



INTEGRALIDADES E MASCULINIDADES NAS PRÁTICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA HOMENS EM PERNAMBUCO

Noemi Jéssica Macedo Santos Noca¹
Benedito Medrado²

Eis que um novo segmento populacional passa a ser alvo de investimentos oficiais em saúde no Brasil a partir de Agosto de 2009: os homens. Através do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e do Plano de Ação (2009-2011), o Ministério da Saúde passa a orientar e fomentar Estados e municípios para atenção à saúde da população masculina. A PNAISH baseia-se em um conjunto de constatações relacionadas ao processo saúde-doença da população masculina que serão apresentadas brevemente em seguida.

Homens e saúde: um campo em construção

Pesquisas apontam que os homens acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, restringindo-se, dessa forma, à recuperação e não à promoção da saúde e à prevenção de agravos evitáveis. Os homens procuram mais os hospitais de emergência do que os postos de saúde, internam-se mais gravemente, morrem mais cedo do que as mulheres e recorrem menos às consultas periódicas (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2005). Um estudo de Lilia Blima Schraiber (2005) realizado em serviços de atenção primária de Recife demonstra que homens usam tais serviços para tratar patologias, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso da farmácia. Também há pesquisas que apontam que o padrão de mortalidade de homens brasileiros assim como de outros países é maior em todas as idades estudadas e para a quase totalidade das causas. Outros estudos afirmam que a esperança de vida ao nascer e em todas as idades apresenta-se menor entre os homens (LAURENTI, 1998; LAURENTI, MELLO JORGE & GOTLIEB, 2005; GOMES E NASCIMENTO, 2006).

A relação entre os homens e os serviços de saúde é mais complexa do que os dados epidemiológicos mostram. Há barreiras sócio-culturais e institucionais envolvidas no processo de

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: jessicamnoca@gmail.com

² Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: beneditomedrado@gmail.com



morbimortalidade da população masculinas que dificultam ou bloqueiam uma melhor adesão aos cuidados com a saúde. A variável cultural *gênero* é reconhecida como um dos principais motivos que dificultam ou impedem os homens de cuidarem melhor de sua saúde. Até a década de 1990, um dos diferenciais mais reconhecidos na caracterização em saúde é a distribuição das doenças entre homens e mulheres. Só a partir dos anos 1990, é que a perspectiva de gênero (e não apenas a diferenciação sexual) passou a embasar os estudos dos processos de morbi-mortalidade da população masculina (KORIN, 2001; COUTO & SCHRAIBER, 2005)

Gênero – assim como raça/cor, etnia, idade, escolaridade e condição sócio-econômica – é um fator constituinte nas relações, pois traz implicações para todas as esferas da vida e da atividade humana, desde a inserção social e econômica até a experiência do sofrimento físico e mental, bem como, a forma de adoecer e de conviver com a doença, de perceber os sintomas, de avaliar a gravidade da doença, e acessar os serviços de saúde.

Os valores construídos socialmente sobre o *homem ideal* tendem a gerar modelos auto-opressivos de comportamentos por terem que cumprir coerentemente os *scripts* rígidos de serem fortes social, emocional e fisicamente, e, portanto, colocando-os em situações de não reconhecimento de fragilidades e necessidades de cuidado, vulnerabilizando os homens aos adoecimentos e aos agravos de saúde. As construções das masculinidades são definidas em oposição aos comportamentos positivos em saúde na medida que os homens constroem gênero quando negam suas necessidades de cuidados de saúde (COURTENAY, 2000). Segundo este autor, muitas vezes, os homens compreendem doença como um sinal de fragilidade e julgam-se invulneráveis, levando-os a cuidarem menos de si e se expondo a situações de risco.

Outro aspecto associado à dimensão cultura de gênero que é associado às barreiras institucionais com relação à dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária é o horário de funcionamento destes serviços que coincidem com a carga horária do trabalho. A posição do homem como provedor da família ainda prevalece, inclusive para a população de baixa condição econômica, não facilitando assim a procura pelo serviço de saúde. É válido salientar que muitas mulheres mesmo trabalhando assim como homens, cuidam mais da saúde do que estes, evidenciando que não é só a variável “trabalho” que dificulta o acesso ao serviço, mas como o trabalho é apreendido culturalmente pelos homens.

