



MULHERES ADOECIDAS POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

CARVALHO, Debora Louzada

Estudante de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social - UFF

louzada.debora@gmail.com

246

RESUMO

Este artigo objetiva trazer breves considerações acerca da mulher portadora de câncer de colo de útero enquanto sujeito social. Esta neoplasia maligna é a segunda causa de mortalidade entre a população feminina. Busca-se apreender os papéis sociais desta mulher na sociedade marcada pela divisão sexual do trabalho, onde o processo de adoecimento perpassa pelo viés de gênero e classe social, em uma patologia marcadamente relacionada com as condições de vida deste segmento populacional.

Palavras-chave: Gênero. Saúde. Divisão sexual do trabalho.

ABSTRACT

This article aims to bring brief remarks about the woman carrier of cervical cancer as a social subject. This malignancy is the second cause of mortality among women. Seeks to grasp the social roles of the woman in society marked by the sexual division of labor, where the disease process moves through the gender and social class bias in a pathology markedly related to the living conditions of this population segment.

Key-words: Gender. Health. Sexual division of labor.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por finalidade trazer elementos para a reflexão acerca da mulher portadora de câncer do colo do útero enquanto sujeito social. O adoecimento por câncer traz em si uma série de questões que impactam tanto aspectos físicos, quanto subjetivos e sociais na vida dos sujeitos. É na interseção entre estes diferentes aspectos que se insere a atuação do assistente social.



Neste intuito, busca-se apresentar contribuições para melhor compreender a realidade desta mulher, visualizando-a em sua singularidade, sem deixar de perceber o câncer como uma doença de cunho social, principalmente o de colo de útero, cujos fatores de risco têm determinantes socioeconômicos. Assim, o adoecimento implica em ir além da questão clínica, compreendendo também implicações que envolvem a sua inserção enquanto mulher, no âmbito do trabalho, da família, das relações de gênero, do comprometimento socioeconômico etc.

Homens e mulheres vivenciam de forma diferenciada a crise econômica, considerando as diferenças de suas inserções no mercado de trabalho, tanto o informal quanto o formal. Neste contexto, é importante salientar o impacto desta crise mundial sobre as mulheres, considerando que ocupam postos e espaços no mercado de trabalho de pior qualidade - com menor nível de proteção social e piores remunerações (IPEA, 2009). As mulheres representam cerca de 51% da população mundial e brasileira, ganham menos que os homens têm pouco poder de decisão nas políticas públicas do País, sofrem violência de seus parceiros e muitas vezes vivem jornadas duplas ou triplas de trabalho (IPEA, 2009).

É neste contexto que emerge o debate sobre a “feminização” da pobreza. Carlotto e Gomes (2011) alertam para os equívocos que são postos frente algumas leituras atuais. Sinalizam que, apesar das afirmações do alto grau de pobreza entre as mulheres ser provocado pelo aumento da carga da chefia das famílias e da ausência do provedor masculino, as autoras apontam que o problema não está vinculado a sua ausência. A questão refere-se a que sua posição no mercado ocorre a partir de uma perspectiva de mãe e esposa, mesmo que este provedor tenha existido em algum momento de sua trajetória e não mais exista a sua presença ou ele nunca fez parte da composição da família. Dentro da perspectiva de divisão sexual dos papéis, as mulheres ficaram limitadas na sua participação no mercado por causa dos seus papéis nos cuidados e com a reprodução.

Assim, essas mulheres adoecidas estão inseridas em uma sociedade dividida por gênero, que, como traz Perrot (1994), pensa uma divisão sexual do mundo, ‘na complementaridade dos papéis, das tarefas e dos espaços, reconciliando assim a vocação “natural” com a utilidade social.’ (PERROT, 1994, p. 503). Neste sentido, a teoria das esferas separa a esfera pública, tida como de domínio masculino, da esfera privada, doméstica, portanto, feminina.



No entanto, as mulheres ao “saírem” (PERROT, 1994) do espaço socialmente instituído para elas, tanto física quanto moralmente, rompem com os papéis atribuídos socialmente a elas e se inicia os primórdios de uma consciência de gênero.

A autora coloca que essa saída das mulheres do espaço privado acontece através de atividades tidas como inerentes às mulheres, inicialmente pela via da filantropia, as mulheres das camadas médias irão exercer “profissões femininas”, marcadas pelo voluntariado e vocação tipicamente femininas: ensinar, tratar, assistir.

