



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

NATÁLIA CRISTINA ALVES

A cidade inscrita no meu corpo: gênero e saúde em Presidente Prudente-SP



Presidente Prudente-SP
Agosto, 2010



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

NATÁLIA CRISTINA ALVES

A cidade inscrita no meu corpo: gênero e saúde em Presidente Prudente-SP

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós Graduação em
Geografia da Universidade Estadual
Paulista - FCT - Presidente Prudente-
SP

Orientador: Prof^o Dr^o Raul Borges
Guimarães

Presidente Prudente-SP
Agosto, 2010

Alves, Natália Cristina.
S580i A cidade inscrita no meu corpo: gênero e saúde em Presidente Prudente-SP/ Natália Cristina Alves. - Presidente Prudente : [s.n.], 2010
xiv, 94 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia
Orientador: Raul Borges Guimarães
Banca: Antônio Thomaz Junior, Joseli Maria Silva
Inclui bibliografia

1. Pesquisa Qualitativa. 2. Gênero. 3. Escala Geográfica. 4. Corpo Feminino. 5. Câncer de Mama. I. Natália Cristina Alves. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. III. A cidade inscrita no meu corpo: gênero e saúde em Presidente Prudente-SP.

CDD(18.ed.) 621.71

Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação – Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - UNESP, Câmpus de Presidente Prudente. claudia@fct.unesp.br

RESUMO

Os serviços de saúde são elementos importantes da produção do espaço urbano, pois podem determinar diferenças espaciais e de circulação. Do ponto de vista do gênero feminino, existe uma convergência destes serviços com o corpo da mulher. É por causa destas relações que as questões de gênero podem ser relacionadas às questões de saúde, o que também nos remete ao debate a respeito da articulação entre diferentes escalas geográficas. Este conjunto de relações foi estudado nesta pesquisa a partir da análise do câncer de mama. Fundamentado na pesquisa qualitativa, a captação de depoimentos orais de 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. Portanto, 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 com a saúde de seus corpos.

Palavras chave: Pesquisa qualitativa, Gênero, Escala geográfica, Corpo feminino, Câncer de mama.

DEDICATÓRIA

A minha mãe, que com seu corpo me gerou, me alimentou, me carregou e me deu as bases para que eu pudesse superar todos os obstáculos sem perder a personalidade;

As mulheres que entrevistei, principalmente, pela confiança de depositarem a mim suas experiências físicas e emocionais com o câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Raul Borges Guimarães, pelos longos anos de acompanhamento, pelas sugestões, pelas críticas e principalmente por todas as vezes que disse para eu acreditar mais no meu trabalho;

Às minhas companheiras Bia, Franciane e Karime, por estarem comigo em todos os momentos (todos mesmo!);

Aos amigos Oséias, Paula, Raquel, Nice, Rosiane e Ana Paula, pois sei que todos colaboraram de alguma forma para o desenvolvimento dessa pesquisa, e com certeza são merecedores de minha gratidão;

Ao Sr^o Antero, marido da entrevistada NILZA, por ter me apresentado sua maravilhosa família;

À Dr^a Valesca pelas informações sobre o funcionamento da saúde em Presidente Prudente-SP, principalmente, sobre o câncer;

Às professoras Eliane e Ana Lúcia, que me proporcionaram o encontro com as primeiras mulheres no Ambulatório;

À Jandira, presidente do “Grupo Amigas do Peito”, por me receber com simpatia e disponibilidade;

À FAPESP, pelo apoio financeiro de dois anos, pelo qual pude ficar mais tranqüila para me dedicar à pesquisa.

*O último dia do tempo
Não é o último dia de tudo.
Fica sempre uma franja de vida
Onde se sentam dois homens.
Um homem e seu contrário,
Uma mulher e seu pé,
Um corpo e sua memória,
Um olho e seu brilho,
Uma voz e seu eco...*

Carlos Drummond de Andrade

Sumário

Apresentação	1
CAPÍTULO 1 – Caminhos da Pesquisa	4
1.1- Com a palavra as mulheres	6
1.2- Uma visão de conjunto	11
CAPÍTULO 2 – Geografia, Saúde e Gênero	14
2.1- Geografia e saúde	15
2.2- Corpo, saúde e gênero	18
2.3- A saúde da mulher no Brasil	23
CAPÍTULO 3 – Câncer de Mama e o Corpo Feminino	28
3.1- Câncer e câncer de mama no mundo	29
3.2- Câncer de mama no Brasil	34
3.3- Saúde e câncer de mama em Presidente Prudente-SP	39
3.4- Representação e exclusão social do corpo mutilado	43
CAPÍTULO 4 – Geografia e Escala do Corpo	59
4.1-O Corpo está na Geografia e a Geografia está no corpo	62

4.2- Análise dos nexos escalares	68
Considerações Finais	79
Referências Bibliográficas	83
Anexos	91

Lista de quadros

Quadro 1- Perfil das mulheres entrevistadas	12
Quadro 2- Dados sobre o câncer de mama das mulheres entrevistadas	12
Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde de Presidente Prudente-SP	40
Quadro 4 – Oferta de serviços de saúde em Presidente Prudente-SP	40

Lista de figuras

1- Presidente Prudente: Espaços da vida cotidiana de BETH	69
2- Presidente Prudente: Espaços da vida cotidiana de NILZA	70
3- Presidente Prudente: Espaços da vida cotidiana de REGINA	71
4- Presidente Prudente: Espaços da vida cotidiana de MARIA	72
5- Presidente Prudente: Espaços da vida cotidiana de MARLI	73
6- Presidente Prudente: Espaços da vida cotidiana de JACIRA	74

Apresentação

Este trabalho é resultado da convergência de muitos caminhos. Do ponto de vista da trajetória da pesquisa, a discussão do gênero nos cruzou o caminho logo no início da graduação, impondo o desafio da pesquisa qualitativa para aprender a ouvir as histórias e as geografias contadas por mulheres pobres da periferia urbana de Presidente Prudente-SP. Pelas falas, surgiram temas que foram fundamentais para o entendimento do mundo por meio do olhar feminino. Desta forma, a condição da mulher das periferias pobres, muitas delas chefes de família e trabalhadoras, revelou as formas perversas da exclusão social e dos processos identitários aceitos pela coletividade.

Foi assim que nos envolvemos com a questão da maternidade. Sim, é no lugar de mãe, da progenitora, que as mulheres com quem tivemos a oportunidade de nos encontrar se viam e eram reconhecidas enquanto sujeitos sociais. Daí até a discussão da saúde da mulher foi decorrência da análise do material coletado nas pesquisas.

Nessas circunstâncias que a presente dissertação (lição de vida) foi sendo afunilada. Pois, podemos dizer que, se os meandros no plano da saúde são muitos, as facetas estudadas na Geografia também o são.

O projeto inicial tinha como objetivo estudar a representação social sobre saúde e corpo de mulheres chefes de família moradoras de áreas de exclusão social de Presidente Prudente-SP. Com o projeto de mestrado nas mãos, nos aproximamos de professores do CEMESPP (Centro de Estudos e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas), que tinham acesso ao Ambulatório de Fisioterapia, e conhecendo as mulheres que faziam tratamento na área de Ginecologia com Linfodema (inchaço devido à retirada de glândulas axilares) e dores crônicas, devido à cirurgia para retirada do câncer, que freqüentavam esta instituição de saúde, percebemos o quanto a retirada da mama tinha afetado as suas vidas. E de novos encontros, redirecionamos o trabalho.

