

ARTIGOS OPINATIVOS E DE ATUALIZAÇÃO

IDEOLOGIAS E SABERES: UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A SAÚDE E O UNIVERSO FEMININO

Iracema Teixeira¹

IDEOLOGIES AND KNOWLEDGE: A CRITICAL REFLECTION ABOUT HEALTH AND THE FEMININE UNIVERSE

Resumo: Este trabalho apresenta uma reflexão a respeito das relações de gênero e a práxis médica. Para tal, tece considerações, com base em dados históricos, sobre a situação do sistema de saúde no Brasil e uma análise da ideologia que subjaz as condutas preconizadas no atendimento à mulher portadora de neoplasia mamária.

Palavras-chaves: mulher; relações de gênero; prática médica; saúde

Abstract: This paper introduces some reflections on the relations between gender and the medical praxis. These relations are explained through historical data from the health care system in Brazil and also through the analysis of the medical, psychological and nursery care received by women who have breast cancer.

Keywords: women; gender relations; medical practice; health

1. Psicóloga, psicoterapeuta formativa, docente de cursos de pós-graduação, especialista em Sexualidade Humana (Universidade Gama Filho – UGF) e em Psico-oncologia (Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia – SBPO), mestre em Sexologia Clínica (UGF), doutora em psicologia (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), membro profissional associado ao Centro de Psicologia Formativa™ do Brasil, Membro do Conselho Deliberativo da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana – biênio 2012/2013. e-mail: iracemapsi@globo.com.

Ao adotar um olhar crítico, verifica-se que as informações e teorias sobre o universo feminino são veiculadas e construídas pelos homens. Logo, o saber oficial é um saber sob o ponto de vista masculino.

Durante séculos as mulheres tiveram restrito o direito a existir enquanto ser social independente. Foram negados a elas o prazer, a participação política e social, entre outras coisas. Suas necessidades eram determinadas pelo ponto de vista masculino, em que o homem, em sua condição de ser superior, era o responsável pela elaboração das leis, atitudes e representações acerca do universo feminino.

Todo um legado judaico-cristão corroborou com o pensamento aristotélico, calcado em uma ideologia excludente e hierarquizante, em que a mulher era vista como menos capaz que o homem e sem atributos, cabendo-lhe simplesmente servi-lo. Nas palavras de Gimenes (1997): “A humanidade é entendida como masculina, e a mulher é definida não em si, mas em relação ao homem.” (p. 24).

Tal aspecto ideológico perpassa todo o âmbito macrossocial, inclusive, e principalmente, pelo saber médico, que muitas vezes concedeu *status* de ciência aos paradigmas norteadores da condição feminina.

Observamos essa perspectiva nas “teorias científicas” que preconizavam a inferioridade da mulher em virtude do tamanho de seu cérebro ou por ter um tórax mais estreito, sugerindo uma incapacidade de pensar e/ou desempenhar atividades físicas. Assim, com base em um discurso oficial/científico/médico, lhes são expropriados seu corpo e seu existir pessoal, justificando todas as práticas higienistas a que foram (e ainda são) submetidas. Práticas do tipo da extirpação do clitóris, a sutura do introito vaginal, o uso de camisas de força, cuja finalidade era/é conter os impulsos sexuais em prol da sanidade feminina.

O discurso e a prática da medicina estão impregnados pelo condicionamento histórico-cultural-religioso. Conscientizar-se disso permite

discernir o caráter ideológico presente nas concepções acerca do feminino, visto que a mulher, desde a biologia aristotélica, passando por Hipócrates e Galeno, é concebida como um ser inferior ao homem e imperfeita. Como se pode verificar na afirmativa de Galeno: “Do mesmo modo que entre todos os animais o homem é o mais perfeito, igualmente na espécie humana o homem é mais perfeito do que a mulher.” (apud TUBERT, 1996, p. 54).

