



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

Perfil dos pacientes atendidos no programa melhor em casa em um município da região sudoeste de goiás

Reila Campos Guimarães de Araújo¹
Raul Henrique Oliveira Pinheiro²
Bruno Bordin Pelazza³
Sena Daiana da Silva Borges⁴
Gleydson Alves Silva⁵
Cácia Régia de Paula⁶
Ludmila Grego Maia⁷

RESUMO: Os Serviços de Atenção Domiciliar permitem ações de promoção, prevenção, tratamento das patologias e recuperação do indivíduo no âmbito de seu lar, além de proporcionar conforto e aproximação dos vínculos afetivos com seus familiares estabelecida pela equipe responsável pelo paciente. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e patológico dos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa, pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar de um município da Região Sudoeste de Goiás. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com análise estatística simples para os dados quantitativos referentes as variáveis faixa etária e sexo e para as patologias tratadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar. Utilizou-se questionário estruturado aos pacientes e/ou familiares atendidos pelo programa no mês de março de 2017. O maior número de pacientes atendidos pela equipe compreende a faixa etária de pessoas com mais de 64 anos (57,4%), 43% do sexo feminino e 57% do sexo masculino. A pesquisa apontou que a principal causa de internação domiciliar foi por DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (33,33%), seguida de (14,58%) de neoplasias. Conclusão: O presente estudo reforça a importância de programas e ações da atenção básica de forma articulada e multidisciplinar, para o tratamento de pacientes que necessitam de atendimento humanizado e qualificado em tempo hábil no âmbito

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, campus de Goiânia. Goiânia/ GO. E-mail: reilacampos@gmail.com

² Enfermeiro. Mestre em Ciências da saúde pela Universidade de São Paulo (USP). Docente no departamento de enfermagem na Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná (UNICENTRO). Email: rpineiro@unicentro.br

³ Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente do Departamento de Enfermagem na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Email: bordizim@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde, Hospital Santa Helena. Santa Helena/ GO – Brasil. E-mail: senadaiane@hotmail.com

⁵ Profissional de Educação Física. Discente do Programa de Pós Graduação em Formação de Professores e Práticas Educativas, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano (IF Rio Verde) - Brasil. E-mail: gleydsonalvesilva@gmail.com

⁶ Enfermeira, Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente da UFG-Regional Jataí-GO, Brasil. E-mail: caciaregia@gmail.com

⁷ Enfermeira, Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Doutora em Ciências da Saúde pela UFG. Docente da UFG-Regional Jataí-GO, Brasil. E-mail: ludmila@ufg.com



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

domiciliar.

Descritores: Programas Nacionais de Saúde. Consulta à domicílio. Serviços residenciais terapêuticos.

Profile of patients attended in programa melhor em casa in the southwest region of Goiás

ABSTRACT: The Home Care Services allow actions to promote, prevent, treat the pathologies and recover the individual within the home, in addition to providing comfort and approximation of the affective bonds with their relatives established by the team responsible for the patient. This study aimed to know the sociodemographic and pathological profile of the patients treated in the Best Home Program by the staff of the Home Care Service of a municipality in the Southwest Region of Goiás. This is a descriptive and exploratory study with simple statistical analysis for the quantitative data regarding the variables age and sex and for the pathologies treated by the Home Care Service. A structured questionnaire was used for the patients and / or family members attended by the program in March 2017. The largest number of patients attended by the team comprises the age group of people over 64 years old (57.4%), 43% of the females and 57% males. The study found that the main cause of home hospitalization was COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (33.33%), followed by (14.58%) of neoplasms. Conclusion: The present study reinforces the importance of basic care programs and actions in an articulated and multidisciplinary way, for the treatment of patients who need humanized and qualified care in a timely manner at home.

Descriptors: National Health Programs. Consultation at home. Residential therapeutic services.