Há outras dimensões institucionais que não promovem a adesão dos homens. Os programas e ações de saúde (estratégias) privilegiam crianças, adolescentes, mulheres e idosos, não contemplando dessa forma as necessidades dos homens. A estrutura de funcionamento dos serviços



também dificulta. Romeu Gomes, Elaine Nascimento e Fábio Araújo (2007) afirmam que homens se queixam da dificuldade para marcação de consultas, visto que as filas são comumente extensas. Além de correr o risco de prejudicar-se no trabalho com o atraso ou a falta, ainda muitas vezes não tem suas demandas resolvidas em uma única consulta. Wagner S. Figueiredo (2005) argumenta que os serviços de saúde são percebidos por muitos homens como espaços feminilizados e destinados às mulheres, crianças e idosos provocando nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço. Segundo Jorge Lyra (2008), os serviços de saúde não estão preparados para identificar e responder às demandas dos homens e profissionais de saúde têm admitido encontrar dificuldades em obter a empatia e cumplicidade dos homens que frequentam os serviços públicos de saúde.

Nessa perspectiva, percebemos que não há linearidade na relação entre homens e serviços de saúde. Os homens não têm, culturalmente, a prática de cuidados em saúde, inclusive no que tange a prevenção e promoção em saúde, assim como os serviços de saúde não estão estruturados nem os profissionais de saúde preparados para acolher as demandas desse segmento da população.

É nesse contexto atual do cenário que o país vivencia da implantação de uma política pública de saúde e da organização de serviços de saúde para assistência mais diretiva à população masculina que é proposta uma pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. O estudo se insere no campo de estudos em Gênero e Saúde Coletiva, tem por objeto a integralidade em saúde dirigida aos homens e integra a linha de pesquisa Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas do mencionado Programa. Como objetivo geral pretendemos conhecer como a integralidade é incorporada na experiência de um serviço de saúde dirigido aos homens em um município de Pernambuco.

Partilhamos com Peter Spink (2003) do pressuposto que *tema* e *campo* são indissociáveis no fazer científico, na medida em que a partir da “delimitação” de um tema as redes de causalidades intersubjetivas que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes e que incluem o próprio pesquisador como parte do campo. Nesse sentido, o recorte da pesquisa em questão foi sendo construído no decorrer da nossa trajetória pessoal, profissional e acadêmica, de modo a definir escolhas e posicionamentos.

O que chamamos de gênero?

Identificamos-nos com o campo de pesquisa sobre gênero e masculinidades, especialmente com as leituras feministas de gênero, que questionam a distinção corpo-cultura e ressaltam a dimensão do poder na construção social da “diferenciação sexual”. Compartilhamos com a postura



lançada por feministas consideradas pós-modernas como Sandra Harding (1986 apud NOGUEIRA, 2001), que enfatizam como as construções sociais das categorias, inclusive gênero, são usadas para analisar e compreender o mundo social.

A perspectiva feminista pós-moderna fundamenta-se no construcionismo social como referencial epistemológico e seus estudos pressupõem que o conhecimento é socialmente construído, “produto de discursos histórica e culturalmente contingentes, discursos que trazem consigo uma rede complexa de relações de poder” (NOGUEIRA, 2001, p. 146). Assim buscamos compreender os usos e efeitos da hierarquização por gênero e da cristalização da diferença a partir das práticas sociais em saúde.

Comungamos com Conceição Nogueira (2001) no sentido que não pretendemos encontrar a verdade da natureza das pessoas e da vida social, uma vez que qualquer explicação é delimitada na cultura e no tempo. Mas temos interesse em estudos da emergência das formas usuais de viver socialmente e de seus efeitos.

Desse modo, nos opomos à concepção de sexo como forma de distinção e diferenciação básica. Consideramos que sexo/gênero deve ser conceituado como apenas um princípio de organização social e estruturante nas relações de poder, sendo um produto ideológico e não biológico, tendo em vista que ao entender a feminilidade e a masculinidade como algo do indivíduo pautada na importância simbólica excessiva à diferenciação sexual só reforça e mantém a ordem social vigente. Portanto, gênero

não é uma questão de identidades individuais, unitárias e consistentes de homem e mulher, pelo contrário desenvolve-se mediante peças de discurso, organizadas num sistema de significados disponíveis aos indivíduos de forma a darem sentido às suas posições, o que historicamente é reconhecido como respostas femininas e masculinas. (WETHERELL, 1997 apud NOGUEIRA, 2001, p.147)

Além de gênero também é importante definirmos o que chamamos de integralidade, já que nosso foco de investigação é conhecer as possibilidades da integralidade na construção dos cuidados de saúde na experiência local em estudo.