Torna-se particularmente interessante considerar que nem todas as épocas outorgaram ao corpo da mulher a mesma importância ou o mesmo significado. Foi na Idade Média que os médicos reservaram-se o direito de estabelecer o que é uma mulher e como deve ser tratada, conforme enunciam Yvonne Knibiehler e Catherine Fouquet (apud TUBERT, 1996).

Interessante mencionar que, ao longo das últimas décadas do século XVIII, período em que se apregoavam os ideais da Revolução Francesa – igualdade, liberdade e fraternidade –, várias obras médicas marcam as diferenças entre homens e mulheres, de maneira a apresentar uma superioridade masculina e transmitir a ideia de uma natureza passiva feminina, além da predestinação à maternidade. Até o século XIX inúmeros tratados foram publicados sobre os aspectos relacionados às doenças femininas, conforme situa Rohden (2001):

[...] uma fragilidade moral sujeita aos desgovernos sexuais, à dissimulação, à mentira, ao capricho, e dotada de aptidões intelectuais mediocres. [...] Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres (p. 16).

Fávero (1997) apresenta uma análise ideológica das práticas médicas ao ressaltar que, para maior compreensão do conceito de câncer e suas terapêuticas, deve-se refletir sobre os estereótipos subjacentes ao gênero feminino. Da mesma forma, afirma Daston (apud FÁVERO, 1997):

Tanto na história da ciência, como na história do estudo de gênero, a naturalização é uma ideologia, traduzida pela tentativa de justificar as convenções culturais – entre elas a subordinação da mulher ao homem – por meio dos ditames da natureza e, como tal, imutáveis e inevitáveis (p. 28).

O diagnóstico de uma neoplasia mamária e seu tratamento podem estar sendo acolhidos numa perspectiva hierarquizante, que coloca a mulher, mais uma vez, em uma condição de inferioridade, posto estar sob o risco de perder sua identidade feminina (GIMENES, 1986, apud FÁVERO, 1997).

Cohn (1993) menciona os estudos realizados por Martin (1987) a respeito da maneira que os processos corporais das mulheres foram descritos pela literatura médica científica, através dos séculos. Como ela destaca, a linguagem e as metáforas usadas nos textos são fortemente impregnadas de uma ideologia desqualificante.

Cabe lembrar que até bem pouco tempo a maioria da população médica era composta por homens. Somente a partir do ano de 2006 que o maior número passou a ser de mulheres, segundo dados do Conselho Federal de Medicina.

Tais conjecturas encontram eco nas palavras de Faerstein, Aquino e Ribeiro (1989), que chamam a atenção para a possível contaminação das pesquisas científicas por conteúdos ideológicos presentes em nossa estrutura cultural, podendo distorcer as investigações e as análises, bem como traçar uma etiologia pouco confiável, e compromete, assim, a intervenção médica.

O corpo da mulher é um corpo considerado subalterno, o que retrata a inexistência de um protagonismo social que fundamenta e é fundamentado pelo saber médico refletindo, portanto, uma práxis vilipendiadora.

Constata-se que a década de 1970 foi marcada pela intensa ebulição de novas ideias e ideais. No que diz respeito aos estudos sobre os papéis de gêneros, Fávero (1997) mostra que nessa época foram bem marcantes destacando e redimensionando as formulações teórico-

conceituais e as implicações sociopolíticas.

Paralela à revolução dos conceitos socioculturais de gênero, movida pelos movimentos feministas (ou movimentos das mulheres), a práxis médica toma novos rumos, notadamente no campo das cirurgias, como procedimento clínico no tratamento do câncer de mama.

As técnicas de extirpação tumoral e de reconstrução mamária tomaram um vulto expressivo nessa época e aprimoraram-se gradativamente.

Coincidências (ou não) à parte, o clamor das mulheres por um *status* existencial motivou a organização de grupos, cujo objeto de ação era basicamente questionar o poder e o saber médico, favorecendo a “emergência de um discurso das próprias mulheres sobre suas experiências corporais (ou de saúde)” (XAVIER; ÁVILA; CORREA, 1989, p. 204).

