

**ACESSIBILIDADE AS CONSULTAS EXTERNAS DO CENTRO ORTOPÉDICO E DE REABILITAÇÃO
POLIVALENTE DR. ANTÓNIO AGOSTINHO NETO, NO PERÍODO DE JULHO DE 2023**
**ACCESSIBILITY TO OUTPATIENT CONSULTATIONS AT THE DR. ANTÓNIO AGOSTINHO NETO
MULTIPURPOSE ORTHOPAEDIC AND REHABILITATION CENTRE, IN JULY 2023**

ISSN: 2595-8704. DOI: 10.29327/2323543.27.1-19

Lourenço Abel Almeida José ¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aumento da procura de consulta medicas pela população servida no sistema de saúde pública pode ser atribuído a vários factores: a cobertura universal e o financiamento publico que caracteriza os sistemas nacionais de saúde. Alguns destes factores têm pressionado as consultas externas dos hospitais públicos. **OBJETIVOS:** Objectivo principal deste estudo é de avaliar a acessibilidade aos serviços de consultas externas do Centro Ortopédico e de Reabilitação polivalente Dr. António Agostinho Neto (CORPAAN) no período de Julho de 2023. **METODOLOGIA:** Trata se de um estudo observacional descritivo prolectivo. Usamos variáveis demográficos ; variáveis dependentes e variáveis independentes do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Concluimos que que existe acesso em alguns serviços de saúde no centro ortopédico; dos 85 utentes que participaram no estudo, a maior percentagem foi encontrada na faixa etária entre 18 a 29 anos com 32.9%, seguido das faixas etárias dos 30 aos 39 com 24.7% e com menor percentagem a de 60 anos ou mais com 9.4%. O maior de tempo de marcação de consulta foi de 4 semanas com 56.5%. e para remarcar a consulta o tempo é de 3 semanas com 53%.

PALAVRAS CHAVE: acesso, acessibilidade, saúde, consultas externas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The increase in the demand for medical consultations by the population served by the public health system can be attributed to several factors: universal coverage and public funding that characterizes national health systems. Some of these factors have put pressure on outpatient consultations in public hospitals.. **OBJECTIVES:** The main objective of this study is to evaluate the accessibility to outpatient consultation services of the Dr. António Agostinho Neto Multipurpose Orthopaedic and Rehabilitation Centre (CORPAAN) in the period of July 2023. **METHODOLOGY:** This is a descriptive observational study. We use demographic variables (; Dependent variables and Independent variables of studt. **FINAL CONSIDERATIONS:** We conclude that there is access to some health services in the orthopedic center; Of the 85 users who participated in the study, the highest percentage was found in the age group between 18 and 29 years old with 32.9%, followed by the age groups from 30 to 39 years old with 24.7% and with the lowest percentage in those aged 60 years and over with 9.4%. The longest time to make an appointment was 4 weeks at 56.5%. and to reschedule the appointment the time is 3 weeks with 53%.necessary to discuss its difficulties and practical strategies, so that we can overcome them and make it an activity capable of conferring autonomy to nurses and quality in assistance.

KEYWORDS: access, accessibility, health, outpatient consultations.

¹ Doutorando em Ciências de Reabilitação, Universidade de Aveiro | Portugal, Mestre em Saúde Pública pela UAN, pós graduado em Administração Pública pela UAN, graduado em Odontologia e enfermagem, Docente na UPRA e ISPNM, escritor e funcionário do CORPAAN/MINSA. **E-MAIL:** joselojose828@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconómica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos. (OMS, 2013)

O direito a saúde é um direito universal, onde se intersecciona e inter-existem vários outros como a dignidade e individualidade da vida humana. (PAULA, 2012).

O Estado Angolano, garante a assistência médica e sanitária. O mesmo promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho (Constituição da República de Angola, artigo 77, 2010).