Abraçamos, então, o câncer de mama como tema e fomos desenvolver a pesquisa. Inicialmente, tivemos a preocupação de aprofundar os estudos sobre a saúde da mulher, partindo da análise da produção social de escalas

geográficas (corpo, casa, bairro, cidade e do mundo). Para tanto, as leituras realizadas permitiram a compreensão de como a produção das escalas geográficas nos remete ao debate de suas articulações com os conceitos de gênero e saúde.

O principal referencial teórico para a nossa análise foi a teoria da escala geográfica, cujas referências principais são os trabalhos Smith (1988 e 2000). Desde a publicação de seu livro “Desenvolvimento Desigual – natureza, capital e a produção do espaço”, em 1988, até os textos mais recentes como “Contornos de uma política espacializada: veículos de sem-teto e produção de escala geográfica” (SMITH, 2000), observa-se uma evolução da discussão e a incorporação de níveis escalares dos mais diversos, como a escala do corpo.

Portanto, partimos do pressuposto de ser o corpo feminino uma escala geográfica (relacionada a outras escalas, num movimento dinâmico de construção e reconstrução dos espaços) portadora de características biológicas, mas também, socialmente construídas. Em vista da complexidade do tema, a pesquisa bibliográfica foi uma etapa muito importante no desenvolvimento do trabalho. Para tanto, priorizamos a busca de textos a partir de algumas palavras-chave, tais como: escala geográfica, corpo feminino, saúde e gênero. A partir do esforço de aproximação destas questões teóricas, avançamos na análise da cidade de Presidente Prudente-SP, com base na Geografia de Gênero.

Pesquisas anteriores (FONSECA, 1997 e 2005, COSTA, 2009, SCAVONE, 2004) já indicavam que as mulheres convivem com as manifestações do fenômeno da saúde diferente dos homens. Como as mulheres possuem formas diferenciadas de compreender, elaborar e agir diante das situações de reprodução das estruturas arcaicas e comportamentais pré-estabelecidos na sociedade, optamos pelo uso da pesquisa qualitativa por meio de depoimentos orais. Utilizando-se desta metodologia, tivemos como objetivo analisar as relações entre espaço e corpo feminino na experiência do câncer de mama, moradoras de Presidente Prudente-SP. Para tanto, procuramos realizar entrevistas para compreender o processo de saúde-doença da mulher e sua articulação com o espaço social e historicamente construído. Assim, as marcas inscritas no corpo das mulheres foram vistas como síntese de múltiplas escalas, contribuindo para a produção da escala do

urbano, da nação e do espaço mundial, que tornam a política de saúde pública cada vez mais disputada por diversos atores sociais.

Para expor os resultados da pesquisa, a dissertação foi dividida em quatro capítulos, além das considerações finais. No capítulo 1, *Caminhos da pesquisa*, descrevemos a metodologia e os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento da dissertação. Em *Geografia, saúde e gênero*, capítulo 2, apresentamos a revisão bibliográfica sobre os principais conceitos discutidos na pesquisa, bem como argumentamos sobre a forma como esse debate teórico baliza o olhar sobre o nosso objeto de estudo. No capítulo 3, *Câncer de mama e o corpo feminino*, fazemos a discussão sobre o câncer e seu perfil epidemiológico no mundo, no Brasil e em Presidente Prudente-SP, além de discutirmos, através das falas das entrevistadas, como essa doença afetou suas vidas, tanto do ponto de vista físico como emocional. Em *Geografia e escala do corpo*, capítulo 4, buscamos fazer a análise das falas das mulheres entrevistadas. Por meio destas, percebermos qual é a representação social do gênero feminino com agravante de saúde, moradora da cidade de Presidente Prudente-SP, tendo em vista, que estas animam o espaço da cidade através da produção e reprodução de escalas geográficas.

Capítulo 1 – Caminhos da Pesquisa

*“Pode colocar meu nome mesmo,
a minha história é verdadeira.”*

MARLI

Olhar o mundo a partir das mulheres com câncer de mama foi uma experiência marcante. Cada uma das mulheres aqui representadas pelas suas falas e suas experiências vivenciadas com o câncer, possibilitou identificar atitudes positivas ou negativas nessa nova fase da vida, bem como fundamentar atitudes relacionadas ao diagnóstico, execução dos tratamentos, controle das emoções, relações familiares e com o outro, ou seja, os modos de (re)apropriação dos espaços da vida.

Talvez o câncer de mama deva ser uma doença das mais estigmatizadoras. Como todo câncer diagnosticado, dependendo de sua agressividade, um primeiro procedimento médico é a retirada dos linfonodos. Em segundo, o (a) paciente deve ser submetido a sessões de radioterapia ou quimioterapia, como medida profilática de eliminação de células cancerígenas do organismo. Tal procedimento acarreta, num primeiro momento, a queda do cabelo e dos pêlos do corpo. Isto expõe o (a) doente à apreciação pública, ou seja, as marcas do corpo expressam a história de vida e, entre a pessoa e o mundo, se impõe um compartilhamento social do tratamento.

Não bastasse esta exposição pública, nos casos em que o câncer se encontra em estágios avançados, um procedimento médico necessário é a mastectomia radical, que é a retirada completa da mama. Neste caso, verifica-se uma demarcação clara do ciclo da vida. Esta marca fica evidente nas falas das mulheres entrevistadas, sobretudo ao explicarem o significado desta mutilação no seu corpo. Foi o que pudemos detectar na pesquisa.

Com os depoimentos coletados e referenciais focados no tema proposto, pudemos avançar no desenvolvimento do trabalho. As entrevistas foram transcritas de forma que se mantivessem as palavras (expressões, emoções e acontecimentos inusitados) das entrevistadas. Havíamos também planejado nomes fictícios para elas, com a finalidade de preservar a privacidade. Mas, para nossa surpresa, todas optaram por manter seus nomes (mais especificamente aquele que todos as chamavam ou as conheciam) como fonte dos depoimentos. Acreditamos que este fato seja altamente significativo e, certamente, esteja relacionado com a importância de se reafirmar o próprio nome na reinvensão da identidade de cada uma das mulheres que fazem parte da presente pesquisa.

1.1- Com a palavra as mulheres

A partir do estudo das relações de saúde-doença por várias dimensões escalares, aprofundamos a discussão das experiências cotidianas de saúde das mulheres. Para tanto, guiamos nosso estudo através de uma pesquisa qualitativa com fontes orais, para compreender a história de vida de mulheres com câncer de mama que vivem em Presidente Prudente-SP. Acreditamos que utilizando desta metodologia pudemos analisar mais profundamente como pensam, agem e quais os significados manifestados pelo gênero feminino diante dos agravos de saúde.

Baseando-nos em Souza (et al, 2005), sabemos o quanto é importante a compreensão da realidade do ator entrevistado por meio da abordagem qualitativa, porque este é o melhor caminho para captar o ponto de vista dos sujeitos que tem seu cotidiano permeado por um conjunto específico de relações sociais, econômicas e políticas. Assim, para este trabalho, a escolha dessa abordagem metodológica foi feita não só para a compreensão de comportamentos, mas, ao mesmo tempo, considerando a inserção do entrevistado em seu grupo social, que está submetido a muitas outras influências.