A tônica original do movimento feminista foi a própria mulher enquanto sujeito da ação. Ter condições humanas e dignas de trabalho, participar politicamente da (re) construção social e ter saúde eram, e continuam sendo, algumas premissas desse movimento.

Guedes (1995) nos situa três momentos importantes na história do movimento de mulheres no Brasil:

1. A instauração da Década da Mulher pela Organização das Nações Unidas, de 1975 a 1985, ratifica a importância das mulheres no âmbito político-social, tendo como slogan “Mulher: Participação e representação política”.
2. Entre 1985 e 1988 teve como slogan “O cotidiano é político”. Não bastava a mulher existir socialmente, era necessário entender a identidade feminina, desvendando as relações do cotidiano, na busca de um *status* científico para os estudos sobre a mulher.
3. De 1989 até o momento atual, no qual

se busca refletir/discutir as relações entre o feminino e o masculino, uma vez que um não existe sem o outro. Instaurar o dialogismo implica sair do gueto e se abrir ao mundo.

Tais marcos possibilitaram problematizar os saberes, seja do Direito, da Biologia, da Gramática e também da Medicina. Como situa Guedes (1995), “No seio dos movimentos está a necessidade de refletir sobre a nossa história, que faz parte da História [...]” (p. 11).

Questiona-se o saber e o poder médico “para além da subordinação social, econômica e política da mulher, para que o seu corpo, enquanto referência fundamental de identidades, não seja mais usurpado por esse saber” (XAVIER; ÁVILA; CORREA, 1989, p. 206).

O corpo da mulher é seu lugar de identificação e autorreferência. Portanto, a necessidade de resgatar a mulher como ser integral colocou o feminismo em confronto com o poder médico e o sistema de saúde.

Mesmo reconhecendo que a preocupação acerca da condição da mulher remonta ao século XVIII (SANT’ANNA, 1997), percebe-se o quão recente é o surgimento de ações diretas na promoção da saúde. Somente a partir da reflexão das próprias mulheres sobre suas vivências e anseios, numa conjuntura de cerceamento, foi possível formular um novo pensar sobre as questões referentes à saúde feminina.

A criação do Programa de Assistência Integral à Mulher, em 1982, teve como objetivo central o planejamento familiar, deixando de lado a proposta básica de reconhecer a mulher como sujeito integral, segundo a visão de Xavier, Ávila e Correa (1989).

Faerstein, Aquino e Ribeiro (1989) apontam para o aumento de Programas de Saúde dirigidos às mulheres, como resultado do amadurecimento das propostas e reivindicações presentes nos discursos dos movimentos feministas. Os autores também ressaltam que o câncer de mama se alicerça em

um solo movediço, visto inter-relacionar-se com questões carregadas de preconceitos, como a sexualidade e o corpo feminino. Observa-se historicamente que, nas décadas 1970 e 1980, apregoava-se a histerectomia (ontervenção cirúrgica que consiste na retirada do útero) e a ooforectomia (remoção cirúrgica de um ovário ou de ambos) como medidas profiláticas. Nessa perspectiva, Tubert (1996) afirma que grande parte das histerectomias realizadas é desnecessária e que, provavelmente, acontece o mesmo com uma considerável proporção de mastectomias realizadas no mundo.

Tal hipótese parece ser confirmada pela notícia publicada em 1999, na *Veja*, revista de grande circulação nacional. A reportagem conta a saga de uma fotógrafa norte-americana que, aos 45 anos, teve uma das mamas retirada após diagnóstico de câncer. De acordo com avaliações ulteriores, contudo, foi comprovada a não necessidade de adotar tal procedimento, em virtude do tamanho do tumor, podendo ter sido empregada uma técnica cirúrgica menos mutiladora, denominada quadrandectomia, que retira apenas o quadrante da mama onde se localiza o tumor. Depois de ganhar o processo, a paciente declarou: “Em vez do dinheiro, preferiria ter meu seios de volta” (REVISTA VEJA, 1999, p. 85).

