

## OS DESAFIOS NA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS: O CASO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

Marcela Brandão Lucena<sup>1</sup>  
Leonardo Carnut<sup>2</sup>

### Resumo

Instituída em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH), vem com a iniciativa de reorientar os serviços de saúde no sentido da promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde masculina. Baseado nesta política, vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Mesmo com altas taxas de morbimortalidade os homens não buscam como as mulheres os serviços de atenção básica. Evidencia-se que os gestores e as equipes de AB, devem se integrar as expectativas do gênero, a fim de encontrar meios que driblem a singularidade e as barreiras da espécie masculina, ficando desta forma o desafio à gestão e a AB, de romper com as amarras socioculturais para que a população masculina também usufrua desses serviços como porta de entrada para o SUS. O objetivo foi de revisar a literatura científica sobre a Política Integral de Saúde do Homem no âmbito da Atenção Básica. O estudo será realizado por meio de revisão narrativa, com buscas de artigos científicos, através de periódicos em bibliotecas eletrônicas.

**Descritores:** Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH), Atenção Básica (AB), Saúde do Homem.

---

<sup>1</sup> Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade de Pernambuco (UPE). Artigo científico apresentado à Universidade de Pernambuco como requisito para conclusão de curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde Pública em nível de especialização, com supervisão do Prof. Dr. Leonardo Carnut.

<sup>2</sup> Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Campus São Paulo.

## Introdução

A Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009, e vem com a iniciativa de reorientar os serviços de saúde no sentido da promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde masculina, sustentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e associada a Estratégia Saúde da Família (ESF) Juntas estas se fundamentam na humanização das práticas de atenção à saúde com vistas a considerar a singularidade dos sujeitos, o meio sociocultural do usuário e fortalecer as ações e serviços em redes de cuidado da saúde (PEREIRA, 2014).

A etapa inicial da implantação da PNAISH foi consolidada com a publicação do Plano de Ação Nacional (PAN) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde do Homem (ATSH) do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde (MS). O processo de construção do Plano, realizado de forma participativa, contou com representantes de sociedades médicas e da sociedade civil, gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde (MS). Esse plano serviu de referência para a elaboração de Projeto-piloto de 26 Municípios selecionados pelo MS e do Distrito Federal. Assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país pactuaram com a ATSH/DAPES/SAS/MS a implantação da PNAISH (BRASIL, 2013).

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Mesmo com altas taxas de morbimortalidade os homens não buscam, assim como as mulheres, os serviços de atenção básica (BRASIL, 2009).

De acordo com Ferreira (2013, p. 1835):

segundo o Sistema de Informação de Mortalidade, em 2008, os óbitos de homens foram maiores do que entre as mulheres, sendo que nos homens, o maior número de mortes se concentrou na faixa etária entre 20 e 29 anos. O sexo masculino também é a principal vítima das neoplasias, abrangendo 82,7 casos para cada 100 mil homens enquanto que para cada 100 mil mulheres, houve 62,5 casos. Com relação às causas externas, os homens também assumem a posição principal nos casos de morbimortalidade. Segundo o DATASUS, no ano de 2009 ocorreram 82,98% de óbitos masculinos por causas externas. (FERREIRA, 2013, p. 1835)

Já, em comparação, segundo dados recentes colhidos no DATASUS, de acordo com os óbitos por causas evitáveis no ano de 2016, foi registrado um quantitativo de 271.232 óbitos por sexo feminino, contra 476.843 óbitos por sexo masculino (BRASIL, 2018). Leal (2012) enfoca que dois acordos internacionais de reconhecida importância assinalam explicitamente a necessidade de se focar os homens em suas especificidades através de políticas públicas: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). Nos documentos ratificados no Cairo e em Pequim, discute-se a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva de defesa promoção da igualdade de gênero, reconhecendo-se explicitamente que as relações de poder entre homens e mulheres são desiguais e, portanto,

com diferentes repercussões no processo saúde-doença nestas duas populações. Assim, são lançadas as bases para um consenso internacional de que os homens devem ser envolvidos, sendo chamados a participarem e se responsabilizarem em termos de conduta sexual e de gênero como também sobre as decisões reprodutivas – visando, inclusive, o maior “empoderamento” das mulheres.