Integralidade em saúde: nos tramas entre o conceito e a prática

Na Constituição de 1988, nas diretrizes do sistema de saúde, a integralidade nos atendimentos está expressa como prioridade. E na legislação própria do SUS, Lei 8.80/90, integralidade é assumida como princípio, juntamente com a universalidade e equidade. Em linhas gerais, equidade refere-se à necessidade de considerar as desigualdades e as diferentes necessidades de ofertas de serviço. Já universalidade contempla o direito do acesso indiscriminado aos serviços



de saúde, independente do nível de assistência. Por integralidade entende-se a visão sobre a pessoa como um ser holístico, portanto, indivisível e membro da comunidade (contexto sócio-político-econômico-cultural). E é por fazer parte desse contexto que a pessoa em atendimento em saúde precisa ser considerada; nesse ponto, insere-se a importância das relações de gênero serem consideradas, pois este é um ordenador de práticas sociais, juntamente com raça/etnia e classe, entre outros.

Em termos de sistemas de saúde, de modelos assistenciais ou, simplesmente, das práticas assistenciais dos serviços de saúde, a integralidade tem sido um dos princípios mais valorizados, pois o mesmo pressupõe assegurar aos “indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades” (BRASIL, 1993). Assim, nessa definição é demonstrada que a integralidade possui implicitamente um caráter valorativo pelo qual “vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2001, p. 41).

Integralidade em saúde é abordada além de um princípio do SUS a partir de diversas perspectivas que atualmente o coloca como um conceito polissêmico e de natureza defasadora para ser efetivada, pois requer transformações, inclusive paradigmáticas, na atual configuração das políticas públicas de saúde, da organização dos serviços de saúde, da gestão e da formação profissional e tem sido notadamente concebida como condicional para que as práticas em saúde avancem qualitativamente.

Adotamos como referencial três sentidos centrais da integralidade apresentados por Mattos (2001): 1- a integralidade como boa medicina; 2- a integralidade como modo de organizar as práticas em saúde; 3- a integralidade como organização da atenção à saúde de forma a responder adequadamente às necessidades específicas de grupos populacionais determinados.

O primeiro sentido refere-se as práticas dos profissionais de saúde junto aos usuários do serviço de modo que busque acolher as necessidades desses de forma ampliada, incluindo tanto ações técnicas de prevenção, como ações assistenciais solicitadas, bem como, procurando contemplar aspectos da vida cultural e social consideradas pertinentes para a qualidade da saúde da população atendida, não reduzindo as necessidades à prevenção e ao controle das doenças.

A integralidade como modo de organizar as práticas em saúde diz respeito a necessidade de articulação das diferentes formas de organizar as ações em saúde, dentre elas Mattos (2001) destaca: a articulação de práticas de saúde pública e ações assistenciais, a articulação de demanda



espontânea e demanda programada, o que requer articulação de diferentes especialidades médicas, de diferentes profissionais e diferentes tipos de serviços profissionais. Para tanto, o diálogo entre diferentes sujeitos e diferentes instituições acerca das necessidades dos usuários precisa ser permanente.

Já o terceiro grande sentido da integralidade, o autor destaca a importância das políticas de saúde atenderem também as necessidades de populações específicas, de modo a possibilitar estratégias e intervenções maximizando os horizontes dos problemas tratados previamente pela política. Para que respostas assertivas sejam dadas aos diferentes grupos populacionais é fundamental articular saberes interdisciplinares de equipes multiprofissionais visando integrar ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde.

Aspectos metodológicos

Depois da breve contextualização do tema “saúde dos homens” e das noções de gênero e integralidade adotados postos, passamos aos procedimentos metodológicos utilizados. A referida pesquisa de mestrado ainda está em andamento, sendo assim, este presente trabalho traz reflexões preliminares sobre a pesquisa realizada em um serviço de saúde de média complexidade voltado para homens em um município de Pernambuco, produzidas a partir de observações de sala de espera e consultório registradas em diários de campo, entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde da equipe, gestores da coordenação da “saúde do homem” do município e usuários do serviço pesquisado. Cabe ressaltar que por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, seguimos as orientações estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, junto com a Carta de Anuência do serviço de saúde e todos os participantes convidados foram informados dos objetivos da pesquisa e autorizaram sua participação através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando estabelecido que poderia haver desistência, se desejassem, em qualquer fase da pesquisa, sendo-lhes garantido sigilo absoluto.