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto (TRAVESSO e MARTINS, 2004)

A consulta externa é um serviço onde são praticados actos de assistência médica em ambulatório, por um médico ou por uma equipa de profissionais. A consulta externa abrange a marcação, observação clínica, o diagnóstico, a prescrição terapêutica, o aconselhamento ou a verificação da evolução do estudo de saúde de um utente que não exija internamento hospitalar e obriga sempre a um registo clínico e administrativo (LOUZADA, 2012).

O aumento da procura de consulta de especialidade pela população servida no sistema de saúde pública pode ser atribuído a vários factores: a cobertura universal e o

financiamento público que caracteriza os sistemas nacionais de saúde, envelhecimento da população e aumento morbidade para doenças inoficiosas, crónicas e degenerativas, aumentando a informação disponível e as expectativas sociais sobre o poder do sistema de saúde e falta de coordenação e organização entre os níveis de atenção (GRANJA et al, 2004).

O acesso da população à rede deve ocorrer através de uma porta de entrada, ou seja, para que aconteçam as acções de saúde é necessário o estabelecimento de um primeiro contacto entre usuário e profissionais de saúde. Esse encontro deve ocorrer, principalmente, na atenção básica à saúde, tornando-se uma das principais portas para a assistência à saúde. Tal arranjo é apontado como caminho para a consolidação do SUS e tem sido apoiado e influenciado pela Organização Mundial da Saúde. De certa forma, esta realidade é determinante para a organização do SUS, mas para que ocorra, há que se garantir acessibilidade e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2008).

A acessibilidade está directamente relacionada: às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir. A acessibilidade extrapola, portanto, a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto económico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade do usuário em buscar o serviço de saúde (SILVA, 2011).

A acessibilidade, ou o acesso às acções e serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes principais da qualidade da atenção (DONABEDIAN, 1990 apud OLIVEIRA, 2010).

O mesmo autor, considera além da acessibilidade mais 6 (seis) eixos a ter em conta na avaliação da qualidade em saúde, a saber:

a) Eficácia

- b) Efectividade
- c) Eficiência
- d) Optimização
- e) Aceitabilidade
- f) Legitimidade
- h) equidade

Campbell (1995) citado por Bastos (2014), afirma que o motivo pelo qual uma pessoa utiliza os serviços de saúde e, particularmente, procura uma consulta com um médico, surge da combinação entre factores sociais, físicos e psicológicos. A utilização de serviços e a cobertura alcançada reflectem, não apenas a morbilidade, mas também a disponibilidade de serviços, a propensão a utilizá-los e a necessidade em saúde percebida pela pessoa ou derivada do próprio sistema de saúde.

OBJETIVOS

GERAL

Avaliar a acessibilidade aos serviços de consultas externas do Centro Ortopédico e de Reabilitação polivalente Dr. António Agostinho Neto no período de Julho de 2023.

ESPECÍFICOS

- Identificar as actividades dos serviços das consultas externas
- Caracterizar a estrutura física onde se realizam consultas externas do Centro.
- Analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vividas por utentes nas consultas externas.
- Conhecer a percepção dos usuários sobre os factores que dificultam a acessibilidade as consultas externas.

- Avaliar a qualidade global dos serviços prestados nas consultas externas

METODOLOGIA

Trata se de um estudo observacional **descritivo prolectivo**.

VARIÁVEIS

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICOS

- Idade
- Sexo ou género
- Residência/proveniência
- Grau académico
- Ocupação/profissão

VARIÁVEIS DEPENDENTES

- Acesso a consulta externa
- O grau de satisfação dos serviços

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Hora que chega ao hospital e do atendimento
- Marcação da reconsulta
- Tempo de espera da consulta marcada
- Tempo de espera para acesso ao gabinete médico
- Duração da consulta

POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo foi realizado num universo de 110 utentes (**N-110**) com uma amostra de n=85 que aderirem as consultas externas

TIPO DE AMOSTRAGEM

A técnica de amostragem foi **probabilística**. Amostra **aleatória** simples ou ao Acaso Simples:

RESULTADOS

TABELA Nº 1- Frequência, Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos factores socioeconómicos, demográficos em relação aos motivos da utilização serviços (n=85).