“Ninguém pode avaliar o que significa para uma mulher a ameaça de perder um seio” (SOUZA, 1987). Essas palavras compõem o depoimento emocionante de uma mulher que, após diagnóstico de carcinoma na mama direita, lutou desesperadamente pela possibilidade de manter seu seio e sua vida. No artigo, ela relata uma trajetória marcada pelo inconformismo com o saber médico, vez que, ao ser confirmada a doença, todas as indicações foram para a mastectomia radical, apesar de seus argumentos sobre os novos procedimentos cirúrgicos mais conservadores da mama.

Sua decisão foi de não se submeter à retirada da mama, como ela declara: “Eu não aceito

tal mutilação [...]” (SOUZA, 1987, p. 802). Junto ao medo e desespero, emergiram o desamparo e o senso de estar sendo vilipendiada pelo poder médico, pois, conforme afirma, em nenhum momento ela se sentiu ouvida:

A mulher, na cabeça desta autoridade, não é vista em nenhum momento como um ser portador de capacidade e do direito de poder decidir o seu destino [...]. Trata-se ainda da velha relação de dominação do badalado clichê detentor do saber/detentor do poder (p. 804).

O inconformismo e a não submissão foram os norteadores da vida dessa mulher, na busca de ser agente de seu próprio destino. Entre diversas tentativas, ela encontrou um médico que deu ouvidos ao seu clamor e a informou sobre as possibilidades de um tratamento conservador – a retirada do tumor acompanhada do esvaziamento axilar e posteriores aplicações de radioterapia. Após dezessete anos do tratamento, ela, viva e saudável, afirma que foi sua determinação em transcender à passividade frente ao poder médico que a possibilitou ser dona de seu corpo e de seu destino.

A mastectomia profilática ou adenectomia (retirada preventiva das glândulas mamárias) é um procedimento sugerido, desde o final do século XX, por entidades médicas internacionais. Dados apontam para um grande número desse procedimento realizado no período de 1998 a 2007 (REYNOLDYS, 2011). O interesse reacendeu, recentemente, mediante a opção de uma famosa atriz norte-americana pela citada cirurgia (JORNAL O GLOBO, 2013). No entanto, a indicação obedece a critérios definidos mundialmente, delineados por ferramentas avaliativas de predisposição hereditária ao câncer de mama; são eles: aconselhamento genético oncológico e exames moleculares para identificação da mutação genética.

Como mencionado anteriormente, há tempos a mastectomia preventiva é veiculada na mídia. Em 1999, a notícia “Prophylactic mastectomy reduces breast Cancer risk by almost

90%” (Disponível em: <http://www.pslgroup.com/dg/db672.htm>, 1999), nota-se tal tendência esboçando-se nos moldes do ocorrido há cerca de 20 anos. Segue a notícia na íntegra:

ROCHESTER, MN-JAN.13, 1999 – A Mayo Clinic study has identified new information that will allow women at risk for breast cancer, especially those at high risk, to make more informed decisions with their physicians about possible courses of preventive action. The study, to be published in tomorrow’s edition of the *New England Journal of Medicine*, finds that prophylactic mastectomy, surgery that removes the breast as a preventive measure, reduces the risk of breast cancer by approximately 90 percent for women at moderate to high risk for the disease.

Breast cancer affects one in nine women in the United States during their lifetime and five percent to 10 percent of breast cancer occur in women with an inherited risk for the disease. (1999).

Além das justificativas apresentadas por oncologistas, alguns pesquisadores julgam ser uma opção mais viável frente ao custo de um tratamento convencional, a exemplo da afirmativa de David Titzpatrick, geneticista do Western General Hospital, que pode ser encontrada em “O que está em jogo é o ônus financeiro? E o ônus psicológico das mulheres mutiladas?”, artigo do *Jornal O Globo* (1998, p. 35).

Os estudos recentes da engenharia genética mencionam que a gênese da neoplasia mamária estaria associada à mutação dos genes BRCA-1 ou BRCA-2 (ANDERSON, 1974).

Sobre tais formulações, Azevêdo (1999) ressalta que, mesmo considerando que 85% das mulheres com mutação dos referidos genes possam ter câncer de mama ao longo da vida, 15% não irão tê-lo, por conseguinte, “não existe determinismo genético” (p. 8).