O referencial teórico-metodológico que nos apoiamos é o das práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano proposta por Mary Jane Spink e Benedito Medrado (1999), os quais fundamentam-se a partir da leitura construcionista, isto é, formas situadas (ou posicionadas) pelas quais as pessoas produzem sentidos sobre o mundo. Em outras palavras, o que buscamos estudar é como as pessoas, em contextos situados, constroem jogos de verdade, práticas de poder e como se posicionam, posicionam as pessoas e são posicionadas.



A experiência de um serviço de saúde voltado para homens

O serviço de saúde em estudo faz parte de um município com um pouco mais que 300.000 habitantes, com faixa etária predominante de 18 a 40 anos, destes 101.849 são homens e 114.898 são mulheres. É dividido em 4 territórios sanitários, possui 40 Equipes de Saúde da Família, 10 equipes de Programa do Agente Comunitário de Saúde, 2 Policlínicas, 1 Pronto-clínica, 10 Centros de Saúde, 1 Núcleo de apoio à Saúde do Adolescente (NASA), 2 Centro de Atenção Psicossocial, Serviço de Atendimento Médico de Urgência, 1 laboratório, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento, 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem começou a prestar atendimento a partir de outubro de 2009, diferenciando seu horário de atendimento que é noturno e a equipe de profissionais (todos do sexo masculino) que lidam diretamente com os usuários. Tais idéias são decorrentes da análise realizada dos princípios e diretrizes da Política Nacional que aponta que os homens não buscam os serviços de saúde pelas barreiras impostas: sócio-cultural; longas filas para marcação, que representa perda de um dia de trabalho; consulta médica, como mais um dia de trabalho perdido. Os atendimentos são exclusivos para homens a partir de 18 anos, a marcação é feita durante o dia por qualquer pessoa que apresente um documento de identificação do homem a ser atendido e os profissionais que compõem a equipe, além do técnico de enfermagem, são das seguintes especialidades médicas: clínica geral, cardiologia e urologia³.

Para as reflexões preliminares que nos propomos neste presente trabalho buscaremos olhar os dados produzidos tomando como referência os sentidos da integralidade já descritos segundo Mattos (2001).

Durante o período que estivemos no serviço produzindo os dados pudemos identificar que as práticas dos profissionais junto aos homens atendidos privilegiam as doenças, o que implica em não acolher as necessidades de modo ampliado. Ações técnicas de prevenção como solicitação de exames, ações assistenciais como prescrição de medicamentos se dá corriqueiramente. Enquanto fazíamos observação de sala de espera verificamos que sempre os homens saíam da consulta com receituários com solicitações de exames laboratoriais e/ou orientações medicamentosas, e nas observações de consultas o roteiro da mesma sempre se dava da mesma forma: escuta da queixa, em seguida o médico perguntava ao paciente algo sobre a história do sintoma/doença relatada e por fim

³ Todas essas informações que caracterizam o serviço foram apresentadas no I Encontro Estadual da Saúde do Homem no dia 16 de Novembro de 2009 em Itamaracá-PE e durante o período que estivemos realizando o período de produção dos dados em campo.



orientações medicamentosas e/ou solicitações de exames clínicos, o que evidencia pouca valorização dada aos determinantes sócio-culturais do processo saúde-doença daqueles homens atendidos, reduzindo as necessidades de saúde à prevenção e ao controle das doenças.

No que diz respeito à organização do trabalho e do serviço de saúde identificamos que as práticas dos profissionais frequentemente se são de forma isolada, demonstrando uma não interação e não articulação das diferentes especialidades médicas na direção da finalidade do trabalho institucional. É interessante pontuar que embora seja uma equipe de médicos pequena (apenas três), nem todos tinham conhecimento dos demais componentes da equipe, mesmo não sendo incomum o usuário marcar consulta para os demais especialistas depois da primeira consulta. Também não existia quase nenhuma interação entre os profissionais que lidam diretamente com os homens e a coordenação municipal. Além disso, constatamos a ausência de qualquer articulação ou parceria com outros dispositivos sociais que poderiam contribuir para promoção da saúde dos homens daquele município.