UTILIZAÇÃO POR TODOS MOTIVOS

Variáveis	Consulta externa	Fisioterapia	OR	IC (95%)
Sexo				
Masculino	11	26	0,59	0,18 - 1,53
Feminino	20	28	0,93	
Faixa etária				
18 a 39	27	29	0,98	0,11 - 1,66
40 a 59	4	17		
≥ 60	0	8		
Anos de Escolaridade				
1 a 4	12	22	0,83	0,24 - 1,59
5 a 9	14	26		
≥ 10	4	6		
Religião				
Católica	17	32	0,06	0,32 - 1,47
Evangélica	5	16		
Outras	9	6		
Estado civil				
Solteiro	30 (35%)	43 (51%)	3,30	0,01 - 0,52
Casado	11 (13%)	1 (1%)		
Ocupação				
Estudante	17	4		
Trabalhador	34	12		
Reformado	0	8		
Desempregado	2	8		
Renda mensal				
Sem rendimentos	20	25	2,5	1,18 - 5,73
35.000.00 a 55.000.00	2	3		
56.000.00 a 75.000.00	5	6		
76.000.00 a 99.000.00	1	14		0,32 - 5,53
≥ 100.000.00	3	12		
Proveniência				
Viana	20	30	1,45	0,62 - 2,43
Cacuaco	6	14		
Luanda	4	4		
Belas	1	4		
Outros	0	2		

TABELA 2- Frequência absoluta e relativa da condição segundo a procura dos serviços dos utentes nos serviço de consulta externa.

VARIÁVEIS	CATEGORIA	Nº	%
Vezes que procurou os serviços do centro ortopédico de Viana	Uma	27	31.8
	Duas	39	45.9
	Três	12	14.1
	Quatro ou mais	7	8.2
Tempo de deslocação para o Centro	Ate 2 horas	35	41.2
	Mais de 2 horas	50	58.8
Motivo principal da utilização dos serviços do Centro	Consultas externas	31	36.5
	Fisioterapia*	54	63.5
	Ortoprotesia	0	
	Administração	0	
	Farmácia Laboratório	0	
Outros serviços de saúde que usam ou procura	Medicação caseira	12	14.1
	Automedicação	21	24.7
	Curandeiros	0	
Costuma procurar serviços de saúde sempre que estiver doente	Sim	95	100
	Não		
Sugestão para uma boa qualidade no atendimento	Capacitação e treinamento do pessoal	38	44.7
	Aumento salarial	16	18.8
	Aumento do nº de pessoal	31	36.5

TABELA Nº3: Tempo de espera da marcação da consulta dos utentes nos serviço.

TEMPO DE ESPERA	FREQUÊNCIA	%
1 Semana	0	0
2 Semana	9	10.6
3 Semanas	15	17
4 Semanas	48	56.5
≥ 5 Semanas	13	15.3
Total	85	100

Tabela nº4- Tempo de espera para o acesso ao gabinete médico dos utentes nos serviço de consulta externa.

TEMPO DE ESPERA	FREQUÊNCIA	%
1 -2 horas	20	23
3-4 horas	54	64
≥ 5 horas	11	13
Total	85	100

Tabela nº5- Tempo de duração da consulta dos utentes nos serviço de consulta externa.

DURAÇÃO DA CONSULTA	FREQUÊNCIA	%
30 minutos	15	18
1 horas	62	73
≥ 2 horas	8	9
Total	85	100

Tabela nº6- Tempo para remarcar a consulta dos utentes nos serviço de consulta externa

TEMPO PARA REMARCAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
1 semana	0	0
2 Semana	1	1
3 Semanas	45	53
4 Semanas	32	38
≥ 5 Semanas	7	8
Total	85	100

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à caracterização da amostra, verificou-se que o género feminino está mais representado (56.5%). Uma vez que a amostra reflecte necessariamente a utilização das consultas externas do CORPAAN, este resultado indica que durante o período em estudo, o serviço foi mais frequentado por mulheres.

