

CÂNCER DE MAMA E VIOLÊNCIA CONJUGAL PERPETRADA POR PARCEIRO

Cristiana de Lima Tavares de Queiroz Marques*

Evelyne Pessoa Soriano**

Marcus Vitor Diniz de Carvalho**

Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior**

Arnaldo de França Caldas Junior***

Norma Ridete de Arruda Lima Tavares***

Mara Ilka de Holanda Medeiros Batista****

Fecha de publicación: 01/07/2014

BREAST CANCER AND PARTNER VIOLENCE AGAINST WOMAN

Resumo:

A violência por parceiro sexual adquire maior importância quando é perpetrada contra mulher com câncer de mama. O diagnóstico de câncer de mama promove modificações no relacionamento da mulher com seu parceiro, especialmente quando vítima de violência. O objetivo deste artigo é realizar uma revisão sobre a violência conjugal associada ao câncer de mama e, para tanto, conceitua e tipifica a violência, aborda a

* Mestranda em Perícias Forenses pela Universidade de Pernambuco (UPE). Oncologista Clínica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz / UPE. Supervisora da residência médica em cancerologia clínica da FCM. Preceptora geral de ensino em oncologia clínica da FCM.

** Professores Adjuntos do Programa de Mestrado em Perícias Forenses da Universidade de Pernambuco (UPE).

*** Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

**** Mestranda em Perícias Forenses pela Universidade de Pernambuco (UPE).

representação social do sexo feminino, faz uma análise de todo o ciclo da violência contra a mulher e tenta correlacionar consequências dessa violência com a neoplasia maligna da mama. Por fim, tece considerações acerca do câncer e da violência, dois grandes problemas da saúde pública mundial.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Maus Tratos Conjugais. Câncer de Mama. Disfunções Sexuais Psicológicas.

Abstract

Sexual partner violence acquires major importance when perpetrated against woman with breast cancer. Breast cancer diagnosis promotes modifications on woman's relationship with her partner, especially when she is victim of violence. The article's objective is to realize a review about violence against woman and an association with breast cancer therefore conceptualizes and typifies the violence, explains the social representation of female, analyses all violence cycle against woman and makes a correlation between violence and breast cancer. Finally, make considerations about these both world health public problems.

Key words: Violence against woman. Spouse Abuse. Breast Cancer. Psychological Sexual Disfunctions.

Introdução

A violência conjugal provoca sérios problemas de saúde física e mental na população feminina. Mulheres que experimentaram esse tipo de agressão relatam estresse emocional e tendência ao suicídio, além de uma saúde frágil, bem como seus filhos apresentam baixo desempenho escolar e alto risco de enfermidades.²⁶

Campanhas de orientação e prevenção à saúde da mulher têm ganhado ênfase, devido à alta incidência de enfermidades que vêm acometendo a mulher contemporânea. Após o câncer de pele, a neoplasia maligna da mama é o tumor mais comum no sexo feminino, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano.¹⁰

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.¹⁰

Apesar das evidências de que a violência pode atuar como fator contribuinte para o adoecer e de a violência perpetrada por parceiro ser tema de diversos estudos, pouco se tem publicado sobre a relação entre violência conjugal e neoplasia maligna da mama.⁸⁻¹²⁻²⁰ No entanto, admite-se que a violência perpetrada por parceiro é pelo menos tão prevalente quanto o câncer de mama.¹²

A ressalva é motivada pela subnotificação desse tipo de violência, a qual deriva da falta de questionamento da injúria pelos profissionais de saúde, da omissão da mulher quando questionada e da falta de informação das mulheres quanto à existência de outras formas de violência distintas da agressão física na dependência de nível de educação, status socioeconômico, idade e qualidade dos relacionamentos pessoais.¹²⁻²⁵

Violência – conceitos e tipificação

Krug et al.¹⁵ definem violência como “o uso intencional da força física ou do poder pregresso ou atual contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulta ou tem o potencial de resultar em injúria, morte, desconforto psicológico, mau desenvolvimento ou privação”. Esse conceito não inclui apenas a violência física, ou seja, aquela que acarreta ferimentos nos tecidos orgânicos, mas, sobretudo, a violência psicológica, o fazer com que o outro reduza ou perca sua autoestima, seus valores pessoais, suas crenças.¹⁵