Leal (2012) enfatiza que uma vez produzido o documento que explicita os princípios e as diretrizes da PNAISH, faz-se necessário traduzi-los em ações, o que não é tarefa fácil, em se tratando de uma política formulada no âmbito federal para todo território nacional, que supõe relações entre as três esferas de governo.

O Plano de Ação Nacional (PN) orienta gestores no planejamento local de ações a partir do enunciado de metas, ações e estratégias para que os serviços de saúde acolham e atendam homens de 20 a 59 anos, elencando, em cada eixo, “ações prioritárias”. No Eixo I, “Implantação da PNAISH”, tais ações referem-se à transferência de 75 mil reais em parcela única para cada Estado e para cada uma das 26 Secretarias Municipais de Saúde selecionadas, com repasse através do Fundo Nacional de Saúde, com o intuito de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde (LEAL, 2012).

Uma das preocupações centrais desta política é a promoção do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária à saúde. Isto se justifica pelo fato de que a principal porta de entrada no sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento. Este comportamento não apenas contribui para a maior vulnerabilidade dos homens a enfermidades graves e crônicas, bem como a mortalidade mais precoce destes em comparação com as mulheres como também vincula o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos (FERRAZ, 2010).

A questão de gênero é entendida para além do aspecto biológico e ela é vista como atributos e funções socialmente construídas, que configuram diferenças e inter-relações entre os sexos. Assim, a masculinidade acaba sendo determinada por aspectos culturais, educacionais e sociais e que influenciam na condição de saúde masculina (FERREIRA, 2013) que finda por definir padrões culturais de autocuidado e utilização dos serviços pelo público masculino (FERRARI, KALOUSTIAN, 2008)

Dentre os serviços oferecidos na AB (Atenção Básica), as únicas ações voltadas especificamente à população masculina são as de prevenção do câncer de próstata, contudo público alvo são apenas os homens com idade igual ou superior a 40 (quarenta) anos. Isto significa que não há ações oferecidas especificamente à população masculina nesses serviços, exceto a dosagem de PSA (Antígeno Prostático Específico) - um exame de sangue que pode detectar o câncer de próstata. Os serviços primários norteados pelos programas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos que conseguem captar a população masculina - como grupos de caminhada e alongamento, por exemplo - acabam atraindo somente os idosos, principalmente por conta do horário que são desenvolvidos (CAMPANUCCI, 2011).

Em um estudo realizado por Moura (2012), mostra que os homens, comparativamente às mulheres, têm mais excesso de peso, baixo consumo de frutas, de legumes e de verduras, alto consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem estar se refletindo numa maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens.

Comportamentos de risco, como consumo abusivo de bebidas alcoólicas, também se associam a outros comportamentos de risco, muitos determinados pela falsa autopercepção da infalibilidade masculina, facilitando a ocorrência de acidentes e violências e de doenças infectocontagiosas como a SIDA-AIDS e a tuberculose. As diferenças nos padrões de comportamento de risco/proteção, de adoecer e de morrer atestam essa fragilidade e sustentam a necessidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, voltadas para os homens, além de reforçar a necessidade de sensibilização dos mesmos para o entendimento da sua própria fragilidade e responsabilidade com sua saúde.

Sendo assim, o grande desafio continua sendo: trazer os homens aos serviços de saúde, de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina possam ser melhorados. As poucas tentativas para sensibilizá-los através de campanhas parecem não haver alcançado os efeitos desejados. Talvez compreender como os homens constroem sua masculinidade ajude a criar mecanismos para o acolhimento desse grupo populacional e para que se alcance a tão desejada integralidade da atenção à saúde (DUARTE, 2012).

