

# MÓDULO 7 • UNIDADE 3

## SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA: PLANEJANDO AÇÕES EM SAÚDE



MÓDULO 7 • UNIDADE 3

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

PLANEJANDO AÇÕES EM SAÚDE

São Luís  
2014

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**Reitor** – Natalino Salgado Filho

**Vice-Reitor** – Antonio José Silva Oliveira

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação** – Fernando de Carvalho Silva

## **CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

**Diretora** – Nair Portela Silva Coutinho

### **COMITÊ GESTOR - UNA-SUS/UFMA**

COORDENAÇÃO GERAL

**Ana Emília Figueiredo de Oliveira**

COORDENAÇÃO ADJUNTA

**Eurides Florindo Castro Jr.**

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO PEDAGÓGICO

**Deborah Baesse**

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

**Rômulo Martins França**

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

**Fátima Gatinho**

COORDENAÇÃO INTERINSTITUCIONAL DO CURSO

**Maria do Carmo Lacerda Barbosa**

COORDENAÇÃO DE DESIGN INSTRUCIONAL

**Paola Trindade Garcia**

COORDENAÇÃO DE DESIGN

**Hudson Francisco de A. C. Santos**

COORDENAÇÃO DE JORNALISMO

**João Carlos Raposo Moreira**

COORDENAÇÃO DE RECURSOS AUDIOVISUAIS

**Roberta Azzolini**

COORDENAÇÃO DE AVA E PRODUÇÃO

**Francisco Gregório Almeida Silva**

SECRETARIA-GERAL DO MAIS MÉDICOS

**Rosângela Almeida**

SUPERVISÃO DE TUTORIA

**Maiara Monteiro Marques Leite**

**Vanessa Maria Belo**

## Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde  
**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**  
**Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**  
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660  
**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

### NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva  
CRB 13ª Região nº de Registro – 453

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

### REVISÃO TÉCNICA

Cláudio Vanucci Silva de Freitas e Judith Rafaelle Oliveira Pinho

### PROJETO GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

### ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

## Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adulto e a Saúde da Família: planejando ações em saúde/  
Paola Trindade Garcia; Wanessa Cristina Filgueiras Fonsêca (Org.). - São  
Luís, 2014.

20f. : il.

1. Saúde do adulto. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas.  
4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith  
Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.9-053.8

## APRESENTAÇÃO

O objetivo deste texto é descrever o papel da equipe de Saúde da Família na organização e planejamento das ações de saúde do adulto.

Nesta unidade abordaremos aspectos importantes para o planejamento e organização das ações de saúde do adulto, a fim de contribuir para a qualificação da atenção à saúde da população adulta.

Desejamos que essas informações sejam norteadoras da implementação de atividades relacionadas ao cuidado integral ao adulto pela sua equipe.

Bons estudos!

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Unidade 3 .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA A SAÚDE DO ADULTO .....</b>                      | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Território .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1.2 Programação e planejamento.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2 A PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO ADULTO: ACOLHIMENTO, PROTOCOLOS E HUMANIZAÇÃO .....</b> | <b>11</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>17</b> |

# UNIDADE 3

## 1 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA A SAÚDE DO ADULTO

Apesar dos inegáveis avanços na organização da Atenção Básica ocorrida no Brasil na última década, sabe-se que ainda persistem vários problemas referentes à gestão e organização dos serviços de saúde que dificultam a efetiva realização das atividades desse nível de atenção, o que compromete a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008).

O que se espera é qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade. Para tanto, é fundamental que os processos de trabalho sejam planejados e organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade.

No que tange a saúde do adulto, destacam-se as doenças crônicas como agravos mais prevalentes e que se constituem em grande desafio para as equipes, devido suas características multifatoriais em que coexiste a associação de determinantes biológicos e socioculturais. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem investido em ações que visam qualificar o cuidado integral às doenças crônicas, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento destas e de suas complicações, o tratamento e a recuperação, destacando-se a organização desse atendimento em rede de atenção (BRASIL, 2014).

Para a organização do processo de trabalho alcançar a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é necessário ocorrer ações de planejamento para toda e qualquer atividade a ser realizada. É preciso ainda compreender que esse é um processo constituído a partir de diversos atores e que é preciso trabalhar em uma perspectiva de rede, descentralizada e poliárquica, conforme ilustra a figura abaixo.

Figura 1 - Organização poliárquica da rede.



Fonte: MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

A organização dos serviços e recursos em redes melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

## ATENÇÃO:

Um dos sentidos atribuídos ao princípio da integralidade na construção do SUS refere-se ao cuidado de pessoas, grupos e coletividades, percebendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inserem (NIETSCHKE, 2000 apud BRASIL, 2008).

## 1.1 Território

O primeiro passo para se qualificar a atenção a partir dos problemas locais é o conhecimento do território de atuação das equipes.

