

Vivências e conflitos de pacientes pós-transplante renal em Dourados/MS

Expériences vécues et conflits chez des transplantés rénaux à Dourados-MS

Flaviany FONTOURA

Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia ; Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS-Brasil
flavianyfontoura@hotmail.com

Luciane PINHO DE ALMEIDA

Professora Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia
Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS-Brasil
luciane@ucdb.br

Dans le domaine de la santé au Brésil, les questions liées aux politiques publiques, à partir d'une approche de genre orientée vers la promotion de l'équité hommes-femmes, sont peu étudiées. La recherche qui est présentée ici, qualitative, analyse les réponses aux enquêtes portant sur les expériences vécues, les attentes et la qualité de vie de patients qui ont subi une transplantation rénale, dans la ville de Dourados (Mato Grosso do Sul). Il en ressort que les répercussions de cette forme de traitement sont plus importantes auprès de la population masculine qu'auprès de la population féminine. Les résultats rendent compte d'une attention très limitée des hommes en ce qui concerne les soins médicaux, spécialisés ou non, aboutissant à un diagnostic tardif de la maladie. L'analyse des causes d'une telle situation montre une représentation masculine négative en ce qui concerne l'accès et l'utilisation des services de santé, avec, entre autres facteurs: l'incompatibilité des horaires de service et l'indisponibilité de l'homme qui travaille; le sentiment que ces services sont des espaces réservés aux femmes et aux enfants; la peur et/ou la honte d'exprimer sa faiblesse et son besoin en soin; la croyance que l'homme est fort et invulnérable à la maladie.

Mots-clés : Vécus, conflits, patients, transplantation rénale

No campo da saúde no Brasil, as questões que envolvem políticas públicas a partir do enfoque gênero voltadas para a promoção da equidade são frágeis. A pesquisa de cunho qualitativo através de entrevistas foi realizada sobre as vivências, expectativas e qualidade de vida após o transplante renal evidenciou que os padrões dessa forma de tratamento são maiores na população masculina em comparação com os da população feminina. Os resultados, estão relacionados ao reduzido envolvimento de homens com os cuidados em saúde, seja no que refere ao autocuidado, seja no que diz respeito à procura de cuidados especializados, ocasionando a identificação de doenças em seu estágio tardio. No quadro de possíveis respostas à questão, sobressaem as influências dos modelos de masculinidades no tocante à dificuldade de acesso e do uso dos serviços de saúde, incompatibilidade de horários de atendimento do serviço e disponibilidade de tempo do homem que trabalha; percepção de que esses serviços são espaços para mulheres e crianças; medo e/ou vergonha de expressar fraqueza e necessidade de cuidado; crença de que os homens são fortes e invulneráveis à doença, entre outros.

Palavras-chave: vivências, conflitos, pacientes, transplante renal

Introdução

Este artigo tem por objetivo trazer aspectos dos conflitos individuais de homens que se depararam com doença renal grave e as ações de saúde desenvolvidas no Brasil, com a intenção de conscientizar e educar essa população quanto à necessidade dos cuidados de saúde, no intuito de prevenir agravos e/ou diagnosticá-los em fase inicial.

A partir dos anos 1980, o desenvolvimento da categoria analítica gênero, tornou-se assunto de destaque nacional e internacional, tendo como ênfase as investigações acerca da condição feminina nos ambientes públicos e privados.

Recentemente os estudos envolvendo os homens e a masculinidade trazem novas contribuições para discussões no aporte e envolvimento desses (Doyal, 2000; Medrado et Lyra, 2008; Schraiber, Gomes et Couto, 2005).

Os primeiros estudos sobre as fragilidades de saúde nos segmentos masculinos emergiram há mais de 40 anos nos Estados Unidos. Nesse período era evidente que os homens detinham maior poder que as mulheres. No entanto, em relação às taxas de morbimortalidade estavam em desvantagens (Courtenay et Keeling, 2000; Gomes, 2011).