Serapioni (2000) nos alerta a respeito das críticas que muitos autores fazem a respeito da fragilidade deste método, devido à dificuldade de generalização dos conteúdos que emergem durante a pesquisa. Entretanto, concordamos com este autor sobre a importância da história oral para captar os fatos do ponto de vista dos sujeitos sociais, entendendo que a generalização dos resultados só pode ser alcançada a partir da identificação de comunidades que compartilham as mesmas ideias e valores culturais.

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. Portanto, a escolha do depoimento oral para nossa pesquisa foi determinada antecipadamente ao trabalho de campo, devido o nosso objetivo de aprofundar os estudos sobre saúde-doença do gênero feminino, partindo da análise da produção e reprodução social da escala do corpo.

Aqui o que se pretende é recuperar o passado e o presente das pessoas, a partir dos traços inscritos no corpo (no âmbito do processo de saúde-doença) através da recuperação da memória das mulheres entrevistadas como caminho possível para a descoberta de questões, representativas e/ou concretas, que moldaram e moldam suas vidas. Isto nos permite trazer as considerações de Silva para o debate. Segundo ela: *“... ao mesmo tempo que os fios da memória vão sendo puxados, vem os personagens, as cenas, e cenários, jorrados na sucessiva, sobreposição de tempo e espaço”* (2001, p. 105). Com isso podemos considerar a memória um facilitador para a compreensão da realidade. É por isto que a memória é uma espécie de trabalho relacionada à capacidade de armazenagem e conservação de informações, elemento essencial para a construção de identidades (CHAUÍ, 2000). Ela pode conter direções subjetivas, mas também não está separada de

lembranças influenciadas pela dimensão social e coletiva, de sentimentos, da relação espaço-tempo ou da percepção/experiência do tempo.

Assim, se a memória tem uma dimensão individual, muitos de seus referentes são sociais, e estes permitem que, além da memória individual, que é por definição única, se tenha também uma memória intersubjetiva, uma memória compartilhada, uma memória coletiva (CHAUÍ, 2000). É por isto que a fala dos sujeitos sociais memorialistas constitui um sistema coletivo e referencial que irá localizar no presente os códigos de experiências. A memória individual ou coletiva é, pois, um sistema onde se cruzam estruturas culturais, políticas e econômicas enquanto códigos de representação. As representações do passado e do presente e as idealizações do futuro também convivem na memória, conferindo ao indivíduo identidade cultural e grupal (FIGUEIREDO, 2003).

Para Pollak (1989), durante todo o trabalho de reconstrução de si mesmo, pela memória, o indivíduo tende a definir seu lugar social e suas relações com os outros, ou seja, pelo menos no plano individual, o trabalho da memória é indissociável da organização da vida. Por sua vez, as experiências diárias vividas e transmitidas pelas pessoas na sociedade compõem a base de conhecimento de que cada um dispõe para interagir com o mundo, interpretá-lo, tomar decisões e ajustar-se a ele (VEIGA E GONDIM, 2006). Desta maneira, as qualidades das pessoas (a imagem que faz de si mesmas, como se comportam em determinadas situações concretas, quais os seus valores e como se relaciona socialmente), a sua história e suas experiências de vida (a família, a escola, a profissão, dentre outros) devem ser abordadas nas entrevistas em que se investigam atitudes e comportamentos sociais, pois é estritamente necessário compreender o sujeito enquanto ser histórico e socialmente construído (ZANELLA et al, 2002, p.212).

É neste contexto que podemos justificar o enfoque metodológico da pesquisa em questão. Procuramos compreender a realidade de mulheres que tiveram câncer de mama no município de Presidente Prudente-SP através da utilização da metodologia qualitativa por meio de depoimentos orais. Aproximando-nos assim, de diversos aspectos de suas histórias de vida, de sua saúde e relação com o corpo.

As técnicas de captação dos depoimentos foram baseados em instrumentos da metodologia qualitativa, como entrevistas em profundidade, semi-estruturadas por meio de um roteiro (anexo 1) 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 (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), 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 recorridas vezes 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.

Primeiramente, fizemos várias visitas ao ambulatório, observando e conversando com as mulheres que freqüentavam as áreas de Neurologia e Ginecologia. Posteriormente, com um quadro de características gerais pronto, a partir de conversas informais, escolhemos as mulheres com o perfil mais próximo que se pretendia para a pesquisa: aquelas que ficaram com seqüelas

devido ao câncer de mama, e aquelas com faixa etária entre 40 e 60 anos, que é o período em que a doença mais se manifesta. As entrevistas foram marcadas com as pacientes por telefone e pessoalmente, sendo realizadas no domicílio das mesmas de forma a deixá-las mais a vontade. Assim, foi possível conhecer melhor Beth, Regina e Nilza.

Para mantermos uma análise padronizada, pelo menos de acordo com os temas, estendemos o perfil supracitado para selecionar mais três mulheres a serem entrevistadas na entidade sem fins lucrativos. Neste caso, o contato foi estabelecido através da presidente que permitiu a nossa entrada e diálogo com as mulheres que participam do grupo e trabalham como voluntárias. Como elas se dividem em turnos vespertinos durante os dias da semana, foram escolhidas mulheres que trabalhavam na segunda, na quarta e na sexta, quais sejam: Maria, Marli e Jacira, respectivamente. Nesta etapa, as entrevistas foram realizadas no próprio local da entidade, por vontade destas mulheres.

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.

As entrevistas foram gravadas, uma vez que este procedimento permite captar por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância que compõem a produção do sentido das falas e idéias (as pausas de reflexão, entusiasmo, alegrias, tristezas), bem como o aprimoramento na compreensão da própria narrativa. Sabemos que o uso do gravador introduz, de outro lado, a consciência de que suas falas estão se tornando públicas, por vezes inibindo o relato ou trazendo a excessiva preocupação com desempenho pessoal. Para enfrentar este problema, solicitamos no começo das entrevistas a autorização para a gravação e apenas uma das entrevistadas (MARLI) relatou que ia ficar incomodada com a presença do aparelho. Neste caso, decidimos colocá-lo atrás de um calendário em cima da mesa próxima de onde estávamos sentadas, para resolver a questão, transcorrendo a entrevista tranquilamente posteriormente a este ato. Assim, o problema do incômodo com o gravador não se mostrou real neste trabalho. Muito pelo contrário, o uso do gravador facilitou o desenvolvimento das entrevistas.

Após a gravação, uma primeira atividade foi a da transcrição, realizada pela própria pesquisadora, uma vez que esse processo é de fundamental importância (apesar de ser um trabalho árduo transcrever várias horas de entrevistas), pois permite captar algumas reações subjetivas da entrevistada no momento da sua fala. As narrativas foram lidas como histórias particulares, mas, registradas em conjunto para entendimento de dimensões transcendentais ao singular. Neste caso, a leitura dos depoimentos se fez, não só quanto às representações, mas, igualmente através das representações, buscando nas falas o entendimento do todo.

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 (câncer de mama) inscrito no seu corpo.

1.2- Uma visão de conjunto

Primeiramente, podemos destacar como resultado das entrevistas dois quadros com o perfil das seis mulheres entrevistadas. A seguir, temos no Quadro 1 informações gerais e objetivas (nome, cor, idade, estado civil, renda, religião, número de filhos, condição de atividade, escolaridade), e no Quadro 2, informações específicas sobre o câncer de mama que afetou essas mulheres, respectivamente no ambulatório de fisioterapia e entidade sem fins lucrativos.

