



A CIDADE INSCRITA NO MEU CORPO: DEPOIMENTOS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS E QUADRANTECTOMIZADAS

Natália Cristina Alves¹; Raul Borges Guimarães²

Trabalho resultado de dissertação de mestrado defendida em junho de 2010

RESUMO

Os serviços de saúde são elementos importantes da produção do espaço urbano. Do ponto de vista do gênero feminino, existe uma convergência destes serviços com as questões de saúde. Este conjunto de relações foi estudado neste trabalho a partir da análise do câncer de mama. Fundamentado, principalmente pela pesquisa qualitativa, a análise de depoimentos orais de seis mulheres que fizeram cirurgia mastectomia radical ou quadrantectomia devido câncer de mama, nos possibilitou captar as representações do seu processo saúde-doença, tanto do ponto de vista físico quanto subjetivo. Com os resultados da pesquisa, consideramos que os serviços de saúde da cidade de Presidente Prudente-SP são elementos importantes da produção e reprodução social e espacial das mulheres entrevistadas, uma vez que há uma convergência destes serviços e a concretização da saúde, pensada aqui para além do ponto de vista biológico.

Palavras-chave: Processo saúde-doença; Câncer de mama; Gênero; Pesquisa qualitativa

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a contribuição da geografia para análise da saúde tem se baseado na padronização espacial da morbidade e da mortalidade através da cartografia de patologias infecciosas ou pelos estudos ecológicos com associação entre o meio e as doenças (NOSSA, 2008). Entretanto, desde a década de 1980, novas abordagens tentam captar outros aspectos relacionados com o processo de estar saudável ou doente em cada lugar. Dentre estas abordagens, Gatrell (2002) destaca três principais: a humanista, a estruturalista e a cultural.

A abordagem humanista é um novo paradigma baseado na construção social da saúde e da doença. Fundamentado nas abordagens qualitativas e nas concepções fenomenológica e existencialista. Nessa abordagem amplia-se o interesse pelo conhecimento do mundo vivido e das experiências cotidianas.

Na abordagem estruturalista, a análise é feita através da determinação dos estados de saúde e de doença, como produto de uma reflexão crítica-radical das superestruturas políticas. Assim, a investigação saúde-doença determina a existência de patologias sociais agravadas por decisões políticas.

Por fim, a abordagem cultural incorpora contributos e metodologias etnográficas, antropológicas e comportamentais. O sentimento e o significado de um lugar são, majoritariamente, auto-referentes.

¹Doutoranda da Pós Graduação em Geografia da UNESP - Presidente Prudente-SP. ncaunesp@gmail.com

² Profº Drº Adjunto do Departamento de Geografia da UNESP - Presidente Prudente-SP. Coordenador do Laboratório de Geografia da Saúde/UNESP. e-mail: raul@fct.unesp.br



O presente trabalho tem estas três abordagens como referência. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa qualitativa permite uma abordagem humanista da experiência cotidiana. Por sua vez, tendo o corpo da mulher como foco de análise, entendemos como os estruturalistas, que sua apropriação como objeto de consumo (beleza e estética) insere a nossa investigação no estudo da dialética do uso e apropriação dos produtos fetichizados do mercado capitalista. E, por fim, as referências à abordagem cultural são importantes para a interpretação do objeto de estudo por meio da análise da representação das mulheres sobre o corpo mutilado pelo câncer de mama.

Tendo como referência estas abordagens, nossa pesquisa questiona o paradigma no qual a doença se define como fenômeno biológico individual, e se fundamenta na Teoria da Determinação Social do processo saúde-doença (LAURELL, 2002). Assim, veremos que saúde e doença são expressões de um mesmo processo, no seu duplo caráter biológico e social (e para nós também espacial) porque apesar de ter características biológicas, a natureza humana revela-se a partir da vida em sociedade.

É possível observar também que o processo saúde-doença manifesta-se por meio de diferentes fenômenos, frequência e intensidade das relações sociais, que variam no tempo e no espaço. Dessa forma, podemos dizer que este processo pode justificar a inclusão da Ciência Geográfica no debate sobre o modelo biomédico dominante na produção deste processo, e com isso auxiliar nas discussões sobre a operacionalidade do conhecimento científico através de metodologias que acrescentem maior compreensão às necessidades humanas, contribuindo com novas ferramentas interpretativas para decodificar o mundo imediato das pessoas (NOSSA, 2008). Pois, o indivíduo age diante da dinâmica social e espacial criando representações desta dinâmica de uma forma particular (SILVA, 2004). É essa ação humana que nos interessa aqui.