Na década de 1970, o Brasil incorporou as políticas públicas de gênero de forma mais ampla com a redemocratização do Estado e das ações para melhoria da qualidade de vida e trabalho da população. A ênfase dos movimentos sociais e políticos desse momento teve foco nas mulheres que iniciaram a participação nas discussões e decisões no país. Esse cenário reflete a constituição de sujeito coletivo com representação na cidadania, favorecendo o debate de temas oriundos das mulheres e suas necessidades. O homem nesse contexto estava inserido apenas no programa de planejamento familiar, nas demais ações que foram criadas na década de 1980 ele não teve visibilidade, assim concretizou-se a perspectiva de atender as mulheres, principalmente nos campos da saúde e educação, reconhecendo as desigualdades dessa clientela em relação aos homens (Couto et Gomes, 2012; Gomes, 2008).

Com os avanços nos debates acerca de saúde e gênero houve o reconhecimento da necessidade de implantação de políticas com foco nos homens. Couto e Gomes (2012) enfatizam que “... os programas dirigidos a homens devem cuidar para que não tragam efeitos negativos nas mulheres.”

A partir dessa nova proposta, o Ministério da Saúde brasileiro lançou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que “... visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção.” (Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

A evidência de que os homens adentram o Sistema Único de Saúde por meio da atenção secundária (alta complexidade), momento que sua doença ou o agravo está em estágio avançado, levou o Estado a reconhecer a necessidade de estabelecer ações para “capturar” esse homem na Atenção Primária, com o intuito de não apenas diminuir os custos do Sistema destinados a essa população, mas também, e, sobretudo, reduzir o sofrimento físico e emocional desse homem e de sua família, nas lutas pela conservação da saúde e da qualidade de vida (Ministério da Saúde do Brasil, 2008). Assim, o Plano Nacional para o triênio 2009-2011 possibilitou a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens - PNAISH em todas as unidades federadas.

A PNAISH traz considerações a respeito da diversidade, considerando que:

... as masculinidades são estabelecidas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres. (Ministério da Saúde do Brasil, 2008, p. 6).

Essas questões consideradas na formulação do PNAISH são fundamentais para a promoção da equidade na atenção à população masculina, nas quais são ponderadas as diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas.

Essa política pretende mobilizar os homens brasileiros pela luta e garantia de seu direito social à saúde, o que a torna um desafio. Ela almeja torná-los protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania e obedecendo as suas peculiaridades.

De acordo as orientações do Ministério da Saúde do Brasil (2008), sobre os princípios e diretrizes do PNAISH, é necessário garantir o cumprimento dos princípios de humanização, a integralidade e a qualidade, assim a política considera os seguintes elementos:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (p. 28).

As discussões sobre a saúde da população masculina iniciou-se pela associação do modelo da masculinidade tradicional a déficits e/ou agravos à saúde, mas o avanço dos debates possibilitou a reflexão crítica e passou a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde no Brasil (Gomes et Nascimento, 2006; Ministério da Saúde do Brasil, 2008; Schraiber *et al.*, 2005).

A pesquisa sobre pacientes renais crônicos : cenário e participantes

No estudo que originou a dissertação de mestrado intitulada “*Vivências, expectativas e qualidade de vida após o transplante renal*” (2012), evidenciou que os padrões dessa forma de tratamento são maiores na população masculina em comparação com os da população feminina. Esse dado fez parte da caracterização sociodemográfica, correspondente a 15

participantes da pesquisa, dos quais quatro do sexo feminino e onze do sexo masculino. Vale ressaltar que a pesquisa de abordagem qualitativa foi realizada no município de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul, na Associação dos Doentes Renais Crônicos e Transplantados de Dourados e Região que no momento da pesquisa possuía 72 usuários associados, sendo 32 residentes no município de Dourados e distritos. O número de participantes do estudo foi definido por uma amostragem de 20% do total geral de cadastrados, sendo entrevistados 15 transplantados renais. A inclusão dos participantes foi feita por conveniência.

Vivências e conflitos de pacientes masculinos renais crônicos : resultados da pesquisa

Dentre os 15 participantes do estudo onze eram homens, este dado vem ao encontro com os resultados de outras pesquisas envolvendo transplante renal, pode ser atribuído ao fato de que os homens, comprovadamente, são mais vulneráveis às doenças e não buscam preveni-las (Amaral, 2008; Cassini, 2009; Lira, 2005; Mendonça, 2006; Moreira *et al.*, 2008; Peres, 2002; Silva Neto, 2006).