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou ao cenário do sistema de saúde brasileiro, a criação de estratégias de promoção da saúde com vistas à integralidade da atenção (CERVERA, PEREIRA, GOULART, 2011). Por meio dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, trouxe implícito um novo modelo de intervenção e participação social, especialmente com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que nasceu da necessidade de um novo modelo na reorientação da Atenção Primária a Saúde (APS) (BACKES, et. al., 2012). A



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

implementação da ESF preconizada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 visa consolidar o modelo categorizado pelo SUS no primeiro nível da atenção primária e possibilita o atendimento com abordagem humanizada e resolutiva para população (BRASIL, 2011; ALBERTI, ESPINDOLA, CARVALHO, 2014).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu políticas de implantação para o processo de mudança nos modelos assistenciais, ou seja, propôs ações realizadas por equipe interdisciplinar no domicílio (LAGANA, MALVEIRA, MELO, 2013). O atual modelo de atenção domiciliar por sua vez, teve início nos Estados Unidos, em 1947, motivado pela necessidade da desocupação dos leitos hospitalares abarrotados, além de proporcionar um ambiente favorável para recuperação do paciente (BRASIL, 2014). A Atenção Domiciliar (AD) passa a ser analisada como estratégia de redução de gastos nas últimas décadas devido elevado custo com a saúde pública juntamente com o envelhecimento da população (BRASIL, 2014). Ações de promoção, prevenção, tratamento das patologias e recuperação do indivíduo no âmbito de seu lar, proporciona além do conforto, a aproximação dos vínculos afetivos com seus familiares implementada pela equipe responsável multiprofissional (BRASIL, 2011).

As equipes são prioritariamente compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Em alguns casos, os serviços dos profissionais fonoaudiólogos, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico são comuns ao atendimento nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) (BRASIL, 2013).

Cada equipe EMAD juntamente com Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) pode ser responsável pela assistência de 60 pacientes paralelamente, organizada de segunda a sexta-feira em cargas horárias de 12 horas/dia e serviço de plantão aos feriados e finais de semana, assim garante cuidado contínuo à saúde do usuário (JACOB FILHO, 2015).

A rede de atendimento da assistência domiciliar concentra número significativo de portadores de doenças crônicas, a qual está presente no quadro mundial de



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

doenças com maior impacto nos indicadores de saúde brasileira sendo fundamental disponibilizar ao paciente de assistência domiciliar um cuidado de forma integral e sistematizada devido a sua necessidade contínua (MARTELLI, et. al, 2011).

Portanto é primordial caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico do paciente atendido pelo programa, no objetivo de avaliar a demanda de serviço nesse setor com vista na melhoria e adequação do tratamento disponibilizado por essa nova modalidade de atendimento do SUS. Assim sendo, essa pesquisa objetivou conhecer o perfil sociodemográfico e patológico dos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa (PMC), pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar de um município da Região Sudoeste I de Goiás.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva e exploratória, de natureza quantitativa, realizado em um município da região sudoeste I de Goiás em março de 2017. O trabalho envolveu a totalidade dos usuários do PMC pelos quais na amostra foram incluídos no estudo pacientes cadastrados e acompanhados pelo programa no ano do estudo que totalizaram 48 pacientes. Foram excluídos da pesquisa os pacientes que obtiveram alta do atendimento em data anterior à coleta de dados e os pacientes com registro de óbito ou abandono do programa.

Os dados foram coletados através de um instrumento composto de perguntas fechadas, construído pelos pesquisadores, embasado no Caderno de atenção domiciliar do Ministério da Saúde. Esse instrumento passou por um processo de refinamento, no qual profissionais especialistas na área de Saúde Coletiva opinaram sobre sua estrutura e clareza. A aplicação do questionário foi realizada em domicílio e em caso de impossibilidade em responder este foi realizado com o cuidador legal do paciente.

Os dados foram tabulados em planilhas do programa *Microsoft Excel^R* e digitados com dupla conferência. As análises apresentadas foram frequências absolutas e relativas para as variáveis sociodemográficas e patológicas relacionadas