Quadro 1- Perfil das mulheres entrevistadas

Nome	Cor	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Renda Familiar	Religião	Condição de atividade	Escolaridade
BETH	Branca	59	Solteira	0	R\$ 4.500,00	Católica	Aposentada	3º grau completo
NILZA	Branca	49	Casada	5	R\$ 2.000,00	Católica	Encostada	5ª série
REGINA	Branca	54	Viúva	2	R\$ 2.000,00	Não definida	Encostada	3º grau completo
MARIA	Parda	46	Casada	0	R\$ 600,00	Católica	Do Lar	2º grau completo
MARLI	Branca	52	Casada	2	Não declarou	Católica	Do Lar	6ª série
JACIRA	Branca	52	Viúva	2	R\$ 5.000,00	Católica	Pensionista	2º grau completo

Fonte: Trabalho de Campo, setembro de 2009 e janeiro de 2010

Quadro 2- Dados sobre o câncer de mama das mulheres entrevistadas

NOME	BETH	NILZA	REGINA	MARIA	MARLI	JACIRA
ANO DE DIAGNÓSTICO	2003	2005	2001	2004	2005	2005
IDADE DE DIAGNÓSTICO	52 anos	43 anos	45 anos	39 anos	46 anos	46 anos
SEIO AFETADO PELA DOENÇA	Esquerdo	Direito	Direito	Direito	Esquerdo	Esquerdo
PLANO DE SAÚDE OU SUS	Plano	Plano	Plano	SUS	Plano	Plano
RESURGÊNCIA DA DOENÇA	Não	Pulmão	Não	Fígado	Não	Não
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	Mastectomia Radical	Mastectomia Radical	Quadrantectomia	Mastectomia Radical	Quadrantectomia	Mastectomia Radical

Fonte: Trabalho de Campo, setembro de 2009 e janeiro de 2010

No Quadro 1 está destacado o resultado da primeira parte do roteiro em que pretendia montar um perfil básico das mulheres entrevistadas. No caso da cor, de acordo com sua auto-declaração, temos cinco entrevistadas brancas e uma parda. Podemos destacar que duas delas possuem entre 40 e 50 anos, e as outras quatro entre 50 e 60 anos.

Quanto ao estado civil podemos identificar uma solteira, duas viúvas e três casadas. No item número de filhos, através das respostas temos: duas que não tiveram filhos, três que tiveram 2 filhos, e uma que gerou 5 filhos. Quanto a religião das mesmas, cinco se declararam católica, e uma não tem opção definida de religião.

A condição de atividade pelas respostas, duas delas relataram ser do lar, uma pensionista, uma aposentada e duas são afastadas mediante licença saúde. Por sua vez, a escolaridade de acordo com as respostas, uma das entrevistadas possui 5ª série do ensino fundamental; uma a 6ª série do ensino fundamental, duas delas 2º grau completo e outras duas 3º grau completo.

No Quadro 2 podemos destacar que as mulheres entrevistadas descobriram que estavam com a doença entre 2001 e 2005, quando se encontravam entre 39 e 52 anos de idade.

Através das falas, constatamos também que quatro fizeram mastectomia radical da mama, duas no seio do lado direito e duas do lado esquerdo, havendo ainda duas ocorrências de quadrantectomias, uma no seio do lado esquerdo e outra do lado direito. Assim constatamos que não há uma forma de ocorrência homogênea para apenas um lado do corpo no surgimento da doença. Entretanto, duas mulheres relataram estar com tumores em outras partes do corpo (fígado, pulmão). O que permite dizer que a doença disseminou para outros órgãos do corpo, a partir do seio.

Enfim, as informações captadas das entrevistas para construção dos Quadros 1 e 2 são apenas referências para uma primeira exposição das mulheres da pesquisa. A partir de então trabalharemos os depoimentos de forma mais ampla e estabelecendo mediações com as bases teóricas e conceituais da pesquisa.

Capítulo 2 - Geografia, Saúde e Gênero

“E aí foi o maior absurdo que eu ouvi... Porque eu não aceitava. Como? Se é pra prevenir... e de repente a situação que eu cheguei, de ter que tirar a mama”

JACIRA

A doença é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma perda ou anomalia na estrutura ou nas funções psicológicas, físicas ou anatômicas de um indivíduo. Para Chammé (2002), nesse conceito moderno de doença, o indivíduo doente foi abstraído de sua alteridade. E conseqüentemente, foi se construindo representações corporais naturalizadas e crescente isolamento de suas interfaces para manutenção e manipulação da saúde¹ do corpo. Tais concepções não incorporam a formação social do sexo, e as peculiaridades da relação saúde-doença de homens e mulheres, principalmente, no âmbito da sua manifestação e produção e reprodução no espaço.

Assim, ao fazermos o recorte por gênero feminino, pretendemos demonstrar que é possível uma compreensão mais clara das desigualdades de saúde-doença nos espaços de atuação da mulher, uma vez que a escala do seu corpo é capaz de produzir, representar e conceber tais espaços, de forma singular. Para tal análise, podemos lançar mão da contribuição da Geografia da Saúde, devido seus estudos sobre as manifestações sociais, ambientais e espaciais das formas de viver, adoecer e morrer.

2.1- Geografia e saúde

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, encontra nestas o suporte necessário para o desenvolvimento de novas linhas de investigação. Nessa

¹A Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo. Mais informações em: (SEGRE e FERRAZ, 1997)

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, bem como dos processos de sua modelação, como produto de uma reflexão crítica-radical das superestruturas políticas, particularmente, no que respeita à teorização do conflito social e da inclusão da análise materialista marxista ao nível das infra-estruturas da sociedade. 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. Para Nossa (2008), concomitante com a noção de lugar e paisagem cultural, vários estudos procuram aprofundar a compreensão das características de gênero e de classe na leitura das relações entre saúde e doença.

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. Para Fonseca (2005, p.453):

“... a *determinação social* pressupõe a relação dialética entre fenômenos não reproduzíveis igualmente em diferentes condições. A organização social é o determinante fundamental desse processo e se evidencia com manifestação da qualidade de vida dos sujeitos sociais que, por sua vez, é determinada pelos processos de reprodução social. Cada sociedade, e nela, cada grupo social, cria padrões de desgaste e potencialidades, manifestos através de condições negativas (riscos de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência)”.

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. Uma vez que as doenças nos afetam de forma social e espacial diferentes, e determinam as condições ou não de saúde, de que forma nos organizamos social e individualmente e quais relações que tecemos espacialmente diante de tal fenômeno?

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.

O corpo doente ou sadio não está fechado e limitado pela pele, e ele não pode ser pensado de forma alheia à sua determinação cultural, social e espacial, devido à inquestionável influência destes fatores na formação da identidade do indivíduo. Esses fatores possibilitam, portanto, práticas sociais múltiplas, que determinaram peculiarmente a representação do processo saúde-doença, sua manifestação sintomática, e sua reprodução objetiva e subjetiva. Portanto, para entender tal processo não podemos deixar de considerar a importância do corpo.

2.2- Corpo, saúde e gênero

Segundo Chammé (2002), os avanços científicos do século XX na área da saúde pública sempre estiveram em busca de soluções para o desequilíbrio entre o estado de saúde e doença. Quando tais práticas chegaram ao plano das classes subalternas situadas em países de economia instável, estas foram concretizadas apenas no plano informativo e não educativo/formativo. Afinal, tais valores, geralmente, foram formulados em países desenvolvidos, em uma realidade diferente de suas populações.