Estes resultados, apesar de não serem representativos da população em estudo, coincidem com as características da população Angolana (onde as mulheres representam 52% do total da população residente no país e os homens 48%), sendo que o índice de masculinidade a nível nacional é de 94, isto é, em Angola existem 94 homens para cada 100 mulheres, o que significa que a população de Angola é constituída maioritariamente por mulheres. (Instituto Nacional Estatística - 2014).

Esta relação entre género e consultas médicas, favorável às mulheres, é também descrita por outros estudos (FARMER, 2006; KASSOUF, 2005; PARKERSON et al., 1995; PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Este resultado pode, em parte, ser explicado pelo fato de mulheres visitarem com mais frequência os serviços para atendimentos preventivos que os homens (VERBRUGGE, 1989).

Outra possível explicação são as diferenças de género na saúde em áreas rurais, nas quais as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos que os homens (KASSOUF, 2005; PINHEIRO et al., 2002), apesar de que, nesta população estudada nenhuma das

condições de saúde foi estatisticamente associada ao género.

O grupo etário mais representado na amostra é o dos utentes com idades compreendidas entre 18 a 29 anos (32.9%) seguido das faixas etárias dos 30 aos 39 (24.7%) e com menor percentagem ficou de 60 anos ou mais idade (9.4%). Esses dados convergem com os do Censo de 2014, que afirmam a população angolana é jovem.

Em geral, os estudos mostram que indivíduos com idades mais avançadas apresentam maiores taxas de consultas (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BARATA et al., 2007). Em relação à escolaridade, os resultados na literatura são controversos. Alguns estudos apontam sua relação com o acesso a consultas (COSTA; FACCHINI, 1997; MENDONZA-SASSI et al., 2003), porém outros, não evidenciam tal relação (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Mendonza-Sassi e Béria (2001) afirmaram, em revisão sistemática, que a educação teve um efeito positivo consistente apenas quando se tratava de consultas preventivas.

O hábito de procurar ou não serviços de saúde em casos de necessidades podem estar relacionado tanto aos factores culturais quanto às dificuldades para o acesso aos serviços. Neste contexto, Campbell et al. (2006) afirmam que as barreiras percebidas para acessar os serviços de saúde podem afetar as decisões de procura por cuidados e diante dessas barreiras, alguns indivíduos desenvolvem alternativas para contorná-las.

Neste estudo, a população revelou como práticas comuns em casos de problemas de saúde o uso de medicação caseira e da automedicação.

A preferência por cuidados tradicionais, de acordo com O'Donnell (2007), deriva de atitudes enraizadas que reflectem normas culturais e sociais de uma comunidade, que são influenciadas pelo ambiente socioeconómico.

Especificamente em áreas rurais o uso de remédios caseiros está relacionado tanto ao comportamento e tradições de seus residentes quanto

ao menor acesso aos cuidados de saúde (ARCURY et al., 2004)

Este estudo divergem ao descrito por outros estudos, como o desenvolvido por Arcury et al. (2005) em uma área rural dos Estados Unidos da América (EUA), onde o consumo de remédios caseiros chegou a 45,7% da população adulta e foi maior que a automedicação.

De acordo com Queiroz (1993) citado por Viera (2010) a razão da persistência do uso destes medicamentos caseiros, até certo ponto, complementa os vazios deixados pela medicina oficial, como por exemplo, os mal-estares e indisposições consideradas não graves, ou algumas doenças para as quais os médicos de postos de saúde em geral, deixam de medicar, principalmente porque não existem meios de cura simples disponíveis.

Segundo Paulo e Zanine (1988) citado por Viera (2010), a automedicação é caracterizada fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas.

Para Arrais et al. (1997) citado por Viera (2010) a automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido.

Quanto a duração do tempo de deslocação fizemos a seguinte análise:

A deficiência em relação a meios de transporte é outro factor que pode inibir a utilização de serviços de saúde em áreas rurais (ARCURY et al., 2005; RAMOS; LIMA, 2003). Confirmando a importância do transporte colectivo ou público na utilização de serviços de saúde em áreas rurais, conforme afirma Arcury et al. (2005).