É claro que esta questão é freqüentemente desqualificada pelo paradigma dominante que quer exclusividade no domínio da saúde-doença, evocando sempre o doente, quando muitas vezes quer dizer o corpo orgânico. Neste contexto, podemos pensar nas críticas ao conceito de doença na sociedade ocidental. Uma delas é que, este conceito foi desenvolvido mediante uma concepção mecanicista do corpo, e estimulada pela racionalidade científica desde o seu nascimento, produzindo no campo da saúde algumas naturalizações e um forte biologicismo do comportamento



humano. Essa supremacia biológica deixou pouco espaço à consideração de dimensões psíquicas e sociais (CZERESNIA, 2007).

Devemos então, prioritariamente, entender a saúde e a doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores (multidimensionais) biológicos, econômicos, culturais, sociais e espaciais. Estes fatores estão marcadamente relacionados às características espaciais em que este processo ocorre, identificando-se com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma produção social da saúde e da doença.

Assim, entendemos que a doença não é apenas uma experiência biológica, física ou psicológica. É também uma experiência social e espacial. Conseqüentemente, a esse processo de determinação da doença e do aprofundamento de abordagens multidisciplinares e polissêmicas sobre determinantes que operem na relação saúde-doença, a abordagem geográfica pode produzir uma teoria social e cultural do espaço a partir de investigações da saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Do ponto de vista conceitual, a história oral é um termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação. Colhida por meio de entrevistas de variadas formas, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade. Muitos pesquisadores das ciências sociais (BECKER, 1994, THOMPSON, 1992, WHITAKER, 2000), defendem essa abordagem, dizendo ser a mesma muito pertinente, pois só o indivíduo será capaz de fazer um relato fiel da experiência e interpretação do mundo no qual ele vive. Assim, *“O indivíduo também é um fenômeno social. Aspectos importantes de sua sociedade e do seu grupo, comportamentos, técnicas, valores e ideologias podem ser apanhados através de sua história.”* (QUEIROZ, 1988, p. 28)

A história de vida e o depoimento oral se inserem no quadro mais amplo da história oral como instrumento de análise do real. A história de vida pode ser descrita como um conjunto de eventos que fundamentam a vida de uma pessoa e é, normalmente, determinada pela duração e localização dessas existências ao longo de uma vida (BORN, 2001). Já o depoimento é utilizado para captar eventos específicos que o pesquisador pretende focar no trabalho, portanto, geralmente é mais curto em questão de tempo de entrevista.



Outra diferença entre os dois procedimentos está na postura do pesquisador durante a entrevista. Na história de vida, o pesquisador deve deixar o narrador falar e não intervir o máximo possível, enquanto no depoimento o pesquisador é quem dirige a entrevista, da forma mais favorável a obter os dados que necessita.

Para compreender a realidade de mulheres que tiveram câncer de mama no município de Presidente Prudente-SP utilizamos da técnica de entrevistas e captação de depoimentos orais. Aproximando-nos assim, de diversos aspectos de suas histórias de vida, do seu processo saúde-doença deflagrado pelo diagnóstico do câncer de mama, pelo qual, pudemos considerar que a política de saúde local pode ser analisada por meio das marcas inscritas no corpo dessas mulheres.

As técnicas de captação dos depoimentos foram baseadas em instrumentos da metodologia qualitativa, como entrevistas em profundidade, semi-estruturadas por meio de um roteiro montado com diversas dimensões captadas por leituras sobre os temas e conceitos principais da pesquisa (saúde, exclusão social, gênero, pesquisa qualitativa, representação social, escala geográfica). Na elaboração do roteiro, priorizamos a identificação do grau de percepção dessas mulheres diante das questões de saúde. Também foi possível explorar o modo que estas mulheres elaboram suas concepções de saúde, de doença, de seu corpo e a relação dessas questões com outras dimensões de suas vidas.