Ainda segundo Azevêdo (1999):

O conceito fundamental a ser considerado é que não somos determinados por nossos genes,

mas influenciados por eles. Tanto para qualquer característica como para doenças, os genes agem em complexa interação com o ambiente. [...] Até mesmo nas doenças primariamente dependentes da presença de genes, estes são necessários, mas não suficientes para causá-las (p. 8).

Corroborando com tal afirmativa, Volich (1998) levanta uma importante questão:

Como saber se elas [as mulheres] desenvolverão realmente o tumor mamário? A ciência, acostumada aos grandes números, às diferenças estatisticamente significativas, tende a desprezar o pequeno [...]” (p. 149).

O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro posiciona-se frente à adenectomia de forma ponderada, ao afirmar que, mesmo sendo maior o risco de mulheres após 50 anos desenvolver o câncer de mama e considerando que nessa idade não há mais lactação, preconizar mastectomias profiláticas nessas pacientes “seria obviamente uma agressão desnecessária e inconcebível, provocando, além do mais, total e gratuita destruição da imagem corporal feminina” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Parecer nº 27/95, 1995, p. 265).

Um alerta se impõe! Por um legado socioreligioso-cultural, as mulheres desconhecem seu próprio corpo. Isso não se traduz em desinformação, mas sim em uma estratégia de poder, em que o controle de seus corpos fica institucionalizado; afinal “as mulheres desconhecem o que possuem e que é fundamental para a definição de suas identidades” (XAVIER; ÁVILA; CORREA, 1989, p. 210).

Inquietações são pertinentes frente ao quadro que se apresenta. Pois, como nos alerta Volich (1998), as mulheres que:

Resistem às estatísticas, às leis inexoráveis da genética que pretendem se impor soberanamente [...], essas mulheres sonham e nos fazem sonhar, confirmando que, apesar de todas as certezas,

sempre haverá um recanto da alma onde o ser humano poderá continuar lutando [...] (p. 150).

Assim, ao desejar compreender e, por conseguinte, tratar os problemas que afligem o corpo das mulheres na sociedade contemporânea numa base realista, é imperativo que se considere o contexto cultural no qual ocorrem, bem como a organização dentro da qual se desenvolvem (COHN, 1993).

A adoção de uma atitude profilática depende de decisões políticas, as quais exigem uma reflexão profunda dos aspectos ideológicos que norteiam a organização político-social, principalmente no campo da saúde.

Como reflexão, cabe suscitar alguns pontos acerca das políticas de saúde em vigor no Brasil:

- Quantas mulheres foram ou sofrem mutilação da parte de seu corpo tão impregnada de valor e que simboliza a própria feminilidade?
- Até que ponto a escolha por uma conduta terapêutica, por parte do saber médico, está contaminada por um viés ideológico, em que o corpo feminino pode ser expropriado da mulher, passando a ser propriedade de outrem?
- Por que não investir em pesquisas sobre medicamentos de combate e prevenção do câncer; em campanhas educativas, no sentido de difundir e ensinar a técnica do autoexame; na estruturação da rede pública, ampliando e aparelhando-a, a fim de facilitar o acesso das mulheres às unidades de saúde?

Na reportagem “Sentir os seios”, na revista *Globo Ciência*, consta um alerta: “As mortes continuam acontecendo. E o rol dos culpados por essa situação não é pequeno: a paciente, o médico, os hospitais, as secretarias de saúde, o ministério [...]” (REVISTA GLOBO CIÊNCIA, 1996, p. 43).

Tal afirmação faz eco com as palavras de Figueira Filho:

Os pseudoespecialistas estão cometendo crimes impunemente [...] a mulher brasileira com câncer de mama, que já morre precocemente por total inoperância do governo no que diz respeito a uma campanha nacional de prevenção da doença, seguirá contando com a ajuda do pseudomastologista para encurtar ainda mais a sua vida (1999, p. 10).

