostra é composta por participantes, em sua maioria, mulheres (74%), casado (70%), em idade produtiva ($M=43,6$ anos; $DP=14,8$; variando entre 21 e 85 anos). 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). Para identificar a avaliação da equipe e estrutura dos serviços de saúde entre as macrorregiões (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa) os usuários responderam a dois itens cujas respostas foram escalares com intervalo de 0 a 10. O resultado apontou 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. Em relação às macrorregiões de saúde, foi identificada diferença estatisticamente significativa entre as médias avaliativas ($p=,03$) apenas entre Campina Grande ($M=6,71$; $DP=2,85$) e Sousa ($M=7,43$; $DP=2,50$) no que se refere à estrutura e organização do serviço, com avaliação mais positiva para a última. 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. Considerando os fatores avaliativos relacionados com as macrorregiões de saúde, verifica-se avaliações positivas com alguma variabilidade nos índices, no entanto, apenas o fator Prevenção apresentou diferença estatisticamente significativa ($f=6,921$; $p=0,000$). Em linhas gerais, os dados deste estudo permitem concluir que a precariedade na estrutura e organização dos serviços disponíveis nas cidades rurais interferem no fluxo pela busca e nível de atendimento, contribuindo para a desarticulação nas redes de atenção como a superlotação nos serviços de alta complexidade e esvaziamento na atenção básica.

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

ABSTRACT

This current study aimed to analyze elements of programmatic vulnerability in health from the perception of residents living in rural cities of Paraíba, according to the level of care. Those cities are characterized by to present low economic, social, demographic levels, with population less than 10,000 inhabitants. The precariousness in the coverage, organization, structure and access to health services are important elements of programmatic vulnerability that make the populations of these municipalities more vulnerable to illness and / or disease aggravation, as well as interfering in the organization of health care networks. Participated these study 992 subjects, distributed among 31 municipalities of the state. To collect the data, the questionnaire "Health care and vulnerability assessment" was analyzed using the SPSS Software for Windows (SPSS) version 20.0. The sample consisted of participants, mostly women (74%), married (70%), of productive age ($M = 43.6$ years, $DP = 14.8$), ranging from 21 to 85 years. With regard to the search for care and level of care, it was found that 41% of the sample sought early care services, 12% appointment with specialist doctors, 12% prevention and 8% prenatal care. In order to treat their health problems, 32% participants were cared for in basic care (ESF), 24% in medium complexity services (UPA / Polyclinic) and 44% in high complexity (hospitals). To identify the evaluation of the health services team and structure among the macro-regions (João Pessoa, Campina Grande, Patos and Sousa), users responded to two items whose responses were scalar ranging from 0 to 10. The result pointed to a regular evaluation, with an average of 7.44 ($DP = 2.48$) for the health professionals and 6.93 ($DP=2.73$) for the physical and organizational structure of the health service. In the macro-regions of health, a statistically significant difference was found between the evaluative averages ($p = .03$) only between Campina Grande ($M = 6.71$; $SD = 2.85$) and Sousa ($M = 7.43$; $SD = 2.50$) regarding the structure and organization of the service, with a more positive evaluation for the latter. In order to verify the perception of the inhabitants of rural cities about the health services, four aspects were evaluated: organization, bond and reception, resolution and prevention. Considering the evaluative factors related to health macro-regions, there were positive evaluations with some variability in indices, however, only the Prevention factor presented a statistically significant difference ($f = 6.921$; $p = 0.000$). In general terms, the data of this study allow to conclude that the precariousness in the structure and organization of the services available in the rural cities interfere in the search and level of care, contributing to the disarticulation in the health attention networks such as the overcrowding in the services of high complexity and emptying in the basic care.

Keywords: Programmatic vulnerability; Rural cities; Care levels.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 determina no art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). No entanto, até chegar a essa deliberação, a saúde pública brasileira passou diversas e significativas mudanças em decorrência das transformações ocorridas nos setores econômico, financeiro e social, sobretudo, no final do século XIX até meados do século XX. 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.

O SUS é norteado por uma série de princípios divididos entre os aspectos *técnicos assistenciais* e *técnicos gerenciais*. Os primeiros são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica; enquanto que os segundos se referem a: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (Carvalho, 2013).

Além disso, 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 (Starfield, 2002). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada como uma das propostas desenvolvidas pelos 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 (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com Martins, Garcia e Passos (2008), através desse sistema, a atenção básica à saúde tem sido aprimorada, sobretudo no que diz respeito às responsabilidades e competências atribuídas aos diversos níveis do governo, como os municípios, por exemplo, que passaram a ser os responsáveis pela administração do sistema local de saúde. 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). Esses fatores, associados a aspectos e normas culturais contribuem, inclusive, na demanda pela busca por atendimento, que apresentam diferenças significativas comparadas aos setores urbanos, pois enquanto estes buscam atendimento para exames de rotina, tratamento, reabilitação e prevenção, as pessoas das áreas rurais buscam atendimento para doenças (Kassouf, 2005).

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 enfrentamento. 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).

Esse conceito de vulnerabilidade busca superar a perspectiva individualizante e probabilístico do conceito de risco, ao apresentar esse construto/fenômeno como um conjunto de aspectos que perpassam o caráter meramente individual, e passa a abranger questões nos âmbitos coletivos e contextuais que podem desencadear agravos à saúde ou o desenvolvimento de doenças. Além disso, esse modelo ainda considera elementos relacionados à disponibilidade ou carência dos serviços e recursos direcionados à proteção dos usuários dos serviços (Ayres, Paiva e França Jr., 2012).

Com base no que foi discutido temos as seguintes hipóteses:

- I. As pessoas que residem em cidades de contexto rural podem se encontrar em situação de vulnerabilidade devido as desigualdades sociais, menores níveis de escolaridade, dificuldades de acesso à informação, menores salários, entre outros fatores;
- II. A cultura local pode influenciar a busca por atendimento aos serviços de saúde, isso porque muitos optam pela automedicação, chás, uso de plantas medicinais que foram repassadas pelos seus ancestrais como forma de tratamento para determinadas doenças, o que incorre da maioria dessa população só procurar o atendimento médico quando a doença já se encontra instalada;
- III. A demora no atendimento e a organização deste (geralmente pela distribuição de fichas) interfere na busca pelos serviços de saúde. Pessoas que moram em localidades mais distantes das unidades de saúde podem ser prejudicadas, haja vista boa parte da população serem agricultores ou donas do lar, e com isso, não terem disponibilidade para chegarem com antecedência para recebê-las;
- IV. Existem diferenças significativas entre os sexos na busca por atendimento aos serviços de saúde. Estima-se que as mulheres procurem mais os serviços do que os

homens, o que pode estar associado ao fato destas terem mais contato com os serviços como o pré-natal, acompanhar os filhos e demais familiares quando estes adoecem;

- V. As cidades rurais que pertencem às macrorregiões mais próximas à capital apresentam melhores condições no atendimento em saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar elementos de vulnerabilidade programática em saúde a partir da percepção de moradores residentes em cidades rurais da Paraíba, segundo o nível de atendimento. Para tanto, tem como objetivos específicos: Identificar os motivos de busca por atendimento aos serviços de saúde em cidade rurais; identificar o fluxo de atendimentos de acordo com o nível de complexidade (básico, média e alta complexidade; identificar a avaliação da equipe e estrutura dos serviços de saúde entre as macrorregiões; verificar a percepção de moradores de cidades rurais acerca dos serviços de saúde local.

O presente estudo encontra-se estruturado em três capítulos: o primeiro corresponde ao aporte teórico que apresenta os principais fundamentos relacionados ao tema em estudo (vulnerabilidade à saúde); o segundo capítulo refere-se aos aspectos metodológicos e o terceiro é composto pelos resultados e a discussão dos dados, seguido das considerações finais. Este estudo é parte do projeto intitulado - Vulnerabilidades Feminina em Saúde: acesso aos serviços de saúde, saúde mental e vulnerabilidades de mulheres residentes em cidades rurais - desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde/CNPq.

CAPÍTULO I - APORTE TEÓRICO

1.1. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Breve Histórico

O sistema de saúde brasileiro pode ser melhor compreendido a partir de dois momentos distintos: o período que antecede a criação do SUS e o momento posterior marcado pelo início da intervenção do Estado na formulação e efetivação das políticas de saúde. Até a promulgação da Constituição de 1988 a saúde não era um direito de todos, restringia-se a uma pequena parcela da população que faziam contribuições em caixas de aposentadorias e pensões como forma de garantia dos seus benefícios (Senna, Costa & Silva, 2010).

De acordo com Sarreta (2009), as primeiras tentativas do Estado de intervir na saúde foram entre o final do século XIX e início do século XX. Período em que a economia capitalista no Brasil esteve marcada pela exportação do café e exigia-se do sistema de saúde o combate às epidemias, mediante campanhas de saneamento entre os espaços em que haviam alta circulação de produtos com o intuito de evitar a contaminação dos produtos e disseminação de doenças e, assim, prejudicar a exportação (Mendes, 1999).

Outro marco importante nesse âmbito foi a elaboração da Lei Elói Chaves em 1923. Regulamentada pelo Decreto nº 4.682. Essa lei foi responsável pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) destinadas apenas para organizações mais ativas política e financeiramente na sociedade como no regulamento dos ferroviários, marítimos e estivadores, grupos estes que influenciavam diretamente a economia brasileira através de atividades ligadas à produção e exportação de mercadorias (Baptista, 2005).

Contudo, segundo o Congresso Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS (2011a) esta lei era restrita apenas aos trabalhadores urbanos, o que limitou os direitos do operariado rural fato que se estendeu até 1960 quando foi instituído o Funrural. As Caixas de Aposentadorias e Pensões restringia-se apenas a empresas e estabelecimentos privados que tinham condições de mantê-las, as quais eram controladas e financiadas pelos próprios

empresários e trabalhadores. Funcionava como uma espécie de seguro social cuja principal atribuição era prestar assistência médica aos membros contribuintes. Além disso, a atuação do Estado era pouco visível, pois ele nem prestava apoio financeiro e nem tinha o controle dessas caixas. Sua função se limitava apenas à "legalização de uma organização que já funcionava de maneira informal desde 1910 e, quando necessário, na mediação de possíveis conflitos de interesses" (Oliveira & Teixeira, 1985, Oliveira, 2015, p. 63). Antes da promulgação dessa lei, as práticas de saúde no Brasil eram de caráter repressiva com vistas a evitar e controlar as epidemias nos centros urbanos e práticas de saneamento. Dessa forma, o "Direito à Saúde", estava limitado apenas a uma parcela de trabalhadores representantes de certas categorias trabalhistas (Baptista, 2005).

Contudo, esse cenário começa a sofrer modificações a partir da crise econômica de 1929. No Brasil, esse período é marcado pelo aumento do êxodo rural e o fim do sistema político da Primeira República. Com isso, ocorre uma reorganização no sistema político brasileiro, em que as tradicionais Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) passam a ser substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) os quais passam a ser controlados e administrados pelo Estado. Estes institutos tinham como objetivo estender os seus benefícios para o maior número de categorias de trabalhadores urbanos como forma de evitar possíveis reivindicações. Todavia, apenas os trabalhadores que contribuíssem com os institutos teriam direito a assistência à saúde, dessa forma, aqueles trabalhadores cujas profissões não haviam sido regulamentadas por leis não tinham direito aos benefícios, assim como os trabalhadores rurais e os profissionais liberais, pobres, desempregados (Bravo, 2006).

No período que compreende os anos 30 e 45 o modelo previdenciário brasileiro foi conduzido por um modelo "intencionalmente contencionista" decorrente do acelerado crescimento da classe trabalhadora, e com isso, os olhares se voltaram mais para o acúmulo

de capital do que para a prestação de serviços (Oliveira & Teixeira, 1985, citados por Oliveira, 2015).

As desigualdades frente ao acesso aos serviços de saúde, centralização na esfera federal, assim como a dicotomia entre ações curativas e preventivas e de promoção de saúde datam desde a criação a criação da previdência social em 1923. As políticas de saúde, de uma forma geral, foram sendo fundamentadas num projeto excludente, visto que não beneficiava todos os movimentos populares nem as necessidades e reivindicações de outros setores. As próprias reformulações efetuadas ao longo dos anos relacionadas à separação entre saúde públicas e assistência médica, desencadearam em serviços precários e de baixa qualidade, o que contribuiu para uma evasão da classe média, à qual passou a buscar assistência médica nos setores privados, mediante seguros e planos de saúde (Donnângelo, 1975; Luz, 1979, citados por Yamamoto & Oliveira, 2010). Nos dias atuais essa prática não é diferente. As classes mais abastadas da sociedade buscam os serviços privados, enquanto que as menos favorecidas sofrem à margem de um sistema que, a nível teórico, é impecável, mas, na prática, deixa muito a desejar em virtude de forma especial, das condições sociais e econômicas da população, das diferenças geográficas, entre outras, às quais impactam diretamente na distribuição e aplicação dos recursos.

É preciso ainda considerar que o setor saúde é compreendido como um campo institucional marcado por “colisões” de diversos grupos de interesses tanto no âmbito público quanto privado com o intuito de produzir bens e serviços os quais podem ser qualificados em duas situações antagônicas: a primeira, bens e serviços enquanto objeto a ser comercializado, e o segundo, bens e serviços relacionados ao direito social (Nunes, 1992, citado por Pereira, 1996). A primeira situação ocorre quando os bens ou serviços, mesmo que atuem na manutenção e recuperação da saúde, são tratados como mercadoria entre produtor e consumidor visando o lucro, assumindo uma dimensão de bem/serviço privado.

Por outro lado, enquanto direitos sociais, essas situações compreendem as relações que se estabelecem entre produtor e consumidor, as quais perpassam a óptica econômica e mercantil, assumindo assim uma dimensão de bem público (Pereira, 1996).

Até primeira metade do século XX, principalmente entre os anos de 1945 e 1964, o sistema de saúde no Brasil é marcado por profundas transformações em decorrência, sobretudo, do avanço da industrialização, do aumento do êxodo rural e da economia nos setores urbanos, conseqüentemente, aumentava-se o número de trabalhadores que necessitavam de assistência médica. Dessa forma, o foco se deslocou da prática eminentemente sanitarista para a saúde do trabalhador, uma vez que ele era sujeito ativo na produção (Mendes, 1994, citado por Oliveira 2015). Outro marco importante corresponde à 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, na qual se discutiu a criação de um novo sistema de saúde que fosse acessível a toda população e organizado descentralizadamente. Contudo, essa proposta foi "esquecida" com o início da ditadura militar no ano subsequente (Carvalho, 2013).

O período que corresponde ao marco da ditadura militar (1964 - 1984) é marcado por momentos significativos, principalmente os referente aos dez primeiros anos, o qual é marcado pelo contexto do "milagre econômico brasileiro". Esse período é caracterizado por uma reestruturação no sistema de saúde brasileiro, o qual sai daquele modelo "sanitarista campanhista" e do "modelo curativo da atenção médica previdenciário" e passa a atuar com enfoque na medicalização da sociedade (Luz, 1991, citado por Oliveira, 2015).

Em pleno regime autoritário, "nos porões da ditadura", algumas organizações vinculadas a movimentos populares, incluindo as associações de bairros e vilas e a Igreja Católica, universidades, partidos políticos e progressistas, prefeituras com bandeiras progressistas, entre outros, cogitavam a ideia de um sistema de saúde com o intuito de coloca-la como um direito de todos sob responsabilidade do Estado e que seguisse os

princípios da integralidade e da universalidade. Várias categorias abraçaram essa luta de se conseguir implantar um sistema único de fazer saúde, assim como ocorriam em alguns países da Europa, e ainda conseguir que o Estado se responsabilizasse em garantir esse direito (Carvalho, 2013).

É durante essa crise que nasce as Ações Integradas de Saúde (AIS) que consistiam numa "parceira da previdência com a saúde pública municipal e estadual; prestação de cuidados, principalmente primários ambulatoriais; transferência de recursos da previdência para que fossem realizadas essas ações pelos Estados e municípios" (Oliveira, 2013, p. 9). Conseguir universalizar a saúde e ainda colocá-la sob a responsabilidade do Estado exigia uma postura audaciosa de ir contra os problemas estruturais que assolavam o país. O SUS foi implantado em um momento em que o Brasil passava por profundas desigualdades econômicas e sociais, o que representou um grande desafio devido à estrutura fragmentada e estratificada em que o país se encontrava nos anos 90.

Na verdade, existiam o embate entre duas posições: o projeto de Reforma Sanitária *versus* a agenda hegemônica de reforma do Estado. De acordo com Baptista, Machado e Lima (2009), essa agenda (de cunho neoliberal) se contrapôs a alguns princípios a serem implantados pela Reforma Sanitária, entre eles, a atuação do Estado como responsável pela garantia da saúde. Os impasses resultantes dessas contraposições manifestaram-se em diferentes áreas: “os obstáculos à consolidação da Seguridade Social; o instável aporte de recursos financeiros; a insuficiente provisão de insumos relevantes para a saúde, como medicamentos; a fragilidade das políticas de recursos humanos em saúde e a persistência de distorções nas relações entre público e privado na saúde” (p. 831). Dessa forma, essas limitações além de infringirem o direito social à saúde, contribuíram para a acentuação das desigualdades no âmbito da saúde o que desencadeou uma série de questionamentos quanto aos princípios constitucionais da universalidade e integralidade.

1.2. Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Atenção Básica à Saúde: caminhos e desafios

Regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge na tentativa de abranger toda população brasileira que há décadas sofriam à margem de um sistema capitalista. O SUS é constituído por um "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (Brasil, 1990). Dentre os principais objetivos destacam-se: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde com o intuito de promover a redução de riscos de doenças e agravos nas áreas econômica e social; promover ações de assistência às pessoas, assim como a proteção e a recuperação da saúde mediante a realização de ações assistenciais e medidas preventivas, além de regular, fiscalizar, executar e controlar as ações de saúde.

Além disso, as ações e serviços desenvolvidos por esse sistema, sejam da esfera pública ou privada, devem ser norteados por alguns princípios constitucionais conforme constam no artigo 7º da Lei 8.080: universalidade de acesso aos serviços; igualdade, equidade, hierarquização e integralidade na assistência à saúde; a participação social; descentralização político-administrativo com foco na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990).

O princípio da *universalidade* corresponde ao fato da saúde ser um direito de todos independente de classe social, categoria trabalhista, desempregados, homens, mulheres, crianças, enfim, a saúde deve abarcar toda a população; o da *igualdade* está relacionado ao acesso e qualidade do atendimento, os quais devem ser executados sem discriminar prioridades entre os usuários; a *equidade* visa promover a igualdade dos direitos, assim, a distribuição dos recursos, por exemplo, são proporcionais às necessidades de cada

município; a *hierarquização* corresponde à sequência dos atendimentos e encaminhamento aos serviços especializados (Básica, Média e Alta Complexidade). Mediante esse princípio, os pacientes/usuários são encaminhados à Atenção Básica onde passarão por um processo de avaliação e, dependendo da situação, são direcionados ao nível de Média Complexidade, que conta com especialistas, exames mais complexos, internações, cirurgias gerais, entre outras. E desta, aos serviços da Alta Complexidade que compreende aos serviços e hospitais mais especializados. A *participação social* visa incluir os sujeitos sociais como participantes ativos nas discussões acerca das formulações, controle, fiscalização e execução das políticas de saúde (Carvalho, 2013).

De acordo com Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira e Barroso (2007), a *integralidade* não se refere apenas a mais uma diretriz do SUS, mas, sobretudo, ela é uma marca de luta que data à própria história do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Esse princípio pode ser analisado sob dois olhares: a *integralidade vertical* que buscar ver o homem na sua totalidade e não apenas como a soma de órgãos e aparelhos; e a *integralidade horizontal*, a qual defende que as ações em saúde devem abarcar seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação (Carvalho, 2013).

Segundo Henriques e Pinheiros (2004) “a ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente” (p. 338). Para que as práticas de saúde atendam ao princípio da integralidade é preciso que os profissionais executem o trabalho em equipe sem promover a separação entre a atenção individual e a coletiva; evitar a dicotomização entre doenças e processos de adoecimento; resgatar o conceito de atenção integral à saúde. Além disso, faz-se necessário propor meios de aprendizagem que proporcionem a interação, o diálogo, a troca de conhecimentos entre os diferentes saberes formais e informais que envolvem os profissionais e os usuários dos

serviços (Ceccim & Ferla, 2003). Assim, o conceito de integralidade desperta a necessidade de rever e identificar as dificuldades enfrentadas pelos municípios de fornecerem os recursos necessários para o provimento de serviços mais avançados como a assistência hospitalar e atendimento especializado. Ainda se faz necessário a construção de redes articuladas regionais com o objetivo de superar a falta de articulação e integração organizacional entre os órgãos da administração, o que pode desencadear a não resolutividade nas redes locais, assim como a ineficiência dos sistemas (Ministério da Saúde, 2002).