Pimenta (2011), no estudo que realizou com o objetivo de analisar as características epidemiológicas e sociodemográficas em relação à sobrevivência dos pacientes transplantados renais em um hospital universitário e filantrópico, verificou retrospectivamente dados epidemiológicos e sociodemográficos de 169 pacientes transplantados renais entre dezembro de 1992 a maio de 2008. O sexo predominante dos pacientes transplantados foi o masculino 95 (56,2%) em relação à população feminina 74 (43,8%). Também, observou que os pacientes do sexo feminino apresentaram uma maior sobrevivência (70,3%) quando comparado ao sexo masculino (61,1%).

A menor sobrevida dos homens, quase sempre foi aceita sem muitas contestações, relacionadas a fatores somente biológicos, porém os aspectos de gênero não podem ser desconsiderados quando se deseja analisar a saúde do homem e da mulher (Laurenti, Jorge et Gotlieb, 2005).

No estudo realizado por Oliveira (1995), com a finalidade de verificar o perfil da hanseníase durante o período de 1994 e 1995, no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil, havia 649 hansenianos (447 homens e 202 mulheres), em registro ativo, no programa de controle e tratamento da doença, distribuídos nos serviços de saúde que oferecem atendimento aos portadores de hanseníase. Os homens representaram o impacto da doença com revolta, preocupação, nervosismo, desconfiança, raiva, medo, e alguns com indiferença.

O reconhecimento da doença colocou em suspensão a condição de mantenedor da família, a sexualidade também se mostrou fator relevante, bem como a 'invisibilidade' da doença que ocasiona desconfiança, levando os homens a irregularidades no tratamento e controle.

Gomes, Nascimento, Rebello et Araujo (2008) analisando as informações sobre as causas externas das mortes de homens e mulheres no período de 1991 a 2000, indicou que as mortes masculinas foram, naquele período, cinco vezes superior às femininas. Após estratificar os dados por faixa etária o índice se elevou, atingindo seu maior pico no grupo etário masculino de 20 a 24 anos.

Segundo Gomes, Rebello, Araújo et Nascimento (2008), com dados de 2005 do Instituto Nacional do Câncer brasileiro, os tumores de próstata é o tipo de câncer mais freqüente em todas as regiões do país, sendo que o número de casos novos estimados para o Brasil em 2005 era de 46.330. O valor corresponde a um risco estimado de 51 casos novos a cada 100

mil homens. Os autores, no seu estudo de revisão bibliográfica sobre o câncer de próstata, encontraram dados referentes a prevenção primária que tratam de hábitos de vida saudável e secundária que corresponde aos exames indicados na detecção da doença como o Antígeno Prostático Específico, exame de sangue e toque retal que contrasta com os modelos hegemônicos de masculinidade. O homem possui preconceito quanto a realização do toque retal e a discussão sobre o assunto segue dois caminhos, o primeiro dando ênfase apenas a aspectos físicos e o outro busca maior complexificação em torno da realização do toque retal à luz do processo social da construção da masculinidade. Os autores concluíram que no conjunto das fontes, poucos textos levam em conta as especificidades de ser homem nas recomendações da prevenção do câncer de próstata. Em se tratando desse tipo de prevenção, desconsiderar aspectos relacionados a modelos hegemônicos da masculinidade pode comprometer, em parte, a efetivação das medidas recomendadas.

Foram informações como essas que levaram o Ministério da Saúde, após 20 anos do Sistema Único de Saúde a criar a PNAISH, sendo atualmente o programa de prioridade do governo.

Na pesquisa com os transplantados renais também possibilitou verificar que os pacientes homens tiveram o diagnóstico tardio da insuficiência renal crônica, ou seja, necessitaram de intervenção hospitalar no momento do diagnóstico o que contribui para maior morbidade, custos e baixa qualidade de vida, enquanto as mulheres tiveram diagnóstico precoce e adotaram medidas preventivas com o intuito de prolongar a sobrevida dos rins.