Para o trabalho de campo e entrevistas, escolhemos duas instituições, uma pública e uma entidade sem fins lucrativos. A primeira é o Ambulatório de Fisioterapia localizado no campus da UNESP (Universidade Estadual Paulista) de Presidente Prudente-SP, no qual são atendidas pessoas que precisam de fisioterapia em diversas especialidades. Durante sondagem na instituição foram selecionadas para entrevista mulheres em tratamento na área de Ginecologia que haviam adoecido por câncer de mama e realizado a mastectomia radical ou a quadrantectomia, e, devido seqüelas da doença, faziam tratamento e eram atendidas por alunos estagiários, supervisionados por professores especializados em cada área específica.

A segunda instituição, o Grupo Amigas do Peito, foi escolhida porque durante a sondagem e entrevistas com as primeiras mulheres do ambulatório de fisioterapia, esta foi citada recorrentemente quando se falava em apoio fora do ambulatório. Trata-se de uma entidade formada por profissionais (assistentes sociais, mastologista) e voluntários (que tiveram ou não a doença) que pretendem apoiar mulheres que passaram pelo processo de cirurgia do câncer de mama.



No decorrer do trabalho mais duas entrevistas foram realizadas, uma com o marido de Nilza e outra com uma mastologista da cidade. Pois, queríamos captar depoimentos de pessoas que acompanhavam todo o processo saúde-doença dessas mulheres.

A partir desse processo metodológico, acreditamos que ao estudar a saúde da mulher pela escala do corpo, conseguiremos alcançar a unidade dos fatores (sociais, culturais, econômicos, políticos, espaciais, dentre outros) que concretiza a realidade, sem perder a noção de sua individualidade (SILVA, 1995, p.118). Portanto, consideramos que a partir dos resultados da análise das falas das entrevistadas foi possível compreender como se forma, em espaços de uma cidade como Presidente Prudente-SP, a identidade da mulher, com agravante de saúde como o câncer de mama.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de mama atualmente representa um grave problema de saúde pública, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo no tratamento. Dentre os procedimentos adotados (dependendo da gravidade e estágio da doença) a terapêutica envolve a escolha entre dois procedimentos: a mastectomia radical (remoção da mama afetada por inteiro) ou a quadrantectomia (remoção somente do caroço maligno e um pouco de tecido saudável ao redor dele – parte afetada da mama).

A partir de dados obtidos junto ao *site* do DATASUS, no município de Presidente Prudente-SP, em 2009, houveram 1687 internações por Neoplasias e 162 mortes, sendo que de 119 internações específicas por câncer de mama neste mesmo ano resultaram 7 óbitos (todos de mulheres), sendo que 2 destes foram mulheres com câncer de mama na faixa etária entre 40 e 59 anos.

Em entrevista, a mastologista destaca que, apesar dos locais específicos para o tratamento do câncer não serem próximos, o que o contrário, facilitaria o tratamento dos pacientes, o município de Presidente Prudente-SP possui uma infraestrutura equiparada com outros centros de referência, como Jaú e Barretos. Como exemplo, podemos destacar a existência de 8 mamógrafos. Para a Organização Mundial de Saúde o indicado seria a existência de um mamógrafo para 240 mil habitantes, o que demonstra que a quantidade existente é mais do que satisfatória para a detecção precoce da doença.



Entretanto, ainda de acordo com a entrevista junto à mastologista, no tocante ao câncer de mama, podemos perceber alguns problemas que a oferta de saúde pelo SUS (Sistema Único de Saúde) da cidade, deixa a desejar, tais como: falta de profissionais para realizar a reconstrução (mesmo esta sendo determinada por lei)³ e o acompanhamento psico-oncológico; e ainda falhas na prevenção primária; má encaminhamento das mulheres por profissionais das Unidades Básicas (porta de entrega do SUS); além da necessidade de mais campanhas educativas para que o câncer de mama seja uma preocupação constante das mulheres como já é o câncer de colo de útero.