Este contexto provoca inúmeras exclusões e explorações traduzidas em doenças que no século XXI representam ameaça e risco. Isso, por sua vez, materializa um saber não elaborado do comportamento das doenças, e do aprendizado sobre estar doente ou estar sadio. Ainda assim, uma minoria (dentre elas as Instituições de Saúde) prefere continuar com ações normativas

e impositivas (produzindo indivíduos sem poder e sem saber), que promovem o controle social do corpo adoecido, não procurando formas de gestão conjunta entre usuário/cidadão e saúde pública, conforme analisa Chammé (2002).

É por causa disto que existe um desinteresse, principalmente do entendimento das “falas do corpo”, o que não colabora para a investigação das reais necessidades de saúde da população, que se estabelece geralmente como uma hierarquia da relação médico (especialista) e paciente (leigo). É o que nos ensina MARIA, explicando como foi o processo de identificação da doença:

“...Foi final de 2003 que eu senti, aí eu fui lá, conversei com ele (o médico) e falei que tinha achado um carocinho no seio e ele perguntou quem tinha me examinado, eu falei que eu tinha me examinado e queria uma mamografia...”

No plano da cadeia industrial médico-hospitalar, esse processo de reconhecimento do corpo é bem diferente. Neste caso, o corpo é objeto de apropriação dos circuitos produtivos, que o fragmenta em inúmeros processos de apoio terapêutico e diagnóstico, enquanto expressão anátomo-fisiológica do adoecer e morrer. É na escala do corpo que tal prática torna possível a apropriação de parte dos fundos públicos para a ampliação dos negócios capitalistas por meio de mecanismos de investimentos e financiamentos a juros subsidiados existentes para o setor saúde (GUIMARÃES, 1994).

Segundo essa linha de pensamento, Chammé (2002) destaca que desde o século XX a saúde tornou-se uma questão pública, que exerce influência na construção de distintos modelos de saúde e de corpos considerados ideais. Estas questões só são visíveis a partir de um olhar crítico que busque a causa última dos fenômenos de maneira como historicamente se produziram, mediante o entendimento das condições materiais e subjetivas do próprio espaço social que produz e reproduz tais condições (FONSECA, 1997). Estas relações foram expressas de maneira muito pertinente na fala de REGINA:

“...Eu estou indo na fisioterapia, estou indo na Fono(audióloga), essas coisas... mas eu preciso ter mais... eu preciso ter mais qualidade de vida. Eu estou buscando isso.”
“...A qualidade de vida! Depois do AVC ficou pior, eu só ando de taxi depois que... eu já fazia fisioterapia... sabe o meu pé

direito que tem problema? Quebrou meus dois dedinhos do pé! Aí eu não consigo caminhar, essas calçadas são muito problemáticas. Eu não tenho carro, quando saio eu saio de taxi.”

Desta maneira, há vários recortes analíticos importantes dos quais podemos lançar mão para compreender os fenômenos sociais (re)produzidos no espaço e, dentre eles, o próprio processo saúde-doença, tais como a raça, etnia, a geração e o gênero, este último, tema de reflexão neste trabalho.

O grupo aqui estudado, as mulheres que tiveram câncer de mama, nos coloca frente à discussão do conceito de gênero feminino e sua participação na determinação de saúde-doença. Para tanto, podemos começar destacando que a definição de gênero implica em dois níveis, quais sejam, o gênero² como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças perceptíveis entre os dois sexos e o gênero como forma básica de representar relações de poder em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis (SCOTT, 1990, p. 34). A utilização da categoria gênero pretende assim explicar, à luz destas relações de poder, as manifestações fenomênicas sociais das mulheres, entre elas, o processo saúde-doença. Estas questões foram percebidas por BETH da seguinte maneira:

“...Caso de câncer só meu pai que teve, câncer da próstata, até perguntei pra mastologista se era genético ou adquirido, até agora não sei porque o que tem a ver o câncer na próstata e o meu feminino no seio? Nunca teve casos femininos de próstata, né?...”

Desta maneira, a incorporação desta categoria analítica é fundamental para a compreensão das desigualdades sociais e da qualidade que assume o processo saúde-doença em cada sujeito ou em cada grupo social, muitas vezes relativo à especificidade da própria biologia que, *“por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, determina o “lugar social”* (adjetivação das qualidades humanas no espaço pelas interações sociais) *de cada um”* (FONSECA, 2005, p. 453). Mas, a posição do ser na sociedade

² Teorias sobre o conceito de gênero, quando explicam a construção das identidades da mulher e do homem na nossa sociedade, fundamentam que estas são produzidas por relações sociais e de poder em momentos históricos, culturais, econômicos e políticos, específicos. Essa será a definição de gênero que permeará o presente texto. Mais em SCOTT, 1995.

resulta da interação entre diferentes categorias e por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, também determinam o “*lugar social*” de cada ser.

As mulheres entrevistadas, por exemplo, são caracterizadas pelo seu lugar social de gênero feminino, na sua condição de mãe:

“O que me influencia nesse mundo é a minha filha, eu ainda estou viva por causa dela... A minha preocupação é ela, porque é ela sozinha e eu”. (REGINA)

E também portadora de uma doença como o câncer de mama, que pode levar a morte:

“Agora a vida está assim... só de lembrança e achando que está esperando morrer. É terrível, porque pra você sair é difícil, a saúde está um caos, pra você ver só no ano passado eu fui em uns dezessete médicos pra ver se descobria pra ver porque meu pescoço está entortado” (BETH).

Portanto, podemos dizer que as características específicas do processo saúde-doença dessas mulheres (na sua identificação como gênero feminino) estão fortemente relacionadas às formas de produção e reprodução da saúde no espaço da cidade de Presidente Prudente-SP. A análise aprofundada de tais relações, neste contexto, pode nos revelar condições desiguais de exercício de poder (como na relação médico-paciente, já citada na fala de MARIA) e como as mulheres vêm ocupando posições subalternas e secundárias, principalmente nas questões de saúde.

Um bom exemplo disto é a pesquisa realizada por Fonseca (1997). Estudando o perfil de mulheres moradoras de um município da Região Metropolitana de São Paulo, Fonseca (1997) constatou uma dupla subalternidade da mulher na sociedade: no âmbito de classe social e no de gênero. Neste trabalho, tais resultados puderam demonstrar ser o homem ainda o portador das decisões como chefe natural da família, divisão de papéis definidos (mulheres trabalhos domésticos), bem como, controle do corpo feminino através de esterilizações pela rede pública.

No cenário político, através de engajamentos de cunho emancipatório, nos últimos anos, as mulheres vêm lutando no Brasil para garantir seus direitos

de equidade de gênero, e para o desenvolvimento da identidade social feminina. Como resultado desta luta, vários movimentos liderados por mulheres e por organismos institucionais de defesa dos direitos da mulher revelam, que ainda há débeis e contraditórias políticas com enfoque de gênero, ou seja, políticas voltadas para a promoção das mulheres e da equidade de gênero (PRÁ, 2005).

Com base nisto, para Fonseca (2005, p. 457) a equidade de gênero implica: *a) no estado de saúde* – eliminação das diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis entre homens e mulheres, em relação às oportunidades de desfrutar a saúde e as probabilidades de adoecer, ficar incapacitado ou morrer por causas preveníveis; *b) no acesso e utilização dos serviços de saúde*: a alocação de recursos (tecnológicos, financeiros e humanos), não segundo um sistema de cotas iguais entre mulheres e homens, mas segundo critérios diferenciais, de acordo com as necessidades de cada sexo. Implica que mulheres e homens não tenham só acesso teórico, mas que recebam, efetivamente, atenção de qualidade, de acordo com suas necessidades; *c) no financiamento da atenção*: que tanto mulheres como homens contribuam de acordo com sua capacidade econômica e não com suas necessidades, ou seja, que as mulheres não tenham que contribuir mais em razão de sua maior necessidade de atenção à saúde; *d) no balanço entre contribuições e recompensas na produção de saúde*: que se reconheça, facilite, valorize e distribua de maneira justa o trabalho de cuidado da saúde, remunerado ou gratuito. Que mulheres e homens participem igualmente nas decisões sobre alocação de recursos nas esferas micro e macro do sistema de saúde.