Destaca-se ainda o princípio da *descentralização* o qual é definido pelo Ministério da Saúde como a "redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem realizar. A gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, agora entendidos como os gestores do SUS" (Carvalho, 2013, p. 15). A descentralização do sistema de saúde foi uma estratégia subjacente da implementação do SUS. Foram precisas novas legislações complementares, regras e reforma administrativa em vários níveis do governo destinadas, em especial, a redefinir as responsabilidades do governo e o repasse financeiro aos municípios para financiar a Atenção Básica. Contudo, a partir de 2006 algumas destas normas foram substituídas pelo Pacto da Saúde. Este documento corresponde a um acordo em que os gestores de cada nível governamental assumem responsabilidades mútuas sobre as metas e compromissos em saúde. Para gerir essa política descentralizada, foram expandidos os mecanismos de tomada de decisão no sistema, com maior participação social e construção de vínculos entre os principais atores envolvidos. Outro marco relevante consiste na institucionalização de uma nova estrutura que estabeleceu tanto conselhos de saúde quanto comitês intergestores nos níveis estadual e federal, bipartite e tripartite,

respectivamente, onde as deliberações são tomadas por consenso (Maio & Lima, 2009; Côrtes, 2009).

Vale salientar que desse princípio resultaram dois processos considerados princípios organizativos do SUS: municipalização e regionalização. A municipalização corresponde a uma ação política administrativa onde a direção nacional e estaduais do SUS executam a descentralização dos recursos, sistemas e ações direcionados à saúde aos municípios de forma a promover a concretização dos princípios constitucionais. Trata-se, portanto, de mais uma estratégia com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde, mediante a atuação direta dos municípios associada ao poder público e à sociedade (Brasil, 2004). Contudo, esse processo apresentou algumas lacunas em função das dificuldades enfrentadas pelos municípios em exercerem sua autonomia na gestão da política de saúde local, dos equipamentos pertencentes aos seus limites territoriais e da disponibilização dos recursos financeiros. Diante dessas circunstâncias, Dourado e Elias (2011) acrescentam que uma das alternativas para reduzir a fragmentação do sistema de saúde nos municípios seria a regionalização, considerada uma prática necessária para integrar tanto as ações como os serviços às redes de assistência regionalizadas e hierarquizadas, as quais constituídas a partir da relação entre a União, os estados e os municípios, os quais são os responsáveis pela oferta das ações e serviços do SUS, assim como pela administração, financiamento e planejamento.

Embora fosse considerado como um princípio organizativo do SUS, o processo de regionalização da saúde só passou a ser projetado nas diretrizes nacionais nos anos 2000. No entanto, mesmo antes da criação do SUS, as políticas públicas de saúde a nível territorial já vinham sendo planejadas a partir de duas perspectivas: a primeira delas corresponde à descentralização política administrativa nos estados; a segunda, enfatiza a relação entre o desenvolvimento econômico (urbano, rural e regional) e a qualidade de vida da população

(condições de vida e saúde da população), a partir desses enfoques busca-se propostas de intervenção inerentes a cada caso (Albuquerque, 2014).

O processo de desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil ocorreu de forma lenta. Desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola em 1920 já se verificavam tentativas e modelos para se organizar a APS, no entanto, nunca tinha sido formulado uma política específica e nacional de atenção primária (Escorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007). Apenas em 1990 com a municipalização do SUS é que a atenção primária passou a ter uma distribuição mais uniforme sob responsabilidade dos municípios e incentivados pelo Ministério da Saúde através de normas e financiamentos (Lavras, 2011). A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de práticas de saúde, na esfera individual e coletiva, que abarca tanto a promoção quanto a proteção da saúde, assim como a prevenção, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção com o intuito de promover uma atenção integral que gere um impacto na situação de saúde, autonomia dos indivíduos, além dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É norteada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (Brasil, 2012).

A ABS é considerada uma das portas de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Considera o sujeito em sua singularidade e particularidade inserido num contexto sociocultural na tentativa de produzir a atenção integral. Vale salientar que essa política é desenvolvida mediante o exercício de ações de cuidado e gestão, à qual ocorre de forma democrática e participativa através de trabalho em equipe, direcionadas a populações que residem em territórios definidos. Além disso, faz uso de diversas e complexas tecnologias de cuidado que devem auxiliar no controle e organização das demandas e necessidades de saúde que emergem com maior frequência e relevância, levando-se em

consideração os fatores de risco, vulnerabilidades, resiliência e as normas éticas que prevê o acolhimento a toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento (Brasil, 2012).

A Política Nacional da Atenção Básica foi aprovada pela Portaria Nº 2.488 em outubro de 2011 que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Apresenta como fundamentos e diretrizes:

- Possuir território anexo sobre o mesmo, de modo a possibilitar o planejamento, programação descentralizada e o desenvolvimento de práticas setoriais e intersetoriais que atue diretamente na situação e nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades sempre de acordo com o princípio da equidade;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, uma vez que são caracterizados como a porta de entrada da rede de atenção que acolhe os usuários e executa o vínculo e corresponsabilização pelo cuidado às suas necessidades de saúde mediante atendimento igualitário. Os serviços de saúde devem ser planejados e organizados de forma que possa exercer sua função central que consiste em acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva que seja capaz de resolver e/ou amenizar o sofrimento e os problemas de saúde da população;
- Inserir os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adicionada de modo a garantir a continuidade nas práticas de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A inserção dos usuários refere-se a um processo de vinculação entre pessoas, famílias e os profissionais e equipes de saúde com o intuito de ser referência ao seu cuidado. Por outro lado, o vínculo

consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre os usuários e os profissionais de saúde;

- Coordenar a integralidade nos mais diversos aspectos buscando integrar as práticas programáticas e demandas espontâneas; articular as ações tanto de promoção da saúde quanto de prevenção, vigilância, tratamento, reabilitação e controle das mais variadas tecnologias de cuidado e gestão; proporcionar a autonomia dos usuários e população; estimular o trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe de modo que as ações sejam compartilhadas e proporcione a ampliação das competências da equipe; e
- Estimular a participação dos usuários no desenvolvimento da autonomia e capacidade para cuidar da sua saúde e das pessoas que estão à sua volta, assim como nas estratégias de enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, além da organização e orientação dos serviços mediante princípios que sejam mais focados nos usuários e na prática do controle social.

Esta portaria ainda define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia que visa o cuidado integral direcionado às demandas de saúde da população. Formulam-se em redes organizativas constituídas por ações e serviços de saúde com diversas configurações tecnológicas e missões assistenciais, os quais se articulam de forma complementar e com base territorial. Entre os principais atributos, destacam-se: a Atenção Básica organizada e estruturada como a porta de entrada do sistema, considerada o primeiro ponto de atenção, constituída por uma equipe multidisciplinar que abarca toda a população, buscando integrar, coordenar o cuidado e atender todas as necessidades de saúde conforme as normatizações do SUS.

Para que as RAS funcionem adequadamente algumas funções da Atenção Básica devem ser cumpridas, dentre elas destacam-se: *ser base* (tipo de atenção e serviço de saúde

com alto grau de descentralização e capilaridade); *ser resolutive* (identificar riscos, necessidades e demandas mediante o uso e articulação de variadas tecnologias de cuidado, através de uma clínica ampliada capaz de criar vínculos positivos e intervenções clínicas com o objetivo de ampliar os graus de autonomia dos indivíduos e coletividade); *coordenar o cuidado* (construir, acompanhar e administrar projetos terapêuticos únicos, assim como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde) e; *ordenar as redes* (identificar as necessidades e demandas de saúde da população que se encontra sob sua responsabilidade, buscando organizá-las em relação aos outros pontos de atenção e dessa forma, contribuir para que a organização dos serviços tenha como ponto de partida as necessidades de saúde dos usuários) (Brasil, 2011) .

Segundo Starfield (2002) as práticas da atenção primária apresentam alguns atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato é considerado a "porta de entrada" dos serviços de saúde e corresponde a acessibilidade e utilização dos serviços diante de cada demanda que surge. Apesar de acesso e acessibilidade serem muitas vezes compreendidos como sinônimos, eles apresentam significados diferentes. A acessibilidade corresponde às características de oferta que permitem que os usuários cheguem aos serviços de saúde, ao passo que acesso refere-se à forma como as pessoas apreendem a acessibilidade. Dito de outra forma, o conceito de acesso está relacionado à ideia de não restringir/limitar a entrada nos serviços, enquanto que a acessibilidade está relacionada com a oferta de serviços, capacidade de produzir e responder às demandas de saúde da população levando-se em consideração os aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (Travassos & Martins, 2004).

A longitudinalidade corresponde ao seguimento da relação clínica, isto é, uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, estabelecendo uma construção de vínculo, conexão e responsabilização entre profissionais e usuários ao decorrer dos anos e de forma permanente,

independentemente da existência de problemas relacionados à saúde ou outra situação. Em função disso, as pesquisas sobre longitudinalidade têm buscado investigar o vínculo interpessoal entre os usuários e a causa da atenção. Apresentam algumas características como o alcance da compreensão entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços; a confiança, tranquilidade e abertura destes para falar suas queixas e preocupações aos profissionais, bem como a sua percepção do quanto o profissional se sentiu interessado em outras áreas da sua vida e não apenas nos problemas de saúde (Brasil, 2012; Starfield, 2002).

Com o intuito de proporcionar à sociedade brasileira profissionais capacitados para atender às necessidades da população, o Ministério da Saúde iniciou em 2004 o Programa Nacional de Humanização (PNH), o qual define uma estratégia de alteração no processo de práticas/trabalho em saúde, entre as propostas apresentadas destaca-se o *acolhimento* que consiste numa prática que norteia toda a atividade existencial. Refere-se à busca contínua do reconhecimento das necessidades dos usuários e das possíveis maneiras de correspondê-las, o que resulta, na maioria dos casos, em encaminhamentos e redirecionamentos pela rede de assistência (Takemoto & Silva, 2007).

Outro ponto relevante na Atenção Básica corresponde a integralidade. Um princípio básico que alicerça o SUS, esse processo apresenta quatro dimensões conforme salientado por Giovanella, Costa, Carvalho e Conill (2002): (1) prioridade das ações de promoção e prevenção, (2) atenção nos níveis de complexidade da assistência médica, (3) articulação entre as práticas de promoção, proteção, prevenção e (4) abordagem integral do indivíduo e da família. De acordo com Oliveira e Pereira (2013) a primeira ratifica a existência de um posicionamento crítico e de recusa a um sistema de saúde que beneficia a especialização e a medicalização; a segunda dimensão presume a existência de uma rede de serviços que se organiza em diferentes graus de complexidade e competências, onde a associação entre os diferentes níveis devem corresponder ao conjunto de cuidados requeridos pelos usuários; a

terceira dimensão analisa a necessidade de integrar e articular as práticas de promoção, prevenção e recuperação, com o intuito de associar os conhecimentos inerentes com as práticas e formas de agir; a última dimensão corresponde a abordagem integral dos indivíduos e da família, associada a um valor a ser mantido, defendido e efetivado nas práticas de saúde pelos profissionais.

A coordenação compreende a associação entre os diferentes serviços e práticas de saúde de modo equilibrado e direcionados ao mesmo objetivo. Busca proporcionar à população um conjunto de serviços e/ou informações que atendam às necessidades de saúde de maneira integrada através dos variados locais da rede de atenção à saúde. Esse processo mostra-se de fundamental importância à sincronização dos serviços disponíveis e das práticas de saúde, pois é comumente observado o número de pessoas que sofrem com mais de uma doença e quando não tratadas de forma adequada ficam mais susceptíveis a não terem suas necessidades atendidas, assim como ao uso excessivo e desnecessário de medicamentos e tratamentos (Oliveira & Pereira, 2013).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi fundamental à incorporação da estratégia de atenção primária. Iniciado em 1994 com ações direcionadas à cobertura assistencial em locais de maior risco social, o programa paulatinamente conquistou espaço na agenda governamental e em anos posteriores passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1998). Desse modo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a organização dos serviços de saúde da Atenção Básica preconiza ações de promoção, proteção e recuperação. Define-se como um conjunto de ações e serviços que estão além da assistência médica, estruturando-se com enfoque no reconhecimento das necessidades e demandas da população, compreendidas mediante o estabelecimento dos vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, sempre em contato com o território (Oliveira & Pereira, 2013).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da Atenção Básica no país em consonância com os princípios do SUS. É avaliada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de ampliação, qualificação e estabilização da Atenção Básica por proporcionar uma nova orientação do processo de trabalho com mais capacidade para se aprofundar nos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, além de ampliar a resolutividade e impacto na condição de saúde da população (Brasil, 2012). A ESF propõe que a atenção à saúde tenha o foco na família a partir do seu ambiente físico e social, fato este que possibilita aos profissionais de saúde adentrarem no contexto de vida da população e, assim, melhor compreender a realidade em que eles estão inseridos no processo saúde-doença, observar as suas necessidades, as demandas e possíveis intervenções que devem sobressair às práticas curativas (Oliveira & Pereira, 2013). Esse modelo preconiza uma equipe de saúde multiprofissional composta por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe se responsabiliza por conhecer as famílias que residem no seu território de abrangência, assim como identificar os problemas de saúde que possam trazer riscos à comunidade, além de elaborar programas de atividades para superar os agravos e/ou determinantes do processo saúde/doença (Escorel et. al., 2007).

Entretanto, de acordo com Lavras (2011), mesmo diante dos avanços na organização da APS ainda é possível verificar alguns obstáculos frutos da própria realidade dos municípios ou da equipe que precisam ser superados para que os princípios defendidos pela Política Nacional de Atenção Básica possam ser efetivados. Parte desses entraves estão associados aos desdobramentos de desafios que são enfrentados pelo SUS nos dias atuais, de forma especial, à fragmentação do sistema que consequentemente dificulta o acesso aos serviços, interrompe a assistência o que compromete diretamente a integralidade da atenção ofertada. A ênfase na Atenção Básica é justificada por se tratar da “porta de entrada” em que

a população tem acesso aos serviços de saúde. Quando os problemas não são resolvidos nesse nível, os usuários são redirecionados aos serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares que correspondem a níveis de média e alta complexidade.

O nível de média complexidade corresponde a um conjunto de ações, práticas e técnicas de assistência que abarca maior densidade tecnológica. Esse nível é constituído pelos serviços e ações especializados no nível ambulatorial e hospitalar, o qual compreende serviços médicos especializados, além de apoio ao diagnóstico, tratamento e atendimentos de urgência/emergências (Erdmann, Andrade, Mello & Drago, 2013). De acordo com Solla e Chioro (2009) a oferta de serviços de média complexidade no Brasil é constituída em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, sendo ainda organizada e financiada de acordo com a oferta de procedimentos sem considerar as reais necessidades da população, assim como, o perfil epidemiológico. Esses serviços, geralmente, são caracterizados "pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência" (p. 154).

O terceiro nível de atenção compreende à alta complexidade. Caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e, com isso, maior custo, com o objetivo de proporcionar à população acesso a serviços mais qualificados, integrando-os ao nível da atenção básica e de média complexidade (Ministério da Saúde, 2009). A oferta desses serviços é marcada pelo predomínio do setor privado contratado e também dos hospitais universitários. Vale salientar que, assim como nos serviços de média complexidade, a organização destes serviços se baseia na oferta e não nas necessidades epidemiológicas. Sem parâmetros de base populacional, geralmente as cidades de maiores portes, principalmente as localizadas nas regiões Sul e Sudeste, apresentam maior

concentração no credenciamento de serviços o que contribui para o estrangulamento da oferta dos serviços entre os níveis de atenção (Solla & Chioro, 2009).

Vale salientar que os serviços que constituem o sistema precisam ser coerentes e estarem adequados aos seus limites de complexidade e capacidade tecnológica em cada nível de assistência de acordo com a demanda apresentada pelos usuários com o intuito de evitar a sobreposição de serviços em determinadas áreas e esvaziamento (evasão) em outros, além de refletirem a realidade sanitária local.

1.3. Busca e acesso aos serviços de saúde em cidades rurais

A utilização dos serviços de saúde está diretamente associada ao relacionamento que se estabelece entre a interação dos usuários que vão em busca de atendimento (primeiro contato) com os profissionais de saúde, responsáveis pela prestação dos cuidados (Travassos & Martins, 2004). De acordo com Pineault e Daveluy (1986) citados por Travassos e Martins (2004), os fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde podem estar associados às necessidades de saúde (como o gravidade da doença, urgência e morbidade), aos usuários (observa-se as características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e políticas), aos prestadores de serviços (verifica-se características relacionadas à idade, sexo, formação profissional, entre outros), à organização (nesse ponto o enfoque reside em identificar os recursos disponíveis, a disponibilidade dos médicos, hospitais, acesso geográfico e social) e, à política (averiguar o tipo de sistema e de seguro de saúde, quantidade, legislação e regulamentação).

De acordo com Travassos e Martins (2004) acesso é um conceito complexo e de difícil conceitualização devido à sua variação ao longo dos anos, do contexto e da falta de consistência entre os próprios autores/pesquisadores, haja vista a quantidade de definições que frequentemente são apresentadas, em alguns casos de forma imprecisa, sobretudo,

quando associado aos serviços de saúde. Segundo Andersen (1995), relaciona o termo acesso à própria organização do serviço e à continuidade ao tratamento, ou seja, o acesso corresponde à porta de entrada no serviço de saúde e, conseqüentemente, os cuidados inerentes a cada caso, associando-se assim ao modelo apresentado pela Atenção Básica. Embora essa definição tenha evoluído ao longo dos anos, em revisões posteriores, o autor amplia o conceito caracterizando-o como multidimensional composto por dois elementos: acesso potencial (presença de fatores capacitantes) e acesso realizado (uso dos serviços). Em revisões recentes ainda busca incluir os conceitos de acesso efetivo (resultado do uso dos serviços que proporciona uma melhora na qualidade da saúde) e acesso eficiente (compreende ao nível de mudança ou satisfação dos serviços de saúde em função da quantidade dos serviços utilizados).

Giovanella e Fleury (1996) identificam algumas dimensões que compõe e ampliam o conceito de acesso, são eles: (1) disponibilidade (corresponde ao volume e tipos de serviços relacionados às necessidades dos usuários); (2) acessibilidade (é caracterizada pela distribuição geográfica dos serviços e dos usuários); (3) acomodação ou adequação funcional (compreende à forma com os serviços são organizados para acolher os pacientes e a capacidade destes para se adaptar à instituição); (4) capacidade financeira (está relacionado às diversas formas de financiamento dos serviços e a capacidade dos usuários de conseguirem pagar); e (5) aceitabilidade (compreende as práticas das pessoas/usuários dos serviços e dos profissionais relacionadas aos atributos, características e ações de cada sujeito).

Para o referido estudo, em função das características do estudo e dos objetivos, serão adotados os conceitos defendidos por Donabedian (2003) citado por Albuquerque, Lyra, Farias, Mendes e Martelli (2014) e Giovanella e Fleury (1996) que optou por utilizar o termo acessibilidade o qual está relacionado às (a) características dos serviços de saúde e (b) os

recursos disponibilizados que facilitam ou restringem seu uso por usuários. Nesse sentido, o termo não se limita apenas a utilização ou não dos serviços, mas a adaptação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades dos usuários. Ainda a diferencia entre duas dimensões: a sócio organizacional e a geográfica. A primeira compreende todas as características da disponibilização dos serviços que podem impedir ou facilitar a utilização dos serviços, por exemplo, as políticas "formais e informais" que escolhem os pacientes de acordo com os aspectos sociais, econômicos, de forma especial, o diagnóstico. A acessibilidade geográfica está relacionada ao atrito do espaço, mensurado pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo de viagem, etc. Argumenta que o termo abarca um campo maior de significados, uma vez que está mais associado à oferta de serviços de forma que possa responder às necessidades da população em um determinado espaço e tempo.

Já Unglert (1990) define acesso geográfico como o tempo despendido entre o deslocamento da casa do usuário ao serviço de saúde; o acesso econômico corresponde às facilidades e dificuldades enfrentadas para obter o atendimento como as formas de deslocamento e os custos, a aquisição de medicamentos, e a própria condição social atual que os pacientes se encontram; a dimensão técnica compreende à própria entrada (acesso físico) aos serviços de saúde e a qualidade da atenção prestada no atendimento. Quando associados à definição do uso dos serviços de saúde, assim como suas formas de utilização, o acesso é mediado por três fatores: predisponentes (são aqueles que existem antes do surgimento do problema de saúde, e interferem na predisposição dos usuários a utilizarem os serviços de saúde, por exemplo, as variáveis sócio demográficas; os capacitantes são moderados pela renda, tipo de cobertura e oferta de serviços; e os fatores que estão relacionados com a necessidades de saúde, estes explicados por diagnósticos e auto percepção (Assis & Jesus, 2012).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde o acesso pode ser associado às diferentes possibilidades de adentrar nos serviços de saúde (espaço físico) que se encontram intimamente relacionada com a localização das unidades básicas, aos horários e dias de atendimento, demanda espontânea e a percepção das pessoas frente a estas questões relacionadas ao acesso (Starfield, 2004). Ressalta-se ainda que a implantação da ESF tem contribuído para a ampliação do acesso à atenção básica e reduzido as iniquidades no campo da saúde. Porém, ainda é possível constatar algumas barreiras do acesso aos serviços básicos como a falta de interação entre as equipes que compõe a rede de atenção básica, a dissociação entre a ESF e os demais níveis do sistema; a baixa competência da atenção primária com os setores da sociedade e do governo (Marsiglia, Silveira & Carneiro Júnior, 2005; Sousa, 2008; Saito, Lacerda & Fracoli, 2006).

Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011) constataram que com a descentralização houve uma melhora considerável do acesso aos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica (com foco na Estratégia de Saúde da Família – ESF) o que contribuiu positivamente para a ampliação e cobertura universal de vacinação, assistência pré-natal e pós-neotanal, redução dos índices de mortalidade infantil, entre outros. Em contrapartida esse processo desencadeou alguns problemas que foram evidenciados nos últimos 25 anos de implementação do SUS, entre eles destacam-se: “(1) a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros; (2) a competição entre os entes federados; (3) a falta de cultura participativa da sociedade e (4) a herança deixada pela medicina previdenciária”, esta de cunho curativo e remediativa (Duarte, Pessoto, Guimarães, Heimann, Carneiro, Cortizo & Ribeiro, 2015, p. 476).

A reorganização das ações a nível local não tem ocorrido de forma homogênea. Primeiro por causa das dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte no

planejamento e organização dos seus sistemas, seguido pelas desigualdades na distribuição dos recursos humanos e da capacidade instalada, e também, pelas próprias características dos municípios e da administração dos sistemas locais (Lima, 2000; Vieira-da-Silva, Hartz, Chaves, Silva & Paim, 2007). Por outro lado, Santos e Campos (2015) colocam que regionalizar a descentralização dos serviços com vistas a qualificá-la tem sido considerada pelos gestores e pesquisadores da área como um grande desafio tendo em vista um sistema que se fraciona em 5.570 municípios e 27 unidades federativas, além de uma centralização federal em volta das políticas públicas de saúde que se dissipam em outros programas, em alguns casos, incompatíveis com as reais necessidades de saúde de certas regiões. É que se verifica quando se analisa o contexto de cidades com características rurais.

De acordo com Kageyama (2003), as discussões sobre a conceptualização de rural é quase inesgotável, no entanto, em alguns pontos é possível perceber certo consenso:

“a) rural não é sinônimo de agrícola e nem tem exclusividade sobre este; b) o rural é multissetorial (pluriatividade) e multifuncional (funções produtivas, ambiental, ecológica, social); c) as áreas rurais têm densidade populacional relativamente baixa; d) não há um isolamento absoluto entre os espaços rurais e as áreas urbanas. Redes mercantis, sociais e institucionais se estabelecem entre o rural e as cidades e vilas adjacentes” (p. 382).

Contudo, na "Carta de Brasília", documento formulado no decorrer do XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade apresenta que não existe uma forma ideal e precisa para se definir rural, sobretudo, quando se analisa as recentes e constantes mudanças ocorridas nos estilos de vida atuais, onde não se verifica o isolamento absoluto entre as áreas urbanas e rurais. Dessa forma, entende-se "que rural não é necessariamente sinônimo de agrícola, pobreza, distância ou escassez das pessoas ou recursos/serviços,

embora esta seja a realidade de muitas áreas rurais" (Ando, Targa, Almeida, Silva, Barros, Schwalm, Savassi, Breunig, Lima, Amaral Filho & Horta, 2011, p. 143).

Ao que se refere à saúde das populações rurais o documento apresenta que os "índices de saúde e de determinantes sociais que causam um impacto nesta, os quais são piores do que as urbanas" (p. 143), além disso, ainda verifica que em áreas rurais certos tipos de problemas de saúde são mais recorrentes, como é o caso de doenças, acidentes e exposições, as taxas de cobertura de prevenção são piores do que as áreas urbanas e, consequentemente, pior auto avaliação da saúde nas áreas rurais (Ando, Targa, Almeida, et. al., 2011).

Ao que concerne às práticas dos profissionais e serviços de saúde este documento considera a necessidade de diferentes habilidades pelos profissionais nas áreas rurais tais como a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; a necessidade de desenvolver atribuições específicas para lidar com condições de saúde especificamente rurais. Dessa forma, deve haver uma expansão da escala de habilidades ao que se reporta ao controle integral e sociofamiliar da pessoa, incluindo, inclusive, a competência dialógica intercultural; além disso, o tempo e ritmo de manejo dos problemas inerentes à saúde comumente costumam ser diferenciados, por exemplo, no caso das emergências, os quais necessitam, inicialmente, da estabilização das vítimas antes de conduzi-las para outros pontos do sistema de saúde ou outros profissionais. Outro ponto relevante que consta no documento é a relação dos profissionais com a comunidade que costumam ser mais próximas, mesmo que estes profissionais atuem em situações de "relativo isolamento" com equipe reduzida e com recursos restritos.

Segundo Travassos e Viacava (2007), as populações definidas por urbanas e rurais apresentam divergências ao que concerne ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Apesar de se verificar avanços no acesso aos serviços básicos, ainda é possível verificar que questões como uma assistência adequada ainda não se estende a toda população. Em

localidades de difícil acesso, com baixos investimentos no âmbito da saúde, educação, infraestrutura e geração de renda, como é o caso das áreas rurais, por exemplo, as disparidades no acesso são gritantes uma vez que dispõe de menor cobertura e piores condições de saúde (Kassouf, 2005; Gerhardt, 2006; Travassos & Viacava, 2007; Moraes, Rodrigues & Gerhardt, 2008; Vieira, 2010).

A redução das desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde às populações rurais requer avanços e melhorias na oferta de serviços, assim como organização, de forma que possa atender as necessidades inerentes às áreas territoriais, culturais e sociais da população (Travassos & Viacava, 2007). Conforme apresentado no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), quando efetivados, os princípios do SUS são capazes de garantir o acesso da população aos serviços de saúde, e ainda reconhece que o processo de descentralização de atenção à saúde já proporcionou avanços e melhoras significativas ao acesso aos serviços (Vieira, 2010).

As populações que residem no ambiente rural apresentam características distintas em relação às populações urbanas, entre elas destacam-se: menores níveis de escolaridade e rendimento salarial, além de maiores dificuldades de acesso aos serviços sociais, saúde, comércio e informação o que as tornam mais vulneráveis ao processo de agravamento à saúde e ao adoecimento (Dias, 2006). Outro agravante nesse processo reside nas desigualdades de gênero, conforme apresentado por Heredia e Cintrão (2006):

“As desigualdades de gênero na zona rural brasileira se inscrevem num conjunto de outras desigualdades sociais, que se expressam historicamente quando se compara a população rural e a população urbana, bem como na comparação entre as diferentes regiões do país. Assim, a análise das desigualdades e das condições de vida das mulheres rurais deve levar em conta as péssimas condições de vida e de acesso a políticas públicas nas zonas rurais, especialmente nas regiões mais pobres do país,

que afetam sobremaneira as mulheres rurais, aprofundando ainda mais as desigualdades específicas de gênero” (p. 2).

Estudos desenvolvidos na área têm apontado alguns obstáculos nesse processo de construção e prática da integralidade do cuidado no campo das relações de gênero, em especial, à saúde das mulheres. As equipes multiprofissionais ainda têm sua formação respaldada nos referenciais de saber-poder cujas práticas (de caráter biológico) são direcionadas à saúde sexual e reprodutiva, camuflando os reais problemas vivenciados por esse público, o que contribui para a reprodução das desigualdades sociais tão gritantes mesmo com a implementação das políticas públicas de saúde (Coelho, 2001).

De acordo com Souto (2008), uma política de saúde integral direcionada a um determinado grupo da sociedade, precisa considerar tanto a totalidade do ser humano nos seus aspectos físico, mental, afetivo e espiritual, quanto como objeto do cuidado, levando-se em consideração a existência de conhecimentos e práticas de saúde que foram aglomeradas e organizadas no âmbito dos serviços que levam à prática efetiva de saúde. É de fundamental importância considerar as relações de gênero do âmbito das políticas públicas buscando identificar as desigualdades e como elas interferem nas vidas dos sujeitos, sobretudo, no processo de sofrimento e adoecimento. Quando se refere às políticas públicas de saúde é importante salientar as questões de gênero subjacentes ao processo hegemônico de construção dessas políticas na tentativa de “desconstruir” a imagem da mulher através de suas “funções básicas”: mãe e reprodutora. É preciso assumir as desigualdades presentes entre as relações de gênero e, de forma particular, o seu papel no processo saúde/doença "resgatando as particularidades das mulheres em sua dimensão de geração, classe social, raça/etnia e orientação sexual e inova, principalmente, por incluir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos" (Souto, 2008, p. 168).

As desigualdades de gênero são evidenciadas entre as atividades desenvolvidas por homens e mulheres decorrentes das próprias condições do meio rural. Os homens, em sua maioria, desenvolvem suas atividades fora dos lares, diferente das mulheres que executam atividades do/no lar. Estas ainda têm sua condição agravada pela infraestrutura das localidades. A falta de abastecimento de água e sua canalização interna, por exemplo, dificulta as atividades domésticas "inerentes" à mulher. Outro agravo consiste na falta de esgotamento sanitário, o que afeta a qualidade da água e, conseqüentemente, a saúde da família, fator este que recai sob as condições de trabalho, uma vez que são elas as "responsáveis" pelo cuidado dos doentes. É importante salientar que no Nordeste este fato é agravado em decorrência das condições climáticas, que as levam nos períodos de seca a percorrerem quilômetros em busca de água (Heredia & Cintrão, 2006).

Os próprios fatores sociais inerentes ao âmbito rural expressam particularidades presentes na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado e atenção à saúde, as quais perpassam pelas relações entre as condições e qualidade de vida que desencadeiam situações de elevado risco. Em estudos realizados com idosos residentes em áreas rurais observa-se que as escolhas pela busca dos serviços de saúde realizadas pelos usuários variam de acordo com o problema e com o seu presente momento de vida. Dessa forma, as escolhas são influenciadas pelas experiências individuais e coletivas, sem desconsiderar o contexto social, econômico e cultural nos quais eles se encontram (Alcântara & Lopes, 2012).

Outro ponto evidenciado no meio rural, e que não se restringe apenas à população idosa, consiste na utilização de práticas informais de saúde, como a utilização de "chás caseiros" e a automedicação, por exemplo, para combater problemas considerados leves, o que pode estar associadas à resistência à medicalização do corpo. Dessa forma, observa-se que a cultura rural parece favorecer essa independência quanto ao acesso e consumo dos

serviços de saúde, diferentemente das regiões urbanas em que é mais recorrente o apelo à utilização (Louvison, Lebrão, Duarte, Santos, Malik & Almeida, 2008). Esse fato também reflete na saúde das mulheres conforme apresentado por Alcântara e Lopes (2012): “As mulheres rurais não são tão fortemente “medicalizadas” como as urbanas, onde o apelo ao consumo de atos terapêuticos e a responsabilização das mulheres por eles são maiores e constantes, tanto da parte dos serviços como da ‘mídia da saúde’” (p. 104).

Dessa forma, o que se evidencia é que a oferta dos serviços é insuficiente para o atendimento de uma população que sempre apresentou dificuldades de acesso aos serviços de saúde o que a torna mais vulnerável ao processo de agravamento à saúde e ao adoecimento.

1.4. Aspectos Conceptuais De Vulnerabilidades Em Saúde

O conceito de vulnerabilidade adquire maior visibilidade a partir de década de 80 no campo da saúde no contexto do HIV/Aids na busca de "reelaborar" o conceito da tendência individualizante da doença. De acordo com Ayres, França Jr. Calazans e Saletti Filho (2003) a utilização do conceito de risco epidemiológico desencadeou vários problemas, sobretudo, os inerentes às peculiaridades da doença. Entre os problemas destacam-se a disseminação e fortalecimento das atitudes preconceituosas contra os grupos considerados de "risco", como os homossexuais, por exemplo. Assim, as estratégias de prevenção passaram a ser pautadas na abstinência sexual e isolamento. Diante das críticas por parte dos movimentos sociais dos grupos atingidos e na tentativa de reduzir o processo de estigmatização e estimular o envolvimento individual com a prevenção, a terminologia de "grupo de risco" foi alterada para "comportamento de risco", contudo, esta modificação também foi alvo de severas críticas, pois trazia à cena uma tendência a culpabilizar o indivíduo pela contaminação (Gama, Campos & Ferrer, 2014).

Apesar dos conceitos de vulnerabilidade e risco terem uma estreita relação, eles são distintos. O conceito epidemiológico de risco busca identificar as relações entre os eventos

de forma a estabelecer a probabilidade de determinado evento ocorrer com o intuito de verificar as chances matemáticas de um determinado sujeito ("portador" de um traço de identidade) adoecer (Ayres et. al., 2003). De outro lado, por apresentar um caráter não probabilístico, a vulnerabilidade pode ser aplicada a qualquer situação de interesse à saúde pública, e assim, superar o tradicionalismo das estratégias de redução de risco apresentadas pela epidemiologia (Ayres, Paiva, França Jr., Gravato, Lacerda, Negra, Marques, Galano, Lecussan, Segurado & Silva, 2006). Além disso, o conceito de vulnerabilidade identifica os elementos que estão relacionados ao processo de adoecimento tanto em situações mais concretas quanto naquelas mais particulares com o intuito de compreender a relação e os elementos de mediação que proporcionam estas situações. Em outras palavras, ela busca expressar a "frequência/força" de adoecimento entre os indivíduos que vivem sob as mesmas condições sem se deter ao caráter meramente probabilístico (Gama, Campos & Ferrer, 2014; Ayres et. al., 2003).

Esse construto apresenta três qualidades que são indissociáveis: primeiro que a *vulnerabilidade não é binária*, ou seja, trata-se de um construto multidimensional, dessa forma, o indivíduo diante de mesma situação pode estar mais susceptível ao agravo ou desencadeamento de doenças do que outros que passam pela mesma situação, o que pode deixá-los mais vulneráveis em um determinado aspecto, por outro lado, pode protegê-los; a *vulnerabilidade não é unitária*, isto é, ela não responde ao modelo dicotômico "sim ou não", pois sempre existe gradações e os sujeitos se encontram vulneráveis a diferentes graus; a *vulnerabilidade não é estável*, uma vez que as dimensões e os graus se modificam frequentemente ao longo do tempo (Gorovitz, 1994, citado por Ayres, 2003).

Com o intuito de construir uma teoria sobre a vulnerabilidade Watts e Bohle (1993) citados por Kalipeni (2000) apresentaram uma estrutura tripartite: o primeiro compreende ao *entitlement* (refere-se ao direito das pessoas), o segundo é o *empowerment*, ou seja, o

empoderamento, compreendido como a participação política e institucional das pessoas; e *política econômica*, que se refere à organização estrutural e histórica da sociedade, assim como suas decorrências. Nesse sentido, a vulnerabilidade seria definida pela intersecção desses três "poderes". Dessa forma, a vulnerabilidade às doenças distribui-se de forma diferenciada de acordo com os indivíduos, regiões, grupos sociais, associados ainda às questões políticas, econômicas e sociais, tais como a pobreza, crises econômicas e nível educacional, por exemplo, e ainda acrescenta que a vulnerabilidade depende do local e clima, restringindo-a à dimensão geográfica (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Por outro lado, Mann, Tarantola e Netter (1993) com o intuito de analisar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV apresentam uma metodologia na qual defende que o comportamento individual é o fator determinante da infecção, dessa forma, as ações deveriam ser focalizadas no indivíduo, muito embora, ainda não fosse suficiente para controlar a epidemia. Diante dessa circunstância, os autores supracitados propõem uma estrutura de análise que acrescenta o comportamento do indivíduo, a esfera coletiva e social como fatores que podem influenciar o controle no âmbito individual. O primeiro está relacionado à autoavaliação dos indivíduos com o objetivo de averiguar os conhecimentos, comportamentos, acesso à informação inerentes à forma de transmissão da doença (HIV); o segundo ponto, a vulnerabilidade coletiva, corresponde à avaliação da capacidade, a nível estrutural e funcional, dos programas de combate e controle da epidemia; e o social, compreende a avaliação do contexto social em que as pessoas estão inseridas mediante indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. No entanto, mesmo com a inclusão desses fatores, a prevenção da doença é preponderantemente individual (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Na busca de ampliar o conceito apresentado por Mann et al (1993), Ayres et. al (2003) desenvolveram o modelo de vulnerabilidades pautados em três dimensões

interdependentes de determinação e apreensão do nível de vulnerabilidade tanto do indivíduo quanto da coletividade (Sánchez & Bertolozzi, 2007). Segundo Ayres, Calazans, Salleti Filho e França Jr. (2006) o conceito de vulnerabilidade corresponde a um conjunto de aspectos individuais e coletivos que estão relacionados à suscetibilidade dos indivíduos e/ou comunidades ao adoecimento ou agravamento de doenças e, de forma indissociável, menor disponibilidade de recursos à sua proteção. A partir dessa perspectiva Ayres, et. al (2003) consideram que:

“As pessoas não ‘são’ vulneráveis, elas ‘estão’ vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço [...] Uma situação de vulnerabilidade é sempre uma responsabilidade bilateral. Quando vitimizamos e tutelamos alguém, sob a categoria naturalizada de um ‘vulnerável’, o que na verdade estamos fazendo é conservar intocada uma relação da qual os que estão no polo menos prejudicado são também partícipes. Nesse sentido, a não ser que se sintam confortáveis na posição de ‘algozes’, os menos vulneráveis serão, enquanto perdurar a situação, igualmente ‘vítimas’” (p. 138).

No Modelo do Quadro das Vulnerabilidades, em primeiro lugar, assume-se que as interações entre os agentes, hospedeiros e meios não se restringem apenas condições que propiciaram o agravamento, mas o instituem no decorrer de todo processo patogênico, inclusive seu final; O segundo aspecto é que o quadro busca superar a externalidade das ações de prevenção na análise do processo saúde-doença. Considera que os atributos dos processos saúde-doenças são determinados pelo conjunto de saberes, tecnologias e serviços que estão atuando na realidade em estudo; O terceiro ponto refere-se ao fato de que no quadro não existe um agente (biológico, físico ou químico) que seja por si próprio agressor. Cabe ressaltar que qualquer um deles só é concebido como agressor perante a especificidades das características dos seus hospedeiros, sejam elas físicas, cognitivas, afetivas e

comportamentais, as quais dependem do ambiente (cultural e sociopolítico) e do contexto intersubjetivo da população onde elas residem e interagem; e o quarto ponto destaca que não existe uma maneira única e necessária de descrever os determinantes, a distribuição e os desdobramentos de um processo saúde-doença-cuidado (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

O quadro da vulnerabilidade refere-se a uma abordagem baseada em direitos humanos, onde a responsabilidade e a ação do governo, bem como dos programas públicos de saúde, são considerados partes integrantes dos determinantes contextuais e sociais que envolvem o processo saúde e doença. Nele, "o indivíduo é compreendido como *intersubjetividade* e como ativo coconstrutor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem então, ser remodeladas para garantir o 'comportamento saudável'" (p. 85). Dessa forma, cada trajetória, seja ela pessoal ou psicossocial, depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder estabelecidas que podem ser compreendidas apenas a termos de seus significados locais e estruturais (Ayres, Paiva e França Jr., 2012). Ainda de acordo com os autores, esse modelo tem em sua base três dimensões consideradas indissociáveis: a individual, social e a programática.

A *dimensão individual* parte da concepção do indivíduo como um ser em relação, onde cada pessoa é compreendida primeiro como um sujeito de direito para depois identificar quais aspectos da sua vida as deixam susceptível à infecção e ao adoecimento. Assim, qualquer sujeito pode experimentar um determinado processo de adoecimento ou se proteger dele, mediante aspectos que envolvem tanto a sua constituição física quanto à sua forma de administrar o seu cotidiano. Está relacionada aos diversos fatores, entre eles: o grau e a qualidade das informações que eles possuem a respeito de determinado problema; a capacidade de elaborar e incorporar essas informações às suas práticas diárias, entre outras. Dito de outra forma, essa dimensão compreende ao que o sujeito pensa, conhece, faz e

deseja, e simultaneamente, ao que o expõe ou não ao desenvolvimento de doenças e agravos à saúde.

A *dimensão social* busca focar nos elementos contextuais que conformar as vulnerabilidades individuais como o acesso e o grau de obtenção às informações, os significados diante os valores e experiências dos indivíduos, entre outros aspectos que remetem às relações sociais nas quais estão inseridas. Dito de outra forma, essa dimensão remete-se à forma de “obtenção de informações” com enfoque no acesso aos meios de comunicação e disponibilidade dos recursos, poder de decisão na implementação de políticas públicas, capacidade de superação das barreiras culturais, assim como os elementos relacionados com a estrutura e dinâmica familiar.