Esse achado vem ao encontro da afirmação que comprovam os dados referentes às demandas inferiores de homens na atenção básica de saúde em relação às mulheres e uma maior prevalência masculina na procura de serviços de pronto-atendimento e hospitalares, demonstrando que essa população prefere retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas, contrariando os preconizados pelo Ministério da Saúde que coloca a atenção básica como porta de entrada do usuário independente do sexo ou idade (Albano, Basílio et Neves, 2010; Figueiredo, 2005; Ministério da Saúde do Brasil, 2008; Nascimento et Gomes, 2008; Pinheiro et Couto, 2008; Toneli, Souza et Muller, 2010; Schwarz, 2012; Schraiber *et al.*, 2010).

Um fator apontado pelos homens para não procurar os serviços de saúde está ligado a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. O reconhecimento de que a preocupação masculina com a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inserida no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

Couto e Gomes (2012) tratam da invisibilidade dos homens no cotidiano da Atenção Primária em saúde. Apesar das mudanças que o Ministério da Saúde realizou quanto às comunicações dirigidas a essa população que incluem referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais disponibilizados, estas ainda não são percebidas no trabalho diário das equipes de saúde o que torna os mecanismos do atendimento em saúde ineficaz, promovendo desigualdades de acesso (Separavich, e et Canesqui, 2013). Outro ponto questionado pelos autores é referente aos espaços feminizados dos serviços de saúde da Atenção Primária, que passa pelo crivo dos próprios homens deixando-os expostos aos

estereótipos sociais de gênero, que concebe a imagem de que possuem menor tendência aos problemas de saúde.

Schwarz (2012), no texto que teve como objetivo discutir questões levantadas no artigo “*Homens, saúde e políticas públicas: equidade de gênero em questão*” (2012), de Márcia Thereza Couto e Romeu Gomes, que analisa a criação e os desafios da PNAISH, considerou que a maior resistência dos homens em buscar os serviços no nível primário de atenção é o fato de associarem prevenção e autocuidado à fragilidade e insegurança, contrastando com virilidade, exposição a situações de risco e invulnerabilidade, traços culturais de uma visão hegemônica de masculinidade que acarretam, em comparação às mulheres, agravos na saúde e morte precoce.

O PNAISH não surgiu de uma elaborada luta por direitos como aconteceu com diversos movimentos sociais ao longo da história. Foi arquitetada por fatores epidemiológicos que evidenciaram altos índices de morbimortalidade comparados a mulheres, assim, pode estar alicerçada em pilares de abordagem biomédica e assistencialista. Para que seja legitimada essa política, se faz necessário uma interpretação dos fatores socioculturais e epidemiológicos concomitantes, para que as ações e estratégias de implementação da PNAISH tenham significados em termos de avanços políticos e valores simbólicos (Schwarz, 2012).

Cabe expor também a visão dos profissionais de saúde acerca da implementação do PNAISH, na Atenção Primária, Knauth, Couto et Figueiredo (2012), em seu estudo que visou contribuir para o aprofundamento da compreensão das relações que se estabelecem, no âmbito dos serviços de saúde, entre profissionais e os usuários do sexo masculino, analisou as concepções que os profissionais da saúde possuem sobre as demandas e os comportamentos específicos da população masculina atendida nos serviços de saúde. Os achados demonstraram uma pequena presença de homens, a constituição predominantemente de trabalhadores e idosos, as características do comportamento masculino como pressa, objetividade, medo e resistência são aspectos que dificultam os serviços em acolher esta população.

No centro da PNAISH encontra-se o conceito de gênero, no entanto, este é ativado pelos profissionais de saúde apenas no sentido de justificar os padrões socialmente esperados em termos do comportamento dos homens. Desta forma, faz-se necessária a mudança de práticas cotidianas dos homens com relação ao cuidado para garantir melhores condições de saúde no que implica relações de gênero igualitárias, portanto, mulheres e homens, brancos e negros, jovens e velhos, heterossexuais e homossexuais, são igualmente vulneráveis.

Considerações finais

No que tange o campo da saúde coletiva a saúde do homem é um espaço inovador de grande importância, no qual conflitos e vivências são observados e devem ser estudados e aprofundados, principalmente no que tange às temáticas que permeiam gênero e masculinidade e suas vertentes no processo saúde-doença e cuidado.

