



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

MARIANA OLIVEIRA SAMPAIO
MARYANE DE MATOS CARVALHO

DESAFIOS PARA INSERÇÃO DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

SÃO JOÃO DEL REI/MG
2018

MARIANA OLIVEIRA SAMPAIO
MARYANE DE MATOS CARVALHO

DESAFIOS PARA INSERÇÃO DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Gilberto de Souza.

SÃO JOÃO DEL REI/MG
2018

DESAFIOS PARA INSERÇÃO DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Sampaio, Mariana¹, Carvalho, Maryane²

Mariana Oliveira Sampaio, Maryane de Matos Carvalho, graduandas do curso de enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

RESUMO:

Introdução: Os desafios para a inserção do homem nas políticas públicas, sempre fomentaram uma barreira para a entrada dos mesmos nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, já que esta constitui a porta de entrada para o SUS, com isso o MS criou a PNAISH. **Resultados:** Diante da alta mortalidade masculina, o MS criou em 2009, a PNAISH, que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, diminuir os índices de mortalidade e contribuir consideravelmente para a compreensão da realidade singular masculina. Contudo, muitos ainda são os desafios para inserir os homens nos serviços de saúde, espaços de saúde feminilizados, masculinidade, horários dos serviços ofertados, medo, vergonha, tudo isso refletem na busca por assistência. Nesse contexto, o enfermeiro deve estar preparado para receber esse público, realizando atividades que contribuam para prevenção e promoção dos agravos a saúde. Além de garantir mais suas participações em atividades educativas e no acompanhamento de doenças crônicas. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, utilizado 23 artigos. **Conclusão:** Para que os homens sejam inseridos na ESF, é necessário programas dedicados a eles que promovem, previnem agravos a saúde e profissionais capacitados e preparados para receber a essa demanda.

PALAVRAS CHAVES: Saúde do Homem; Enfermagem; Estratégia da Saúde da Família; Masculinidade.

ABSTRACT

Indroduction: The challenges for the insertion of the man in the public policies, always fomented a barrier for the entry of the same ones in the health services, mainly in the basic attention, since this is the entrance door for the SUS, with that the MS created the PNAISH. **Results:** In the face of high male mortality, MS created in 2009, the PNAISH, which aims to improve quality of life, decrease mortality rates and contribute considerably to the understanding of male singular reality. However, the challenges to include men in health services, are many: women health spaces, masculinity, hours of services offered, fear, shame, all reflected in the search for assistance. In this context, the nurse must be prepared to receive this public, performing activities that contribute to prevention and promotion of health problems. In addition to ensuring more participation in educational activities and in the monitoring of chronic diseases. **Method:** This is a bibliographic review study, using 22 articles.. **Conclusions:** In order for men to be included in the ESF, it is necessary programs dedicated to them that promote, prevent health problems and professionals trained and prepared to receive this demand.

KEYWORDS: Human Health; Nursing; Family Health Strategy; Masculinity.

1 INTRODUÇÃO

Em 1994, com a criação da Programa Saúde da Família (PSF), as políticas de saúde tomam um novo sentido, tendo como principais objetivos a (re)organização dos serviços e sistemas de saúde, controlando as incidências de doenças nas populações mediante intervenções governamentais e

ações de vigilâncias. Isso é decorrência de uma avaliação de fatos resultantes do processo da Reforma Sanitária para melhoria da área da saúde¹.

A partir daí, foram instituídas políticas voltadas para as populações distintas, tais como; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Política Nacional de Proteção de Proteção aos Direitos da Criança e do Adolescente; Estatuto da Criança e do Adolescente; Programa Nacional de Imunização; Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher; entre outras. E em 2008, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, a PNAISH¹.

A necessidade de uma política voltada para os homens é devido ao alto índice de morbimortalidade desse grupo. Uma vez que muitos dos seus fatores são considerados evitáveis e preveníveis, além do fato da expectativa de vida das mulheres ser maior do que a dos homens¹.