A compreensão científica da violência humana é uma das mais importantes tarefas dos últimos tempos, porque não se restringe ao uso da força, do ataque físico, do caráter legal, mas é um termo que cobre uma gama heterogênea de comportamentos físicos e emocionais, trazendo prejuízos no relacionamento entre a vítima e o agressor.¹⁶

Para conceituar violência, do ponto de vista social, é correto afirmar tratar-se de um fenômeno que tem por base duas premissas: a) violência é tipicamente um comportamento motivado pela hostilidade e pela firme intenção de causar prejuízo; b) violência é legalmente, socialmente ou moralmente um desvio da atividade humana porque está moldada no pressuposto da superioridade do agressor sobre a vítima.⁹

A dificuldade de conceituar violência reside em ser um fenômeno multifacetado, expresso sob as mais diversas formas, em diferentes contextos, em diferentes ambientes, mas sempre socialmente construída, porque varia de acordo com as condições específicas, socioculturais e históricas. Significa dizer que não se trata apenas de simples distúrbios do

relacionamento interpessoal, da aparente gravidade do ataque ou do impacto que exerce sobre a vítima, mas dos sentimentos que o desvio do comportamento humano gera. Por isso, ela é altamente ambivalente.⁹

A ambivalência da violência deriva de ser um processo socialmente sancionado, legalizado e institucionalizado porque, do ponto de vista social, é culturalmente transmitido, experimentado e incentivado, seja pela imprensa falada ou escrita, nos jogos, no cinema, nas ilustrações gráficas. Dependendo do contexto e da perspectiva, as ações violentas podem ser tanto condenadas e consideradas imorais, ilegais e destrutivas, como admiradas e classificadas como morais, legais e funcionais. Significa dizer que a violência é profundamente emotiva, adquirindo diversos coloridos segundo os conceitos de justiça e política, motivos pelos quais é tão ambivalente e requer sensibilidade e reflexão para ser alvo de pesquisas.¹⁷

Segundo a Organização Mundial de Saúde,²⁵ a violência interpessoal, foco do presente projeto, pode ser tipificada em três categorias segundo a pessoa que comete o ato violento. Na violência autodirigida, quando o agressor é a própria vítima, estão incluídos o comportamento suicida e o autoabuso ou automutilação, constituídos por pensamentos ou ações. Na violência coletiva, os atos são perpetrados por pessoas que se identificam como membros de um grupo contra outro grupo ou conjunto de indivíduos, sob motivação política, econômica ou social. Na violência interpessoal, subdividida em familiar ou comunitária, os atos são perpetrados na intimidade da residência, contra parceiros ou parceiras (crianças, idosos ou companheiros conjugais).²⁵

As violências interpessoais, por sua vez, compreendem as naturezas física, sexual, psicológica ou por privação ou negligência, conforme demonstrado na Figura 1. Esse esquema, ao contemplar a tipificação da natureza da violência, apresenta o aspecto abrangente do termo, chamando a atenção para desconstruir a violência apenas como agressão física, a qual, por sua evidência inegável, tem assumido maior importância social.⁹

Do ponto de vista sociológico, a violência psicológica, bem como a sexual e aquela marcada por negligência ou privação, tem sido foco de diversas pesquisas, especialmente quando a vítima é do sexo feminino, por marcar a desigualdade de gênero, derivada da representação social do sexo feminino, a qual tem definido os códigos morais que tornam a violência contra a mulher um dos maiores desafios para a elaboração e o cumprimento dos Direitos Humanos no sentido de proteger a vida e a dignidade das mulheres.¹⁵

Representação social do sexo feminino

A representação social do sexo feminino é uma construção histórica, social e cultural, que remonta à Grécia Antiga, cuja abrangência tem sido tema de preocupação mundial, consensual e científica, sem hierarquia ou isolamento entre elas.

O universo consensual é criado na informalidade, na vida cotidiana, no que difere do universo científico, marcado pelos cânones de linguagem e de uma hierarquia interna cristalizada, seguindo propósitos diferentes, mas indispensáveis para a vida humana. A diferença marcante entre esses universos é que, no consensual, todos são “sábios”, capazes de opinar sobre qualquer assunto, ao passo que no universo científico ou reificado, a especialidade determina quem está autorizado a falar sobre o quê. Esses universos diferenciam representações sociais, que refletem a consciência coletiva, o senso comum e, portanto, é variável, da ciência, a qual cabe retratar a realidade independente da consciência coletiva.¹

É nesses universos que se construiu a representação social do sexo feminino, caracterizada pela desconstrução de paradigmas históricos, mas marcada pelo universo consensual.