A última dimensão compreende à *programática*. Esse plano está associado ao acesso e a estrutura e organização dos serviços de saúde e a avaliação dos programas em respeitar, promover e proteger os direitos à saúde. Inclui programas direcionados à prevenção e agravos de doenças, assim como a assistência e o controle destas. Além disso, refere-se aos recursos sociais, os quais devem ser disponibilizados de forma efetiva e democrática, aos usuários dos serviços que deles necessitam para não terem seus quadros de saúde agravados. De acordo com Paz, Santos e Eidt (2006):

“Tal vulnerabilidade refere-se ao grau de alerta e preocupação com o problema, quanto ao modo que se organiza para enfrenta-lo (planejamento, recursos, capacidade, gerência e avaliação), que impede ou limita a intervenção sobre as razões sociais que levam os indivíduos aos modos de pensar, fazer e querer que os expõem aos agravos” (p. 340).

Além disso, Gruskin e Tarantola (2008) citados por Ayres, Paiva e França Jr. (2012) apresentam quatro componentes da análise do processo saúde-doença, que respaldados nos direitos humanos, têm contribuído para a análise crítica da vulnerabilidade programática. O

primeiro corresponde (1) à *disponibilidade dos serviços*, os quais devem existir em quantidade suficiente de forma que possa atender os determinantes sociais da saúde; (2) a *acessibilidade dos serviços*, que devem ser fisicamente acessíveis, sem discriminação, e buscar a garantia da informações completas pautadas em evidências; (3) a *qualidade dos serviços*, que devem contar com estruturas e equipamentos adequadas, de qualidade e acessíveis ao uso, assim como contar com uma equipe de profissionais qualificados e remunerados de forma justa; o último compreende (4) a *aceitabilidade dos serviços*, ou seja, respeitar os princípios, valores e a tradição cultural das pessoas. Nesse sentido, o significado do termo vulnerabilidade está relacionado "à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo" (Sánchez & Bertolozzi, 2007, p. 321).

Dessa forma, o modelo propõe o desenvolvimento de políticas direcionadas às necessidades dos indivíduos, atuar diretamente com as comunidades e realizar diagnósticos inerentes às condições dos grupos sociais e de forma participativa. Além disso, promover a redefinição dos objetos de intervenção e reconstrução das práticas de saúde de acordo com as necessidades dos sujeitos e da comunidade (Sánchez & Bertolozzi, 2007). Vale salientar que o modelo proposto por Ayres et. al. (2002) não nega o modelo biológico tradicional, apenas busca aprimorá-lo. Ele privilegia, como unidade de análise, a dimensão do coletivo, dessa forma, amplia o horizonte para além de uma perspectiva que se limita à responsabilidade individual. Assim, acrescenta a participação da população de forma que esta seja sujeito construtor de sua vida.

Além disso, Wisner (1998) citado por Sánchez e Bertolozzi (2006) ressalta que o nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade se relacionam com o processo de vulnerabilidade podendo potencializá-la ou reduzi-la, uma vez que repercutem sobre o

acesso a informação e disponibilidade dos recursos. Sabe-se ainda que comunidades, grupos ou pessoas que têm seus direitos violados apresentam piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte. Em localidades onde os direitos ao trabalho, à moradia, ao acesso aos serviços de saúde, à educação, entre outros, são negligenciados, constata-se os indivíduos estão mais vulneráveis ao adoecimento (Gruskin & Tarantola, 2008). Conforme salientam Paz, Santos e Eidt (2006), quanto maior o comprometimento da população civil, a qualidade dos serviços, a disponibilização dos recursos, a gestão e o monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e promoção da saúde em localidades que apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, maiores serão as oportunidades para direcionar recursos sociais disponíveis, potencializar seu uso, e assim fortalecer essa população que se encontra, muitas vezes, desprovidas das condições mínimas de saúde e assistência, assim, susceptíveis ao adoecimento.

Assim, de acordo com Paz, Santos e Eidt (2006), conhecer a vulnerabilidade de determinados grupos populacionais, no estudo em questão, da população residente em cidades rurais, incentiva os profissionais de saúde e a população, mediante um processo educativo construtivista, a transformações sociais, as quais devem estar fundamentadas nas relações entre os diversos setores e na interação e ação comunicativa entre os sujeitos envolvidos na ação, e assim, buscar implementar as políticas públicas e ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e resolutive.

Por mais que a população tenha conhecimento sobre os riscos e suas necessidades de saúde, se o serviço não disponibiliza o acesso efetivo e democrático da distribuição de recursos em prol das práticas preventivas e de promoção da saúde, se não possui estruturas adequadas para acolher os usuários e suas demandas, entre outros fatores a níveis concretos e objetivos, a execução dos serviços básicos de saúde para a ser um desafio. Assim, apesar de se afirmar teoricamente que os três aspectos da vulnerabilidade não são analisados de

forma separada, para esse estudo será enfatizado de forma particular o eixo programático, por se tratar de elementos estruturais e de organização do sistema de saúde indispensáveis ao seu funcionamento.

OBJETIVO GERAL

Analisar elementos de vulnerabilidade programática em saúde a partir da percepção de moradores residentes em cidades rurais da Paraíba, segundo o nível de atendimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os motivos de busca por atendimento aos serviços de saúde em cidade rurais;
- Identificar o fluxo de atendimentos de acordo com o nível de complexidade (básico, média e alta complexidade);
- Identificar a avaliação da equipe e estrutura dos serviços de saúde entre as macrorregiões;
- Verificar a percepção de moradores de cidades rurais acerca dos serviços de saúde local.

CAPÍTULO II - MÉTODO

2.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo, exploratório e analítico, de cunho transversal.

2.2. Campo de Pesquisa

O território do Estado da Paraíba está dividido em 04 macrorregiões de saúde (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa) e 16 Regiões de saúde (Figura 1).

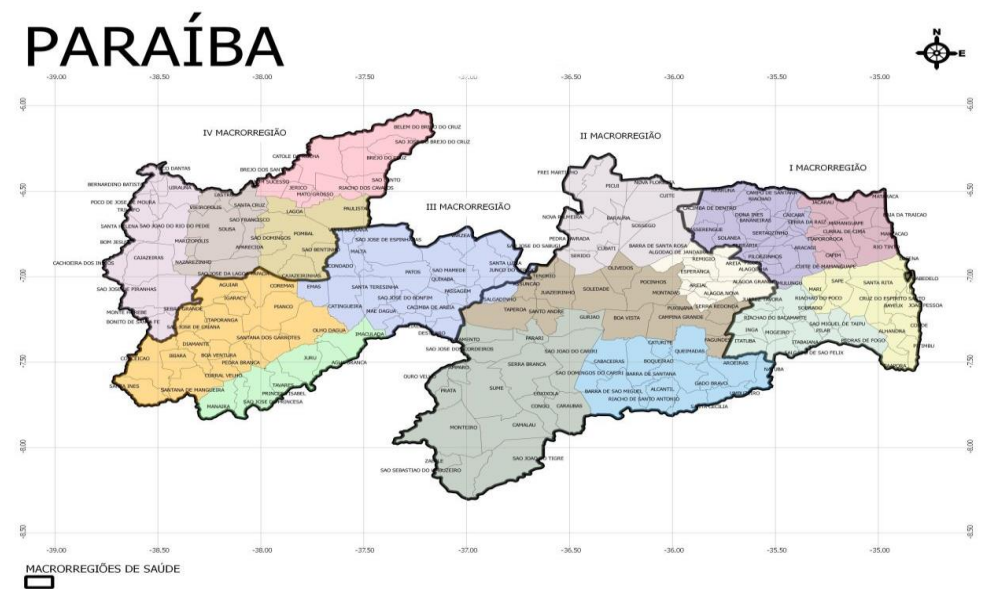


Figura 01: Divisão por macrorregiões e Regiões de saúde da Paraíba –

Fonte: COSEMS/PB

A primeira macrorregião é composta por 04 regiões de saúde, sendo composta por 64 municípios, o que corresponde a 28,7% dos municípios do estado com uma população de 1.829.460 habitantes, totalizando 48% da população geral; A segunda macrorregião apresenta 05 Regiões de saúde com um total de 70 municípios (31,3%) e uma população de 1.076.141, 28% da população do estado; A terceira, polarizada pelo município de Patos, apresenta 03 Regiões de saúde com 49 municípios ao total (22% dos municípios do estado)

e uma população de 455.070 habitantes, 12% da população; e a quarta macrorregião, compreende 05 Regiões de saúde, totalizando 40 municípios com uma população de 454.300 habitantes, concentrando 18% dos municípios e 12% da população, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 01

Caracterização das macrorregiões de saúde.

Macrorregião	Regiões de Saúde	Municípios	(%)	População	(%)
João Pessoa	04	64	28,7	1.829.460	48
Campina Grande	05	70	31,3	1.076.141	28
Patos	03	49	22	455.070	12
Sousa	04	40	18	454.300	12

2.3. População e Amostra

De acordo com dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o estado da Paraíba é composto por 223 municípios, destes, 147 apresentam menos de 10.000 habitantes o que corresponde a 66% dos municípios. Embora o IBGE considere municípios de pequeno porte aqueles com menos de 20.000 habitantes, este estudo foi realizado em municípios com menos de 10.000 habitantes caracterizados como cidades rurais.

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 (Tabela 2).

Tabela 02

Frequência das macrorregiões de saúde.

Macrorregião de Saúde	Cidades (N)	Frequência	%
João Pessoa	Caldas Brandão (100); Sobrado (76); Mataraca (70).	285	29%
Campina Grande	São João do Cariri (74); Matinhas (70); Barra de Santana (27).	302	30%
Patos	Vista Serrana (37); Agua Branca (33); Condado (25); Malta (17); Lagoa (12); Desterro (12); Junco do Seridó (11); Quixadá (10); Outras* (70).	234	24%
Sousa	Aparecida (43); Belém do Brejo do Cruz (39); São José da Lagoa Tapada (39); Cachoeira dos Índios (20); Riacho dos Cavalos (4).	171	17%
Total	31	992	100%

*11 cidades cuja frequência de participantes é menor que 10.

Como critério de inclusão foi considerada a idade acima de 18 anos, ser usuário do SUS e ser morador da cidade, no mínimo, há dois anos. Como critério de exclusão foi utilizado a não observância dos critérios de inclusão supracitados, além da recusa em participar, questionários inválidos (com respostas em branco e/ou não condizentes com o estudo).

2.4. Instrumento

Foi utilizado o questionário "Levantamento de cuidados de saúde e vulnerabilidades" desenvolvido a partir dos estudos realizados por Ribeiro (2012), Saldanha (2011), Saldanha, Carvalho, Diniz, Freitas, Félix e Silva (2008) e Saldanha, Silva, Tenório, Lima, Galvão e Amorim (2012). É dividido em seis módulos que variam em números de itens: sócio demográfico, práticas sexuais e preventivas, histórico de saúde, vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática. No entanto, para a realização deste estudo foi considerado apenas as variáveis sócio demográfico (idade, etnia, escolaridade, status conjugal, área domiciliar, atividade laboral, renda familiar) e as de vulnerabilidades programática como informações, campanhas, acesso aos serviços de saúde, acesso aos insumos, qualidade dos serviços e atendimento em saúde de forma a cumprir os objetivos do estudo. (Anexo I)

2.5. Procedimentos

Após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba. Um estudo piloto foi realizado na cidade de Mataraca (cidade rural pertencente à macrorregião de João Pessoa) com o intuito de averiguar a validade de conteúdo do instrumento e, após discussão pelo grupo de pesquisadores, efetuadas as alterações pertinentes.

Foram formadas equipes de 10 a 15 pesquisadores devidamente treinados que se deslocaram às cidades sorteadas. Após o consentimento livre e esclarecido, a aplicação do instrumento foi realizada, de forma individual, em locais públicos como praças, ruas, mercados, assim como nos domicílios dos participantes.

2.6. Análise dos dados

A partir da construção de um banco de dados com a digitação dos questionários com prévia codificação das respostas utilizando o Software SPSS.for Windows (SPSS) versão 20.0, foram realizados procedimentos para análise exploratória com o intuito de identificar respostas omissas. Na sequência os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e outros testes de comparação e associação (Qui-quadrado, t-Student e correlação).

2.7. Aspectos Éticos

A cada participante foi apresentado o objetivo do estudo de forma clara e concisa com espaço para esclarecer eventuais dúvidas. Também foi apresentado que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo e que uma vez iniciada a pesquisa, o participante poderia interromper/desistir a qualquer momento do estudo sem menores danos/prejuízos, sendo ainda solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado através do modelo 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.

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

3.1. Perfil socioeconômico e demográfico dos participantes

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). Dentre os participantes, 27% afirmaram receber benefício social, dos quais 80% refere à Bolsa Família. Em relação à situação laboral, 56% afirmou estar empregado, 21% aposentado e 23% desempregado. Dentre as atividades mais citadas estão: agricultor (27%), dona de casa (22%), prestadores de serviços gerais (16%), comerciante (8,5%) e professor (9%). Estes dados estão detalhados na Tabela 03.

Tabela 03

Variáveis socioeconômicas e demográficas. (N=992).

Variáveis		N	%
Faixa Etária	21 – 29 anos	216	22
	30 – 49 anos	457	46
	50 – 59 anos	157	16
	60 – 85 anos	162	16
Sexo	Masculino	262	26
	Feminino	730	74
Estado Civil (N=797; 80%)*	Casado	693	70
	Solteiro	169	17
	Divorciado	75	8
	Viúvo	55	5
Escolaridade	Sem escolarização	112	11%
	Fundamental Menor	354	36%
	Fundamental Maior	146	15%
	Médio	284	28%
	Superior	96	10%

Situação	Empregado	390	56%
Laboral	Desempregado	161	23%
(N=692; 70%)**	Aposentado	141	21%
Benefício	Bolsa Família	240	85%
(N=266; 27%)*	BPC	12	4%
	Auxílio doença	11	4%
	Garantia Safra	03	< 1%
Renda Mensal	< 1 SM****	274	34%
(N=797; 80%)*	1 – 2 SM	457	57%
	3 – 4 SM	54	7%
	5 – 6 SM	05	< 1%
	> 7 SM	03	< 1%

* Número de respondentes

**332 participantes não declararam, dos quais 90% mulheres.

***Número de participantes que afirmou receber benefício social.

**** Número de declarantes/Salário Mínimo vigente (R\$ 788,00)

3.2. Fluxo de Atendimento nos Serviços de Saúde Básico, Médio e de Alta Complexidade

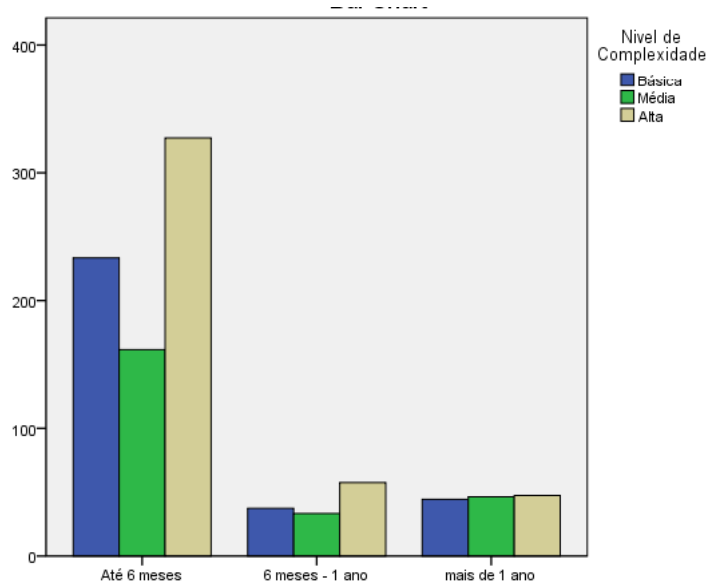
A teoria da vulnerabilidade Ayres, Paiva e França Jr. (2012), aponta que a desigualdade não decorre da diferença individual, mas do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, em uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais produzida pelas variadas relações sociais e que tem como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades são, portanto, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente. O combate a este aspecto da vulnerabilidade foi previsto na estruturação do Plano Nacional de Saúde 2016-2019, organizador das diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, em especial ao eixo temático Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade (PNS 2016-2019), ao enfatizar a necessidade do enfrentamento das iniquidades em saúde de populações específicas, dentre elas a rural, “consequentes da grande desigualdade de acesso, concentração de profissionais

e serviços em determinadas regiões, bem como da carência ou mesmo inexistência de serviços em vários municípios” (pag. 31).

Com base nestes pressupostos, buscou-se responder aos dois primeiros objetivos específicos deste estudo (identificar os motivos de busca por atendimento aos serviços de saúde em cidades rurais; e identificar o fluxo de atendimento nos níveis de complexidade), considerando os níveis de atenção Básica, Média Complexidade e de Alta complexidade. A atenção Básica, neste estudo, compreende as unidades básicas através das Equipes de Saúde da Família; a Média Complexidade se refere aos atendimentos efetuados em Ambulatório Hospitalar e Policlínicas Especializadas; enquanto a Alta Complexidade consiste no Serviço Hospitalar.

Para os participantes deste estudo, o último atendimento em serviços de saúde ocorreu, na maioria, nos seis meses anteriores ao estudo, ocorrendo na alta complexidade, que aqui se refere aos hospitais, conforme pode ser observado na Figura 02. Considerando a média do intervalo de tempo referido, entre seis meses e um ano e seis meses, verifica-se que as mulheres buscam atendimento no menor tempo ($M=1,3$; $DP=0,67$) do que os homens ($M=1,6$; $DP=0,84$) ($t=4,794$; $p=0,00$).

Figura 02: Tempo decorrente do último atendimento em Serviços de Saúde



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 04). 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 04

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

Na Figura 03, 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.

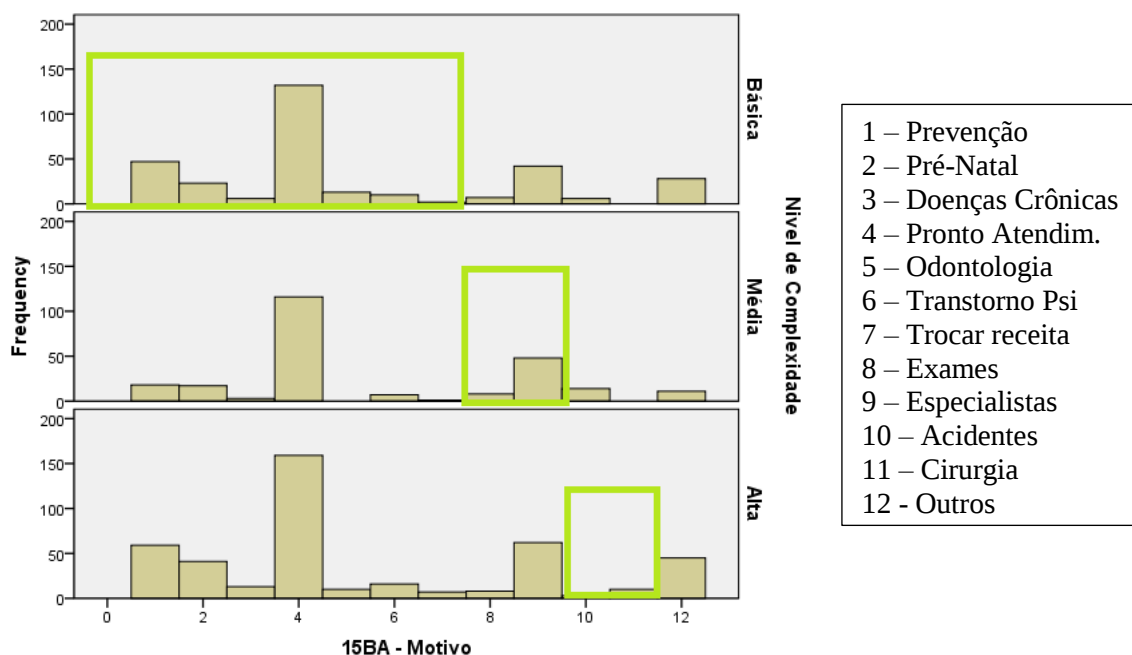


Figura 03: Motivos da busca por atendimento de acordo com os níveis de atenção

Considerando os motivos de procura por atendimento e o nível de atenção com relação à variável sexo, observam-se diferenças estatísticas significativas em relação à prevenção ($X^2=10,525$; $p=,005$), pronto-atendimento ($X^2=13,875$; $p=,001$), consulta com médicos especialistas ($X^2=15,245$; $p=,000$), transtornos psíquicos ($X^2=20,612$; $p=,000$) e realização de exames prescritos ($X^2=8,605$; $p=,01$). Ainda que sem diferença estatística, os acidentes foram mais relatados por homens. Em quase todos os casos acima descritos, as mulheres (86%) procuraram atendimento, na maioria, nos hospitais (prevenção 58%; pronto-atendimento 45%; consulta com especialista 50%; transtorno psíquicos 68% e exames prescritos 57%) enquanto os homens buscaram atendimento no nível de atenção básico (prevenção 56%; pronto-atendimento 50%; consulta com especialista 42%; transtorno

psíquicos 88% e exames prescritos 56%). O nível de complexidade médio foi o menos procurado em todos os casos analisados. Estes dados podem ser visualizados na Figura 04.