Os desafios para inserção do homem nas políticas públicas sempre fomentaram uma barreira para a entrada dos mesmos aos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, já que esta constitui a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS)².

Entende-se que a baixa procura dos homens por assistência é devido a influência de paradigmas socioculturais e de gêneros, já que eles cultivam a ilusão de que homem não adoecem e que a prática do autocuidado é “coisa” de mulher³.

Contudo, com a criação da PNAISH, os homens passam a ter um lugar juntamente com os outros grupos, com ações exclusivas para eles, trazendo para os enfermeiros a necessidade de rever suas práticas na assistência para essa determinada população, atribuindo a eles, o desenvolvimento, planejamento e organização de ações coletivas e individuais com um olhar especializado, tornando a assistência mais eficaz, eficiente e ajudando na diminuição dos agravos à saúde da população masculina⁴.

Diante das considerações abordadas, espera-se que haja uma readequação das ações e dos serviços dos enfermeiros na ESF perante as demandas inerentes a Saúde do Homem, de maneira que venham a colaborar para a reflexão sobre a assistência deste profissional ao público masculino, assim como, propiciar o direcionamento de artimanhas para a efetivação e implementação da PNAISH.

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. A fase de coleta de dados foi realizada de janeiro a maio de 2018. Para identificar as fontes das pesquisas foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScientificElectronic Library Online (SciELO), EBSCO Information Service, manuais e portarias do Ministério da Saúde. Foram identificados 47 artigos publicados no período de 2014 a 2018 e desses, 23 foram utilizados para esse estudo.

2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil foi marcado pela assistência médica, individualista e curativa, conhecido como modelo biomédico, que favorece as tecnologias duras e define saúde como apenas ausência de doença. Com a tentativa de superar esse paradigma, surgiu em 1988 na Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o modelo de serviços de saúde era falho para a abordagem dos problemas principais de saúde da população brasileira⁵.

O SUS foi implantado através da lei 8080/90 que reafirma o direito a saúde e a diminuição do espaço existente entre os direitos assegurados por lei e a capacidade efetiva de ofertas de serviços e ações. Assim a saúde foi instituída como um direito de todos e dever do estado, garantindo a todos cidadãos acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. Além disso, o SUS é organizado simultaneamente por cinco princípios: regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação social e a complementariedade^{6, 7}.

Com o surgimento do SUS, houve um fortalecimento da Atenção Primária em Saúde representando o primeiro lugar de atenção à saúde, mantendo a integralidade como princípio e como ações, a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde^{8, 9}.

De acordo com Farah¹⁰, a Atenção Primária é a porta de entrada do usuário para o SUS, aproximando os indivíduos, comunidades e família aos serviços de saúde.

A capacidade resolutiva da Atenção Primária, leva a uma expansão do acesso as demandas dos usuários, o que inclui atendimento as demandas espontâneas, acolhimento, horários adequados para o funcionamento das unidades, e a eficiência em resolver as exigências e necessidades dos usuários¹¹.

Para fortalecer e reorganizar a Atenção Primária de Saúde, surgiu em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF), primeiramente como um programa (PSF) e em 2006 passou a ser estratégia, melhorando o alcance e acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. Considerada como um novo modelo de revolução tecnológico, a ESF emergiu para substituir o modelo antigo. Nesse contexto, o indivíduo é percebido como um ser social e histórico, pertencente a uma cultura e determinada família^{7, 6, 12}.

A ESF, segundo Motta⁵ empenha a promoção da saúde como perspectiva de articulação transversal, o que concebe visibilidade as condições que colocam em risco a saúde da população e as diferenças entre cultura, território e necessidades presentes no Brasil, tendo em vista a criação de meios que reduzam a fragilidade e incorporem o controle e participação social na gestão das políticas públicas de saúde.