Segundo Moscovici⁹, a representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma atividade psíquica pela qual os homens tornam a realidade física e social inteligível, introduzem-na em um grupo ou na relação cotidiana, liberando assim o poder de sua imaginação. Dessa forma, a representação social de mulheres e homens é distinta por sua própria condição social e biológica, uma vez que cada gênero é afetado de forma diferente pelos fatores sociais concretos.

Enquanto a representação social masculina foi construída num modelo hegemônico de legitimação do patriarcado, garantindo a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres, portanto um processo socialmente outorgado, a representação feminina foi construída com base no universo consensual sem atribuição de privilégio. Significa dizer que a mulher, face ao patriarcado, foi ocultada e desconsiderada pelas teorias dominantes, colocando-se nesse nível suas necessidades, crenças e prioridades.¹⁻¹⁸

Nesse contexto, como as representações sociais são conjuntos dinâmicos que obedecem a uma lógica própria, a uma linguagem particular, a uma estrutura de implicações referentes a valores e conceitos, com o objetivo prático, a representação social do sexo feminino representa todos os aspectos da socialização, das identidades e das interrelações entre os gêneros.

Sendo considerada “menor”, no sistema patriarcal, assim também, como consequência, seu sofrimento não é alvo de interesse.¹⁸

Foi nesse contexto que a violência masculina contra a mulher adquiriu “valor” no universo consensual: um processo de disciplinamento de um ser “menor” por um ser “maior”. Daí decorre a propriedade de Kaufman¹¹ desenvolver o esquema a que ele denominou sete “P”s da violência dos homens:

- a) Poder patriarcal – construído pela sociedade dominada por homens, na qual, hierarquicamente, a violência contra mulheres, outros homens e mesmo a autoviolência têm a função de manter o poder;
- b) Privilégios – pautados na crença de que a violência dos homens tem por base seu mérito em dividir o poder fazendo concessões às mulheres e a outros homens;
- c) Permissão – a partir da qual os homens estão abertamente autorizados e estimulados pelos costumes sociais, por algumas religiões e mesmo alguns códigos penais a praticar a violência de forma a banalizá-la e mesmo comemorá-la;
- d) Paradoxo do poder masculino – a partir do qual houve a construção de que os homens devem se isolar do contato afetivo com o próximo e de qualquer cuidado para com os outros ou ele mesmo como forma de manter seus poderes individuais e sociais;
- e) Armadura psicológica da masculinidade – a qual parte da negação e rejeição de qualquer comportamento, sentimento ou aspecto que possa parecer feminino;
- f) Pressão psíquica – construção social, norteadora da educação masculina de não experimentar ou expressar sentimentos “menores” como medo, dor, carinho, afetuosidade, felicidade, mas, sim, canalizar esses sentimentos para a raiva;
- g) Experiências passadas – as quais definem a violência como norma, a partir da vivência de atos de violência realizados por outros homens, o que valida esse comportamento masculino.

Dessa forma e nesse contexto, a representação social do sexo feminino está, nas relações interpessoais conjugais, marcada e validada como alvo da invisibilidade e da naturalidade da violência. Essa invisibilidade foi uma construção histórica silenciosa que escondeu o próprio silêncio da masculinidade, ou seja, silêncio dos afetos e da intimidade com que os

homens buscaram dominar o ambiente privado e solucionar os conflitos nas relações intimizadas. ¹⁸

O processo de invisibilidade é um fenômeno condicionado por uma série de fatores relacionados à percepção social, dependente do exame de duas condições fundamentais: a existência de inscrições materiais no objeto que o fazem perceptível e a disponibilização de ferramentas ou instrumentos do observador necessários para que perceba o objeto. ⁷ Dessa forma, o dano que não promove inscrição corporal, ou seja, violências não físicas são invisíveis porque não se constituem em efeitos sensorialmente perceptíveis. Adicionalmente, um homem criado numa sociedade que ignora a existência da violência, não pode percebê-la, mesmo porque na família, ele é “o protetor” e o resolutor dos conflitos interpessoais, ainda que o faça por atos que infringem os direitos fundamentais de sua parceira. ³⁻⁷