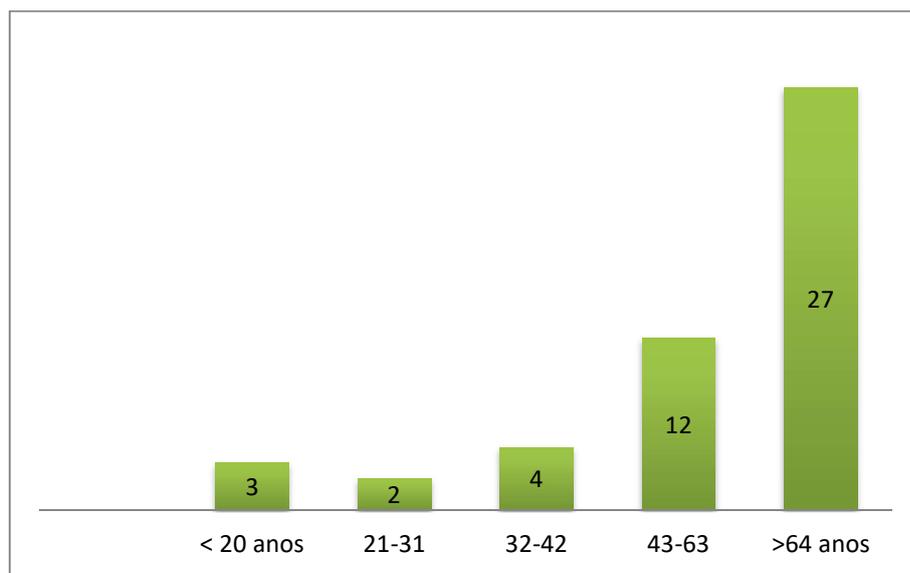
EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

aos usuários. O projeto desta pesquisa obedeceu aos requisitos da resolução nº 466, de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi obtido a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde, sob parecer nº: 1.865.017, no ano de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos apontaram aumento progressivo em faixas etárias (figura 1) mais avançadas com predominância em pessoas com mais de 64 anos que representaram 56,25% da amostra (n= 24), seguido de 25% na faixa etária entre 43-63 anos (n=12). Em relação a prevalência entre o sexo masculino e feminino, os homens foram as mais presentes no estudo representando 57% da amostra comparado à 43% do sexo feminino (Figura 2).

Figura 1. Idade dos pacientes atendidos pela equipe SAD. Quirinópolis, GO, Brasil, 2019.

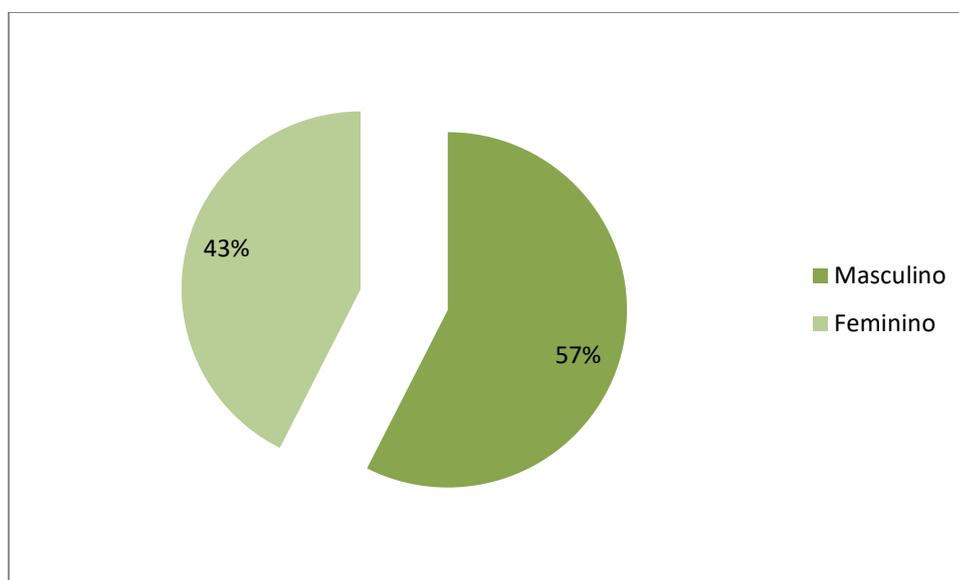


Fonte: ARAÚJO, 2017.



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

Figura 2. Gênero dos pacientes atendidos pelo SAD. Quirinópolis, GO, Brasil, 2019.



Fonte: ARAÚJO, 2017.