A equipe mínima da ESF é constituída, pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar os profissionais de saúde bucal, de acordo com a necessidade do município. Ressaltando que esses profissionais devem ser qualificados para a resolução de problemas da comunidade aumentado assim a qualidade de vida⁸.

As equipes de saúde são encarregadas de proporcionar assistência a uma população adscrita, estabelecida em uma determinada área geográfica, por meio de práticas nas unidades de saúde, nas comunidades e nos domicílios. Primeiramente, a ESF deve ir além dos muros das unidades, explorando o território de intervenção. Assim a territorialização, pode ser determinada como o ambiente geográfico, cultural, histórico e econômico, estando relativamente arquitetada e desenvolvida¹³.

Ribeiro¹³ ainda destaca a importância da territorialização para a aproximação da equipe de saúde com a área que atuarão, mostrando suas realidades e promovendo ações necessárias e coerentes para aquela determinada região.

Tipicamente, mulheres e crianças tinham prioridade no sistema de saúde, em conjunto com os idosos, que são considerados como grupos mais frágeis na comunidade. Com isso, notaram-se que

apenas dar prioridade a essa população não era o bastante para tornar o país saudável, deixando de lado aqueles que menos procuram os serviços de saúde: os homens¹⁴.

A não inclusão do público masculino nas políticas públicas, sempre cria um obstáculo para o ingresso do mesmo na ESF, apesar do foco da Estratégia ser a família, ela não atinge os adultos-jovens masculinos, sendo voltada apenas para o público feminino, infantil e idoso. Dessa forma eles acabam adentrando nos serviços de saúde pela atenção hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, já que a promoção e tratamento concedidos pela atenção básica é radicalmente inexistente².

Culturalmente os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres, por não terem o costume de se prevenir das doenças, o que faz com que sejam descobertas em estágio avançado, retardando o tratamento, prejudicando a recuperação e elevando a probabilidade de óbito².

Frente a isso, o MS em 2008, criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), planejando reduzir a morbimortalidade masculina uma vez que muitas as suas razões são julgadas como estáveis e preveníveis, além do mais a expectativa de vida dos homens é menor em relação as mulheres¹.

3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM: DIFICULDADES NA SUA IMPLEMENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, no ano em que o SUS completava seus 21 anos, determina como prioridade a proteção da população masculina, anunciando a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), desenvolvida em conjunto com gestores do SUS, sociedade civil organizada, sociedades científicas, agências de cooperação internacional e acadêmicos. A metodologia de construção da PNAISH foi realizada a partir de indicadores demográficos que incluem violência, população privada de liberdade, alcoolismo e tabagismo, pessoa com deficiência, adolescente e idoso, direitos sexuais e reprodutivos, indicadores de morbimortalidade (causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório)¹⁴.

A PNAISH, foi implantada pela portaria n. 1944, de 27 de agosto de 2009, tendo como intuito de promover a melhoria da qualidade de vida masculina no Brasil, contribuindo de maneira efetiva, para a redução da mortalidade e morbidade dessa população, mediante enfrentamento coerente dos fatores de risco e por meio da facilitação do acesso aos serviços de assistência integral a saúde e ações. O principal enfoque da política é a população de homens jovens-adultos de 20 a 59 anos. A Política não subestima as outras faixas etárias, mas enfatiza esse recorte etário, pois acredita-se que crianças, adolescentes e idosos são frequentemente observados pelos serviços de saúde¹⁵.

Ainda de acordo com Teixeira¹⁵ inserir a população masculina nos serviços de saúde, onde possam se sentirem bem recebidos, ainda é uma tarefa a ser melhorada na atenção básica, visto que é um ambiente favorecido para desenvolvimento de práticas, e com maior familiaridade com a população dando destaque as ações de promoção e prevenção. Os homens podem ser sensibilizados a se cuidarem, através de ações educativas, o que favorece a ruptura da barreira existente entre eles e as unidades de saúde.