A tabela 8, demonstra que dos 85 utentes estudados, 87.1% conhece os serviços oferecidos no CORRPV, 53% relatam o atendimento oferecido na instituição como BOM, 63.5% afirmam não ter

enfrentado dificuldades durante o atendimento, 67.1% confirmam que não obter medicamento da instituição, 74.1% afirmam não realizar exames laboratoriais no centro, 21.8% realizam a Gota Espessa.

Neste estudo, confirmando resultados de outros estudos (ZIPKIN et al., 1984), as pessoas, em geral, expressaram satisfação como o serviço de saúde utilizado, apesar da carência de disponibilidade de serviços e de profissionais.

Entretanto, segundo estes mesmos autores, a escassez de médicos e de medicina de grupo leva a uma prestação e utilização de cuidados instáveis e a dificuldades para se avaliar a satisfação dos usuários.

A tabela 4 mostra-nos a distribuição dos utentes de acordo com tempo de espera para o acesso ao gabinete médico. O maior de tempo de espera foi de 3 a 4 horas com 64%, seguido o tempo de espera de 1 a 2 horas com 23% e por ultimo ficou o tempo de espera de 5 ou mais horas com 13%.

De uma forma global, a equidade no acesso aos cuidados de saúde requer igual tratamento para igual necessidade (Simões, Paquete e Araújo, 2008), ou seja, indivíduos com igual necessidade deveriam ter uma utilização semelhante dos cuidados de saúde (Bago D'Uva, 2010) – o que corresponde à perspectiva de equidade horizontal.

A valorização do tempo de espera e a sua associação a uma perda de utilidade fazem com que um dos efeitos do tempo de espera seja a redução da procura e consequente redução da utilização dos cuidados de saúde (Cauley, 1987, citado por Ferreira, 2012)

A tabela 5 mostra-nos a distribuição dos utentes de acordo com tempo de duração da consulta, a mesma revela que o maior de tempo de duração da consulta foi de 1 hora com 73%, seguido o tempo de duração de 30 minutos com 18% e por ultimo ficou o tempo de duração de 2 ou mais horas com 9%.

As organizações de saúde são sistemas abertos, constituídos por elementos que se relacionam

dinamicamente, interagindo para a obtenção de um objetivo – a prestação de cuidados de saúde.

Contudo, apesar de serem sistemas abertos, existem barreiras ao seu acesso, as quais podem funcionar como dificuldade ou como uma forma de racionar o acesso a recursos disponíveis limitados (Chiavenato, 1992, citado por Frederico, 2000).

No caso da saúde, nem sempre o preço é um mecanismo de equilíbrio, pois existem outras variáveis económicas, como o tempo (Barros, 2009), que permitem racionar o acesso aos cuidados (Barros, 2009, pp. 96).

A tabela 6 mostra-nos a distribuição dos utentes de acordo com tempo de remarcar a consulta, a mesma revela que o maior de tempo de remarcar a consulta é de 3 semanas com 53%, seguido o tempo de remarcar a consulta de 4 semanas com 38% e por ultimo o tempo de remarcar de 1 semana com 1%.

O tempo de espera ou a existência de listas de espera são então uma forma de racionamento da procura de cuidados de saúde, em alternativa ao preço, existindo essencialmente em sistemas públicos de saúde, onde o preço é praticamente nulo no momento do consumo dos cuidados (Barros, 2009).

Este instrumento de racionamento é considerado mais equitativo do que o racionamento baseado no preço monetário, porque não pretende restringir o acesso com base em características socioeconómicas (Bago D'Uva, 2010).

Contudo, apesar de ser um racionamento mais equitativo, o tempo de espera pode gerar custos potenciais para o utente, conforme já referido anteriormente neste trabalho, pois um acesso tardio aos cuidados de saúde pode afectar negativamente os resultados em saúde, pelo atraso no diagnóstico e no próprio tratamento, trazendo danos pessoais para os indivíduos, como a degradação do seu estado de saúde e a existência de ansiedade associada à incerteza de todo o processo de decisão.