A partir dos dados encontrados na pesquisa com os transplantados renais certificamos que a política da saúde do homem necessita ser alicerçada, pois nota-se que as ações são pontuais. Como exemplo, podemos citar as atividades realizadas pelos municípios no dia nacional do homem, onde as unidades de saúde se preparam para atendê-los, inclusive no período noturno.

Faz-se necessário não apenas implantar o PNAISH, mas implementá-lo, primeiramente capacitando os profissionais quanto as peculiaridades dessa população e em conjunto envolver as esposas, mães, filhas, netas enfim as mulheres no desafio de conscientização da necessidade do cuidado à saúde dos homens, articulando a questões de gênero e masculinidade. Neste contexto, inclui atender as demandas individuais e coletivas das diversas populações masculinas.

Referências

- Albano, B. R., Basílio, M. C. et Neves, J. B. (2010). “Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde”. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(2), 554-563.
- Amaral, R. C. (2008). *Qualidade de vida do paciente transplantado renal submetido a ampliação vesical* (thèse de maîtrise). Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Brasília : Ed. Ministério da Saúde.
- Cassini, M. F. (2009). *Sobrevida de alotransplante renal com doador cadáver relacionado à idade do doador, tempo de isquemia fria e compatibilidade HLA* (thèse de maîtrise). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Courtenay, W. H. et Keeling, R. P. (2000). Men, gender, and health : Toward an interdisciplinary approach. *Journal of American college health*, 48(6), 243-246.
- Couto, M. T. et Gomes, R. (2012). “Homens, saúde e políticas públicas : a equidade de gênero em questão”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2569-2578.
- Doyal, L. (2000). “Gender equity in health : debates and dilemmas”. *Social Science & Medicine*, 51(6), 931-939.
- Figueiredo, W. (2005). “Assistência à saúde dos homens : um desafio para os serviços de atenção primária”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.
- Gomes R. (2011). Apresentação. Dans Gomes R. (dir.), *A saúde do homem em debate* (p. 11-18). Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz.
- Gomes, R. et Nascimento, E. F. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde : uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 901-991.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. S. et Araujo, F. C. (2008). As arranhaduras da masculinidade : uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1975-1984.
- Gomes, R., Rebello, L. E. F. S., Araujo, F. C. et Nascimento, E. F. (2008). A prevenção do câncer de próstata : uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 235-246.
- Knauth, D. R., Couto, M. T. et Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde : perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. M. et Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.

Lira, A. L. B. C. (2005). *Diagnóstico de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE* (thèse de maîtrise). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Medrado, B. et Lyra, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 809-840.

Mendonça, A. E. O. (2006). *Qualidade de vida medida pelo "WHOQOL-bref" : estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal* (thèse de maîtrise). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Moreira, L. B., Fernandes, P. F. C. B. C., Monte, F. S., Galvão, R. I. M. et Martins, A. M. C. (2008). Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(2), 315-325.

Nascimento, E. F. et Gomes, R. (2008). Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1556-1564.

Oliveira, M. H. P. (1995). *Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres : um estudo de gênero* (Thèse de doctorat). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Peres, L. A. B. (2002). *Análise das sobrevidas de enxertos e receptores de 188 transplantes renais* (thèse de maîtrise). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

Pimenta, R. C. S. (2011). Análise dos fatores sociodemográficos e epidemiológicos em relação à sobrevivência de pacientes transplantados renais de um hospital universitário e filantrópico de Sorocaba/SP. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas*, 13(4), 8-12.

Pinheiro, T. F. et Couto, M. T. (2008). Homens, masculinidades e saúde : uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência*, 4(1), 53-67.

Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N. et Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades : atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.

Schraiber, L. B., Gomes, R. et Couto, M. T. (2005). Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.

Schwarz, E. (2012). Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2581-2583.

Separavich, M. A. et Canesqui, A. M. (2013). Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : uma revisão bibliográfica. *Saúde & Sociedade*, 22(2), 415-428.

Silva Neto, M. L. (2006). *Fatores de risco para infecções em transplante renal* (thèse de maîtrise). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

Toneli, M. J. F., Souza, M. G. C. et Müller, R. C. F. (2010). Masculinidades e práticas de saúde : retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis : Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 973-994.