O objetivo da política se fundamenta na qualificação da Atenção Primária, para que ela não se restrinja apenas na recuperação e sim resguardar a integralidade, garantindo, principalmente, promoção da saúde e a prevenção de danos evitáveis. Assim, presume-se que os homens não conheçam os serviços e práticas de saúde que a atenção primária oferece, além do que, não se sentem como indivíduos incluídos dentro dos espaços de saúde^{16, 17}.

Acredita-se que a baixa procura dos homens aos serviços de saúde ocorra devido a influência dos paradigmas culturais, sociais e de gênero. Esse conjunto de problemas prejudica a prevenção da saúde, sendo que um ser visto como viril, forte e invulnerável, ao procurar os serviços de saúde poderá ser relacionado com fraqueza e feminilidade. Assim, eles valorizam as ações curativas, ignoram as preventivas e só procuram as unidades de saúde quando a doença já está instalada e seu rendimento profissional está sendo prejudicado³.

Atualmente, questiona-se o conceito de masculinidade e na dinâmica do processo cultural vem perdendo seu rigor original, mas o ponto de vista predominante de uma masculinidade hegemônica ainda é o eixo que compõe a não procura dos serviços de saúde¹⁴.

A dificuldade dos homens em reconhecer suas necessidades e fragilidades alimenta o pensamento mágico que ignora a probabilidade de adoecer. Além disso, as ações de saúde para idosos, mulheres, adolescentes e crianças são privilegiadas pelas estratégias e serviços de comunicação¹⁴.

Ainda existem várias barreiras para não adesão dos homens na ESF. Além das questões de gênero, outros fatores estão associados, bem como os horários dos serviços ofertados, medo, vergonha e a ideia disseminada que esses espaços são designados para mulheres⁴.

O receio da descoberta de uma doença grave e o constrangimento de se expor na frente de um profissional, principalmente do sexo oposto, em especial no exame do toque retal, também é um obstáculo para a não procura dos serviços de saúde. Portanto, essas questões devem ser cogitadas pelos profissionais, com intuito de estabelecer um laço entre eles e o público masculino⁴.

A atividade laboral é prioridade para os homens, o que possibilita a realização de suas obrigações, já que, historicamente o papel de provedor foi atribuído à eles. Dessa maneira, eles negligenciam o autocuidado e deixam de procurar assistência, alegando a falta de tempo e que o horário dos serviços de saúde coincide com o expediente de trabalho, procurando atendimento quando a dor se torna insuportável ou quando há incapacidade de trabalhar¹⁶.

Para Barbosa² a precarização da assistência prestada e a dinâmica de funcionamento também revelam como obstáculos para o comparecimento masculino nas unidades de saúde. Filas grandes, dificuldade no agendamento de consultas e a falta de garantia de que seus problemas serão resolvidos de imediato, são também fatores causadores da escassez masculina nestes locais. Com isso, eles recorrem a outros serviços de saúde que ofereçam assistência objetiva e rápida, como farmácias e prontos-socorros, que tratam os sintomas momentâneos, mas sem conceder atendimento integral.

Um dos maiores desafios enfrentados pelos homens na busca por assistência, são as próprias unidades de saúde, fato justificado pelo espaço totalmente feminilizado, além do constrangimento de serem atendidos por uma equipe formada em sua maioria por profissionais

mulheres, que muitas vezes não tem aptidão para solucionar os problemas trazidos por esse público, gerando desconforto e a impressão de que eles não fazem parte desse espaço, transparecendo uma dificuldade de relação entre as práticas de saúde das ESF e as necessidades da população masculina².

Para o sucesso da PNAISH não necessita somente de sua implantação, mas também do desempenho dos profissionais que devem ser qualificados e capacitados para dar assistência a esse público. No entanto, vale ressaltar que o preparo e o conhecimento do enfermeiro sobre a saúde do homem é imprescindível na construção de atividades focalizadas para esse grupo, podendo realizar atividades preventivas e educativas, passando segurança na assistência prestada, conscientizando-os sobre o autocuidado, tornando suas participações mais ativas e fazendo com que eles não procurem atendimento apenas para cura de doenças, mas inclusive para promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das doenças crônicas^{2, 4}.