As mulheres operárias, contrariamente, são marcadas como “antítese da feminilidade”. Obrigadas a sair da esfera doméstica pela necessidade de sobrevivência de si e de suas famílias, inserem-se em um espaço cuja identidade é construída sobre o modelo de virilidade masculina, tendo setores produtivos inteiros vedados e seus salários considerados como complementaridade ao masculino, assim, inferiores aos recebidos pelos homens. Essa marca irá preponderar até os dias atuais, impactando na configuração desta mulher trabalhadora. (PERROT, 1994).

A precarização das relações de trabalho e o contexto das políticas sociais restritivas deixam esta mulher em uma situação de vulnerabilidade, sem proteções sociais mínimas para o seu sustento e o de sua família, o que resulta, nesta situação, na dificuldade de adesão ao tratamento. O câncer como questão de saúde pública perpassa todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, a assistência não é exclusiva da alta complexidade, conforme preconizado por diversos estudos.

Nesta perspectiva, apreender as discussões sinalizadas como fatores que contribuem na constituição da mulher como sujeito social, especificamente quando portadora de câncer de colo de útero, levamos a reconhecer a vulnerabilidade a que estas mulheres estão expostas.

MULHERES E ADOECIMENTO POR CÂNCER DE CÓLO DE ÚTERO

O câncer de colo de útero, segundo o Ministério da Saúde se apresenta como um dos mais incidentes no país e também de mais fácil detecção precoce, tendo um prognóstico bem alto de cura. Entretanto, a alta taxa de incidência deste câncer revela, como indicado por Nogueira e Silva (2008), o perfil multifacetário da questão social do câncer, com íntima relação



com a inserção desta mulher no mundo e de sua relação com seu próprio corpo e sua sexualidade, as relações de gênero, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

É importante lembrar que câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese) (INCA, 2014).

O desenvolvimento da maioria dos cânceres requer múltiplas etapas que ocorrem ao longo de muitos anos. Assim, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. Se o potencial de malignidade for detectado antes de as células tornarem-se malignas, ou numa fase inicial da doença, tem-se uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura (INCA, 2014).

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012 (INCA, 2014). A incidência do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas.

Ressalta-se que, com a transição demográfica, os países periféricos têm ainda que lidar com a mortalidade por doenças ainda não erradicadas, como tuberculose, e por causas externas, principalmente a violência, principal causa de óbitos entre jovens, segundo estudos.

A infecção pelo HPV é muito comum. No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente, onde é causada por um subtipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação e tratamento adequado possibilita a prevenção da progressão para o câncer cervical invasivo. Desta forma, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero. (INCA, 2014).



Para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres (Figura 1).

A distribuição espacial da incidência demonstra a especificidade desta neoplasia maligna. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), é o segundo mais frequente. Na região Sudeste (10,15/100 mil), o quarto e, na região Sul (15,87 /100 mil), o quinto mais frequente. (INCA, 2014).

Homens				Mulheres			
Localização primária	casos	%		Localização primária	casos	%	
Próstata	68.800	22,8%		Mama Feminina	57.120	20,8%	
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%		Côlon e Reto	17.530	6,4%	
Côlon e Reto	15.070	5,0%		Colo do Útero	15.590	5,7%	
Estômago	12.870	4,3%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%	
Cavidade Oral	11.280	3,7%		Glândula Tireoide	8.050	2,9%	
Esôfago	8.010	2,6%		Estômago	7.520	2,7%	
Laringe	6.870	2,3%		Corpo do Útero	5.900	2,2%	
Bexiga	6.750	2,2%		Ovário	5.680	2,1%	
Leucemias	5.050	1,7%		Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%	
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%		Leucemias	4.320	1,6%	

Figura 1 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer estimados para 2014 por sexo, exceto pele melanoma (INCA, 2014)

Assim, ele atinge, de forma impactante, as regiões mais empobrecidas do país e decai a sua incidência nas regiões mais desenvolvidas nacionalmente e com maior acesso a rede de serviços de saúde, conforme pode ser percebido na Figura 2.