As questões acima podem revelar que para os pacientes atendidos pelo SUS há uma maior dificuldade de acesso rápido e eficaz ao tratamento. E talvez seja um dos motivos que levou cinco das seis mulheres entrevistadas a fazer plano privado de saúde. Em seu depoimento, NILZA comenta sobre o funcionamento desse sistema:

“O atendimento de saúde do Posto de Saúde é horrível. Por exemplo, eu poderia pegar meus remédios aqui no Posto (do Bairro onde mora), pegar as receitas e ir, porque meus remédios têm no Posto, mas eu não posso porque é particular! Então eu tenho que comprar tudo. Eu até poderia pegar uma ficha e consultar com um Clínico Geral e pegar o remédio que eu preciso... o de pressão... só que eu não pego! Porque eu vou lá... é sexta feira, que neste Posto de Saúde que você marca para a semana toda, e você tem que madrugar pra você ir lá... Essa saúde nossa é uma morte filha!”

Entretanto, JACIRA destaca que o atendimento pelo sistema particular na cidade também tem suas deficiências: *“Apesar de que plano de saúde hoje também meu bem, não está resolvendo nada, viu? Que nem o ano passado, fui marcar um exame pra esse ano, entendeu? Dependendo do médico, e da especialidade é assim.”*

Neste caso, a partir da oferta de saúde na cidade de Presidente Prudente-SP, podemos considerar que, apesar das mortes por câncer de mama estarem num processo de descendência e controladas pelos programas destinados a estes fins (mutirões e atendimento oncológico), a mulher que teve o seio ou parte deste retirado, gera um processo de saúde-doença específico.

Ao descobrir que estão com a doença, as mulheres entrevistadas partem para um processo de dramas cotidianos de perdas, ganhos e exclusões, mas, ao mesmo

³ Esta cirurgia é determinada pela Lei Nº 9. 797, de 06 de maio de 1999. E em Presidente Prudente-SP este serviço deve ser oferecido pela Santa Casa às mulheres que fizeram mastectomia radical ou quadrantectomia.



tempo, reforço de sua identidade através da experiência de passar pela possibilidade de perder a vida e ficar longe dos seus familiares. Paralelamente, as instituições de saúde de Presidente Prudente-SP e seus profissionais têm participação nesse processo, pois é a partir da forma de oferta de saúde que se deflagra o processo de inscrição no corpo das marcas do atendimento, da doença, da representação social e da produção e reprodução dos espaços.

A perda de parte do corpo para as mulheres entrevistadas provoca exclusão⁴. Isto por que existem sobre esse corpo, inúmeros referenciais ideológicos associados ao discurso de saúde-doença, fundamentando algumas representações⁵ específicas que são produzidas por estas, capazes de promoverem uma desqualificação de sua imagem. Afinal, tais representações são mediadas por uma consciência e experiência de vida específica, a partir da sua relação consigo mesmo e com outro, principalmente quando é preciso encarar uma nova fase na vida.

Para as mulheres que tiveram seus corpos afetados pelo câncer de mama, a vida cotidiana começa a mudar desde o momento que recebem o diagnóstico. Este processo foi expresso por NILZA:

“Aí ela falou: Antes de te examinar já te digo pra se preparar que coisa boa não é. E ela me examinou, colheu um líquido e me pediu pra levar em um laboratório. Depois ela pediu pra eu ficar calma dizendo que força ela sabia que tinha bastante.” (NILZA)

Tendo que se organizar de acordo com a doença, tudo acaba sendo colocado em segundo plano, pois o tratamento e a cura entram em primeiro lugar nos planos individuais e, conseqüentemente, familiares. Neste momento, passam a ser o foco de cuidado no contexto familiar. Para NILZA: *“Meu marido nem trabalhava mais! A família toda assim, por quase dois anos nesse sofrimento.”*

Para algumas delas há um aumento de preocupação com a família e com as condições de vida no lar, a partir das suas limitações em exercer o cuidado com seus familiares, enunciando seu papel de cuidadora culturalmente identificado no seu gênero. Para MARIA:

“Meu marido foi marido, pai, tudo! Porque na época eu operei, né? Minha irmã veio, ficou quinze dias comigo, eu com dreno, tudo, não tinha como tomar banho, porque meu braço não levantava, e ela ficou fazendo as coisas pra mim. Aí quando ela foi embora meu marido tomou conta da casa, porque eu não podia lavar louça. Antes, ele quando dava na telha,

⁴ O tema da exclusão tem um enorme debate, mas no presente trabalho utilizaremos a discussão desse fenômeno multidimensional, a partir de sua vertente social e subjetiva. Mais informações em: KOWARICK (1999) e COSTA (1998).