Para além destes efeitos negativos, o tempo de espera pode gerar um custo de oportunidade, podendo

significar uma perda de rendimento ou de produtividade para o indivíduo. Assumindo este tempo como um custo, a procura de cuidados de saúde, por parte destes indivíduos, diminui (Ferreira, 2012).

Do ponto de vista económico, e dado que estes tempos de espera trazem custos para os indivíduos, é desejada uma gestão adequada das listas de espera, de forma a reduzir os

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados acima discutidos podemos estabelecer as seguintes conclusões:

Que existe acesso em alguns serviços de saúde no centro ortopédico regional de reabilitação polivalente de viana. Dos 85 utentes que participaram no estudo, a maior percentagem foi encontrada na faixa etária entre 18 a 29 anos com 32.9%, seguido das faixas etárias dos 30 aos 39 com 24.7% e com menor percentagem a de 60 anos ou mais com 9.4%. 56.5% dos participantes no estudo eram feminino e 43.5% eram do género masculino. Acordo com o local de proveniência, houve maior afluência as consultas externas do , moradores do município de Viana com (60%), seguido o município de Luanda com (24.7%), Cacuaco (9.4%) belas (4.7%) e outros com 1.2%. 37.6% tinham 5 a 9 anos de escolaridade, 54.1% eram Católicos, 81.2% representava o estado civil de solteiro, 24.7% eram estudantes e 48.2% não tinham renda mensal. O maior de tempo de marcação de consulta foi de 3 semanas com 56.5%, seguido o tempo de 4 semanas com 17.6% e por ultimo ficou o tempo de marcação de consulta 1 semana com 10.6%. O maior de tempo de espera foi de 3 a 4 horas com 64%, seguido o tempo de espera de 1 a 2 horas com 23% e por ultimo ficou o tempo de espera de 5 ou mais horas com 13%. O maior de tempo de duração da consulta foi de 1 hora com 73%, seguido o tempo de duração de 30 minutos com 18% e por ultimo ficou o tempo de duração de 2 ou mais horas com 9%. O maior de tempo de remarcar a consulta é de 2 semanas com

53%, seguido o tempo de remarcar a consulta de 3 semanas com 38% e por ultimo o tempo de remarcar de 1 semana com 1%.

REFERÊNCIAS

ARCURY, T. A.; QUANDT, S. A.; BELL, R. A.; VITOLINS, M. Z. **Complementary and alternative medicine use among rural older adults.** Complementary Health Practice Review, v. 7, p. 167-186, 2002.

ALMEIDA, F. M.; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V; SILVA, Z. P. **Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde,** PNAD/1998, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

CAMPBELL SM, Roland MO apud Lora (2004). **Why do people consult the doctor?** Fam Pract. 1996

CHÍNDIA, Emílio Domingos, **estudo exploratório sobre satisfação dos usuários de consultas externas do Hospital Josina Machel,** rio de Janeiro, 2012.

CASSIANI, S.H.D, **Estratégia para o acesso universal á saúde e cobertura universal de saúde e contribuiçãp das redes internacionais de enfermagem.** Rev. Latino- Am. Enfermagem. Vol.22 nº 6 Ribeirão Preto Nov/Dez 2014
Constituição da República de Angola, 2010.

DIAS-DA-COSTA JS, et al. **Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo,** Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. Cad Saude Publica. 2011

FARMER, J.; IVERSEN, L.; CAMPBELL, N. C.; GUEST, C.; CHESSON, R.; DEANS, G.; McDONALD, J. **Rural/Urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care.** Health & Place, v. 12, n. 2, p. 210-221, June, 2006.

VERBRUGGE, L. M. **The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality.** Journal of Health and Social Behaviour, v. 30, p. 282-304, 1989

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. **Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-43, 2006.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. **Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-9, 1997.