Entretanto, alguns riscos parecem ser inerentes à adoção dessas novas formas de ver a saúde na perspectiva de gênero. Neste caso, pode ser citado o risco de transformar a dimensão de gênero em mais uma versão banalizada de assistência à saúde das mulheres para torná-las cada vez mais dependentes da ciência e da medicalização do corpo, principalmente, no que tange aos seus processos fisiológicos. Assim, ao incorporar a categoria de gênero nesse debate, pensamos ser possível compreender as desigualdades (sociais, políticas, econômicas, dentre outras) impostas às mulheres dentro de espaços socialmente construídos (no âmbito da saúde-doença), como as escalas do corpo, da casa, do bairro, da cidade e da global. Se a comunicação corporal

ocorre influenciada por uma totalidade de dimensões do real, a apropriação corporal dos espaços pelo gênero feminino pode modificar e ser modificada pelo que lhe é externo (como os serviços de saúde, por exemplo), bem como, desvelar ou reproduzir os discursos de ideologias dominantes, uma vez que a desigualdade de gênero imposta pela sociedade patriarcal costuma reproduzir naturalizações que servem de base para metáforas que exageram e agudizam as diferenças entre os sexos. Tal contexto faz parte dos arranjos sociais, políticos e econômicos, vigentes em cada época de forma específica.

Neste caso, ao fazermos o recorte analítico de gênero, neste estudo, para entendermos o fenômeno do processo saúde-doença, partimos da idéia de que cada grupo social exige ações e serviços de saúde de natureza e complexidade variada, como a mulher com câncer de mama, por exemplo. Isso significa que o objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, ou seja, o seu processo de saúde-doença, visando produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulada e integralmente nas prevenções primária (visa a diminuição da incidência da doença), secundária (consiste em um diagnóstico precoce e tratamento imediato) e terciária (como conjunto de ações que visam a reabilitação do indivíduo), com redução dos riscos de doença, seqüelas e óbito (SEGRE e FERRAZ, 1997).

Portanto, partimos da idéia que sobre os fatos da vida revelam sínteses entre necessidades e possibilidades sociais a cada momento e em cada espaço. Assim, as mudanças nos modos de formular o objeto das práticas em saúde da mulher refletem, simultaneamente, as novas necessidades de saúde geradas pela rápida transformação social e econômica que ocorre em todo o mundo, e também as mudanças que estas transformações propiciaram no papel social do gênero feminino (VILLELA, 2000).

2.3- A saúde da mulher no Brasil

Este conjunto de questões abordadas acima começa a ser analisado a partir dos anos de 1970, quando surge com força a posição político-ideológica reformadora que começa a organizar um novo modelo de política social de

saúde no Brasil. Torna-se estratégica, na concepção reformadora, uma Rede Básica de Saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça à hierarquia tecnológica da assistência à saúde, classificada em primária, secundária e terciária (MERTHY e QUEIROZ, 1993). A implantação em 1990 do Sistema Único de Saúde (SUS), formulado pela Constituição de 1988, estabeleceu como desafio o desenvolvimento de um sistema que pode ser traduzido como igualdade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais a todos os cidadãos do país. Mas, para Fonseca (2005), o desafio que persiste ao SUS é a superação da forma degradante do pronto atendimento, através da reconciliação entre uma clínica que dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber contido na epidemiologia e na medicina social e coletiva no âmbito da equidade, em que pese a superação das desigualdades que, num contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais diferenciadas.

Desse modo, a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia, desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças (SEGRE e FERRAZ, 1997). Em outras palavras, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações. Por sua vez, a concepção de saúde vigente e indicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um completo bem-estar físico, psicológico e social retorna a um paradigma utópico de saúde (SCAVONE, 2004), neutraliza as contradições sociais, econômicas e políticas que estão presentes na realidade do cotidiano da saúde, o que é irrealizável na saúde como modelo homogêneo para países do Sul e do Norte, pois cada um

tem suas especificidades no plano da saúde, principalmente na saúde feminina.

Apesar destes entraves conceituais e práticos, avanços já obtidos no âmbito da saúde da mulher no Brasil podem ser destacados. Villela (2000, p.13) propõe analisar estes avanços a partir de três vertentes:

1- A proposição “saúde integral da mulher”, por exemplo, visa tomar as mulheres como sujeitos e não como objeto reprodutivo, surgindo para se contrapor à idéia de saúde materno-infantil;

2- A formulação “saúde reprodutiva”, que vai suceder a proposta de saúde integral da mulher, assinala, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever;

3- E, por fim, a proposta de “saúde sexual”, pela qual pretende-se incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina.

Neste sentido, de acordo com Villela (2000), a idéia de “saúde sexual” englobaria as anteriores, tanto quanto demarcaria uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais. Apesar das mudanças sociais e econômicas, nos relacionamentos, na vida cotidiana e nas percepções simbólicas do século XX, refletem-se diretamente sobre as mulheres algumas especificidades nas condições de adoecer e morrer, tanto quanto no consumo dos serviços de saúde que, às vezes, são tão deletérios quanto as condições de vida que determinam os agravos (FONSECA, 2005). Recentemente, estas especificidades foram reconhecidas pelas agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). Da mesma forma o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vêm reconhecendo as condições de iniquidade em que vivem as mulheres, como base do seu processo saúde-doença, passando a incluir gênero na formulação das políticas sociais.

No Brasil, o programa mais significativo foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que rompeu com a visão de mulher como reprodutora de corpos para o trabalho e cuja função a ser recuperada ou preservada pelo setor saúde, deveria ser a reprodutivo-biológica. Ele foi implantado no estado de São Paulo através de reivindicações de movimentos feministas populares, aliados à presença de feministas dentro

do aparelho do Estado (REA, 1987, p. 65). Podemos constatar que demandas desta natureza tratam de preliminares de uma conscientização das necessidades de saúde da mulher, considerando as especificidades da condição feminina, que supera neste momento a tradicional postura alienada sobre tal discussão, principalmente no cenário político (BARRIENTOS, 1998).

Por sua vez, ainda há muito que estudar. Lopez (2007) analisa que quando se leva em consideração a questão da ciência, estudos publicados que relacionam gênero e saúde são escassos e muitas vezes apenas circunscritos a produções no âmbito da medicina, sendo no momento um desafio aumentar sua repercussão em outras disciplinas, uma vez que a saúde é um fenômeno multidimensional.