Enfim, torna-se evidente que os gestores e as equipes de atenção básica, devem se integrar as expectativas do gênero, a fim de encontrar meios que driblem a singularidade e as barreiras da construção social do que é ser homem, ficando desta forma o desafio à gestão e a atenção básica em romper com as amarras socioculturais para que a população masculina também usufrua desses serviços como porta de entrada para o SUS.

Desta forma, fica a pergunta: como as gestões estão colocando em prática a PNAISH, tendo como porta de entrada a atenção primária à saúde em seus municípios? Assim o objetivo deste estudo foi revisar a literatura científica sobre a Política Integral de Saúde do Homem no âmbito da Atenção Básica e como se dão os desafios da gestão desta política pública em nível municipal

## **Método**

O estudo foi realizado por meio de revisão narrativa, com buscas de artigos científicos, através de periódicos em bibliotecas eletrônicas como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Revista Gestão e Saúde, Revista de Psicologia, Scielo, e Diário Oficial da União, utilizando os termos: “gestão em saúde” e “saúde do homem”.

Rother (2007), diz que os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado de arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

O mesmo autor ainda relata que essa categoria de artigo tem papel fundamental para a educação continuada, pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo. É fundamental diferenciar a revisão narrativa das revisões integrativas. Estas últimas são mais rigorosas no cumprimento das etapas de construção da estratégia de busca, avaliação entre pares e análise da integração dos resultados (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2009; SOARES et al, 2014).

Neste estudo limitou-se a descrever os achados na literatura científica segundo uma mínima sistematização sobre o tema, haja vista que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem poucos anos de implementação e, portanto, ainda tem sido pouco analisada enquanto objeto de estudo científico. Na tentativa de ampliar a possibilidade de

encontrar estudos sobre o tema a sistematização foi feita de forma simples, com o uso dos termos: “Saúde do Homem” e “Gestão em Saúde”.

Foram considerados critérios de inclusão para a revisão: terem sido realizadas no Brasil, abordem temáticas pertinentes à gestão em saúde e a saúde do homem, tenha sido realizado de preferência em âmbito da Atenção Básica porém obrigatoriamente no SUS e que incluam informações que façam parte dos descritores de assunto.

Os critérios de exclusão abrangerão os textos realizados no exterior, e que não incluam qualquer um dos descritores de assunto.

## **Resultados e Discussão**

A PNAISH vem aos poucos sendo inserida nos municípios brasileiros, está implantada em apenas 27 do total de 5.565 municípios (AGUIAR e ALMEIDA, 2012), o que significa aproximadamente 0,48% destes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Dentre eles, estão: Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Boa Vista, Campina Grande, Campinas, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Goiânia, Joinville, Juazeiro do Norte, Macapá, Maceió, Manaus, Natal, Palmas, Petrolina, Porto Alegre, Porto Velho, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luiz, Teresina e Vitória (AGUIAR e ALMEIDA, 2012).

Ainda que se tenha contado com a participação de diferentes grupos sociais e com um mecanismo de consulta pública, a PNAISH recebeu críticas, por não incorporar as discussões de gênero, por vitimizar um homem que deve ser sujeito de uma política específica porque precisa ser protegido de si mesmo, por representar mais um passo no processo de medicalização do corpo masculino e por estar demasiadamente focada na próstata e ainda foca na construção cisgênero sobre o ser homem. A proposta encontrou ainda algumas limitações quanto à sua aceitação: por ocasião do seu lançamento, por exemplo, observou-se que nem mulheres transexuais nem travestis desejam que suas especificidades sejam incluídas ou tratadas pela PNAISH (LEAL, 2012).

Em uma pesquisa realizada por Farias et al (2015), destinada a avaliar a percepção dos gestores sobre a PNAISH, revela que o conhecimento da política pelos gestores, é fragmentado e que tal indicativo não é exclusivo dos gestores, pois em outra pesquisa realizada com trabalhadores, de uma ESF, também se identificou a rudimentar apropriação da proposta da política.