Segundo Marina Peduzzi (1998), este tipo de equipe que se caracteriza pela justaposição das ações e pelo agrupamento dos agentes, denotam uma fragmentação das intervenções realizadas. Como a autora nomeou, na equipe agrupamento, a comunicação entre seus agentes não busca a construção de um projeto assistencial comum e a forma de vivenciar a autonomia técnica no trabalho se dá de forma plena. No caso do serviço estudado a comunicação era exatamente como descrito, inclusive não havia nenhum projeto assistencial comum e cada médico desenvolvia seu trabalho totalmente independente do outro. Assim o diálogo como requisito básico para responder as necessidades de saúde dos homens fica extremamente comprometida nessas condições, como se pode imaginar.

Necessidade de saúde é um conceito chave para o exercício da assistência integral, e que, portanto, precisa se esclarecida nesse contexto. Uma necessidade social se origina quando o sujeito no mundo da vida encontra algum impedimento, dificultando seu viver e gerando sofrimentos/problemas, deixando-o numa situação de carecimento individual. Visando encontrar resolução para sua situação o indivíduo recorre à coletividade em busca de intervenção. A pessoa que se depara com uma necessidade no contexto da saúde recorre a outro (pessoa e/ou instituição) que socialmente é legitimado como aquele que pode intervir de modo a responder aquele seu carecimento. O resultado de intervenções sobre os carecimentos da população é chamado de necessidade, enquanto que demanda refere-se à busca ativa por intervenção (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).



Nesse sentido, é de fundamental importância reconhecer que o serviço de saúde não é simplesmente aquele que atende as necessidades da população, mas também aquele que instaura novas necessidades, de modo que suas ações devem estar organizadas para contemplar novas demandas, inclusive aquelas de cunho sócio-cultural presentes no processo saúde-doença dos grupos populacionais atendidos. No segmento populacional em questão, os homens, uma interessante estratégia seria criar novas ações em saúde, como por exemplo, grupos, para trabalhar temáticas relacionadas às masculinidades, que como sabemos, é um determinante das práticas de cuidado dos homens.

Concordamos com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), quando os autores lembram que as necessidades são construções sociais. As pessoas reconhecem determinados carecimentos enquanto necessidades deste ou daquele serviço a depender das imagens de possíveis respostas aos carecimentos construídas desde os próprios serviços, na circularidade produção-consumo como elemento identificador da correspondência entre necessidade e serviços/bens no imaginário social, em outras palavras, as necessidades podem corresponder a construções diversas dos carecimentos, a depender do tipo de resposta proporcionada na produção dos bens ou serviços.

Outra dimensão da integralidade a ser destacada refere-se à relevância das especificidades dos homens no campo da saúde. Como mencionamos anteriormente, para a integralidade poder ser sentida é necessário que se possibilite estratégias e intervenções que maximizem os horizontes dos problemas tratados previamente pela política, que no caso dos homens como consta na PNAISH, um dos maiores problemas que acometem a saúde dessa população são as causas externas (violência interpessoal, violência no trânsito, etc), problemas estes fortemente associados às masculinidades. Portanto, sinalizamos a urgência dos serviços de saúde avançarem, inclusive, no combate ao machismo e abrir-se para as diversidades de masculinidades, porque existem mais do que homens que trabalham durante o dia e só podem ir ao serviço de saúde à noite. Há homens desempregados, aposentados, homens que trabalham à noite e vão à unidade de saúde durante o dia, bem como é interessante encontrar formas de enfrentamento para aqueles que trabalham durante o dia e mesmo assim também pode procurar ajuda independente do horário.

Bibliografia

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (princípios e diretrizes). Brasília, 2009.



BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do SUS 01/93**. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

COURTENAY, W. H. Construction of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385- 1401, 2000.

COUTO, M. T. & SCHRAIBER, L. B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E A (Orgs.). **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro, 2005.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

GOMES, R. & NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de . Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565-574, 2007.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, n 2, p. 67-79, 2001.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2006.

NOGUEIRA, Conceição. Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas**. nº 112, p. 137-153, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional em Saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília, UNFPA, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. **A saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000.