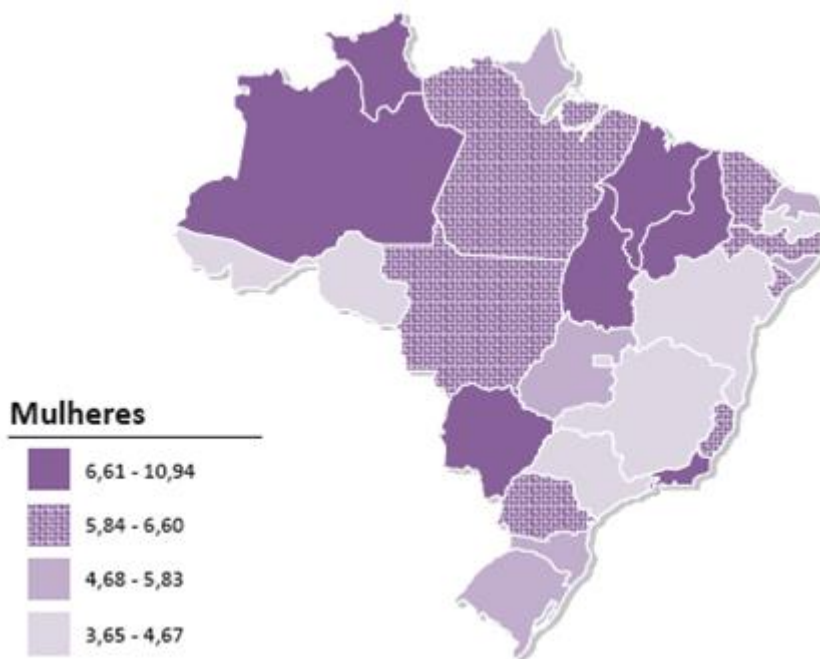


Figura 2 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2014, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do colo do útero) (INCA, 2014)

Como o câncer de colo de útero tem um alto potencial de cura se diagnosticado precocemente, a alta mortalidade demonstra a dificuldade deste diagnóstico em sua fase inicial, por diversos motivos conforme diferentes estudos apontam (CARVALHO, 2008) (NOGUEIRA E SILVA, 2008), fazendo com que esta mulher somente tenha acesso ao tratamento em um estadiamento mais avançado da doença, onde a probabilidade de cura diminui consideravelmente.

GÊNERO E SAÚDE: PERSPECTIVAS SOBRE AS MULHERES COM CÂNCER DE CÓLO DE ÚTERO

Melo e Bandeira (2005, p. 47) ao trabalharem com o conceito de gênero o definem como ‘o conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada’. Mais adiante, continuam afirmando que se trata de ‘uma construção social, de uma forma primária de significar as relações de poder, uma vez que tais diferenças se configuram como desigualdades.’

Louro (1996) afirma que o conceito de gênero veio contrapor-se ao conceito de sexo. Neste sentido, se sexo refere-se às diferenças biológicas entre homem e mulher, o gênero está



relacionado com construção social e histórica do ser masculino e do ser feminino, ou seja, às características e atitudes atribuídas a cada um deles em cada sociedade. Assim, agir e sentir-se como homem e como mulher depende de cada contexto sociocultural.

As desigualdades são naturalizadas pela sociedade e desconsideram os conflitos que perpassam a construção da mulher na sua condição de sujeito, assim como mascara as dificuldades enfrentadas por estas mulheres não apenas em seus processos de sociabilização assim como em seus relacionamentos interpessoais, o que se agudiza com o adoecimento.

Swain (2001, p. 68) chama a atenção de que ‘as representações e imagens de gênero constroem e esculpem os corpos biológicos’, e que no mundo ocidental de hoje a mídia traz a imagem do feminino como uma ‘mulher consumidora (consumindo bens e produtos atuais no mercado), doméstica (cuida do lar, usa os produtos de limpeza, compra eletrodomésticos), sedutora (moda, romance, sedução) e reprodutora (voltada para a maternidade)’ (SWAIN, 2001, p.70).

Assim, a condição do adoecimento por doença do câncer de colo de útero, atravessada por estas relações fragiliza ainda mais a mulher. É preciso compreender o baixo poder de barganha que possuem. Além da luta diária pela sobrevivência, sua inserção em uma sociedade marcadamente machista faz com que estas questões impactem em seu processo de adoecimento.