4 A ENFERMAGEM E A SAÚDE DO HOMEM

Para se chegar ao nível em que se encontra a atenção básica, várias mudanças ocorreram desde a reforma sanitária à elaboração de leis para regulamentação da saúde, porém há uma necessidade de se avançar ainda mais. Existe ainda uma batalha a ser vencida, que visa mudar a lógica assistencial centrada nos hospitais para atividades preventivas voltadas para a atenção básica. Assim, o enfermeiro da ESF se depara com uma soma de tarefas e atividades a serem desenvolvidas, que vão desde as preventivas e assistenciais até as gerenciais¹⁸.

O trabalho do enfermeiro na ESF é considerado de grande importância social, principalmente no que se refere ao processo saúde-doença da população. Sua dedicação para exercer suas funções é fundamental para reformular o modelo assistencial e as ações de atenção à saúde, abrangendo mudanças assistenciais e tecnológicas¹⁹.

No intuito de melhorar a qualidade de vida e a saúde do indivíduo no ambiente familiar, o enfermeiro desempenha importante papel, reavendo o vínculo de atenção enfermeiro/família. O enfermeiro deve praticar ações em vigilância epidemiológica e sanitária, à criança, à mulher, ao trabalhador e à terceira idade. Também deve atuar como gerenciador da equipe de enfermagem, da unidade de saúde e dos agentes comunitários de saúde. Nesse contexto cabe ao enfermeiro da ESF a gerência da assistência de enfermagem, gerando conhecimento por meio do desenvolvimento de competências, incluindo inovações e definindo responsabilidades à equipe. Aliás, a assistência prestada as famílias devem ser coerentes com as condições culturais ambientais e socioeconômicos da família e comunidades²⁰.

O Ministério da Saúde preconiza como atribuições específicas do enfermeiro na ESF: consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, realização da assistência integrada em todas as etapas do desenvolvimento humano de acordo com protocolos ou outras normativas técnicas definidas, prescrição de medicações, gerenciamento, planejamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), entre outras funções¹⁹.

Também cabe ao enfermeiro implantar as políticas e programas de saúde do governo: atenção à saúde do idoso, da mulher, da criança, HIPERDIA (sistema de acompanhamento e cadastramento de diabéticos e hipertensos), eliminação da hanseníase, controle de tuberculose, ações

de saúde bucal, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sisprenatal, Rede Cegonha, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), Programa das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)¹⁹.

Nota-se que as responsabilidades do enfermeiro na ESF, tanto na gestão de práticas educativas, preventivas e assistenciais no nível da atenção primária, são indispensáveis para o crescimento e o trabalho em equipe, alcançando um alto rendimento e um nível de serviço de ampla qualidade, visto que ele é o encarregado para garantir sua inserção nos territórios e nas equipes mediante os marcos legais e programáticos do SUS^{21, 22}.

Em relação a saúde do homem o enfermeiro é de suma importância, pois mediante trabalho promocional é possível que se alcance maior participação por parte dos homens as atividades de prevenção. Para tanto, é essencial conhecer o entendimento dos profissionais da enfermagem sobre assistência aos homens, identificando e entendendo o que eles sabem sobre o assunto, possibilitando melhorias na atenção à saúde desse público⁴.