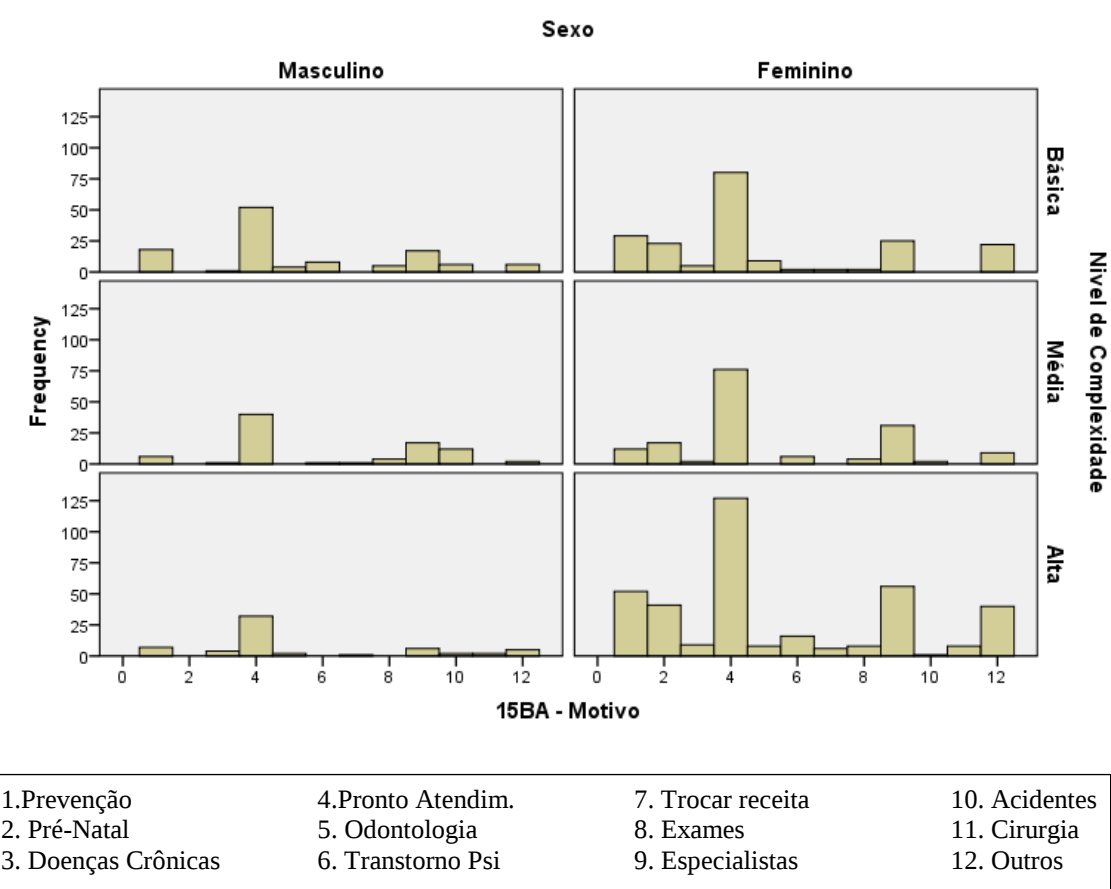
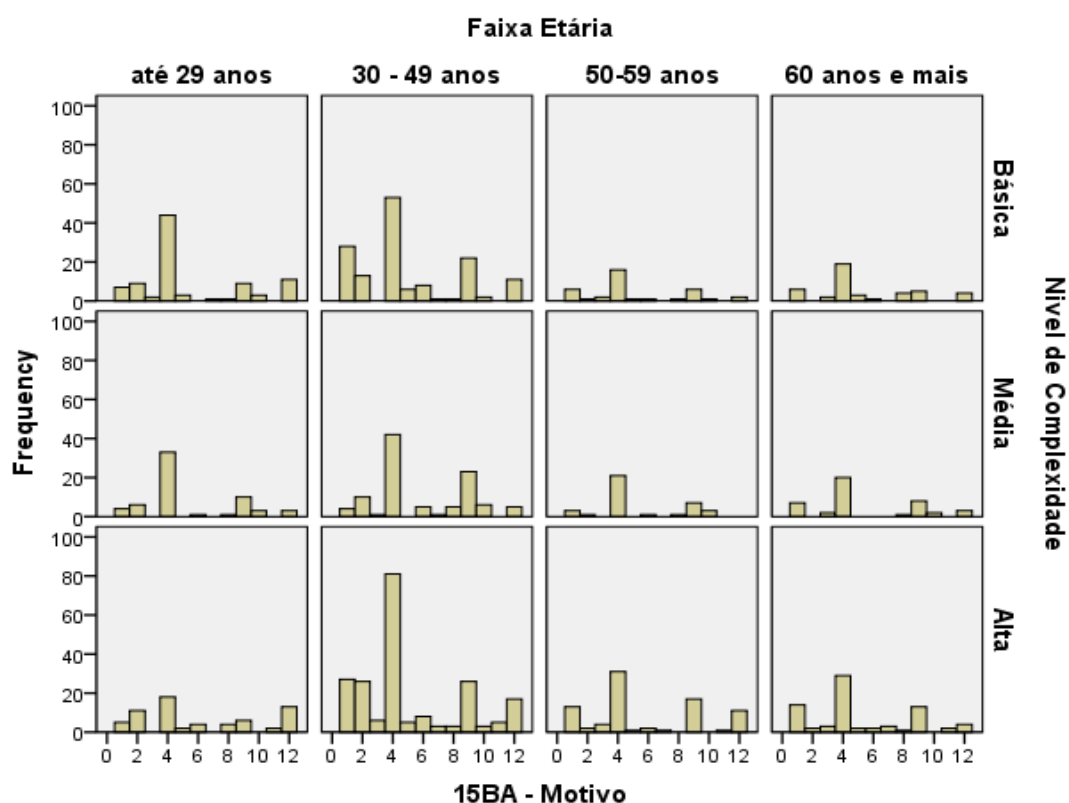


Figura 04: Relação entre nível de complexidade, motivos de atendimento e sexo

Em relação à faixa etária, apenas as variáveis pronto-atendimento ($X^2=23,788$; $p=,001$) e controle de doenças crônicas ($X^2=12,739$; $p=,05$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Conforme pode ser observado na Figura 05, a faixa etária que mais busca por atendimento se situa entre 30 e 49 anos, em hospitais.



1.Prevenção	4.Pronto Atendim.	7. Trocar receita	10. Acidentes
2. Pré-Natal	5. Odontologia	8. Exames	11. Cirurgia
3. Doenças Crônicas	6. Transtorno Psi	9. Especialistas	12. Outros

Figura 05: Nível de Complexidade do Atendimento de acordo com a faixa etária

O atendimento à sintomas (crise hipertensiva, dor aguda, viroses), aqui denominado de pronto-atendimento é o principal motivo de busca por serviço de saúde em todas as macrorregiões paraibanas, responsáveis por cerca da metade de toda a demanda trazida pela população. Em segundo lugar, na macrorregião de Campina Grande, foi a prevenção, enquanto para as demais macrorregiões, foi a consulta médica com especialistas. Ressalta-se a ausência de referências, na macrorregião de Sousa, de citações referentes a motivos odontológicos e exame prescritos, além da troca de receitas. Estas demandas podem ser observadas na Tabela 05.

Tabela 05

Motivos da busca por atendimento de acordo com as macrorregiões de saúde

Motivos (*)	Macrorregião de Saúde							
	João Pessoa		C. Grande		Patos		Sousa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Prevenção (B)	27	9%	56	18%	25	11%	16	9%
2. Pré-Natal (B)	25	9%	23	7%	19	8%	14	8%
3. Doença Crônica (B)	12	4%	06	2%	02	1%	02	1%
4. Pronto-Atendimento (B)	119	42%	116	38%	98	41%	74	43%
5. Odontologia (B)	05	2%	08	3%	10	4%	-	-
6. Transtornos Psi (B)	10	3%	14	5%	07	3%	02	1%
7. Trocar receita (B)	03	1%	01	0,3%	06	3%	-	-
8. Exames (M)	12	4%	04	1%	07	3%	-	-
9. Especialista (M)	42	15%	37	12%	36	15%	37	22%
10. Acidente (A)	02	1%	09	3%	07	3%	05	2%
11. Cirurgia (A)	-	-	-	-	08	3%	02	1%
12 – Outros	28	10%	28	9%	09	4%	19	11%
Total	285	100	302	100	234	100	171	100

*Nível de Complexidade da demanda.

Não obstante, a organização do sistema de saúde por níveis de atenção exige que a distribuição dos serviços assistenciais seja feita com base em uma escala, com a proposta de que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, os resultados por macrorregiões apontam para distorções no fluxo. Esta distorção acontece em todos os níveis de atenções, mas é maior entre o fluxo básico e alta complexidade. Em todas as macrorregiões de saúde da Paraíba, a população recorre mais aos hospitais, ou seja, alta complexidade, em sua maioria mulheres (86%).

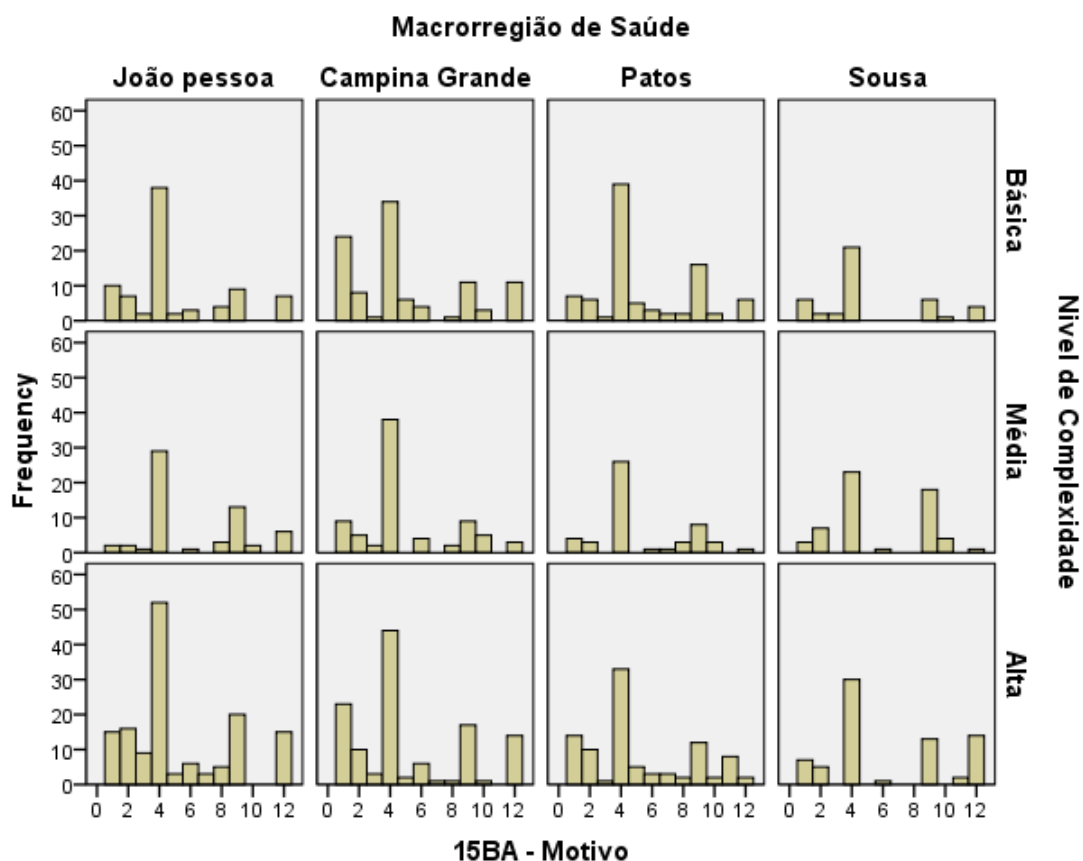
A macrorregião de João Pessoa apresentou 29% dos atendimentos na atenção básica, 21% na média complexidade e 50% na alta complexidade. No entanto, de acordo com os motivos apresentados, observa-se que deste percentual de atendimento nos hospitais, 71% deveria ser atendido na atenção básica e 17% na média complexidade. Neste sentido, apenas 12% dos atendimentos realmente correspondem à alta complexidade. Dos 21% dos pacientes atendidos na rede de média complexidade, 59% de casos deveriam ter sido atendidos na atenção básica. Por outro lado, 16% dos pacientes atendidos na atenção básica deveriam ter sido atendidos na média complexidade e 3% na alta complexidade.

Na macrorregião de Campina Grande, 40% dos atendimentos foram efetuados na alta complexidade. No entanto, 73% correspondem à atenção básica e 15% à média complexidade. Assim como, dos 25% de atendimentos na atenção de média complexidade, 10% deveriam ter sido feitos na alta complexidade e 75% na atenção básica. Entretanto, dos 34% dos pacientes atendidos na atenção básica, 12% deveria ter sido na média e 3% na alta complexidade.

Na macrorregião de Patos, sertão paraibano, a situação não difere, com a maioria dos usuários entrevistados tendo sido atendidos na alta complexidade (41%). No entanto, destes, 73% correspondem a atendimentos na atenção básica e 18% na média complexidade. Dentre os 21% atendidos na média complexidade, 70% dos motivos são referentes à atenção básica e 7% deveriam ter sido encaminhados para a alta complexidade. Em contrapartida, dos 38% de atendimento na rede de atenção básica, 20% correspondem à média e 2% à alta complexidade.

A macrorregião de Sousa, a mais distante da Capital, situada no alto sertão, apresenta menores percentuais de distorção de fluxo, ainda que significativos. Foram realizados 42% de atendimentos na alta complexidade, dos quais 60% são relativos à atenção básica e 18% à média complexidade. Esta última, por sua vez, realizou 33% dos atendimentos, dos quais

60% deveriam ter sido atendidos na atenção básica e 7% na alta complexidade. No entanto, dos 25% de atendimentos na atenção básica, 14% se refere à média e 2% à alta complexidade. Estes dados podem ser vistos na Figura 06.



1 à 7 = Atenção Básica	8 à 9 = Média Complexidade	10 à 11 = Alta complexidade
------------------------	----------------------------	-----------------------------

Figura 06: Fluxo de atendimentos de acordo com o nível de complexidade.

3.3. Avaliação dos Serviços de Saúde pelos Usuários

Visando atender ao objetivo específico de identificar a avaliação da equipe e estrutura dos serviços de saúde entre as macrorregiões os usuários responderam a dois itens cujas respostas foram escalares com intervalo de 0 a 10, valores estes coincidentes com a avaliação escolar, portanto, naturalizado pelas pessoas. O resultado apontou 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. A partir dos resultados de uma ANOVA com Pos Hoc de Tuckey HSD visando diferenciar as avaliações entre as macrorregiões de saúde, os níveis de complexidade e faixa etária, além de test t identificar diferenças na avaliação entre os sexos, demonstrou poucas diferenças.

Em relação as macrorregiões de saúde, foi identificada diferença estatisticamente significativas entre as médias avaliativas ($p=,03$) apenas entre Campina Grande ($M=6,71$; $DP=2,85$) e Sousa ($M=7,43$; $DP=2,50$) no que se refere à estrutura e organização do serviço, com avaliação mais positiva para a última. Não foi encontrada diferenças estatisticamente na comparação entre os dois itens avaliativos e as variáveis níveis de complexidade, faixa etária e sexo. Não obstante, as médias se mantiveram maiores na avaliação da equipe de saúde do que na avaliação da estrutura e organização, conforme pode ser visto na Tabela 06.

Tabela 06

Avaliação da Equipe de Saúde e Estrutura Organizacional do Serviço de Saúde de acordo com as Macrorregiões, Níveis de Complexidade, Faixa Etária e Sexo.

Variáveis		Equipe de Saúde			Estrutura e Organização		
		M	DP	p	M	DP	P
Macrorregiões de Saúde	João Pessoa	7,30	2,71		6,88	2,90	
	C. Grande	7,38	2,63		6,71	2,85	
	Patos	7,47	2,16		6,92	2,48	
	Sousa	7,44	2,17	,265	7,43	2,50	,047
Níveis de Complexidade	Básico	7,22	2,66		6,82	2,81	
	Média	7,37	2,54		6,95	2,77	
	Alta	7,64	2,29	,064	7,00	2,65	,659
Faixa Etária	21 – 29 anos	7,34	2,33		6,75	2,44	
	30 – 49 anos	7,45	2,35		6,96	2,65	
	50 – 60 anos	7,42	2,63		6,99	3,01	
	60 – 85 anos	7,59	2,48	,823	7,05	3,03	,704
Sexo	Masculino	7,23	2,45		6,78	2,87	
	Feminino	7,52	2,49	,105	6,99	2,68	,309

Para verificar a percepção de moradores de cidades rurais acerca dos serviços de saúde foram avaliados quatro aspectos: Organização (disponibilidade de medicamentos, equipamentos, exames laboratoriais e profissionais); Vínculo e Acolhimento (acolhimento, entendimento, explicações do médico, explicações sobre os medicamentos, solicitação de informações sobre as condições de vida, tempo de atendimento, retorno para o mesmo profissional, rejeição pelo profissional e vergonha); Resolutividade (em relação aos exames, retorno, problemas resolvidos); e Prevenção (convite para grupos de saúde, propaganda/campanhas, oferta teste HIV, distribuição de preservativos).

Considerando os fatores avaliativos relacionados com as macrorregiões de saúde, verifica-se avaliações positivas com alguma variabilidade nos índices, no entanto, apenas o fator Prevenção apresentou diferença estatisticamente significativa ($f=6,921$; $p=0,000$), conforme pode ser observado na Tabela 07.

Tabela 07

Médias dos Fatores Avaliativos segundo as macrorregiões de saúde

Fatores/Macrorregiões		N	Média	Desvio Padrão	Intervalo	P
Organização	João pessoa	285	6,24	1,31	4 - 8	0,78
	Campina Grande	302	6,08	1,40	4 - 8	
	Patos	234	6,29	1,34	4 - 8	
	Sousa	171	6,39	1,38	4 - 8	
	Total	992	6,23	1,36	4 - 8	
Vínculo e Atendimento	João pessoa	273	14,56	1,61	9 - 18	,637
	Campina Grande	277	14,41	1,52	9 - 18	
	Patos	226	14,49	1,85	9 - 18	
	Sousa	157	14,38	1,48	9 - 18	
	Total	933	14,47	1,62	9 - 18	
Resolutividade	João pessoa	285	5,43	,79	3 - 6	.271
	Campina Grande	302	5,40	,80	3 - 6	
	Patos	234	5,50	,78	3 - 6	
	Sousa	171	5,53	,72	3 - 6	
	Total	992	5,45	,78	3 - 6	
Prevenção	João pessoa	285	5,96	1,03	4 - 8	,000
	Campina Grande	302	6,30	,98	4 - 8	
	Patos	234	6,28	1,01	4 - 8	
	Sousa	171	6,23	,88	4 - 8	
	Total	992	6,19	,99	4 - 8	

Estes resultados podem ser melhor visualizados na Figura 07. Embora sem ter apresentado diferença estatisticamente significativa, observa-se que, em relação à organização do serviço de saúde, ou seja, a disponibilidade de medicamentos, equipamentos exames de imagens e laboratoriais e a presença de profissionais de saúde, Sousa apresentou melhor avaliação, seguida por Patos, as duas macrorregiões mais distantes. A macrorregião de Campina Grande obteve pior avaliação. Da mesma forma, a resolutividade, ou seja, aspectos voltados para os resultados dos exames, o retorno ao serviço de saúde e quanto a resolução dos problemas, obteve a mesma avaliação, com um decréscimo para a macrorregião de João Pessoa.

Ao se tratar de Vínculo e Atendimento, ou seja, os recursos humanos dos serviços na interação com os usuários, a macrorregião de João Pessoa foi a melhor avaliada, seguida por Patos. E, contrário ao fator anterior, Sousa foi a macrorregião pior avaliada. O fator referente à prevenção, o único a apresentar diferença estatisticamente significativa, aponta para médias avaliativas mais altas nas macrorregiões de Campina Grande, Patos e Sousa e mais baixas na macrorregião de João Pessoa.