Os elementos para pensar estas relações são diversos. Estudos apontam a relação direta existente entre esta doença e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Nogueira e Silva (2009) em seu artigo colocam o quanto o uso da camisinha seria importante para a prevenção deste tipo específico de câncer, porém como os homens são muito resistentes a seu uso, este ponto sinaliza como ‘as tensões de gênero estão envoltas na perpetuação de uma cultura sexista e conservadora que acaba refletindo na questão do processo saúde/doença da população.’ (NOGUEIRA e SILVA, 2009, p. 9).

Em outro ponto, as autoras acima sinalizam outro aspecto importante nesta análise, que se refere à questão da sexualidade, apontando que nesta sociedade machista, onde a virilidade precisa ser provada através de uma prática sexual constante, a incompreensão dos



companheiros ou esposos da necessidade de resguardo sexual após alguns procedimentos clínicos ou durante determinados tratamentos levam ao fim diversos relacionamentos.

A mulher adoecida não consegue exercer os papéis que a sociedade a impõe, acima expostos por Swain (2001) e, ao não responder as demandas postas pelo relacionamento conjugal, sente-se ainda mais fragilizada.

A situação social dessas mulheres é, também, evidenciada com o adoecimento. A constante associação do câncer de colo do útero a pobreza ressalta que a maior parte dos fatores de risco é associada às condições de vida destas mulheres. Alguns destes fatores podem ser ressaltados, como ‘os precários padrões alimentares, baixa escolaridade, ocupações desqualificadas, condições de trabalho precarizadas e salários irrisórios a que estas mulheres estão submetidas.’ (NOGUEIRA e SILVA, 2009, p. 9). Assim, não se trata de fazer ou não preventivo, de saber ou não a necessidade de fazê-lo, mas sim de possuir condições objetivas de acessá-lo.

Ressalta-se as duplas e/ou triplas jornadas a que estas mulheres se submetem diariamente. Assim, após a extenuante jornada de trabalho exigida pelo mercado, cuidam também da esfera da reprodução. A responsabilidade pelos afazeres domésticos recai sobre as mulheres, evidenciando, novamente, as diferenças de gênero. Associa-se a este quadro o baixo padrão de proteção social brasileiro, onde, conforme aponta Costa (2002), acontece uma ‘crise dos sistemas de proteção *primária*¹, sem que os de proteção *secundária*² estejam disponíveis.’ (COSTA, 2002, p. 312, *grifos da autora*).

Costa (2002) analisa em seu artigo as tensões existentes entre a saída das mulheres para o espaço público e a montagem dos sistemas protecionistas no Brasil. Sinaliza que as práticas de proteção primária sempre estiveram a cargo das mulheres, naturalmente institucionalizado. Com a saída para o espaço público começa um processo de desnaturalização, onde se expõe as conexões entre o público e o privado. Reflete que, ‘embora a política derive do social, distingue-se dele por sua função específica: a de produzir um código comum de regulação da vida social.’ (COSTA, 2002, p. 303).

¹ Sistema de proteção social de natureza primária – família e grupos de convívio (COSTA, 2002, p. 301).



Através dos tempos, a maternidade transferida cobre a deficiência dessas estruturas. A delegação de cuidados da casa - expressão polissêmica, referida a cuidados de coisas e de pessoas em circunstâncias diversas - se dá porque não há outra alternativa. Essas práticas protecionistas, com pouco apoio do setor público, consolidaram extensas redes de proteção e dependências armadas na intimidade das casas. (COSTA, 2002, p. 306)

Costa (2002) ressalta em outro trecho, que as lutas por direitos das mulheres se restringiram, em muitos casos, em buscar a igualdade com os homens em determinadas situações (como estabelecimento da jornada de trabalho), desconsiderando as outras inserções da mulher, na reprodução da vida privada.

A noção de maternidade transferida dá visibilidade a nexos políticos, econômicos e sociais de práticas do cotidiano doméstico. Abordagens microssocietárias tornam visível que, nas regiões de assalariamento tardio, como no Brasil, a produção doméstica de famílias organiza diversos modos informais de sobrevivência. Abordagens macroanalíticas, por sua vez, tornam possível explicá-las como partes de padrões reprodutivos: relações domésticas - próprias ao *household* - têm sido base de sustentação de formas perversas de regulação de salários. Nessa experiência, relações informais fornecem vantagens econômicas, quando reduzem os custos da reprodução dos trabalhadores, no sentido marxista do termo. (COSTA, 2002, p. 306)

Deste modo, a “maternidade transferida” de umas para outras mulheres possibilitou a saída para trabalhar, estudar, entre outras atividades às mulheres mais e menos abastadas, vinculando-as a milhares de mulheres mais e menos pobres pelo cuidado e exercício de tarefas em suas casas, com compensações recíprocas.