O processo de naturalidade, complementar à invisibilidade, está baseado, dentre outros aspectos, na construção cultural sobre o poder adulto, os estereótipos de gênero, a homofobia cultural e a concepção maniqueada sobre o que é bom e o que é ruim. Essas construções se apoiam sobre a estruturação das hierarquias e a discriminação do “diferente”, querendo significar o que destoa do universo consensual. É por esse motivo que as mulheres vitimizadas percebem-se impossibilitadas de tomar consciência de seus direitos e do modo pelo qual estão sendo desrespeitadas. ³

Assim sendo, mulheres vitimizadas acumulam constructos sociais que favorecem os conflitos interpessoais e dificultam o diálogo, dada a naturalização da violência cotidiana. ³⁻⁷

Ciclo da violência contra a mulher: dimensões e implicações

Pesquisa desenvolvida pelo United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UNWOMEN)²², realizada em 2011, sobre prevalência da violência contra mulheres, consolidada a partir de publicações de institutos responsáveis por essas estatísticas, concluiu que a violência advinda de parceiro íntimo teve prevalência variável entre 0% (na Dinamarca) e 46,5% (no Zâmbia), ao longo da vida, denotando um quadro assustador. No Brasil, na mesma pesquisa, com base em publicações de 2001 da WHO, essa prevalência igualou-se a 33,8%. ²²

As causas dessas estatísticas têm sido questionadas desde 1940, mas sua compreensão foi possibilitada apenas em 1979, por Walker, na obra *The Battered Women*, quando a autora reuniu evidências para caracterizar os ciclos dessa agressão, composto por três fases: fase de aumento da tensão,

fase da explosão ou do incidente agudo de agressão e fase da respiração cheia de calma e carinho. A compreensão dessas fases é fundamental para a não culpabilização da mulher pela agressão, ou seja, para a quebra do paradigma.

Na fase de aumento da tensão ocorrem incidentes de agressão menores após os quais a mulher acalma o agressor e o faz perceber que mereceu a injúria. Chama para si a responsabilidade agressiva do companheiro, ou seja, negocia a violência. Esse processo de minimização e culpabilização é relativamente de fácil manejo. A mulher pode admitir que a causa da agressão deriva de um incidente externo atuando como estressor e, portanto, não cabe a ela qualquer correção. Quando a causa do incidente nasceu de contingências do próprio lar, ao se culpabilizar, a mulher toma a atitude de melhorar essas condições e, face à violência do opressor, torna-se prisioneira em busca de encontrar uma saída.

Essa busca desencadeia a síndrome da incapacidade aprendida, a qual consiste em manter um delicado equilíbrio entre ser agredida e ser carinhosa. No entanto esse equilíbrio aumenta o sufocamento possessivo do agressor e o torna mais hostil, buscando a agressão psicológica, que é mais frequente, persiste por períodos maiores de tempo e é mais prejudicial. Acuada, a mulher busca responder à opressão e, não podendo se retirar da cena e se percebendo incapaz de simular o descontentamento, a tensão entre os dois se torna insuportável.

Nesse ponto tem início o incidente agudo de agressão por uma descarga incontrolável de tensões com grande destrutividade e perda total do controle de um ou de ambos os parceiros. Na fase dois, ainda que a mulher tente justificar o comportamento agressivo do parceiro e busque o mesmo equilíbrio afetivo, exitoso na primeira fase, ela desencadeia uma raiva cega, fora de controle do parceiro, o qual, então, tem motivo para “ensinar uma lição a sua mulher”.

Diferente da primeira fase, na segunda fase, a mais breve das três, agressor e vítima buscam manter o incidente apenas no âmbito privado. Para tanto, mudam seu comportamento na presença de uma pessoa estranha e alegam cansaço e descontentamento em relação ao parceiro.

A mesma presença que servira de redução da agressividade no domicílio, torna-se motivo de incrementação da raiva, provocando agressões enquanto a mulher dorme, para que ela permaneça quieta.

Durante a crise agressiva, a mulher consegue raciocinar rapidamente por estar psicologicamente incapacitada de reagir dado o risco que corre de essa reação aumentar a ira do agressor e colocar sua vida em risco. O ciclo dessa fase constricta-se a ponto de a mulher ter o único sentimento: é inútil

tentar escapar. Esse sentimento tem tanta força e vem imbuído de tanta convicção que, quando uma pessoa tenta intervir em sua defesa, a mulher volta-se contra seu protetor e une-se ao agressor.