Leal (2012) relata em sua pesquisa que seus entrevistados têm pouca ou nenhuma familiaridade com a PNAISH, e que alguns explicitam que nunca sequer leram qualquer documento referente à política, e, complementa relatando que na visão dos profissionais inseridos em serviços, sejam aqueles familiarizados ou não com a política, há falta de planejamento e falta de orientação para as ações que devem ser realizadas.

Dessa forma, a designação de uma equipe ou de um responsável por uma área nova, a da Saúde do Homem, é apontada como um requisito fundamental para a implementação da política.

O desafio que se coloca, na implantação e expansão da PNAISH, se contextualiza nas diferenças de gênero e nas formas como essas questões são trabalhadas em cada município e como definem a linha de base da saúde do homem. A maioria dos municípios reproduziu, em seus planos de ação, a matriz de planejamento do Plano Nacional, porém sem definição de metas e considerações de suas especificidades locais, condições indispensáveis para a

implantação de qualquer política pública, que deve ser fundamentada nas necessidades da população e ter como objetivo a alteração positiva da realidade (MOURA, 2012).

É oportuno destacar que cabe à gestão garantir a sustentabilidade/continuidade das ações para os homens, mas não é isso que se observa nos depoimentos dos profissionais e dos próprios gestores de saúde dos municípios. Na prática, os trabalhadores esperam por orientações por parte da gerência dos serviços de saúde e até mesmo culpam os gestores pela falta de ações, e estes por sua vez atribuem às esferas ascendentes o descompromisso com a política de saúde (RAMALHO, 2014).

A estratégia proposta pela política no município da pesquisa realizada por Nascimento, (2014), que diz respeito à capacitação dos profissionais de saúde ainda não foi desenvolvida e refere que faltam recursos para esta capacitação que deve ir desde o ACS até o médico da assistência.

Da mesma forma, em estudo realizado por Moreira (2016) expõe que as(os) enfermeiras(os) reconhecem, em sua maioria, que não possuem conhecimento sobre a temática em virtude da inexistência de educação permanente nos serviços públicos de saúde, o que as leva a ter dificuldade na assistência aos homens, tendo limitações para identificar suas reais necessidades e intervir sobre as mesmas e que, a educação continuada (EC) contribuirá para que profissionais de saúde tornem-se mais atuantes no que se refere à saúde dos homens, aliando a produção de conhecimentos com a visão humanitária.

A Saúde da Família se constitui uma importante ferramenta para a implantação da PNAISH no Brasil, uma vez que é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde vigente no Brasil, onde a atenção passa do foco curativista e hospitalocêntrico para a atenção primária a saúde, atuando na promoção e prevenção da saúde (AGUIAR e ALMEIDA, 2012).

Mesmo assim, o fortalecimento da Atenção Básica, não está mensurável, e necessita de avaliações de mudança física e estrutural. As UBS e suas ações não são nada atrativas para os homens ao começar pelos cartazes que incentivam quase que somente programas em saúde da mulher da criança e do idoso (NASCIMENTO, 2014).

O mesmo autor, ainda refere que, problemas relacionados com acessibilidade, capacitação e qualificação profissional, mobilização familiar no incentivo a atenção em saúde aos homens e principalmente mudança física e estrutural nas UBS indicam essas dimensões como áreas prioritárias para avaliações e mudanças.

Enquanto isso, Cordeiro (2014) refere que é válido destacar que a solução desta problemática não está, exclusivamente, em aumentar o número de profissionais de saúde do sexo masculino, nem tão pouco a estrutura física das UBS, mas em reconstruir as atitudes desses profissionais, frente à atenção as demandas de saúde do homem.