Entretanto, coube às mulheres pobres para o exercício de atividades fora do ambiente doméstico, dispondo ou não de equipamentos sociais, contar, sempre, ‘com o apoio de outras mulheres, pobres como elas, estabelecendo redes sociais pouco estudadas, com perdas de direitos sociais para muitas delas.’ (COSTA, 2002, p. 312).

Desta forma, esta abordagem de gênero possibilita a apreensão das desigualdades das relações de poder entre homens e mulheres e entre as mulheres, explicitando a construção das desigualdades. Assim como o rompimento da dicotomia que destinava os homens a esfera pública e as mulheres a esfera doméstica não esgota a necessidade de se discutir as relações de gênero, já que as relações de poder são inerentes a elas e perpassam todas as relações sociais.

² Sistema de proteção social secundária – serviços sociais em instituições estatais e privadas de cuidados



Esta compreensão do sujeito refere-se a um olhar compreendendo as diferentes perspectivas que vão inferir diretamente na sua constituição enquanto ser social. Assim, ao discutir a mulher portadora de câncer de colo de útero partindo da perspectiva de gênero, busca-se recuperar sua condição de sujeito e pouca proteção social estatal a que pode recorrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afinal, de que mulher estamos falando? Fonseca (2002) apresenta uma concepção de sujeito onde, discutindo com diversos autores, ressalta que o sujeito não é universal, tem um lugar historicamente construído, cujas emoções e percepções do mundo são construídas a partir de um lugar concreto que este indivíduo se insere, com variáveis sócio históricas e não constantes.

Deste modo, é preciso compreender as variáveis apontadas no decorrer deste artigo com o objetivo de apropriar-se das questões que envolvem a constituição dos sujeitos, no caso, o objeto deste artigo, a mulher portadora de câncer de colo de útero.

Assim, os processos de construção afetiva e social tão distintos dos indivíduos oriundos de diferentes contextos familiar e social, naturalizam e legitimam a desigualdade social brasileira em todas as suas dimensões.

A lógica competitiva existente hoje no mercado tem subordinado fortemente a política social à política econômica, transferindo a carga fiscal do capital para o trabalho, seja diminuindo gastos sociais com programas universais e flexibilizando o trabalho. Neste sentido, tem se observado um crescente desmonte do universalismo protetor para dar vez ao particularismo social e a mercantilização da política social.

Santos (1979) traz o conceito de cidadania regulada, compreendendo os cidadãos que estão em ocupações reconhecidas e definidas por lei. A carteira de trabalho passa a ser fundamental para o gozo dos direitos dos cidadãos. A regulação da cidadania implicou, na prática, em uma discriminação na distribuição dos benefícios, condicionando todo um sistema de desigualdades, possibilitando o acesso à proteção social secundária, via Estado, através da inserção no mercado formal de trabalho.

diversos (COSTA, 2002, p. 301).



A associação entre cidadania e ocupação torna pré-cidadãos todos aqueles cuja ocupação não é reconhecida por lei, inflando as condições institucionais para os conceitos de marginalidade e de mercado informal de trabalho, ficando aí incluídos não apenas os desempregados, os subempregados e os empregados instáveis, mas igualmente aqueles cujas ocupações, por mais regulares e estáveis, não tenham sido ainda regulamentadas. Destaca-se, ainda, a pouca estruturação existente de políticas sociais cunho não contributivo.

Observa-se, hoje, no Brasil, uma extensa cobertura de programas compensatórios ou de alívio da pobreza, focalizados, voltado para determinados grupos sociais, como alternativa precária ao desmonte de uma proteção intensiva em segurança social. Sua legitimidade tem feito com que as novas gerações de trabalhadores vejam como natural a precariedade e instabilidade no emprego, por exemplo.