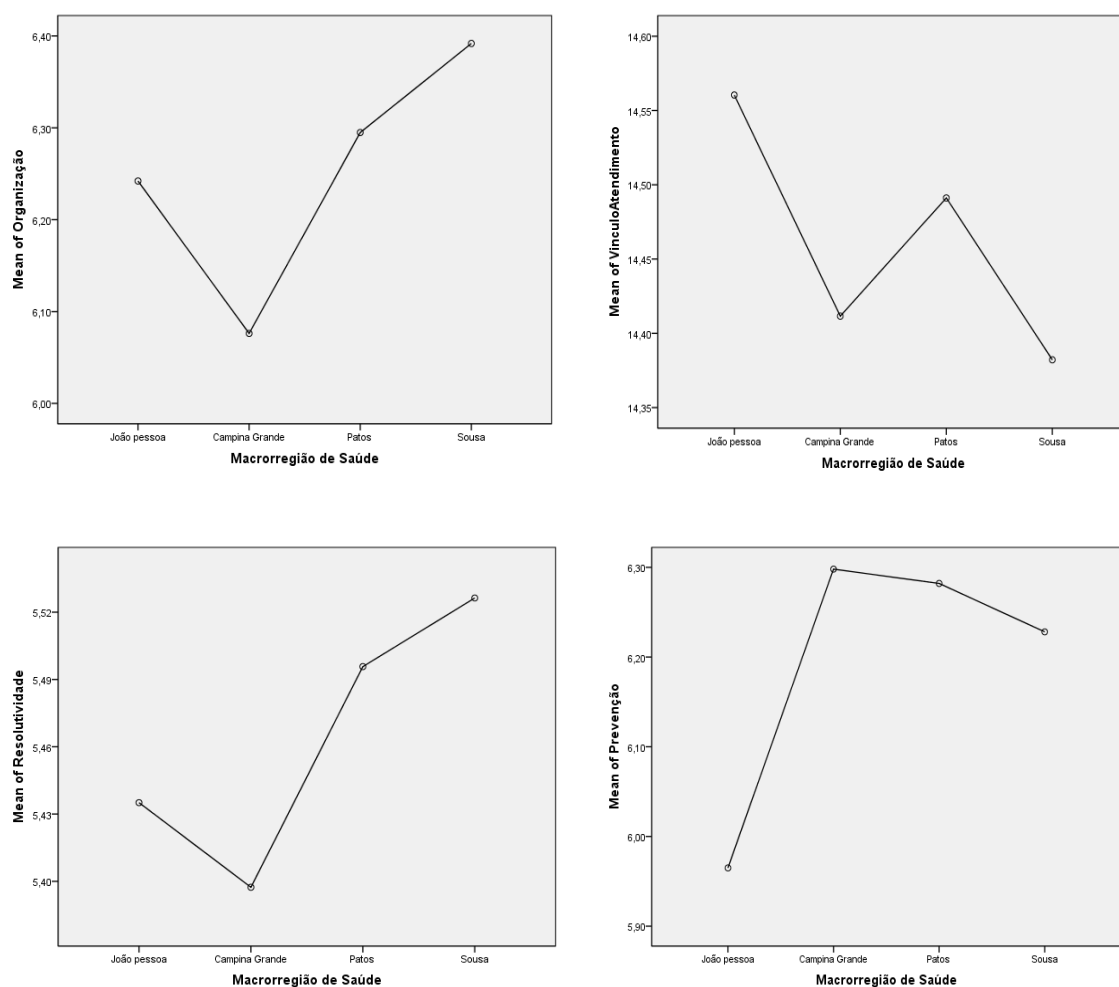


Figura 07: Avaliação dos usuários acerca da Organização, Vínculo e Atendimento, Resolutividade e Prevenção dos Serviços de Saúde Locais

Analisando por respostas afirmativas aos itens sobre os serviços de saúde local (Tabela 08), 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.

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.

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 ($X^2=8,137$; $p=,01$). 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.

Tabela 08

Percentual de Afirmativas sobre o serviço de saúde local (N=992)

		Macrorregiões de Saúde				
Fatores/Aspectos		J. Pessoa (N=285)	C. Grande (302)	Patos (234)	Sousa (171)	p
Organização	Medicamentos	48%	34%	41%	43%	,01
	Equipamentos	58%	53%	55%	62%	-
	Exames	49%	53%	59%	60%	,05
	Profissionais	69%	67%	74%	74%	-
Vínculo e Atendimento	Acolhimento	88%	90%	86%	95%	,04
	Entendimento	89%	91%	88%	89%	-
	Explicações	89%	91%	90%	92%	-
	Explic. Medicam	87%	84%	79%	86%	-
	Inf. Cond. Vida	29%	23%	31%	16%	,002
	Tempo	69%	71%	67%	65%	-
	Retorno Prof.	63%	62%	61%	55%	-
	Rejeição	21%	13%	23%	24%	,01
Resolutividade	Vergonha	20%	16%	22%	17%	-
	Exames	84%	84%	85%	89%	-
	Retorno	88%	85%	90%	88%	-
Prevenção	Resolução	71%	70%	75%	74%	-
	Convite Grupos	28%	39%	31%	22%	,001
	Campanhas	56%	70%	77%	81%	,000
	Teste HIV	23%	26%	30%	27%	-
	Preservativos	89%	95%	89%	92%	,04

Discussão

3.4. Perfil socioeconômico e demográfico dos participantes

Conforme já demonstrado pelos dados, a maior demanda nos serviços de saúde em cidades rurais, de forma especial, a Estratégia Saúde da Família, é por mulheres. Vale salientar que resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas anteriores como a desenvolvida por Pinheiro, Viacava, Travassos e Brito (2002). Os próprios fatores fisiológicos da mulher que envolve o ciclo de vida também contribuem de forma incisiva para a busca aos serviços pelo público feminino como a menstruação, gravidez, parto, entre outros. Associado a isso, engloba-se os serviços de saúde primários como as políticas de saúde da mulher, pré-natal, campanhas de prevenção, saúde da criança. Além disso, a sociedade incumbe à mulher a responsabilidade de procurar atendimento para seus familiares e às pessoas mais próximas em sua comunidade (Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002).

Ao se analisar as relações de trabalho no âmbito rural constata-se que ainda existe uma relação de subalternidade (subordinação) entre a divisão de trabalho em que a mulher fica responsável pelas atividades rotineiras do lar e cuidado dos filhos, enquanto que aos homens cabe o trabalho de manter e prover financeiramente o lar (Brumer, 2004). De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, aproximadamente 90% das mulheres brasileiras acima de 16 anos de idade afirmaram realizar atividades domésticas, quase o dobro dos homens (50%). Essa divisão de trabalho também repercute no campo, pois o que se observa é que nas famílias que desenvolvem atividades de economia familiar, as mulheres são responsáveis pelo trabalho doméstico, além do cuidado dos pequenos animais e cultivo de hortaliças.

Num levantamento realizado por Santos (2013), ao traçar um panorama dos municípios brasileiros com menos de 10.000 habitantes, constatou-se que 5,3% da população desses pequenos municípios atuam no funcionalismo público, recrutados por meio de

concursos públicos ou por intermédio de “patronagem política” ou “*spoil system*”, isto é, quando os cargos são preenchidos mediante indicação de governantes com o intuito de obter votos e apoio/lealdade política. Entretanto, como as oportunidades de empregos são precárias nesses municípios, os empregados admitidos por essa forma de recrutamento acabam por ficar submissos às autoridades locais e sujeitos à demissão a qualquer momento, principalmente quando ocorre troca de gestão.

Em contextos rurais, sobretudo em áreas do sertão nordestino, é evidente a situação de miserabilidade à qual os habitantes destas localidades encontram-se “reféns” em função, de modo especial, das dificuldades de acesso e estímulo à educação, assim como a falta de oportunidade de emprego. Como foi possível observar, 88,9% da amostra afirmou receber no máximo dois salários. Uma situação crítica e preocupante que nos leva a refletir sobre a qualidade e as condições de vida dessa população diante da realidade que assolam essas cidades. Sabe-se que a principal fonte de renda consiste na agricultura, lavoura, nos pequenos comércios, vendas “porta a porta”, além de outros serviços que são prestados de acordo com as necessidades dos “empregadores”. Contudo, além da baixa rentabilidade nessas cidades, ainda é possível verificar outro agravante, as condições climáticas que afetam diretamente a produtividade e, conseqüentemente, a rentabilidade. Em razão disso, é cada vez mais frequente jovens se deslocarem para outras regiões do Brasil ou para cidades de maior porte em busca de uma melhor qualidade de vida, ou então abandonarem os estudos para auxiliarem os pais no sustento da família (Ney, Souza & Ponciano, 2010).

Embora este estudo não apresente a esse respeito, mas pesquisas desenvolvidas na área da economia têm demonstrado que o fluxo de mulheres para regiões mais desenvolvidas tem sido mais evidenciado que os homens. Esse fato está associado com a própria dinâmica nas cidades de contexto rural onde se observa uma carência na infraestrutura e nos serviços sociais, o que dificulta a geração de empregos para mulheres jovens e adultas nessas cidades.

Além disso, tem-se constatado que o grau de escolaridade das mulheres tem sido superior ao dos homens, isso porque os homens, geralmente, são “forçados” a abandonarem os estudos para se dedicarem às atividades habituais nas unidades produtivas de geração de renda à família (Maia & Buaiainain, 2015). No presente estudo, constatou-se que o percentual de mulheres com ensino médio ou superior se sobrepõe ao dos homens, 45% e 35%, respectivamente.

Essas diferenças já vêm sendo evidenciada desde os últimos três censos demográficos realizados pelo IBGE. De acordo com o último, realizado em 2010, os dados destacam que o percentual de mulheres acima de 18 anos com o ensino médio ou superior (completo/incompleto) foi superior ao dos homens em todos os graus de escolaridade, tanto nas áreas urbanas quanto rurais, contudo, essas diferenças eram mais acentuadas nas áreas rurais, onde 22,2% das mulheres adultas possuíam ensino médio ou superior contra 16,9% dos homens, uma diferença de 5,3 pontos percentuais. Contudo, mesmo diante dessas diferenças entre os gêneros, é importante salientar a redução dos índices de analfabetismo em áreas rurais nos últimos 20 anos e a expansão do ensino fundamental e médio, que de acordo com Glewwe e Kassouf (2012) esse fator pode estar associado às políticas sociais de transferência de renda, entre elas, o Bolsa Escola e o Bolsa Família.

De acordo com Moreira, Ferreira, Lima e Ckagnazaroff (2012) esse programa tem contribuído para o aumento do número de matrículas nas escolas, assim como a redução da evasão escolar, também contribui para a diminuição da vulnerabilidade às pessoas de baixa permitindo que estas tenham a oportunidade de reivindicar pelos seus direitos sociais. Além disso, segundo já apresenta Bronzo (2008), esse benefício direcionado às mulheres, possibilita uma reflexão acerca dos papéis de gênero, uma vez que reforça a legitimidade da mulher, ocasionando uma redução das desigualdades de gênero e, consequentemente, contribuindo para o empoderamento individual, autonomia e autoestima feminina, assim

como a sua maior participação em espaços públicos como conselhos comunitários e escolares. Em outras palavras, esse programa possibilita às mulheres a assumirem um papel ativo na sociedade, despertando seu poder de escolha e decisão.

3.5. Busca e Fluxo de Atendimento nos Serviços de Saúde Básico, Médio e de Alta Complexidade em Cidades Rurais

Como foi possível observar nesse estudo, a maioria dos participantes informou ter buscado algum serviço de saúde nos últimos seis meses. De acordo com Travassos, Viacava, Fernandes e Almeida (2000) 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.

Vale salientar que em estudo desenvolvido por Travassos e Viacava (2007) constatou-se que a Estratégia Saúde da Família tem sido o principal serviço de apoio à população quando esta necessita de atendimento, principalmente quando se trata de municípios de pequeno e médio porte. Nos últimos anos tem se observado a adesão dos municípios à Estratégia Saúde da Família de acordo com o porte dos municípios. Entre 1998 e 2004, por exemplo, observou-se um aumento considerável (600%) da cobertura populacional da equipe Saúde da Família, onde foi identificado que quanto menor o município, maior a cobertura do PSF e, conseqüentemente, mais rápida sua expansão (Brasil, 2005). Contudo, é preciso questionar e rever as políticas de assistência e garantia de direito à saúde à população, uma vez que quantidade não significa qualidade.

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, consultas 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. 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, pois, como ainda pode ser averiguado, a maioria da amostra informou que na cidade não há médicos especialistas, hospitais (tem que se deslocarem para outros municípios), nem medicamentos e equipamentos para exames. Talvez essa deficiência na estrutura dos serviços de saúde seja o motivo que tenha redirecionado esse público a buscarem diretamente os serviços de média e/ou alta complexidade. Por outro lado, não se pode desconsiderar o impacto que essa demanda desencadeia na rede de atenção, como o loteamento nos hospitais e o esvaziamento nas unidades de atenção básica (Solla & Chioro, 2009).

Dados da Avaliação Externa realizada na Paraíba 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, falta de planejamento e, com isso, o aumento no tempo de espera (Protasio, Silva, Lima, Gomes, Machado & Valença, 2014).

Estudo desenvolvido por Rossaneis, Haddad, Vannuchi, Sentone e Gabriel (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.

Os resultados deste estudo mostraram ainda que os indivíduos acometidos por doenças crônicas, entre elas a hipertensão e diabetes, acessaram com maior frequência os serviços de saúde, sendo que a maioria buscou serviços de alta complexidade. Sabe-se que o controle das doenças crônicas, de uma forma geral, exige uma atenção maior dos pacientes e, conseqüentemente, maior contato com as unidades de saúde, o que de certa forma, pode explicar o fato destes serem os principais motivos que levam os usuários desses serviços a buscarem as unidades de saúde (Dias-da-Costa, Presser & Zanolla, 2008). O que preocupa é o fato desses pacientes buscarem os serviços de alta complexidade quando na verdade alguns recorrem aos serviços apenas para pegarem receitas para a aquisição dos medicamentos de controle.

Além disso, foi possível constatar que as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens. Estudos que abordam as diferenças de gênero na saúde evidenciam que 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, Silva, Freire, Ribeiro & Pichelli, 2014; Sousa, Lima, Vieira & Saldanha, 2015). Associado a isso, ainda é preciso salientar que os serviços de saúde, de uma forma geral, ainda são marcadamente direcionados às mulheres, sem falar que os horários de funcionamento, na maioria das vezes, são compatíveis com os horários de trabalho dos homens, principalmente aqueles que se residem em cidades de contexto rural onde a forma de subsistência é proveniente da agricultura (Schraiber, Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Silva, & Valença, 2010). Outro ponto importante é que as mulheres buscam mais os serviços de alta complexidade, ao passo que os homens se direcionam com maior frequência às unidades de básicas. Apesar dos dados não fazerem referência às causas, pode-se associar essa procura à própria condição do homem em cidades rurais, uma vez que são eles os “provedores” da família, e como a maioria desses municípios não apresentam hospitais, eles têm a ESF como única escolha, enquanto que as mulheres apresentam maiores disponibilidades para se deslocarem para outras localidades.

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. Além disso, elas tendem a buscar os serviços de saúde para realização de exames preventivos. Outras pesquisas, como a desenvolvida por Alves, Silva, Ernesto, Lima e Souza (2011) já destaca que as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens.

Assim, evidencia-se que os serviços de pronto atendimento e prevenção ainda são os principais motivos de busca, entretanto, um fato a ser ressaltado, principalmente na macrorregião de Sousa, é a ausência de referências relacionados à saúde bucal, troca de receitas e realização de exames. Estudo desenvolvido por Pinheiro, Viacava, Travassos e Brito (2002) já retrata a baixa procura pelos serviços de odontologia pelos usuários dos serviços de saúde, sendo menores ainda em populações que residem em áreas rurais onde o desconhecimento e a falta de política de incentivo à saúde bucal são colocados como as principais causas que levam aos usuários a negligenciarem o serviço, ou a só buscarem diante de situações mais críticas.

Evidencia-se neste estudo as situações de vulnerabilidade às quais as pessoas que residem em cidades rurais se encontram susceptíveis. Conforme constam nos dados, a maioria dessas cidades são desprovidas de hospitais, médicos diários e plantonistas e de equipamentos para exames. Quando se trata de exames mais complexos ou de médicos especialistas, as consultas/exames são remanejadas à “cidade-polo” responsável pela região de saúde onde são atendidos nos serviços de média e alta complexidade. Nessas circunstâncias emerge outro empecilho: o tempo que se leva entre a solicitação do médico (local), o agendamento através de Sistema Único de Saúde até a realização dos exames ou a própria consulta, que podem levar meses para serem realizados dependendo da demanda, uma vez que essas cidades têm que atender todas as demais que compõe sua região de saúde. Estudo desenvolvido por Coelho, Jorge e Araújo (2009) enfatiza a dificuldade de acesso aos serviços especializados (média complexidade), onde o atendimento pode demorar um ano ou mais, em função da necessidade e da gravidade do problema de saúde e, como pode ser observado, foi o nível de atenção que obteve menor procura.

A frequência de atendimentos que deveriam ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, mas que são redirecionados aos serviços de média e alta complexidade é um dado

bastante intrigante e preocupante, uma vez que pode alterar e comprometer toda a rede de atenção que envolve a região de saúde. Este fato pode estar associado a diversos fatores, entre eles, destacam-se o acesso e a disponibilidade dos serviços locais. Algumas pesquisas como a desenvolvida por Taddeo, Gomes, Caprara, Gomes, Oliveira e Moreira (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. Pesquisa realizada por Santiago et al. (2013), por exemplo, já enfatiza a avaliação negativa ao que se refere a acessibilidade aos serviços, sobretudo, ao que se refere à demora para os agendamentos de consultas especializadas.

Estudo desenvolvido por Vieira (2010) identifica alguns fatores organizacionais que interferem diretamente na disponibilidade de atendimento como a rotatividade dos profissionais de saúde, de forma especial, os médicos. Ainda acrescenta que a quantidade de profissionais muitas vezes é insuficiente para atender a demanda nos municípios, o que dificulta, inclusive, o remanejamento desses profissionais em períodos de férias. Outras pesquisas como as realizadas por Fonseca e Mendonça (2014) e Pinto, Menezes e Villa (2010) também têm ressaltado a alta rotatividade dos profissionais da medicina, de forma especial, em cidades interioranas, no Norte e Nordeste do Brasil, assim como, nas periferias das grandes cidades e em áreas consideradas de risco. Outro problema evidenciado relacionado ao acesso aos serviços compreende a questão da distribuição das fichas para

atendimento/agendamento para exames/consultas. 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, Giovanella, Mendonça, Seidl & Gagno, 2014).

Quando se trata de procedimentos de maior complexidade, como é o caso de cirurgias, além das dificuldades já apresentadas, ainda surge outro fator: questões financeiras. Primeiro porque os usuários, na sua maioria, são pessoas que apresentam baixa renda, e o fato de se deslocarem para outras cidades acarreta outras questões mais onerosas como o transporte e os gastos não só pessoal, como também dos acompanhantes, quando necessários (Alcântara & Lopes, 2012; Vieira, 2010).

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, Brito, Silva Montenegro, Caçador & Freitas, 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.

Estudo desenvolvido por Lima, Leite e Caldeira (2015) o qual teve como objetivo conhecer a percepção dos médicos em serviços de urgência nas Redes de Atenção à Saúde já demonstra esse descontrole nos níveis de atendimento quando associado aos motivos que levaram os pacientes a buscarem os serviços. Alguns profissionais percebem essas atitudes dos usuários como falta de conhecimento acerca dos serviços que são disponibilizados em cada unidade e o que compete a cada órgão. A fragmentação e desintegração das redes de

saúde contribuem para que a assistência ocorra de forma desconexa. Além disso, a falta de informação ao paciente acerca da utilização dos recursos concorre para que eles busquem os serviços de média ou alta complexidade de forma inadequada. Nessas circunstâncias, os serviços de alta complexidade assumem o papel de porta de entrada ao sistema de saúde.

Ainda é possível identificar outros fatores que limitam os serviços em redes e que comprometem o seu funcionamento e a desarticulação dos níveis de atenção: a falta ou baixa resolutividade na atenção básica, a existência de demandas reprimidas, o limite de acesso aos serviços, a falta de definição de fluxos de referência e contrarreferência entre outros (Erdmann, Andrade, Mello & Drago, 2013). Essa desordem gera uma série de problemas em rede, pois pode desencadear uma pressão da demanda aos serviços da média e alta complexidade, além de longas filas de espera para atendimento (Pires et al., 2010; Conass, 2007). Estudo desenvolvido por Pires, Göttems, Martins, Guilhem e Alves (2010) no Distrito Federal (DF) e cidades circunvizinhas de pequeno e médio porte já evidencia a alta procura da população pelos serviços de alta complexidade por causa da baixa resolutividade e legitimidade dos serviços disponibilizados nos municípios, o que pode ser corroborado por Mendes (2010) ao identificar que nos contextos onde os serviços ocorrem de forma fragmentada e isolada sem prestar o cuidado e atenção integral à população, dificulta a atenção básica a desenvolver seu papel de "coordenadora" das redes de atenção e das linhas de cuidado.

3.6. Avaliação dos Serviços de Saúde pelos Usuários

A análise dos elementos de vulnerabilidade programática em saúde relacionados à busca por atendimento e avaliação da equipe/serviços demonstrou alguns desafios que precisam ser superados. A forma como os usuários percebem e avaliam os serviços influenciam diretamente na busca pelo atendimento ou retorno quando necessário. É

importante salientar que algumas informações prestadas pelos participantes foram marcadas por algumas contraposições, talvez em função da maneira como as perguntas foram estruturadas ou por se tratar de questões de cunho avaliativo. Uma entrevista qualitativa poderia trazer informações mais consistentes, fica como sugestão para estudos posteriores.