A idéia a partir desses referenciais é de que o processo de saúde-doença da mulher pode ser articulado à noção de espaço geográfico, social e historicamente construído e materializado no corpo, a partir de ideologias do patriarcado³. Assim, ao considerarmos o espaço da cidade (especificamente de Presidente Prudente-SP) como primordial para a análise da produção e reprodução de múltiplas relações sociais (complexas e multidimensionais), é necessário no âmbito da Geografia da Saúde, fazermos discussões sobre a construção da representação neste espaço do gênero feminino, que possui como agravante de saúde o câncer de mama. Uma vez que essa doença deixa profundas seqüelas tanto no âmbito físico, quanto no subjetivo, como revela a fala de MARIA:

“Assim... eu tenho um preconceito, não me olho no espelho sem sutiã... depois que operou. Porque eu me sinto mau em ver no espelho um lado que não tem seio. É uma coisa assim... mutilação! É uma coisa muito desagradável você ver de frente. Eu estou tomando meu banho eu tomo normal, mas na hora de me olhar no espelho, eu não consigo me olhar”.

Dessa forma, podemos considerar como pressuposto, que o corpo feminino; mais precisamente os corpos das seis mulheres entrevistadas que tiveram câncer de mama; é o espaço de inscrição da cultura, da política, ou seja, uma escala construída a partir de relações sociais e espaciais. Enfim, além de fisiológico/biológico, o corpo destas mulheres é o suporte do conteúdo,

³O patriarcalismo pode ser considerado como uma ideologia, reproduzida em muitas das instituições das sociedades contemporâneas, que caracteriza-se pela autoridade do homem sobre mulher e filhos. Mais detalhes ver: CASTELLS, 2001.

apreendido e manifestado no espaço pelas relações de gênero, bem como (re)produzido pelo atendimento das instituições de promoção da saúde da cidade de Presidente Prudente-SP. É o que veremos no capítulo seguinte.

Capítulo 3 – Câncer de Mama e o Corpo Feminino

“Foi a maior transformação que eu tive no meu corpo”.

NILZA

O câncer de mama apresenta elevada mortalidade em todo o mundo, representando um grave problema de saúde pública. A incidência dessa neoplasia vem aumentando nas últimas décadas, em grande parte devido às mudanças nos hábitos de vida e no perfil epidemiológico da população. Segundo tipo mais freqüente no mundo, a neoplasia mamária maligna (câncer de mama) é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano.

A tendência de redução na mortalidade por câncer de mama nos países mais desenvolvidos é promissora. Inversamente ao Brasil, a mortalidade tem diminuído nas últimas décadas em vários países desenvolvidos (INCA, 2009). Analogamente ao observado na população mundial, o câncer de mama continua a ser a principal causa de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras. Em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000 (INCA, 2009).

Em Presidente Prudente-SP, para dados do DATASUS, em 2004 o câncer era a segunda causa de morte entre a população, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Entretanto, especificamente por câncer de mama, a taxa de mortalidade caiu de 9,8/100.000 em 2004 para 5,8/100.000 em 2009.

Apesar da redução na mortalidade em Presidente Prudente-SP e no mundo, essa doença afeta profundamente o corpo do indivíduo, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Principalmente para as mulheres, uma vez que para esta, a mama é mais que um órgão do corpo, é também um símbolo muito importante na identificação cultural do gênero feminino.

3.1- Câncer e câncer de mama no mundo

O câncer, nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, cientificamente atende pelo nome de Neoplasia, indica uma formação recente e anormal de tecido que não desempenha qualquer função no organismo. Entretanto, nem toda Neoplasia é cancerosa, ela pode se desenvolver em tumores benignos ou malignos. Este último é mais pernicioso à vida, porque se caracteriza pelo crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os

tecidos e órgãos, através do sistema linfático e da corrente sanguínea, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

De acordo com a publicação das estimativas para 2010 do câncer no Brasil, realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), e com base no recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (*World Cancer Report 2008*), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Estima-se que, no ano de 2008, ocorreram cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos, tendo o crescimento e o envelhecimento populacional como fatores principais do aumento do câncer no mundo e esse impacto recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento.

Neste estudo dos principais cânceres, os mais incidentes foram: o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos). Para América do Sul, Central e Caribe, estima-se que ocorreram em 2008 cerca de um milhão de casos novos de câncer e cerca de 600 mil óbitos. Em homens, o mais comum foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago, cólon e reto. Nas mulheres, o mais freqüente foi o câncer de mama, seguido do colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão (*World Cancer Report 2008*).

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo. Paralelamente, deu-se uma significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Este processo de reorganização global determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer (GUERRA et al, 2005). Percebeu-se também um aumento significativo do

câncer de mama feminino, e acredita-se que esse aumento na incidência seja decorrente de um maior aprimoramento do diagnóstico do câncer, nas mudanças no estilo de vida e na história reprodutiva das mulheres em todo o mundo.

O simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui-se no fator de risco mais importante. Embora homens possam apresentar este tipo de câncer, a doença é pelo menos 100 a 150 vezes mais freqüente entre as mulheres. Isto se deve à maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e à sua exposição ao estrogênio endógeno (THULER, 2003). Portanto, este tipo de câncer é o segundo mais comum em mulheres no mundo, e constitui a primeira causa de morte por câncer nas pessoas do sexo feminino entre 40 e 59 anos. Sabe-se também que o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama aumenta com a idade. Além da idade, os fatores de risco incluem:

- Primeiro período menstrual antes dos 13 anos de idade,
- Menopausa depois dos 51 anos de idade,
- Uso de terapia de reposição hormonal com estrogênio,
- História de câncer de mama na família,
- Gravidez tardia (após os 30 anos de idade),
- Obesidade, especialmente após a menopausa,
- Uso de pílulas anticoncepcionais,
- Etilismo,
- Tabagismo,
- Sedentarismo.

Apesar dos fatores de risco influenciarem bastante, existem algumas práticas que são reconhecidas como capazes de ajudar na prevenção do câncer de mama:

- Praticar o auto-exame da mama mensalmente,
- Fazer um exame clínico da mama com o ginecologista a cada três anos se estiver abaixo dos 40 anos de idade e, anualmente, para as mulheres com mais de 40 anos de idade.

- Fazer mamografias regulares – As mamografias podem descobrir câncer de mama de 2 a 5 anos antes de um tumor ficar grande o suficiente para ser sentido como um caroço, e os médicos ainda recomendam mamografias anuais para mulheres acima dos 40 anos.
- Manter um peso saudável,
- Não fumar,
- Fazer exercícios físicos regularmente,
- Limitar o uso de bebidas alcoólicas e seguir uma dieta saudável, com baixo teor de gordura e grande quantidade de legumes, frutas e verduras.

Concomitante ao exposto acima, vários países como Canadá e França, querem implantar um sistema de rastreamento da doença que possibilite detectá-la em estágios menos avançados. Este rastreamento pode ser considerado como o exame das pessoas assintomáticas, objetivando identificar aquelas com maiores chances de apresentar uma doença. Presume-se a identificação de doença ou de alteração previamente desconhecida pelo paciente por meio da aplicação de testes que possam separar, dentre pessoas aparentemente saudáveis, aquelas que provavelmente têm ou terá a doença. Assim, um teste de rastreamento não tem por fim fazer diagnóstico, mas indicar pessoas que, por apresentarem exames alterados ou suspeitos, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica (THULER, 2003).

Os programas de rastreamento podem ser implantados de forma organizada ou oportunista. O primeiro pode ser definido como o programa de rastreamento implementado por meio de um planejamento ativo, com pessoas convidadas, de grupos etários pré-definidos, com frequência preestabelecida. Por outro lado, quando a ação de detecção precoce resulta de interação individual, por iniciativa pessoal ou do profissional de saúde, considera-se como rastreamento oportunista (THULER, 2003).