Conhecer o território de atuação, em todos os seus aspectos é base do trabalho das equipes de Saúde da Família - ESF e é indispensável para o planejamento. O mapeamento do território de atuação, conforme a lógica das relações de vida e acesso aos serviços de saúde, é considerado fundamental por permitir a identificação de prioridades a partir das necessidades locais, o que refletirá na definição de ações mais adequadas para enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2008).

Integrar implica discutir ações a partir da realidade local, aprender a olhar o território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população (BRASIL, 2008).

## 1.2 Programação e planejamento

Uma vez identificadas as prioridades locais, é necessária a realização da programação e planejamento da equipe.

A programação, tida como uma etapa das ações que envolvem o planejamento, deverá propor intervenções de saúde a fim de considerar todas as particularidades locais: sociais, econômicas, modo de vida, organização populacional etc. Um bom começo para busca dessas informações são os Sistemas de Informações de Saúde, já que permitem subsidiar o planejamento das ações e a tomada de decisão a partir das informações neles contidas.

Na programação, inclusive, é fundamental o uso de protocolos assistenciais que prevejam ações para promover, prevenir, recuperar e reabilitar, voltadas aos problemas mais frequentes da população. Esses protocolos devem indicar a continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização (BRASIL, 2008).

Além disso, a intersetorialidade é uma estratégia de grande importância na busca da integralidade da atenção, assim como garantir a constituição de canais e espaços que promovam a efetiva participação da população e o controle social (BRASIL, 2008).

Seguem sugestões de algumas estratégias que podem ser utilizadas nas ações de saúde do adulto:

**Atividades de grupo para a população adulta:** grupos de promoção à saúde para portadores de HAS e DM, grupo de atividade física, grupo de saúde mental, grupo de trabalhos manuais, grupo de tabagismo e grupo de reabilitação;

**Atividades de sala de espera:** é um espaço que possibilita práticas pontuais de educação em saúde e troca de informações;

**Visita domiciliar:** priorizar portadores de doenças crônicas com limitação física, egressos de hospital com condição incapacitante, usuários em fase terminal, portadores de doença mental com limitação de acesso à UBS, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do Siab/Sisab ou de doenças de notificação compulsória.

É importante conhecer as metas pactuadas em seu estado e município relativas à Saúde do Adulto, as ações programáticas de atenção básica ampliada e identificar a necessidade da articulação entre a organização do serviço local com as metas e ações programáticas da atenção básica ampliada em Saúde do Adulto. Além disso, não se esqueça que a programação objetiva atender as necessidades da população!

## 2 A PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO ADULTO: ACOLHIMENTO, PROTOCOLOS E HUMANIZAÇÃO

A situação de saúde no Brasil, provocada pela transição demográfica e epidemiológica, exige que o sistema de saúde brasileiro responda pela “tripla carga de doenças” (FRENK, 2006). Esta é assim representada por Brasil (2014):

- 1) Presença das doenças infecciosas e parasitárias: dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose;
- 2) Aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco (fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação);
- 3) Aumento da violência e morbimortalidade por causas externas (BRASIL, 2014).

Diante disso, percebe-se que a Saúde do Adulto possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde e nas ações das equipes da ESF, nas quais uma parte significativa da população adulta é tomada como objeto de políticas específicas, como da saúde da mulher, saúde do idoso ou saúde mental, e outra parcela é contemplada no bojo das ações das equipes para outros eixos estratégicos.

Com o intuito de contribuir para a organização e planejamento das ações de saúde do adulto, apresentamos alguns aspectos importantes que orientam a implementação das atividades (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014):

- **Programar as consultas:** as consultas costumam ser divididas em consultas programáveis (por motivos previsíveis) e consultas do dia (motivos imprevisíveis). Dessa forma, a equipe de Atenção Básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. Esses parâmetros, quando refletidos nas agendas e nas práticas assistenciais das

equipes, estão relacionados ao melhor acesso da população aos recursos e aos serviços das unidades básicas.

### **IMPORTANTE!**

Entende-se por **cuidado continuado/programado** aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de Atenção Básica. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

“**Demanda espontânea**” refere-se aos atendimentos não programados na Unidade Básica de Saúde. Representa uma necessidade momentânea do usuário, podendo ser uma informação, uma condição aguda, a agudização de uma condição crônica, uma urgência ou uma emergência.

Quadro 1 - Os quatro tipos básicos de consultas/encontros entre pacientes e equipes de saúde.

|                     | <b>Necessidade clínica/assistencial</b>   | <b>Necessidade administrativa</b>   |
|---------------------|---|---|
| Motivo previsível   | Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas;<br>Resultado de exames;<br>Seguimento clínico | Receita para pessoas com doenças crônicas;<br>Atestados de incapacidade temporária              |
| Motivo imprevisível | Patologias agudas;<br>Reagudizações ou complicações de patologia prévias;                     | Informes e atestados;<br>Encaminhamento para serviços (optometrista, obstetrícia, entre outros) |

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

- **Recepção e acolhimento:** o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Refere-se assim à possibilidade de as pessoas usufruírem dos serviços de saúde de que necessitam, no momento em que necessitam, com qualidade e equidade.