O interessante é que mesmo os participantes informando a falta de medicamentos, equipamentos para exames, médicos especialistas, além de outros insumos, eles avaliaram tanto a equipe quanto a estrutura de saúde de forma positiva, sendo a equipe melhor avaliada. Ao que concerne a avaliação das equipes e estrutura dos serviços de saúde entre as macrorregiões de saúde constatou-se que as macrorregiões de Sousa e João Pessoa foram melhores avaliadas do que Campina Grande e Patos com destaque para Sousa como melhor avaliação e Campina Grande pior avaliada. Este dado pode estar associado ao fato deles avaliarem a dimensão humana. A forma como se sentiram acolhidos e atendidos pelos profissionais, mesmo diante da precariedade do serviço. Pesquisas desenvolvidas por Uchoa, Souza, Spinelli, Medeiros, Peixoto, Silva e Rocha (2011) em dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte, assim como em Santiago, Mendes, Miranda, Duarte, Furtado e Souza (2013) aponta que os profissionais de saúde foram melhores avaliados do que a estrutura do serviço. Dados similares foram encontrados no estudo desenvolvido por Jorge, Guimarães, Vieira, Paiva, Silva e Pinto (2007) em que se chegou à conclusão de que os aspectos que envolvem a dimensão humana na relação entre médicos e pacientes, como o diálogo para sanar eventuais dúvidas do paciente e alguns esclarecimentos do profissional, o acolhimento e confiança, assim como o respeito mútuo, são fatores determinantes para que a equipe obtenha maior ênfase na avaliação.

Ao que concerne a organização e estrutura dos serviços de saúde, constatou-se certa deficiência quanto à disponibilização de medicamentos, sendo mais evidenciado na macrorregião de Campina Grande. Como se sabe, o SUS disponibiliza gratuitamente à

população uma relação de medicamentos considerados essenciais para o tratamento de algumas doenças, contudo, os municípios têm a autonomia para definir sua lista de medicamentos de acordo com a fornecida pelo ministério da saúde, sem que seja preciso incluir todos da lista nacional. Diante disso, os usuários precisam recorrer aos setores privados para a aquisição dos medicamentos (Helfer, Camargo, Tavares, Kanavos & Bertoldi, 2012). Além disso, os dados do levantamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica realizado em 2012 constata que municípios que apresentam mais de 500 mil habitantes tinham mais medicamentos disponíveis nos serviços de saúde do que aqueles que tinham uma população inferior a 10 mil (Mendes, Campos, Chaves, Silva, Freitas, Costa & Luiza, 2014).

Outro aspecto evidenciado nesse estudo compreende ao atendimento e o vínculo que estabelecido com os profissionais da equipe de saúde. Sem muitas diferenças estatísticas entre as macrorregiões de saúde, os usuários, em sua maioria, afirmaram sentirem-se bem acolhido nos serviços de saúde. O acolhimento se constituiu como uma das primeiras ações que devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde no momento em que os usuários chegam aos serviços. Quando este é acolhido e atendido pela unidade, estabelece-se uma construção de confiança e respeito entre os sujeitos o que facilita a adesão aos tratamentos de saúde (Sucupira, 2005).

A Política Nacional de Humanização (PNH) define acolhimento como um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços

(visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário” (Brasil, 2004, p.14).

É importante salientar o processo de acolhimento envolvem outros aspectos que perpassa desde os meios que os usuários utilizam para chegar ao serviço até percurso dentro da própria unidade de saúde para obter atendimento. Nesse caminho destacam-se vários fatores como os meios de transporte utilizados, atendimento prioritário às consultas/exames, atendimentos sem agendamento, entre outros, que podem tanto facilitar quanto dificultar a inserção dos usuários nos serviços de saúde, deixando-os mais vulneráveis ao adoecimento (Coelho, Jorge e Araújo, 2009). Além disso, estudos realizados por Assunção e Ursine (2008) e Oliveira, Tunin e Silva (2008) ressaltam a importância do acolhimento como um processo que facilita o contato direto e mais profundo com a realidade dos usuários dos serviços de saúde. A interação junto aos profissionais tem se mostrado de grande relevância, sobretudo para ações de promoção e prevenção de doenças. Nesse estudo, apesar da maioria dos profissionais darem as explicações pertinentes referentes ao uso de medicamentos de forma que os usuários possam compreender, a maioria dos participantes informaram que os profissionais não questionaram sobre suas condições de vida. Isso vem demonstrar que o modelo biomédico ainda prevalece, onde o enfoque se encontra na sintomatologia das doenças, e o usuário resumido a mais um número a ser anexado aos relatórios enviados ao Ministério da Saúde.

O fato dos profissionais não questionarem podem acarretar uma série de problemas, um deles é a não adesão ao tratamento das doenças, principalmente se os usuários não tiverem condições de comprar determinados medicamentos. Como foi observado, a população dessas cidades possui rendimento de 1 a 2 salários mínimos, e dependendo de certos medicamentos, a renda baixa talvez não seja suficiente para arcar com os custos como já demonstra um levantamento realizado por Helfer, Camargo, Tavares, Kanavos e Bertoldi

(2012) sobre a capacidade aquisitiva do trabalhador para arcar com os custos dos medicamentos utilizados para o tratamento de doenças crônicas, assim como a disponibilidade desses medicamentos nos serviços públicos.

Assusta quando observamos que 20% da amostra relata já terem se sentido rejeitado em algum momento pelos profissionais de saúde. Apesar das causas não terem sido evidenciadas no estudo, outras pesquisas têm associado esse fato ao mal atendimento aos usuários quando os profissionais não dão a atenção devida ou até mesmo as informações solicitadas (Barbosa, Dantas & Oliveira, 2011). Essas atitudes podem desencadear sérios problemas como a recusa a ir ao serviço, por exemplo. Embora pareça um percentual baixo, é preciso identificar os reais motivos, e juntamente com as equipes buscar melhores formas de relacionamento que proporcione à população a garantia dos seus direitos.

Outros estudos como o desenvolvido por Arruda-Barbosa, Dantas e Oliveira (2011) têm evidenciado a insatisfação dos usuários com os profissionais médicos, principalmente ao que se refere ao vínculo (não há uma abertura do profissional), o não cumprimento da carga horária, os atrasos constantes para o início da jornada de trabalho, além de outras questões. De acordo com Elias e Costa (2009) o compromisso assumido pelos profissionais, principalmente ao que se refere à pontualidade e assiduidade, são essenciais à construção e solidificação do vínculo com a comunidade e, com isso, abre-se o espaço para uma relação de confiança e segurança entre usuários dos serviços e profissionais de saúde.

Outro fator observado diz respeito a resolutividade. No âmbito na atenção primária este aspecto está pautado na ampliação do acesso aos serviços com as demandas dos usuários como os horários de funcionamento das unidades e atendimento, acolhimento, assim como a capacidade de responder as demandas espontâneas que os usuários trazem durante os atendimentos (Starfield, 2002). Como foi possível observar, os usuários relataram ter seus problemas de saúde resolvidos nas unidades.

Quando se trata de procedimentos de menor complexidade constatou-se que as unidades de saúde dispõem de meios de meios para resolvê-los. Contudo, em casos que envolvem maior atenção, os usuários são encaminhados para cidades, geralmente as cidades polos (responsável pela região de saúde) que apresentam maior infraestrutura e disponibilidade de equipamentos e equipes especializadas. É importante ressaltar, que em decorrência da gravidade dos casos, algumas regiões não têm recursos e nem equipes suficientes para resolver, nesse caso, os pacientes são redirecionados para outras microrregiões de saúde. Aí reside outro problema, nesse caso, o financeiro. Com a baixa renda, muitas vezes esses pacientes não têm condições de se deslocarem a longas distâncias, associado a isso ainda tem os gastos pessoais, e quando necessário, dos acompanhantes (Vieira, 2010).

Outro fator observado nesse estudo compreende à prevenção. Os dados evidenciam que apesar as unidades efetuarem campanhas e distribuição de preservativos, a maioria da amostra afirmou que nunca forma convidados a participarem de grupos de cunho educativo acerca do assunto. Sabe-se que os grupos de discussão é uma “porta de entrada” para que os profissionais possam se aproximar dos usuários e, com isso, adentrar em campos até então impenetráveis por questão de medo de ser rejeitado, vergonha ou até mesmo falta de conhecimento. Como se trata de cidades rurais determinados assuntos ganham ainda maior proporção em função das normas culturais embutidas, principalmente quando se trata de assuntos relacionados à sexualidade, prevenção. Estudos desenvolvido por Ribeiro (2010) e Azevedo (2007) com adolescentes nas cidades da Paraíba evidencia estes aspectos. Alguns participantes relatam terem vergonha de pegar preservativo nas unidades de saúde porque tem algum conhecido que trabalha no local e tem medo destas falarem aos seus pais. Outros ainda afirmam que os preservativos são disponibilizados, mas para ter acesso é preciso

preencher fichas, o que de certa forma acaba expondo os adolescentes e, ao temerem o julgamento e, até mesmo a discriminação, optam por não fazerem uso.

Como foi possível constatar, embora os participantes tenham relatado a existência de campanhas de prevenção e oferta de preservativos, 74,3% afirmou nunca terem sido solicitados o teste do HIV. Um número expressivo, haja vista que a maioria da amostra é composta por mulheres, e no período fértil. Isso nos leva a refletir sobre a efetivação das políticas de saúde nesses municípios, uma vez que se sabe da obrigatoriedade dos profissionais exigirem os testes durante o pré-natal com o intuito de proteger a criança pela transmissão vertical. 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, geralmente, essas práticas são ignoradas ou realizadas de forma inadequada, sem respaldo teórico nas redes de atenção básica (Paiva, Pupo & Barboza, 2006).

Assim, constata-se que 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que as Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo organizar o Sistema Saúde em níveis hierárquicos de atendimento com o intuito de melhor atender as necessidades da população de forma integral e igualitária. Nesse estudo foi possível identificar alguns elementos de vulnerabilidade programática em saúde, segundo os níveis de atendimento, a partir da percepção de moradores residentes em cidades rurais da Paraíba. Constatou-se que embora o Ministério da Saúde delimite as atribuições de cada nível, nem sempre isso é efetivado, principalmente quando se trata de cidades onde o contexto é eminentemente rural, marcado pela pobreza, baixa perspectiva de vida e, envolvidos por uma cultural local de raízes muito profundas.

Apesar da alta cobertura da Estratégia Saúde da Família nesses municípios, o qual faz parte da Atenção Básica, 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 da 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.

A Atenção Básica à Saúde, considerada a porta de entrada aos serviços de saúde local apresenta dificuldades como a falta de profissionais capacitados e, também mal remunerados, escassez dos recursos materiais necessários para procedimentos básicos,

medicamentos, falta de instrumentos para a realização de exames, além, da quantidade reduzida de consultas e vagas para a realização de alguns exames. Tudo isso contribui para o agravamento na rede, como a superlotação nos hospitais dificultando o acesso de usuários que de fato necessitam desse serviço e, conseqüentemente, baixa qualidade no atendimento. Diante disso, é preciso repensar o perfil das unidades de saúde desses municípios, as políticas e as estratégias de enfrentamento às doenças. Faz-se necessário estar atento, ainda, às demandas da população e as necessidades individuais dos usuários de forma que eles tenham seus interesses atendidos nas unidades básicas.

Quanto às hipóteses levantadas no início desse estudo, constatou-se que as pessoas que residem em cidades de contexto rural encontram-se mais susceptível ao adoecimento em virtude de fatores sociais, econômicos e culturais. Além disso, as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens, o que nos leva a repensar as políticas de saúde do homem e a forma como elas estão sendo difundidas nos municípios rurais. Ao que concerne avaliação dos serviços de saúde entre as macrorregiões, esperava-se que as macrorregiões mais próximas à capital fossem melhor avaliadas, contudo, a macrorregião de Sousa (a mais distante da capital) foi a melhor avaliada.

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.

Destaca-se ainda que os resultados desse estudo foram analisados levando em consideração algumas limitações. Uma delas é a falta um estudo qualitativo o qual nos daria maior abertura para identificar e compreender com maior precisão as necessidades dessa população, assim como a avaliação dos serviços de saúde. Uma segunda limitação refere-se à carência de estudos relacionados a avaliação dos serviços de saúde em cidades rurais (população inferior a 10 mil habitantes), principalmente no Nordeste brasileiro. Assim, fica como sugestão o desenvolvimento de outros estudos, principalmente de cunho qualitativo, de forma a compreender a realidade dessa população que vive à margem da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M. S. V., Lyra, T. M., Farias, S. F., Mendes, M. F. M. & Martelli, P. J. L. (2014). Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*, 38(especial), p. 182-194.
- Alcântara, L. R. & Lopes. M. J. M. (2012). Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do sul do Brasil. *Redes*, 17(1), p. 94 – 114.
- Alves, R. F., Silva, R. P., Ernesto, M. V., Lima, A. G. B. & Souza, F. M. (2011). Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(3), pp. 152-166.
- Andersen RM. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36, p.1-10. Acesso em 24 de março de 2016 Disponível em:
<http://mph.ufl.edu/files/2012/01/session6april2RevisitingBehavioralModel.pdf>
- Ando, N.M., Targa, L.V., Almeida A., Silva, D.H.S., Barros, E.F., Schwalm, F.D., Savassi, L.C.M., Breunig, M., Lima, M.C., Amaral Filho, .R , Horta, T.C.G. (2011) Declaração de Brasília. O conceito de rural e o cuidado à saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 6(19), p. 142-144. Acesso em 26 de março de 2015. Disponível:
http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/3784/1/ARTIGO_Declara%C3%A7%C3%A3oBras%C3%ADliaConceito.pdf
- Arruda-Barbosa, L., Dantas, T. M. & Oliveira, C. C. (2011). Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários, *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24(4), pp. 347-354.
- Assis, M. M. A. & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), p. 2865-2875.

- Ayres, J.R.; Paiva, V. & França Jr., I. (2012). Conceitos e 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.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., França Jr., I., Gravato, N., Lacerda, R., Negra, M. D., Marques, H. H. S., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. C. & Silva, M. H. (2006). Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 96(6), p.1001-1006. Acesso em 11 de abril de 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Ivan_Junior/publication/7323624_Vulnerability_human_rights_and_comprehensive_health_care_needs_of_young_people_living_with_HIVAIDS/links/0046351952b2cd6359000000.pdf
- Ayres, J.R.C.M., Calazans, G. J., Salleti Filho, H.C. & França Jr. I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, G.W.S.C.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M; Drumond Jr., M. & Carvalho, Y.M. organizadores. *Tratado de saúde coletiva*, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 375-417.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003). *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: Czeresnia, D. & Freitas, C.M., organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 117-139.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), p.28-42.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 5(1), p.28-42.

- Ayres, J. R. C. M., França Junior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H.C. (2003). 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.
- Ayres, J. R. C. M; França-Júnior. I.; Calazans, G. J.; Saletti-Filho, H.C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 117-39.
- Azevedo, R. L. W. (2007). “*Aspectos Psicossociais da Sexualidade na Adolescência Associada a Vulnerabilidade ao HIV/Aids.*” Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia. UFPB. João Pessoa.
- Baptista, T. W. F., Machado, C. V. & Lima, L. D. (2009). Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), p. 829-839.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica – (Série E. Legislação em Saúde)*, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília-DF: O Ministério.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Pesquisa nacional registra a evolução do Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde, ano VII.

- Brasil (2005). Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, p. 27 e 140. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 15 de abril de 2016. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Cartilha%20Sus%20e%20os%20Municipios.pdf>
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. II, Seção II, Art. 198. 1988.
- Brumer, A. (2004). Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. *Estudos Feministas*, 12(1), pp: 2005-227.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 36p.
- Bravo, M. I. S. (2006). Política de saúde no Brasil. In A. E. Mota, L., Gomes, M. I. S., Bravo, M., Teixeira, R. M. G. & Marsigilia, & Uchôa, R. *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*.
- Bronzo, C. (2008). Vulnerabilidade, Empoderamento e Proteção Social. Reflexões a partir de experiências latino-americanas. In: *ENANPAD*, XXXII.
- Butto, A. (Org.). *Estatísticas Rurais e a Economia Feminista. Um olhar sobre o trabalho das mulheres*. Brasília, MDA.
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), p. 5-26.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2003). Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R, A., organizadores. *Construção da*

integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO.

- Coelho, M. O., Jorge, M. S. B. & Araújo, M. E. (2009). Acesso por meio do acolhimento na atenção básica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 3(3), p. 440-452.
- Coelho, E. A. C. (2001). Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. *Escola de Enfermagem/USP*. Tese de doutorado, São Paulo.
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS/PB). Disponível em: <http://cosemspb.org/cir/>
- Faria, N. (2009). Economia feminista e agenda de luta das mulheres no meio rural.
- Côrtes, S.V. (2009). Fórum. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Caderno de Saúde Coletiva*, 25, p. 1626–1633.
- Costa, M. M. M. & Nunes, J. B. A. (2014). Políticas públicas de gênero voltadas à mulher do campo: uma caminhada em busca da cidadania. XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. VII Amostra de Trabalho Jurídicos Científicos.
- Costa, A. G. d., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 21(1), 73-79.
- Dias, E. C. (2006). Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro, T. M. M. (organizador). *Saúde do trabalhador rural –RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-27.
- Dias-da-Costa, J. S. (2008). Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), pp. 353-363.

- Dias-da-Costa, J. S., Presser, A. D., Zanolla, A. F., Ferreira, D. G., Perozzo, G., Freitas, I. B. A., Portolan, L. T., Tavares, R. T., Olinto, M. T. A. & Pattussi, M. P. (2008). Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base
- Dourado, D. A. & Elias, P. E. M. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), p. 204-211.
- Duarte, L. S., Pessoto, U. C., Guimarães, R. B, Heimann, L. S., Cavalheiro, J. R., Cortizo, C. T. & Ribeiro, E. A. W. (2015). Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, 24(2), p. 472-485.
- DOI 10.1590/S0104-12902015000200007
- Elias, L. B. & Costa, N. R. A. (2009). Equipe de saúde da família: reconstruindo significados na prática de atenção primária em saúde, *Investigação*, 9(1), pp. 91-99.
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F. & Drago, L. C. (2013). A Atenção secundário em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(especial).
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, H. M. & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 21(2), p. 164-176.
- Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Seidl, H. & Gagno, J. (2014). 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*, 38(n. esp.), pp. 13-33.
- Fonseca, A. F. & Mendonça, M. H. M. (2014). A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde Debate*, 38(n. esp.), pp. 343-357.
- França Júnior, I., Calazans, G. & Zucchi, E. M. (2008). Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), pp: 84-87.

- Gama, C. A. P., Campos, R. T. O. & Ferrer, A. L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia. Fund.*,17(1), p. 69-84.
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, 22(11), p. 2449-2463. Acesso em 26 de março de 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>
- Giovanella, L. L., Costa, L.V., Carvalho, A.I. & Conill, E.M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*, 26(60), p. 37-Gruskin, S. G. & Tarantola, D. (2008). Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS*, 22(2), p. 123-132. Acesso em 13 de abril de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/events/artprevention/gruskin.pdf>
- Giovanella L, Fleury S. (1996). Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.177-198. Acesso em 25 de março de 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5srn/09>
- Glewwe, P. & Kassouf, A. L. (2012). The impact of the Bolsa Escola/Familia conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. *Journal of Development Economics*, 97(2), pp. 505-517. DOI : [10.1016/j.jdeveco.2011.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2011.05.008)
- Henriques, R. L. M., Pinheiros, R. (2004). Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, 3 (1), p. 8.
- Heredia, B.M.A. & Cintrão, R.P. (2006). Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro, *Revista Nera*, 9(8), p. 1-28

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades-Censo 2010. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>
- Jorge, M. S. B, Guimarães, J. M. R., Vieira, L. B., Paiva, F. D. S., Silva, D. R. & Pinto, A. G. A. (2007). Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários. *Revista Baiana saúde pública*, 31(2), pp. 256-206.
- Kageyama, A. (2004). Desenvolvimento Rural: Conceito e Medida. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, 21(3), p. 379-408.
- Kalipeni. E. (2000). Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. *Social Science & Medicine*, 50(2000), p. 965-983. Acesso em 08 de abril de 2016. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Ezekiel_Kalipeni/publication/12600780_Health_and_disease_in_southern_Africa_a_comparative_and_vulnerability_perspective/links/0c96052f8dc36d4943000000.pdf
- Kassouf, A. L. (2005). Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista Econ. Sociol. Rural*, 43(1), pp. 29-44.
- Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), p. 867-874.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Acesso em 15 de abril de 2016. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lima, M. A. S., Silva, J., Freire, F. M. S., Ribeiro, K. C. S. & Pichelli, A. A. W. S. (2014). A influência de crenças masculinas de gênero no cuidado com a saúde. *Gênero e Direito*, 2(2), pp.194-210.