Em 1996, Pinotti, ex-secretário da Saúde de São Paulo, ressaltou, em entrevista à revista *Globo Ciência*: “[...] menos de 5% da população feminina brasileira está sob controle de uma maneira regular e adequada” (REVISTA GLOBO CIÊNCIA, 1996, p. 41).

Intensificar as campanhas de conscientização sobre a necessidade do autoexame da mama é o primeiro passo em direção à adoção de uma estratégia de controle e prevenção da doença. Assim será possível alcançar o objetivo apontado por Donato, mastologista do Instituto Nacional do Câncer, em entrevista realizada ao *Jornal do Brasil*: “A tendência mundial é o aumento gradativo do diagnóstico precoce [...]” (JORNAL DO BRASIL, 1998, p. 1). “Não é o câncer de mama que está matando as mulheres brasileiras, mas a falta de informação”, afirma o mastologista Ruiz, do Centro de Referência da Mulher (REVISTA GLOBO CIÊNCIA, 1996, p. 41).

Ainda sobre este aspecto, Kligerman (1998) afirma que:

No Brasil, a ênfase se dá no tratamento especializado, atestado pelo inexpressivo número de programas de prevenção e detecção bem planejados, executados e avaliados; pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados e pela deficiência de cuidados de reabilitação e paliativos (p. 1).

Coerente com a necessidade em adotar atitudes preventivas, a Sociedade de Mastologia do Rio de Janeiro promove todos os anos a Semana Nacional de Incentivo à Saúde Mamária, cujo

objetivo é incentivar diagnóstico precoce por meio de orientações e informações de como realizar o autoexame.

Esta atitude vai ao encontro da afirmação de Góes, do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, em entrevista para a revista *Nova*: “Vencer o pavor da doença é o primeiro passo para a cura” (REVISTA NOVA, 1999, p. 131).

Nesse sentido, a mídia possui papel fundamental, pois, como veículo de comunicação de massa, tem a função precípua de educar, informar e orientar.

Além desse aspecto, o melhor aparelhamento da rede hospitalar, com equipamentos mais modernos, constitui alternativa para a detecção precoce da doença. Conforme divulgado no *Jornal do Brasil*, um novo mamógrafo é utilizado pelo Hospital Albert Einstein, em São Paulo, e será também empregado no Rio de Janeiro. Esse equipamento, denominado Lorad M-IV, permite que a paciente se submeta ao exame em condições mais confortáveis e menos dolorosas, comparando às mamografias convencionais (JORNAL DO BRASIL, 1998, p. 1).

Avanços gradativos acontecem. Como notificou o jornal *Estado de S. Paulo* (de 7 de setembro de 2002), foi criado o primeiro Laboratório de Metrologia em Mamografia do país na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Essa medida contribuirá para a melhoria do atendimento, pois a manutenção dos mamógrafos evitará erros no diagnóstico, uma vez que 95% desses equipamentos estão desregulados, resultando em cerca de 10% de exames com falso-positivos, segundo pesquisadores de física médica da mesma universidade.

Soma-se a esse rol de possibilidades o fortalecimento nas investigações da gênese do câncer de mama e dos métodos de tratamento, a exemplo das pesquisas que são realizadas no intuito de desenvolver e/ou aprimorar drogas anticancerígenas ou antitumorais (PICCART, 1999). Também é importante mencionar a contribuição

dos estudos sobre as relações entre os fatores psicossociais, o surgimento, a evolução e a remissão do quadro de neoplasia mamária. Por conseguinte, a presença da psico-oncologia, em seus diferentes níveis de intervenção, como parte necessária à qualidade de atendimento oferecido à paciente e a seus familiares, visto que a atuação multiprofissional deve estar calcada, acima de tudo, na busca do conforto, da dignidade e do respeito ao paciente, conforme enfatiza Gimenes (1994).

Mediante tais providências, uma conduta preventiva deve ser, de fato, implantada.