- **Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências:** o uso de diretrizes e protocolos assistenciais pelas equipes de saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, resultando em diagnósticos mais precisos, em tratamentos mais adequados, em melhor uso de recursos e exames e em melhores resultados em saúde.

- **Atenção centrada na pessoa e na família:** a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e tornam-se os principais produtores sociais de sua saúde.

- **Atenção multiprofissional:** a equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atendem uma determinada população e que se reúnem periodicamente e discutem os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho torna-se efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção.

- **Projeto terapêutico singular (PTS):** é uma ferramenta para qualificar o atendimento às pessoas, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. "O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários profissionais envolvidos no cuidado e das pessoas" (CAMPOS; AMARAL, 2007).

- **Regulação da Rede de Atenção:** envolve, necessariamente, a capacidade da ABS de ordenar os demais níveis da rede. O diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes deve ser garantido e facilitado, com destaque para o matriciamento.

- **Estratificação, segundo riscos:** estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério. Significa, ainda, reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes.

- **Gestão do caso:** a gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua família. Tem os objetivos de propiciar atenção de qualidade, humanizada, diminuir a fragmentação da Atenção à Saúde, aumentar a capacidade funcional e preservar autonomia individual e familiar.

- **Atendimento coletivo:** além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude.

- **Autocuidado:** o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.

## **SAIBA MAIS!**

Mais informações sobre programação de ações de saúde. Acesse:  
<http://goo.gl/qDPUMg>.

Cadernos de Atenção Básica, nº 28 Acolhimento à demanda espontânea v. 1 e 2. Disponíveis em: < <http://goo.gl/EySkxQ> > e < <http://goo.gl/2MCYnq> >.

## VAMOS PRATICAR?

Você já sabe que para qualquer ação de produção em saúde se faz necessário o planejamento, atividade crucial do processo de trabalho das equipes da ESF. Pensando nessas premissas, realize, juntamente com sua equipe, um diagnóstico situacional das condições de vida e saúde dos adultos de seu território, tendo como base as questões norteadoras abaixo:

### QUESTÕES NORTEADORAS DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA SAÚDE DO ADULTO:

Qual o número de pessoas na faixa etária entre 20 e 59 anos?

Destes, quantos são do sexo feminino e quantos do sexo masculino?

Quais suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar?

Qual é a renda mensal?

Qual sua escolaridade?

Quais as principais causas de morbidade dos adultos de seu território e/ou município?

Quais as principais causas de óbito dos adultos de seu território e/ou município?

Quantos são portadores de alguma doença crônica?

Quais os motivos que trazem essa população para a unidade?

A partir dos dados e informações levantadas, proceda com a tabulação e apresentação deles por meio de tabelas e gráficos. Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore um plano de atuação adequado para o diagnóstico realizado e lembre-se: estas são apenas questões norteadoras, você pode inserir novas questões e elucidá-las de acordo com sua realidade. Cada profissional da equipe deve contribuir com atividades coletivas e/ou individuais que respeitem seu campo e núcleo de atuação. Todo este processo é realizado em equipe, com contribuição de cada membro e divisão de responsabilidades, respeitando-se as atribuições e especificidades de cada profissão. Discuta essa planilha no fórum virtual e veja divergências e convergências de cada proposta.

## *Considerações finais*

Nesta unidade abordamos temáticas que induzem a qualificação da atenção à saúde do adulto a partir do princípio da integralidade. Enfatizamos a importância do planejamento e organização dos processos de trabalho voltados à população adulta. Tivemos também a intenção de capacitar-lhe para o planejamento e a execução dessas ações, partindo do conhecimento dos dados da população de sua área de abrangência, para assim planejar ações de promoção, prevenção e assistência mais direcionadas e efetivas. Esperamos a adoção dessas medidas em sua unidade de forma sistemática e integrada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigilância em saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

### Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**: manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar. 2002. Seção 1, p. 88. Disponível em: <<http://goo.gl/si06K7>>. Acesso em 16 nov. 2012.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM 16, de 03 de janeiro de 2002. Aprova o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Disponível em: <http://goo.gl/MgZAoJ>.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S. et al. (Org.) **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS, Fiocruz, 2010. v. 1. p. 769.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**, n. 50, p. 1385-401, 2007.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 10, p. 105-9, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2011

IBGE. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. **Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, UNIFESP, 2007.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 10, p. 35-46, 2005.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health**: perspectives, diversity and paradox. London: BlackwellSciences, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 7, p. 687-70, 2002.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos et al. **Saúde do adulto**: enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.