⁵ De acordo do Jovchelovitch (1995), as representações sociais são um sistema de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as nossas condutas sociais. Intervindo em processos variados, como a definição das identidades pessoais e sociais.



ele cozinhava, né? Mas depois que aconteceu, até banho em mim ele deu. Eu ficava morrendo de dó, eu via a louça suja e não tinha como eu ir ali fazer!”

Por isso, o cuidado psico-oncológico oferecido ao paciente não deveria ser somente durante o período de hospitalização, mas também após o término do tratamento. Afinal, a experiência provocada pelo câncer implica uma reorganização pessoal e familiar nos vários sentidos da vida: social, orgânico, psicológico, emocional e espiritual. Necessidade citada pela entrevistada REGINA: *“Como eu falei pra você, a necessidade que eu senti de psicólogo, psiquiatra, saber o pulmão, sabe? A qualidade de vida!”*

E infelizmente, as outras cinco entrevistadas também não tiveram esse serviço:

“Não. Ela (Mastologista) me indicou, meus filhos até brigavam comigo pra fazer, eles falavam: mãe você tem que fazer, a senhora perdeu o pai e a vó... Aí eu falava que não! Que Deus era meu psicólogo e que eu ia enfrentar aquilo sozinha.” (JACIRA)

“Ah! A doutora me indicou, mas eu não quis.” (MARLI)

“Não, porque eu sempre aceitei, e quando eu quero perguntar alguma coisa eu chego no meu médico e pergunto, sem vergonha.” (MARIA)

“Não. Praticamente tive, porque a minha médica é a que mais conversa comigo... Agora eu tenho lá onde eu faço fisioterapia, é ótimo!” (NILZA)

“Não! Não precisei. Até o Oncologista brincou e falou que ia me contratar pra ficar na ante sala pra conversar com meus pacientes, porque pra ir fazer a quimio, eu ia sozinha, de carro, conversando com as meninas, fazia a sessão sentada lá, depois pegava o carro e ia embora, então nunca fui de precisar...” (BETH)

É interessante notar que todas elas colocam uma justificativa para não terem recebido o serviço psicológico, em Deus, no médico, nelas mesmas. Amenizando assim a incapacidade do sistema público de saúde de oferta desse serviço para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Quando falamos em qualidade de vida, não podemos deixar de enfatizar que essa doença provoca um ciclo cotidiano de restrições que estas mulheres enfrentam e que repercute na sua aceitação social de portadora de uma doença que é estigmatizadora e mutiladora. A vida da pessoa se modifica e muitas vezes torna-se limitada no sentido da vida social com a dependência dos outros. Como nos fala REGINA: *“Eu me sinto impotente. Porque eu não quero depender das pessoas.”*

No tocante a saúde, as respostas determinam uma realidade de constante enfermidade⁶, mesmo depois de anos do aparecimento da doença. Elas ainda

⁶A enfermidade, definida como diminuição ou falta de capacidade para realizar atividades normais, é apresentada como um desvio em relação a padrões fixos, sem levar em consideração a experiência



convivem com seqüelas desta, tendo sensações que o corpo lhe dá e que as impedem de viverem como viviam antes. Assim:

“A saúde seria você se sentir bem, né? Ter disposição pra fazer tudo. Eu preciso ficar brigando pra arrumar disposição, para o que eu quero fazer, né? E cansa. Eu vou em baile e o meu sobrinho chama pra dançar eu danço um pouquinho já sente cansaço e pára.” (BETH)

Entretanto, para Parisoli (2004), a doença nem sempre é sinal de uma falência. O fato de entrar em contato com o nosso corpo e nosso sofrimento pode às vezes permitir-nos chegar a um conhecimento de nós mesmos, e dos outros que a saúde não permite. Foi o que nos confirmou as falas de JACIRA: *“A valorizar a vida. Eu acho que a gente tem que viver a vida intensamente. Aproveitar cada segundo mesmo, da vida porque ela é maravilhosa! Eu passei a viver mesmo, nossa!”*

Para MARIA, esta fase também representou uma transformação muito intensa. Para ela:

“Ah! Mudou bastante. Aprendi viver melhor, tem uma coisa eu vou fazer o que eu quero, por exemplo, as amigas chamam: vamos em tal canto? Meu marido fala: eu não vou! Eu falo: eu vou! Antes eu ficava com ele. Você aprende a viver melhor pra você!”