- Lima, A. P. G. (2000). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 16, p. 985-996.
- Louvison, M. C. P., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., Malik, A. M. & Almeida, E. S. (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 42(4).
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G.T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), p. 335-342.
- Maia, A. G. & Buainain, A. M. (2015). O novo mapa da população rural brasileira. *CONFINS – Revista Franco-Brasileira de Geografia*, 25(25). Disponível em: <https://confins.revues.org/10548?lang=pt#tocto1n3> Acesso: 19 de outubro de 2016.
- Maio, M. C. & Lima, N. T. (2009). Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Caderno de Saúde Pública*, 25(7), p. 1611-1613
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; p. 276-300.
- Marsiglia, R. M. G., Silveira, C. & Carneiro Júnior, N. (2005). Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde Sociedade*, 14(2), p. 69-76.
- Martins, J. S., Garcia, J. F. & Passos, A. B. B. (2008). Estratégia Saúde da Família: população participativa, saúde ativa. *Revista Enfermagem Integrada*, 1(1).
- Mendes, L. V., Campos, M. R., Chaves, G. C., Silva, R. M., Freitas, P. S. & Luiza, V. L. (2014). Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Debate*, 38 (especial), pp. 109-123.

- Mendes, E. V. (1999). O Sistema Único de Saúde: Um processo social em construção. In E. V. Mendes, *Uma agenda para saúde* (2a ed., pp. 57-98). São Paulo, SP: Hucitec.
- Morais, E. P., Rodrigues, R. A. P. & Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(2), p. 374-383.
- Moreira, N. C., Ferreira, M. A. M., Lima, A. A. T. F. C. & Ckagnazaroff, I. B. (2012). Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. *Revista de Administração Pública*, 46(2), p. 403-423. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000200004> Acesso: 18 de outubro de 2016.
- Nascimento, E. F. & Gomes, R. (2008). Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), pp. 1556-1564.
- Neri, M. & Soares, W. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 18(Suplemento), p. 77-87.
- Oliveira, E. M. (2015). *Sistema Único de Saúde (SUS): contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Oliveira, M. A. C. & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(esp), p. 158-164.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries*. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8
- Paim, J. S. (2006). Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador, EDUFBA.
- Paiva, V., Pupo, L. R. & Barbosa, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(supl), pp: 109-119.

- Paz, A. A., Santos, B. R. L. & Eidt, O. R (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enfermagem*, 19(3), p. 338-342.
- Pereira, C. (1996). A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira 1985-1989. *Dados*, 39(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006
- Pinheiro, T. F.; Couto, M. T. (2008). Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência Instituto Butantan*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67.
- Pinheiro, R.S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 105-109.
- Portaria Nº 2.488 em outubro de 2011 (2011). Estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acesso em 20 de março de 2016. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Protasio, A. P. L., Silva, P. B., Lima, E.C., Gomes, L. B., Machado, L. S. & Valença, A. M. G. (2014). 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*, 38(esp), pp. 209 - 220.
- Ramos, D. D. & Lima, M. A. D. S. (2003). Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), pp. 27-34.
- Ribeiro, K.C.S. (2012). *Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens.* – Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. João Pessoa, Paraíba.

- Ribeiro, K. C. S. (2010). *“Adolescência e Sexualidade: Vulnerabilidade às DSTs, HIV/Aids e a gravidez em adolescentes paraibanos”*. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Rossaneis, M. A., Haddad, M. C. L., Vannuchi, M. T. O., Sentone, A. D. D. & Gabriel, C. S. (2011). Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Hospital Público de Médio Porte e a Responsabilidade da Atenção Básica. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*, 3(3), pp. 169-74.
- Saito, R. X. S., Lacerda, R. A. & Fracolli, L.A. (2006). Atenção primária: análise de acesso ao primeiro contato em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. *Rev Paul Enferm*, 25(2), p. 74-81
- Sánchez, A. I. M. & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), p. 319-324.
- Saldanha, A.A.W.; Carvalho, E.A.B.; Diniz, R.F; Freitas, E.S.; Félix, S.M.F. & Silva, E.A.A. (2008). Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *DST–J Bras Doenças Sex Transm*; 20(1), p: 36-44.
- Saldanha, A.A.W. (2011). *Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanos Relatório Final*, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Saldanha, A.A.W.S., Silva, J., Tenório, A.T., Lima, M.A.S., Galvão, J.O. & Amorim, G.K. (2012). *Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids*. Relatório Final de Iniciação Científica. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.

- Santos, A. M. D. (2013). Topografia do Brasil profundo: votos, cargos e alinhamentos nos municípios brasileiros. *Opinião Pública*, 9(4), p. 897-908
- Santos, L. & Campos, G. W. S. (2015). SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, 24(2), p. 438-446.
- Santos, L. A. C. (1985). O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 28, p. 193-210.
- Sarreta, F. O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Silva, G. S. N. & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Caderno de Saúde Pública*, 26(5), pp. 961-970.
- Senna, M. C. M., Costa, A. M. & Silva, L. N. (2010). Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*, 16(1), pp. 121-137.
- Silva, N. N. (2000). Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), p:44-49.
- Solla, J. & Chioro, A. (2009). Atenção ambulatorial especializada. In: *Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo* (2009). Coletânea de textos/Secretaria da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública, Salvador.
- Sousa, D. H. A. V., Lima, M. A. S., Vieira, K. F. L. & Saldanha, A. A. W. (2015). Os homens e as práticas de cuidado em saúde. *Gênero e Direito*. pp. 397-415.
- Sousa, M. F. (2008) O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), p. 153-158.
- Souza, E. C. F.(2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 24(Supl.), p. 100-110.

- Souto, K. M. B. (2008). A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Ser Social*, 10(22), p. 161-182.
- Starfield, B. (2004). *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde.
- Starfield, B. (2002) *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO.
- Sucupira, A.C. (2005). O acolhimento como expressão do direito à saúde. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza humaniza SUS. Fortaleza.
- Taddeo, P. S., Gomes, K. W. L., Caprara, A., Gomes, A. M. A., Oliveira, G. C. & Moreira, T. M. M. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas, *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(11), pp. 2923-2930.
- Trad, L. A. B., Bastos, A. C. S., Santana, E. M. & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), pp. 581-589.
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), p. 331-340.
- Travassos, C.& Viacava, F (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais no Brasil: 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), p. 2490-2502.
- Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), p. 190-198.

- Travassos, C, Viacava, F., Fernandes, C. & Almeida, C.M. (2000). Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, 5(1), p. 133-149.
- Unglert, C. V. S. (1990). O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 24(6), p. 445-452.
- Vieira, M. A. & Ferreira, M. A. M. (2015). Análise do processo de trabalho na estratégia saúde da família em relação à operacionalização dos princípios básicos do sus. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, p. 40-58.
- Vieira, E. W. R. (2010). *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
- Vieira, E. W. R. (2010). *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.
- Vieira-da-Silva, L. M.; Hartz, Z. M. A.; Chaves, S. C. L.; Silva, G. A. P. & Paim, J. S. (2007). Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia – Brasil, *Caderno Saúde Pública*, 23, p. 355-370.
- Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(especial), pp. 9-24.

Anexos



Universidade Federal da Paraíba
CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
58059-900 João Pessoa, PB – Brasil



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor / Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre a saúde em cidades rurais e está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

Os objetivos do estudo são analisar o acesso aos serviços de saúde e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda, que essa pesquisa não oferece riscos para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor ou senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O/A pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
Pesquisadora Responsável

Contato com a Pesquisadora Responsável: (83) 3216-7006

.....
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Impressão
dactiloscópica

Cidade:	Pesquisador:	Data:	Código:
---------	--------------	-------	---------

I - ESTILO DE VIDA

1 - O que você faz para se divertir?

2 - Pratica atividade física? (☐) Não (☐) Algumas vezes (☐) Sim – Qual?

3 - Fuma? (☐) Não (☐) Sim

4 - Ingere bebida alcoólica? (☐) Nunca (☐) Algumas vezes (☐) Sempre

5 - Já sofreu algum tipo de violência (☐) Não (☐) Sim - Qual? Por quem? _____

6 - Já sofreu algum tipo de discriminação ou preconceito? (☐) Não (☐) Sim – Qual?

II – Saúde e Qualidade de Vida

7 - O que lhe vem à mente quando eu falo a palavra SAÚDE?

8 - Que coisas poderiam melhorar sua SAÚDE?

9 - Dê uma nota de 0 a 10 para a sua SAÚDE: _____

10 - O que lhe vem à mente quando eu falo a palavra Qualidade De Vida ou *VIDA BOA*?

11 - Que coisas poderiam melhorar sua *VIDA* (Qualidade De Vida)?

III - BUSCA POR ATENDIMENTO

12 - Quando foi a última vez que você procurou um atendimento médico? _____

13 - Você usou um serviço: (☐) público (☐) privado/particular

14 - Qual foi o serviço que você procurou?

15 - Qual o motivo?

16 - Como foi chegar a esse serviço? () fácil () difícil – Motivos?

17 - Locomoção: () caminhando () veículo – Qual?

18 - Qual a maior dificuldade que teve para procurar o atendimento?

19 - Quando você adoece conta com a ajuda ou é acompanhada por alguém para procurar o atendimento médico? Quem?

20 - Está, atualmente, em tratamento para algum problema de saúde? () Não () Sim, qual?

21 - Você já se submeteu a alguma **cirurgia**? () Não () Sim – Qual?

(Em caso negativo, passe para o item 27)

22 - Precisou se deslocar para outra cidade? () Não () Sim – Qual?

23 - Quem a acompanhou?

24 - Como foi chegar a esse serviço? () fácil () difícil – Motivos?

25 - Qual meio de locomoção?

26 - Qual foi a maior dificuldade?

27 – Quais foram seus sentimentos?

28 - Em caso de não procurar um atendimento médico, o que você faz para tratar do problema?

29 - Nos exames mais íntimos você se sentiria constrangido em ser examinado por um profissional de saúde do sexo oposto ao seu? () Não () Sim - Por que?

30 - Você tem **filhos**? () Não () Sim - Quantos?

31 - Quando adoecem quem os acompanha ao médico?

32 - Por quê?

IV - AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

33 - Qual a nota para o atendimento em saúde de sua cidade?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

34 - Na sua cidade tem: () postinho () hospital () médico todos os dias () equipamentos p/exames

35 - O que falta?

Levando em conta a última vez que você foi ao serviço de saúde:

– ORGANIZAÇÃO	NÃO	SIM
36 - Tinham todos os medicamentos que você precisava?		
37 - Tinham todos os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?		
38 - Foram disponibilizados os exames solicitados?		
39 - Tinham os profissionais de saúde adequados ao seu atendimento?		

– VÍNCULO E ATENDIMENTO

40 – Você se sentiu bem recebido pelo profissional de saúde?		
41 – Você sentiu que ele entendeu o que você falou?		
42 – Você entendeu as explicações que o profissional deu?		
43 - O profissional de saúde explicou sobre os medicamentos que passou?		
44 - O profissional do serviço de saúde pediu informações sobre suas condições de vida e de sua família?		
45 - O profissional de saúde deu tempo suficiente para você explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?		
46 - Quando você retornou ao serviço de saúde com os exames, foi examinado pelo mesmo profissional de saúde?		
47 - Você já se sentiu rejeitado pelos profissionais do serviço de saúde?		
48 – Você sente vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde?		

– RESOLUTIVIDADE

49 - Você costuma fazer os exames solicitados?		
50 – Você costuma retornar ao serviço de saúde quando o médico marca?		
51 - Seus problemas são resolvidos no serviço de saúde?		

- PREVENÇÃO

52 - Você já foi convidado a participar de grupos sobre saúde no serviço de saúde?		
53 - Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?		
54 – Já lhe ofereceram o teste de HIV/AIDS?		
55 – É feita distribuição de camisinhas no serviço de saúde?		

56 – De 0 à 10, que nota que você dá para a equipe de saúde?	
57 - De 0 à 10, que nota que você dá para a estrutura do serviço de saúde?	

V - SAÚDE MENTAL

58 – No ultimo ano você passou por alguma coisa estressante (aperreio)? () Não () Sim – O que?

59 - Usa alguma medicação controlada (tarja preta)? () Não () Sim - qual(is)?

Quem receitou?

60 - Você tem alguém na família que sofre com problemas mentais? () Não () Sim – Quem?

61 - Você já se consultou alguma vez com psicólogo? () Não () Sim – Onde?

62 - Quem encaminhou?

63 - Qual o motivo?

64 - Você já se consultou alguma vez com médico psiquiatra? () Não () Sim – Onde?

65 - Quem encaminhou?

66 - Qual o motivo?

SQR	NÃO	SIM
67 - Tem dores de cabeça com frequência?		
68 - Tem falta de apetite?		
69 - Dorme mal?		

70 – Sente medo com facilidade?		
71 - Suas mãos tremem?		
72 - Se sente nervoso, tenso ou preocupado?		
73 – Tem má digestão?		
74 - Não consegue pensar com clareza?		
75 – Tem se sentido triste ultimamente?		
76 - Chora mais que o de costume?		
77 – Não sente satisfação (gostar de) nas suas atividades diárias?		
78 – Tem dificuldade para tomar decisões?		
79 - Tem dificuldade no serviço/trabalho? (seu trabalho causa sofrimento)		
80 – Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
81 – Tem perdido o interesse pelas coisas?		
82 – Sente-se uma pessoa inútil?		
83 – Tem tido ideias de acabar com a vida?		
84 – Sente-se cansado o tempo todo?		
85 - Tem sensações desagradáveis no estômago?		
86 - Fica cansado com facilidade?		

VI - PRÁTICAS SEXUAIS, PREVENTIVAS E VULNERABILIDADE

87 - Quais as primeiras 3 palavras que lhe vem à cabeça quando eu lhe digo a palavra AIDS?

- Em uma escala de 1 a 10, qual a nota que você dá:

88 – ao quanto você se preocupa com a AIDS? 0 -1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

89 – ao quanto você avalia seu risco de pegar AIDS? 0 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

90 - Alguma vez já sentiu que poderia ter sido contaminado com o vírus da AIDS? () Não () Sim

91 – Por que?

92 -Já fez o teste HIV/Aids? () Não () Sim

93 - Qual o motivo (sim/não)?

94 - Com que idade foi sua primeira relação sexual?

95 - Você fez uso de preservativo na primeira relação sexual? () Não () Sim

96 - Você faz uso de camisinha durante as relações sexuais: () Nunca () às vezes () Sempre

97 – Você para de usar camisinha após algum tempo de relacionamento? () Não () Sim, Por que?

98 - **Mulheres:** Você sente dificuldade em pedir para o parceiro(a) usar preservativo?

() Não () Sim - Motivo:

99 - Homens: Alguma vez você já recusou usar preservativo mesmo que sua/seu parceira(o) pedisse?

() Não () Sim - Motivo:

100 - Homens: Você já fez exame de próstata? () Não () Sim - Motivo:

Somente para entrevistadoras mulheres e somente para ser respondidas por mulheres (itens 101 à 113)

101 - Costuma ir ao médico ginecologista (médicos de mulheres)? () Não () Sim - frequência:

102 - Quais exames costuma fazer: () Papanicolau/citológico () Ultrassom () Mamografia () Outros: _____

103 - Já teve alguma complicação relacionada à sua saúde ginecológica/reprodutiva?

() Não () Sim - Qual?

104 - Costuma menstruar regularmente todo mês? () Não () Sim Sente cólicas? () Sim () Não

105 - Você faz uso de algum medicamento ou remédio caseiro para combater essas dores?

() Não () Sim - Qual/Quais?

106 - Indicado por quem?

107 - Sente dores durante a relação sexual? () Não () Sim – Quanto? () Pouco () Médio () Muito

108 - Você faz uso de algum método para não engravidar? () Não () Sim - Qual? _____

109 - (Se tiver filhos) - Realizou pré-natal de todos os seus filhos? () Não () Sim

110 – Em caso negativo, qual motivo?

111 - Já perdeu algum filho ainda na gestação? (aborto) () Não – passe para o item 114 () Sim

112 - Qual o motivo?

113 – Qual atitude do parceiro: () não ficou sabendo () decidiu junto () foi contra () outra:

SOMENTE PARA PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS

VII – Aids na velhice

Instruções: Por favor, diga as primeiras 3 palavras que lhe vierem à cabeça ao ouvir as seguintes palavras:

114 – Idoso: _____

115 – Pessoa Idosa com Aids _____

Você acha que...	NÃO	SIM
116 - Pessoas idosas se contaminam com a Aids?		
117 - A Aids na velhice é como outra doença qualquer?		
118 - O idoso não tem mais relação sexual?		
119 - Os idosos podem pegar AIDS através do sexo?		
120 - É necessário campanhas sobre Aids na Terceira Idade?		
121 - O médico deve sempre solicitar exame de Aids para os idosos?		
122 - O idoso usa camisinha nas relações sexuais?		
123 - O idoso se previne da Aids?		
124 - O idoso tem informação sobre a Aids?		
125 - Existem campanhas sobre Aids na terceira idade?		
126 - É vergonhoso ter Aids na velhice?		
127 - É difícil falar sobre Aids na velhice?		
128 - A sociedade rejeita o idoso com Aids?		
129 - É difícil para a família aceitar o idoso com Aids?		
130 - O idoso com Aids sofre mais preconceito do que o jovem?		
131 - A família geralmente apoia o idoso com Aids?		
132 - É melhor o idoso manter segredo sobre seu diagnóstico de Aids?		

VIII - PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

- Idade? _____ Sexo () masculino () Feminino

-Escolaridade: _____ - Atividade/Profissão: _____

()Empregado ()Desempregado () Aposentado

Seu **emprego** é: () Formal (CLT) () Informal () Autônomo

- Renda Mensal : _____

- Você recebe algum benefício do governo como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez? () Não () Sim

- qual? _____

- **Estado civil?** () Casado/Mora junto () Solteiro () Separado/Divorciado () Viúvo

() _____

- **Religião:** () Católica () Evangélica () Espírita () Outra:

- Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera **religioso**?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

- Como você se define em relação a sua sexualidade?

() Heterossexual () Homossexual () Bissexual



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
JOÃO PESSOA - UNIPÊ/PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES EM SAÚDE: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES DE PESSOAS RESIDENTES EM CIDADES

Pesquisador: Josevânia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18083113.1.0000.5176

Instituição Proponente: Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 316.559

Data da Relatoria: 21/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, cujo design quantitativo e qualitativo possibilitará a determinação da prevalência de comportamentos de risco à saúde, bem como análise das vulnerabilidades das mulheres residentes em cidades rurais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as vulnerabilidades e a necessidade de saúde de mulheres residentes em cidades rurais, identificando a forma e as repercussões da inserção social a partir do relato de experiências vividas.

Objetivos Secundários:

Identificar: o estilo de vida das pessoas residentes em cidade rural (cotidiano doméstico, trabalho e lazer); os determinantes de vulnerabilidade individual em termos de recursos pessoais (conhecimento, escolaridade, acesso à informação e rede de apoio social-afetivo-sexuais, familiares e amigos) e intersubjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes); os determinantes de vulnerabilidade social (relações de gênero, processos de Estigmatização, discriminação, participação social, acesso a educação, cultura, educação, prevenção); os determinantes de vulnerabilidade programática (disponibilidade e acesso ao serviço de saúde, promoção da saúde,

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22

Bairro: Caixa Postal 318

CEP: 58.053-000

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4811

Fax: (83)2106-9368

E-mail: cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

ações de prevenção, disponibilidade de meios e recursos, deslocamento, medicamentos, exames). Analisar: a qualidade dos serviços de saúde a partir da concepção dos participantes; a forma como os participantes resolvem os problemas da saúde; os perfis de vulnerabilidade aos agravos em saúde nas cidades rurais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios descritos neste projeto estão coerentes com a proposta do estudo e com as orientações da Resolução 196/96.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, visa mapear o estado da PB acerca da vulnerabilidade feminina ao HIV Aids.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados em anexos estão em consonância com o protocolo do CEP, onde foram anexados no relatório de pesquisa- Platbr:

Folha de rosto;

Projeto;

TCLE;

Instrumento;

Termo de compromisso do pesquisador.

Recomendações:

Recomendamos:

-Informar toda e qualquer alteração vinculada ao projeto a esse comitê, sob pena da não aprovação final do projeto de pesquisa.

-Na presença do TCLE com mais de uma folha, tanto o pesquisador quanto o voluntário deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o projeto apresenta sem pendências e está coerente cientificamente, o mesmo pode ser executado no formato em que se encontra.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22
Bairro: Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer é PROVISÓRIO, para fins de execução da referida pesquisa, ficando na responsabilidade dos pesquisadores, enviar ao CEP o RELATÓRIO FINAL de conclusão da pesquisa, ocasião esta, que será emitido parecer DEFINITIVO, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução 196/96 do CNS.

JOAO PESSOA, 26 de Junho de 2013

Assinador por:
ANDREA CARLA BRANDAO DA COSTA SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22
Bairro: Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br

Página 03 de 03