Sabe-se que quanto maior o avanço da idade maiores são os índices de suscetibilidade aos agravos crônicos não transmissíveis, apesar do aumento da expectativa de vida da população senil (BRASIL, 2006, ALVES, et. al., 2011). Em estudo semelhante que avaliou a Internação Domiciliar no Hospital Universitário, demonstrou faixa etária avançada entre 61 à 80 anos ou mais com maior prevalência (BRASIL, 2006). Considera-se que o conglomerado de fatores de risco na fase adulta predispõe as pessoas idosas serem acometidas por doenças e agravos crônicos quando alcançam a senilidade (ALVES, et. al, 2011).

Além do aumento de agravos com avanço da idade apresentado pelos pacientes avaliados neste estudo, a maior predominância do sexo masculino vai ao encontro ao fato da baixa procura dos homens nos serviços de saúde (BAROSA, 2014). Na maioria dos casos em relação ao sexo masculino, está procura acaba sendo



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

somente quando ocorre o processo de ‘agudização’ da doença, ficando os processos de prevenção de agravos dificultado na população masculina que é considerada reduzida em relação a procura da atenção primária SCHRAIBER, et. al., 2010; GOMES, et. al, 2011; VIEIRA, et. al., 2013).

O paradigma social histórico, vinculado ao complexo de fragilidade com o acometimento patológico no homem demonstra abalos psicológicos o que forma importante barreira do processo de saúde no mesmo na procura dos serviços de saúde (VIEIRA, et. al., 2013; CAMPANUCCI, LANZA, 2011; COSTA-JUNIOR, MAIA, 2009).

No que se refere a classificação das patologias atendidas, observa-se que o perfil do paciente atendido no SAD está diretamente relacionado com doenças crônicas, onde a principal causa de internação domiciliar foi por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC (33,33%), seguido de neoplasias (14,58%) e Traumatismo Crânio Encefálico – TCE com (10,41%), conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1. Número de pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar – com patologias associadas. Quirinópolis, GO, Brasil, 2019

Patologias	Quantidade de pacientes atendidos no SAD	Patologias	Quantidade de pacientes atendidos no SAD
Abdome Agudo	1	Machado Joseph	1
Alzheimer	2	Meningite	1
AVC	4	Neoplasias	7
DPOC	16	Paraplegia	1
ELA	1	Parkinson	1
Epilepsia	1	Senilidade	2
Gangretite aguda	1	Silicose	1



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

Hipertensão pulmonar	1	TCE	5
IRC	1	Úlcera decúbito	1

Fonte: ARAÚJO, 2017.

Os achados nesta pesquisa se assemelha com estudo que aponta os brasileiros idosos com prevalência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, que somados aos fatores de risco como alimentação inadequada, consumo do tabaco, etilismo e estresse da vida diária levam à patologias como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, complicações Cardiovasculares, Doenças Respiratórias Crônicas e Neoplasias, que é a segunda maior causa de morte no mundo de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2003; BRASIL, 2011, DUVAL, et. al., 2010).

Esses achados demonstram que a morbidade tem sido motivo de preocupação para o Ministério da Saúde no desenvolvimento de várias ações em articulação com diversos setores governamentais e não governamentais, objetivando promover a qualidade de vida e prevenir e controlar as DANTs. O desenvolvimento de parcerias intersetoriais é outra tarefa de fundamental importância no sentido do manejo dos fatores de risco (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar, que este fato se deve a diversidade sócio econômica, cultural e demográfica do Brasil, juntamente com a grande mudança epidemiológica do último século, que deixa de ter predomínio de doenças infectocontagiosas, devido a melhora das condições sanitárias da população, o que tem impacto direto ao aumento na expectativa de vida do brasileiro (BRASIL, 2005).

Com um número maior de pessoas idosas, cresce também a incidência de patologias crônicas não transmissíveis, adquiridas no decorrer dos anos de vida do indivíduo, que demandam maior atenção e ações efetivas de prevenção e promoção aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2012). Este fato confirma a maior demanda de



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

atendimento da saúde pública brasileira com doenças crônicas, subsequentes da transição epidemiológica que acompanha diversas doenças em diferentes sistemas em destaque as doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e neoplásicas (BRASIL, 2012).

Os achados encontrados neste estudo corroboram com as principais comorbidades que atingem a população idosa juntamente com a população adulta quando se refere aos traumas relacionados as causas externas (INCA, 2012; GAUDÊNCIO, LEÃO, 2013; BRASIL, 2017).