Inicia-se, então, a terceira fase, bem vinda por ambas as partes porque é marcada por um comportamento amável, extremamente carinhoso e de arrependimento do agressor e da vítima. Ambos estão emocionalmente esgotados e, por isso, suplicam perdão; confessam seus sentimentos durante o ato agressivo; declaram amor incondicional e mostram-se verdadeiramente envolvidos no propósito de viver em paz. No entanto, na medida em a calma toma conta do relacionamento, a motivação da agressão renasce ainda mais forte.

A calma suscita sentimentos de traição, mentira, enganação, dissimulação e reforça a crença de ambos da necessidade da violência. A autoimagem dos dois membros se deteriora na medida em que se vendem a essa terceira fase, e se caracterizam como cúmplices da própria agressão.

A sucessão dessas fases vai reforçando na vítima a possibilidade de passar da categoria de vítima à de agressora, o que explica o assassinato dos agressores durante a nova fase um do ciclo.

Kaur e Herbert,¹² ao falarem sobre o ciclo da violência, concordando com Walker, apontam que é na fase um que a mulher vitimizada pode falar a respeito da agressão, posto que na fase dois está imbuída do medo e, na fase três, da esperança de não mais ser agredida.

A exposição desses aspectos da agressão parece mais importante que os números das estatísticas. A agressão traz consigo sequelas de saúde, dentre as quais estão: na área ginecológica, a dor pélvica crônica, sangramento vaginal, dispareunia e doenças sexualmente transmissíveis. Do ponto de vista neurológico, pode se identificar migrânea, tonturas, dor lombar, parestesias, crises epiléticas. Psicologicamente podem estar presentes a síndrome do estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e drogadição e na oncologia, o câncer.¹²

O ciclo da violência transforma-se em problema de saúde pública quando se analisam as estatísticas, mas, sobretudo, as consequências visíveis e invisíveis desse processo, cuja solução é quase que inviabilizada pela própria paciente, dada sua incapacidade de tomar decisões frente às circunstâncias de sua vida. Nesse sentido, Kleiman¹⁴ considera a necessidade de haver o estudo da antropologia médica para quebrar o ciclo e prestar assistência a mulheres vitimizadas. Não se trata apenas de administração terapêutica, mas, sobretudo, de dar voz a essas mulheres no intuito de as empoderar no resgate de sua identidade.¹³⁻²³

Violência e Câncer de Mama

Coker et al.⁵, demonstraram que a violência doméstica influencia negativamente todos os indicadores de qualidade de vida relacionados ao câncer e pode, dessa maneira, interferir sobre a taxa de sobrevivência livre de doença e a taxa de mortalidade dessas mulheres. No entanto, esse fato não é novo. A partir de 1955, estudos concluíram que a história emocional do indivíduo influi tanto na resistência para se contrair o câncer quanto em sua evolução depois do surgimento. Essas propostas abordam o câncer com uma visão holística de ser humano, em que o indivíduo não só é afetado em seu físico, mas também em sua mente e em suas emoções.¹⁶

Segundo Simonton et al.²¹, pesquisas apontam que níveis elevados de estresse emocional aumentam a suscetibilidade a doenças e em estado crônico o estresse pode provocar supressão do sistema imunológico, o que gera essa vulnerabilidade especialmente ao câncer. Situações negativas (morte do cônjuge, divórcio, demissão de trabalho) por se tratarem de experiências que implicam mudanças de hábitos, do modo de estabelecer relações e da auto-imagem exigindo do indivíduo grande capacidade de adaptação à mudança.

Alguns acontecimentos parecem sinalizar um pouco a chegada do câncer segundo as citações de Leshan¹⁶: perda de uma relação significativa antes do início da doença, incapacidade de expressar sentimentos hostis, importante tensão em relação a uma figura parental, sentimentos de desamparo e desesperança.

Gandhi et al.⁸ demonstraram que mulheres vitimizadas, por abuso emocional apenas ou por abuso sexual e físico, reduziram os cuidados de prevenção do câncer de mama, expondo-se a maior risco.

A cirurgia de remoção da mama pode trazer, dentre tantos outros sintomas, depressão e baixa autoestima ocasionados pela retirada de um dos mais significativos símbolos sexuais.²⁻⁴ Todos os tipos de tratamento para o câncer de mama causam alterações psicológicas ou físicas que afetam diretamente a sexualidade feminina e interferem em muitos domínios da função sexual.²

Importante ressaltar que Vieira et al.²⁴ constata que a atividade sexual das mulheres sobreviventes ao câncer de mama não está associada ao tratamento, mas à idade e à oportunidade de ter sexo – no caso, definida pela presença de parceiro – e da qualidade do relacionamento, variáveis estas que se apresentam associadas.