Referências

- ANDERSON, D. E. *Genetic study of breast cancer: Identification of high risk group*. **Cancer**, 34(4), 1974, p. 1090-1097.
- AZEVÊDO, E. S. *Ética e Genética*. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, p. 8-9, fev. de 1999.
- COHN, L. **Goddess-centered rituals and formative psychology a therapeutic approach for women**. Tese de Mestrado. California: Institute of Integral Studies. 1993.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Parecer da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica nº 27/95, referências: Processo 5139 e processo 5613, 1995.
- FAERSTEIN, E.; AQUINO, E. M. L.; RIBEIRO, D. C. S. *Câncer na mulher: Uma prioridade no Brasil?* In LABRA, Maria E. (Org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 114-122.
- FÁVERO, M. H. Menina, moça e mulher: o ser feminino na psicologia. In GIMENES, M.G.G. (Org.) **A mulher e o câncer**. São Paulo: Editorial Psy, 1997, p. 81-87.
- FIGUEIRA FILHO, A. O pseudo-especialista em Mastologia. **Mastologia News – Informativo da Sociedade Brasileira de Mastologia**, 40(2):10, 1999.
- GIMENES, M.G.G. O que é Psico-oncologia: Definição, foco de estudo e intervenção. In CARVALHO, M. M. M. J. (Coord.) **Introdução à Psico-oncologia**, São Paulo: Editorial Psy, 1994, p. 15-24.
- _____. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psico-oncologia. In GIMENES, M.G.G. (org.) **A Mulher e o Câncer**. São Paulo: Psy, 1997, p. 7-16.
- GUEDES, Maria Eunice F. Gênero. O que é isso? **Psicologia: Ciência e profissão**. Brasília, nº 1, 2, 3, ano 15, 1995, p. 4-11.
- JORNAL O GLOBO, **Caderno Ciência e vida**, 20 de jun. de 1998, p. 35.
- JORNAL DO BRASIL, **Caderno Mulher**, , 07 de mar. de 1998. p. 1, 4, 6.
- JORNAL O ESTADO DE S. PAULO Online, São Paulo, 14 de out. de 1998. Disponível em: <http://www.hcaa.com.br/internet/principal/noticias/diag_mama.htm>. Acesso em: 29 nov. 1998.
- KLIGERMAN, Jacob. A assistência oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, 44(4): editorial, 1998, p. 5-6.
- PICCART, Martine J. Inibidores da aromatase: Novas perspectivas na hormonioterapia do câncer de mama. **Jornal do Clube da Mama**. 1(1), 1999.
- REVISTA GLOBO CIÊNCIA, ano 6, nº 61, ago. de 1996. p. 37. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/cultural/angelina-jolie-fez-dupla-mastectomia-por-temer-cancer-8381107>>.
- REVISTA NOVA, fev. de 1999. p. 128.
- REVISTA VEJA, ano 32, nº 15, 14 de abr. de 1999. p. 85.

REYNOLDS, C. et al. Prophylactic and Therapeutic Mastectomy in BRCA Mutation Carriers: Can the Nipple Be Preserved? **Annals of Surgical Oncology**, out. de 2011, 18 (11). p. 3102-3109.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SANT'ANNA, Denise B. de. A mulher e o câncer na história. In GIMENES, M. G. G. (Org.) **A Mulher e o câncer**. São Paulo: Editorial Psy, 1997, p. 52-59.
 SOUZA, Maria Nadege. Meu câncer meus médicos. **Femina**, Rio de Janeiro, 15(10), 1987. p. 799-805,
 TEIXEIRA, I. **Reconstruindo o prazer de viver: As implicações afetivo-sexuais da cirurgia de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas**. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, Dissertação de Mestrado, 1999.

TUBERT, Sílvia. **Mulheres sem sobra: Maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Tempos, 1996.

VOLICH, Rubens Marcelo. Gene real, gene imaginário: Uma perspectiva fantas(má)tica da hereditariedade. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, 2, 1998. p.137-152.

XAVIER, Dulcinéia, ÁVILA, Maria Bethânia, CORREA, Sonia. Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In LABRA, Maria E. (Org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 202-208.