Vale ainda ressaltar que os fatores de risco que facilitam o acometimento pelos principais agravos aqui encontrados são de características modificáveis e necessitam de atenção e fortalecimento de tecnologias leves que envolvam os processos de promoção à saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2013; GAUDÊNCIO, LEÃO, 2013; BRASIL, 2017).

Este estudo esbarrou em algumas limitações como por exemplo, um número de participantes modesto em virtude do serviço estar implantado apenas no município onde o estudo foi realizado, mas demonstra potencialidade como ferramenta para subsidiar aos profissionais dos SAD para a necessidade de se aperfeiçoarem em DCNT com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do SAD.

Ademais, os achados corroboram com pesquisas realizadas recentemente que apontam que as doenças crônicas ainda ranqueiam os primeiros lugares estatisticamente nos indicadores de saúde.

CONCLUSÕES

O SAD significa uma nova abordagem de tratamento no SUS para os usuários no momento da sua desospitalização até a adequação em seu domicílio e de seus familiares, e através dessa pesquisa fica evidente a prevalência de patologias predominantemente clínicas e crônicas no sexo masculino na faixa etária idosa dos usuários do SAD do município do estudo, além de ressaltar a importância de



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

programas e ações da APS, uma vez que esse perfil está de acordo com a demanda da APS, de forma articulada e multidisciplinar, para promoção e prevenção destes agravos. Sugere ainda, a necessidade de qualificar os profissionais do SAD em relação as estas patologias e para o atendimento qualificado no âmbito domiciliar, além do desenvolvimento de competências humanas para estabelecer de vínculos entre o profissional, familiares e o usuário. Indica também a necessidade de buscar alternativas para sensibilizar a população masculina a procurar o serviço de saúde na APS e a realizar o autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G.F.; ESPÍNDOLA, RB, CARVALHO, S. Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro. J. Res. Fundam. Care. V.6, Ed.2, 2014.

ALVES, R. F. et. al. Psicologia. *Rev., Teoria e Prática*, v.13(3) pg. 152-166, 2011, ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, v.17(1), pg. 223-230, 2012.

BARBOSA C. J. L. *Saúde do homem na atenção primária: Mudança necessária no modelo de atenção*. REVISTA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO. V.6 n.3 jul/dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

BRASIL. Ministério da Saúde Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Atenção Básica. Cartilha instrutiva Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Atenção Básica. Cartilha instrutiva Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE. *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Relatório nº 30. Budesonida, beclometasona, fenoterol, salbutamol, formoterol e salmeterol para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA. L. M. B. *A atenção primária e a saúde do homem*. Anais do II simpósio Gênero e Políticas. Públicas,ISSN pg. 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina. GT1.GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS – Coordenador a Elaine Ferreira Galvão, 2011.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, Suplem. 1, pg. 1547-1554, 2011.



EDUCAÇÃO E SAÚDE – DOSSIÊ DO MEIO AMBIENTE

COSTA-JÚNIOR F. M.; MAIA. A. C. B. *Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde*. PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA, Vol. 25 n. 1, pp. 055-063, 2009.

DUVAL. P. A.; et. al. *Caquexia em Pacientes Oncológicos Internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar*. REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 56(2): 207-212, 2010.

GAUDÊNCIO. T. G.; LEÃO. G. M. *A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil*. REV NEUROCIENC.;21(3):427-434, 2013.

GOMES. R. et. al. *Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária*. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 16(Supl. 1):983-992, 2011
INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. *ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação ; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012.*

JACOB FILHO, W. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar. Rev., Bras. de At. Dom., NADI.2015.
LAGANA, M.T.C. et al. *Strategy for innovation in the teaching of nursing in the home care for the elderly*. J. Res. Fundam. Care., 2013.

MARTELLI, D. R. B. et al. *Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa*. PHYSIS, v. 21, n. 1, p. 147-157, 2011.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores*. Ed. 3ª, OPAS, 2003.

SCHRAIBER L. B. et al. *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens*. Cad. Saúde Pública, ed. 26(5) pg. 961-970, 2010.

VIEIRA. K. L.D. et. al. *Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura*. Esc. Anna Nery, n.17 (1), pg.120 – 127, 2013.