Neste contexto, a doença pode ser vista também como constitutiva da vida, assim como a saúde, e não como um único desregulamento mecânico. E aí, o estado de doença é portador de verdade a respeito da relação que cada indivíduo tem com o seu corpo. O processo está inscrito no corpo e torna o ser único, sendo a doença o meio através do qual a pessoa-corpo pode às vezes exprimir-se através da representação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação teve como objetivo estudar gênero e saúde por meio da leitura geográfica, a partir a fala de mulheres sobre a produção e reprodução dos espaços através de seus corpos. O desenvolvimento deste trabalho demonstrou a necessidade da pesquisa qualitativa no estudo do gênero feminino que passa por processos de saúde-doença específicos como o câncer de mama, que podem ser influenciados por inúmeros fatores que contribuem de forma positiva ou negativa neste processo, tais como: questões de gênero, oferta de saúde e processo saúde-doença.



Existe muita resistência a esta abordagem na Geografia e ainda há dificuldade em se obter referenciais teóricos para a discussão de categorias como gênero, saúde e história oral nesta ciência. Portanto, podemos considerar que a nossa pesquisa é uma contribuição para o fortalecimento de metodologias e discussões sobre estes temas.

A partir da metodologia qualitativa, tivemos a oportunidade de avançar nos estudos de gênero. Através de práticas específicas desta metodologia, como a entrevista com roteiro semi estruturado, tivemos a possibilidade de construir uma a visão de conjunto dos seis depoimentos transcritos e analisados. Para tanto, consideramos o que cada uma dizia e que podia trazer para o texto como uma configuração da realidade do processo saúde-doença dessas mulheres.

Assim, a execução deste trabalho de pesquisa contribuiu para o entendimento do processo saúde-doença pensado além do corpo orgânico, uma vez que as mulheres possuem formas específicas de vivenciar este processo, o que tem sido debatido nos programas de saúde em todo o mundo. É por causa disto que concluímos que a saúde da mulher pode ser articulada ao conceito de espaço geográfico, social e historicamente construído.

Em vista das considerações acima, concluímos também que a exclusão social é percebida por essas mulheres enquanto uma representação social produzida no campo da saúde pela ideologia da normalidade do corpo. Afinal, a mastectomia radical e a quadrantectomia são compreendidas como uma mutilação do corpo feminino, com profundas implicações na identidade das mulheres e do seu lugar social. Da mesma forma, essa representação social tem no próprio corpo a marca da cidade, uma vez que nada justifica a intervenção extrema de retirada do seio, caso houvesse uma maior preocupação com a saúde preventiva do câncer de mama em Presidente Prudente-SP.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BECKER, H. S. A História de vida e o mosaico científico. In: _____. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec. 1994. p. 101-115.
- BORN, C. Gênero, trajetórias de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. In: **Sociologias**. Porto Alegre, V. 3, n. 5, p. 240-265. 2001.
- CZERESNIA, D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. **Revista brasileira epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-29, mar. 2007.
- GATRELL, A. C. **Geographies of health: an introduction**. Oxford Blackwell Publishers, 2002.



- Informações acerca de morbi-mortalidade por câncer.** Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/> >. Acesso em: 20 janeiro 2010.
- JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: _____, GUARESCHI, P. (Orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- KOWARICK, L. O conceito de exclusão social. In: **Por uma sociologia da Exclusão Social: o debate com Serge Paugam**. VERÁS, M. P. B. (ed), et al. São Paulo: EDUC, 1999. p. 138-142.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, n. 1, p. 7-25, abril. 1982.
- NOSSA, P. N. Linhas de investigação contemporâneas na Geografia da Saúde e a noção holística da saúde. In: _____. **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. p. 35-62. (Série Saúde em Movimento, n. 6)
- PARISOLI, M. M. **Pensar o corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- SILVA, G. J. da. Gênero em questão: apontamentos para uma discussão teórica. **Revista virtual de humanidades**. Natal, v. 10, n. 5, p. 1-7, abr-jun. 2004.
- SILVA, M. M. Mulher, identidade fragmentada. In: Elaine Romero (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**. São Paulo: Papirus, 1995. p. 109-123.