Assim, a mulher portadora de câncer de colo de útero, que por sua inserção no mercado de trabalho, não consegue se inserir, a partir de seu adoecimento, na proteção social estatal, conta, principalmente, com as redes de proteção primárias estabelecidas como estratégia de sobrevivência, sua e de sua família.

As desigualdades das relações sociais perpassadas pelo viés de gênero tem um impacto significativo nesta mulher adoecida, que sem contar com apoio da proteção social estatal ou com um provedor apoia-se na rede de proteção primária também como amparo para o sentimento de vulnerabilidade neste momento de vulnerabilidade, tanto econômica como social e psicológica.

A realidade da pobreza é confrontada neste momento. As estratégias de sobrevivência utilizadas até o momento do adoecimento não são mais possíveis de serem acessadas. Contando apenas com a venda da sua força de trabalho para sustento da família, sua incapacidade de prover seu sustento traz um desgaste ainda maior ao processo de tratamento.

Associa-se a este quadro o desgaste a que esta mulher é submetida com o tratamento oncológico, tanto físico quanto econômico (mesmo quando este ocorre em um serviço público, como os custos dos deslocamentos, por exemplo).

Desigualdades impregnam as relações sociais no interior do aparato protecionista e fixam os padrões de consumo e a qualidade dos bens e serviços



a serem repartidos (e negados). Procedimentos tradicionais de proteção social primária foram agravados na conjuntura de desemprego masculino, com tantos lares chefiados por mulheres. Os mecanismos institucionais atualizaram formas de apartação social e de extermínio em massa dos segmentos sociais a que se destinam, em uma dialética de vida-e-morte embutida nesse processo civilizador. A dialética que exclui e inclui as mulheres no movimento em direção ao espaço público favorece, ainda, a cultura protecionista privada. O atual modelo privatista de proteção social, de inspiração neoliberal, apoiado em costumes tradicionais, faz apropriação cultural das relações da intimidade e das redes de solidariedade, enfim, das formas peculiares de organização da vida coletiva do país, das muitas maternidades transferidas, como no trabalho gratuito de acompanhantes de doentes em hospitais, em práticas de *home care*. (COSTA, 2002, p. 318).

Assim, ao olhar este sujeito sem idealismo, considerando as suas contradições, captando as suas estratégias de sobrevivência e resgatando a sua condição de mulher inserida em uma sociedade atravessada pelas desigualdades produzidas pelas relações de gênero e de classe social, buscam-se as diferentes perspectivas que possibilitam ampliar o conhecimento, possibilitando a construção de uma atuação profissional do assistente social a partir de uma perspectiva da atenção integral à mulher portadora de câncer de colo de útero.

REFERÊNCIAS

CARLOTO, Cássia Maria; GOMES, Anne Grace. Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho. In: *Serviço Social & sociedade*, n. 105, 2011, p. 131-145.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. In: *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 54, n. 1, 2008, p. 97-102.

COSTA, Sueli Gomes. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. In: *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, 2002, p. 301-323.

FONSECA, Claudia. Mãe é uma só?: reflexões em torno de alguns casos brasileiros. In: *Psicologia USP*, v. 13, n. 2, 2002, p. 49-68.

INCA. *Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

IPEA; OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO. *Impacto da crise sobre as mulheres*. Brasília: IPEA; SPM; OIT, 2009.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. D.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MELO, Hildete Pereira de; BANDEIRA, Lourdes. *A pobreza e as políticas de gênero no Brasil*. Santiago de Chile: CEPAL, 2005 (Serie Mujer y Desarrollo n. 66).



NOGUEIRA, Ana Cláudia Correia; SILVA, Letícia Batista. As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2008, Caxambu, *Anais...* ABEP. Belo Horizonte, 2008, 1 CD-ROM.

NOGUEIRA, Ana Cláudia Correia; SILVA, Letícia Batista. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. In: *Vértices*, v. 11, n. 1/3, 2009, p. 7-17.

PERROT, Michelle. Sair. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Orgs.). *História das Mulheres no Ocidente. Vol. 4: o século XIX*. Tradução Maria Helena da Cruz Coelho et alii. Porto: Edições Afrontamento, 1994, p. 503-537.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SWAIN, Tânia Navarro. Feminismo e recortes do tempo presente: mulheres em revistas “femininas”. In: *São Paulo em Perspectiva*, v. 15, n. 3, 2001, p. 67-81.