Conde et al.⁶, abordando qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, alertam que o relacionamento conjugal pode exercer repercussões positivas. No entanto, diante de dificuldades no relacionamento, o diagnóstico de câncer de mama auxilia a ruptura do casal, dada a necessidade de adaptação psicológica da mulher à condição de ter câncer.

Diante das evidências da importância da violência familiar na vida de mulheres, o diagnóstico de câncer de mama, independente de mastectomia, associa nova agressão, cuja resposta pode ser o despertar de sua identidade, ou seja, de seu direito à uma identidade com qualidade de vida.⁶

Conclusão

Em função da prevalência não somente mundial como brasileira do câncer de mama e da violência conjugal contra a mulher, compreende-se a necessidade do melhor entendimento da associação desses dois problemas de saúde pública com objetivo de se propor intervenções que melhorem a qualidade de vida dessa população específica.

Referências

1. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo; 2002, 117:127-47.
2. Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. **Nurs Clin North Am**. 2007; 42(4):531-54.
3. Bebeta CS. Diagnóstico de la violencia familiar. In.: BETETA, C. S.; SOSA, T. B. (Orgs.). **Criminalización de la violencia familiar desde una óptica crítica**. Lima: LEJ, 2009.
4. Beckjord E, Compas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. **J Psychosoc Oncol**. 2007; 25(2): 19-36.
5. Coker AL, Follingstad D, Garcia LS, Williams CM, Crawford TN, Bush MH. *et al*. Association of intimate partner violence and childhood sexual abuse with cancer-related well-being in women. **Journal of Women's Health**, New York. Nov. 2012; 21(11):1180-1888.
6. Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Jr. R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo. mar. 2006; 28(3):195-204.

7. Corsi J. **La violencia hacia las mujeres como problema social**. Madrid: Fundación mujeres, 2012.
8. Gandhi S, Rovi S, Vega Marielos, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban *minority* women. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington. May/Jun. 2010; 23(3):343-53.
9. Haan W. **Violence as an essentially contested concept**. In.: BODY-GENDROT S; SPIERENBURG P. Violence in Europe: historical and contemporary perspectives. New York: Springer New York, 2009. p. 27-40.
10. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acessado em: 09/11/2013.
11. Kaufman M. **The 7 P's of men's violence**. Toronto, 1999. Disponível em: <http://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2013/03/Kaufman-7-Ps-of-Mens-Violence.pdf>. Acessado em 12/04/2013.
12. Kaur G, Herbert L. Recognizing and intervening in intimate partner violence. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, Cleveland. May 2005; 72(5):406-22.
13. Kelly JB; Johnson MP. Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. **Family Court Review**, Malden. Jul. 2008; 46(3):476-99.
14. Kleiman AM. **Patients and healers in the context of the culture**. Berkley: University of California, Press, 1980.
15. Krug EG, Dalhberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. **World report on violence and health**. Geneve: WHO, 2002.
16. Leshan L. **O câncer como ponto de mutação**. São Paulo: Summus, 1992.
17. Levi M, Maguire M. Violente crime. In.: **The Oxford handbook of Criminology**. Oxford: Oxford University Press, 2002, p. 795-843.
18. Lima DC, Büchele F, Clímaco DA. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. abr./jun. 2008; 17(2):69-81.
19. Moscovici S. **La psychanaluse, son image, son public**. Paris: PUF, 1961.

20. Sawin EM. ‘My husband would not help me, so I was driving over there’: older rural experiencing breast cancer with a non-supportive intimate partner. **Rural and Remote Health**, Geelong. Nov. 2010;10(4):1-13.
21. Simonton OC, Simonton SM, Creighton LJ. **Com a vida de novo** – uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.
22. UNWOMEN. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. **Violence against women prevalence data: surveys by country**. New York: UNWOMEN, 2011.
23. Valdez-Santiago R; Ruiz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? **Salud Pública de México**, Cidade do México. Nov./Dez. 2009; 51(6):505-11.
24. Vieira EM, Yoshinari Jr GH, Souza HCC, Mancini MPM, Perdoná GSC. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(2):78-83.
25. WHO. World Health Organization. **Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes**. Geneva: World Health Organization, 2004.
26. WHO. World Health Organization. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Geneva: WHO, 2012.