O mesmo autor ainda cita outro problema, quando diz que no âmbito institucional as dificuldades relacionam-se, principalmente, aos aspectos de organização geral dos serviços, como o horário de funcionamento das UBS-s. Este é um forte fator impeditivo, pois a imensa maioria das unidades funciona somente em horário comercial, impossibilitando o uso por parte dos homens, particularmente trabalhadores, devido a incompatibilidade entre o funcionamento da unidade e de seu trabalho.

Da mesma forma, Nascimento (2014) diz que o horário de funcionamento das UBSs prejudica a adesão do homem aos serviços de saúde, e que a disponibilidade de um horário alternativo faria com que o homem deixasse a desculpa do trabalho e procurasse a unidade.

Diante do que foi exposto, o desafio cabe para todos, gestores, empregadores, profissionais de saúde e a sociedade, de romper com as amarras socioculturais, estruturais, educativas, e pessoais do homem, para que essa população alvo também faça uso das ações e serviços primários da saúde.

### **Considerações finais**

Não estamos habituados a ver homens transitando nos serviços de APS empenhados em busca da prevenção, tratamento e promoção da saúde, entretanto, acomodar o serviço a esta demanda se faz essencial. Quando procuram os serviços de saúde, os homens recorrem à atenção secundária e terciária, desafiando a lógica da hierarquização dos serviços. Essa prática é um desafio aos profissionais da APS empenhados na mudança desse comportamento. É preciso adotar estratégias capazes de mobilizar a população masculina adulta, para a adoção da APS como porta de entrada no sistema de saúde (DUARTE, 2012).

Diante dos argumentos expostos, fica evidente que a gestão é uma peça fundamental para a efetiva participação da população masculina nos serviços de saúde da atenção básica, uma vez que a mesma é a responsável pela estruturação da AB. Porém esse não é o único responsável por esta participação, dependendo também do empoderamento da família e da sociedade na conscientização da busca pelo serviço, dos profissionais atuantes neste serviço como moderadores do conhecimento, da qualificação e aperfeiçoamento adequado dos profissionais, da estruturação física deste serviço e dos horários disponíveis para o público alvo.

### **Referências**

1. AGUIAR, C.A.; ALMEIDA, O.S. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. *Diálogos & Ciência*, 30, junho de 2012. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yKLX5bEt1CEJ:dialogos.ftc.br/inde.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D317%26Itemid%3D15+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yKLX5bEt1CEJ:dialogos.ftc.br/inde.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D317%26Itemid%3D15+%&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) . Acesso em 18 de julho de 2015.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>. Acesso em 24 de outubro de 2018.
3. BRASIL. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica. Brasília, 2013. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf> .acesso em 20 de julho de 2015.
4. BRASIL. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília, 28 ago. 2009.

5. CAMPANUCCI F.S.; LANZA, L.M.B. A atenção Primária e a Saúde do Homem. Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011.
6. CORDEIRO, S.V.L. et al, atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. Esc. Ana Nery, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0644.pdf>
7. DUARTE, S.J.H. et al. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde • Vol.03, Nº. 01, Ano 2012.
8. FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S.M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S.M. Família Brasileira – A base de tudo. 8a. Edição. São Paulo: Cortez, Brasília, DF, UNICEF, 2008.
9. FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de psicologia da UNESP, v. 9, n.1, p. 1-13, 2010.
10. FERREIRA, M.C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, v. 4, n. 1, p.1833-1847, 2013.
11. LEAL, A.F et al. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.
12. MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Acta Paul Enferm., v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009.
13. MOREIRA M.A. et al. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras(os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. ed de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 2016 . Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2653/265347623014/>. Acesso em 05/08/2017 às 17:50.
14. MOURA, E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.
15. PEREIRAL, P.; NERY, A.A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família. EEAN- Escola Ana Nery. Revista de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.
16. RAMALHO, M.N.A. et al. Dificuldades na Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Cienc e Cuid, v. 7, n. 2, p. 1272-1288, 2014.
17. ROTHER, ET. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem; v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.
18. SOARES C.B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm USP, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.