Logo, além de conhecimento específico e embasamento teórico é necessário profissionais de saúde com capacidade técnicas, que possibilitem uma abordagem holística para garantir um cuidado seguro e resolutivo. Assim, explica-se verificar o conhecimento dos profissionais sobre a PNAISH, já que tal conhecimento permite à equipe um trabalho eficaz na prevenção de agravos de doenças que mais afetam os homens e o desenvolvimento de meios para a promoção da saúde, reduzindo indicadores de morbimortalidade masculina²³.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o presente estudo, vários são os desafios que dificultam a inserção dos homens nos programas de saúde da Atenção Primária. Entre eles, ressaltam-se as questões de gênero, as quais ignoram o imaginário social de que homens não precisam de cuidados preventivos, dificultando a procura deles por assistência. A forma com que as ESF são organizadas não oferecem condições para inserir programas dedicados aos homens. O horário de funcionamento, escassez de enfermeiros homens e o despreparo deles no acolhimento, também são barreiras a serem vencidas.

Percebe-se, que o modo como os serviços de saúde estão organizados não facilitam a inserção de ações e estratégias que mudam a visão dos homens sobre si. Aliás, é importante sensibilizar os enfermeiros sobre as questões voltadas para o público masculino, prestando assistência integrada e eficiente, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Ramalho MNA, Albuquerque AM, Maia JKF, Pinto MA, Santos NCCB. Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2014; 13(4): 642-649.

2. Barbosa CJL. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. *Revista Saúde e Desenvolvimento* 2014; 6(3): 99-114.
3. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2014; 18(4): 635-643.
4. Aguiar RS, De carvalho SD, De carvalho SP. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2015; 5 (3): 1844-1854.
5. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2015; 39(2): 196-207.
6. Perinazzo J, Sandri YP, Mallet EKV, Zimmermann CEP. A Atuação do profissional biomédico na atenção primária à saúde: Desafios na formação. *Revista Saúde Integrada* 2016; 8(1): 15-16.
7. Tosin C, Theodoro MRS, Oliveira VBCA, Visentin A. A transição do modelo tradicional para estratégia saúde da família: a percepção do usuário. *Cadernos da Escola de Saúde* 2017;1(13).
8. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2016; 20(2): 275-280.
9. Alencar MN, Coimbra LN, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(1): 353-364.
10. Farah BF, Dutra HS, Sanhudo NF, Costa LM. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária *Revista Cuidarte* 2017; 8(2): 1638-1655.
11. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & saúde coletiva* 2016; 21(2): 327-338.
12. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Sherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(1): 1869-1878.

13. Ribeiro MA, Alburguerque IMN, Cavalcanti ASP, Aguiar NLT, Santos FDS, Cunha CG. Territorialização em saúde na perspectiva de gerentes da estratégia saúde da família. DIVERSITATES International Journal 2016; 8(1).
14. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília. (DF): 2009.
15. Teixeira D, Brambila DK, Adamy EK, Krauzer IM. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. Trab. educ. saúde 2014; 563-576.
16. Calvacanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Moraes GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2014; 18(4): 628-634.
17. Araújo MG, Lima GAF, Holanda CSM, Carvalho JBL, Sales LKO. Opinião de profissionais sobre a efetivação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2014; 18(4): 682-689.
18. Moreno CA, Ferraz LR, Rodrigues TS, Lopes AOS. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma Revisão das Normas e Práticas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2016; 19(3): 233-240.
19. Busch GT. O trabalho da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Lajeado. [Trabalho de Conclusão de Curso] - Centro Universitário Univates; 2015.
20. Firmino AA, Moraes MC, Nascimento PEA, Paiva SMA, Silveira CA. Atuação de Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família em um Município de Minas Gerais. Revista Saúde (Santa Maria) 2016; 42(1): 49-58.
21. Costa ER, Kolhs M, Frigo J, Busnello G. "Atribuições desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família." Revista de enfermagem UFPE 2013; (7)9: 5421-5426.
22. Barbiani R, Dalla NCR, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2016; 24(1): 2721.

23. Souza LP, Almeida ER, Queiroz MA, Silva JR, Souza AAM, Figueiredo MFS. Conhecimento de uma equipe de estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. Trab. educ. saúde 2014; 12(2): 291-304.