No diagnóstico alguns sintomas podem ser identificados:

- Caroço (nódulo) na mama,
- Mamilos invertidos,
- Rugosidade na pele do peito que se assemelha à textura de uma laranja,
- Espessamento da pele da mama ou debaixo do braço,

- Uma secreção clara ou com sangue vinda do mamilo,
- Vermelhidão ou inchaço da mama,
- Uma ferida ou úlcera na pele da mama que não cicatriza,
- Uma mudança na forma da mama, uma sendo mais alta que a outra.

Ainda de acordo com Thuler (2003), o processo é o seguinte: quando a doença é instalada e diagnosticada, o médico começa a investigação por uma história clínica detalhada, incluindo possíveis fatores de risco e história de câncer de mama na família. Ele investigará os sintomas descritos acima e irá suspeitar do câncer de mama se encontrar um caroço na mama, durante o exame físico, ou, numa mamografia. A seguir, ele solicitará um ultra-som para confirmar se o caroço é sólido ou cístico (cheio de líquido). Se o caroço for sólido, ele irá recomendar uma biópsia do tecido da mama (remoção de tecido da mama para exame no laboratório de patologia). O relatório da biópsia confirmará se o nódulo é câncer de mama ou não. Posteriormente segue as fases do tratamento que pode ser diferente para cada caso em relação a sua especificidade.

Duas das opções cirúrgicas mais utilizadas são a mastectomia radical ou a quadrantectomia. A cirurgia pode ser seguida de radioterapia, e às vezes quimioterapia, com a intenção de destruir qualquer célula cancerosa remanescente. A radioterapia quase sempre é recomendada depois da cirurgia para destruir qualquer célula de câncer deixada para trás e prevenir o retorno da doença no local (mama).

Por sua vez, dependendo da extensão e da expansão do câncer, haverá a necessidade de quimioterapia. Em alguns casos, a quimioterapia pode ser recomendada antes da cirurgia para diminuir o tamanho de um grande tumor, de forma que ele possa ser removido mais facilmente. A quimioterapia quase sempre é necessária se o câncer voltar.

Para tanto, para a maioria dos especialistas, o diagnóstico precoce é a melhor fonte para aumentar a expectativa de cura significativamente para as mulheres com câncer de mama. Se o tumor é pequeno e limitado à mama, mais de 90 % das mulheres sobrevivem durante pelo menos cinco anos depois do diagnóstico. Porém, se a doença se espalha pelo corpo antes do diagnóstico, a taxa de sobrevivência diminui para menos de 16 % (THULER, 2003).

Neste contexto, podemos considerar que o câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo no tratamento. Para Paulinelli, et al (2003), nos países desenvolvidos o diagnóstico da neoplasia mamária nos estágios clínicos mais precoces já conta 80% de todos os casos, principalmente devido ao amplo rastreamento mamográfico. Isso tem proporcionado um aumento na sobrevivência e uma maior possibilidade de conservação mamária. Assim, esses países desenvolvidos têm conseguido, apesar do aumento na incidência, reduzir a mortalidade, através de um diagnóstico mais precoce e de um tratamento mais eficaz. Mas, segundo o grupo de estudos de câncer de mama, da força tarefa norte-americana, para salvar uma vida seria necessário examinar 1.224 de 1.792 mulheres na faixa etária que vai dos 40 aos 69 anos.

Até o ano 2000, a incidência do câncer de mama vem apresentando uma taxa de aumento anual de 1,5% no mundo, sendo maior nos países menos desenvolvidos (2%) e no Japão e na China (3 a 5%). Em países da América Latina, ao contrário dos países desenvolvidos, a transição epidemiológica ainda não se completou, observando-se um aumento na ocorrência de doenças crônico-degenerativas, enquanto a frequência de doenças infecciosas e de doenças transmissíveis por vetor biológico ainda não estão controladas. Deve-se levar em consideração, também, a repercussão da rápida mudança na condição nutricional desta região, desencadeada pelo processo de industrialização, o que afetou, sobremaneira, a prevalência de doenças crônicas como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, doença de Alzheimer e outros agravos relacionados ao envelhecimento e à obesidade. Neste contexto, o Brasil destaca-se como uma área interessante para monitoramento e controle das tendências na incidência de câncer, assim como para estudo das variações geográficas nos padrões desta doença (GUERRA et al, 2005).

3.2- Câncer de mama no Brasil

A neoplasia mamária maligna (ou câncer de mama) é o tipo de câncer de maior letalidade na mulher brasileira. Esta se constitui, atualmente, na

segunda causa de morte das mulheres, e o primeiro lugar das neoplasias, com o câncer de pulmão, cólon e reto e colo uterino nas posições seguintes (NOVAES et al, 2006).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2010 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Sendo 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino. Pelos números o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

O câncer de mama no Brasil apresenta maior incidência e mortalidade nos estados considerados economicamente mais desenvolvidos, em especial nas regiões Sul e Sudeste. Também é maior a incidência do câncer de mama nas capitais do que no interior dos estados.

Ainda segundo as mesmas estimativas, por cem mil, para 2010, na região sudeste do Brasil, são esperados 880 casos novos de câncer de mama, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma (3.290 casos). Também na região sudeste, o câncer de mama será responsável pela maior mortalidade por câncer em mulheres (400 casos), seguido pelo câncer de colo de útero e de pulmão (270 casos em cada grupo), e pelo câncer de estômago (190 casos). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000).

Enfim, os coeficientes de mortalidade de câncer de mama apresentam tendência ao aumento, enquanto os de câncer de colo do útero tendem para a redução. Mas, no país, um dos problemas está nas informações disponíveis sobre os exames de Papanicolaou e mamografia realizados. Como estimativa da oferta, não é suficiente para o detalhamento necessário, principalmente no que diz respeito ao Sistema de Saúde. Ambos os exames fazem parte do Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e da Mama – Viva Mulher, implantado no Sistema Único de Saúde (SUS), com uso recomendado segundo

critérios baseados em diretrizes clínicas nacionais e internacionais (NOVAES et al, 2006).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%, sendo que para países desenvolvidos essa sobrevivência aumenta para 73%, já nos países em desenvolvimento fica em 57% (INCA, 2009).

No Brasil, o rastreamento mamográfico para mulheres de 40 a 69 anos é a estratégia recomendada para controle do câncer de mama. As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico desse câncer são baseadas no *Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama*, de 2004, que considera como principais estratégias de rastreamento um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher (THULER, 2003).

Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomendam-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos. A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas nas suas causas. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm sido estudadas e, até o momento, a mamografia, para mulheres com idade entre 40 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce (THULER, 2003).

Portanto, estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente e minimizar seus efeitos na população, assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde. É essencial educar a população e os profissionais de saúde para o

reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer, contribuindo para sua detecção em estágios menos avançados e aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado. Isto pode ser obtido por meio de campanhas educativas e capacitação de agentes de saúde (THULER, 2003).

De fato, a mortalidade por câncer diminuiu, apesar do aumento progressivo na incidência. Isso provavelmente se deve à maior conscientização da população, aliada a um melhor preparo dos profissionais da saúde e, principalmente, à maior cobertura mamográfica, paralelamente ao emprego de tratamentos adjuvantes mais eficazes (quimioterapia).

Até o momento, o diagnóstico precoce do câncer de mama tem se mostrado a principal ferramenta disponível para o combate a essa doença, conseguindo alterar favoravelmente sua história natural. Além de reduzir a mortalidade pelo câncer, um diagnóstico em fase inicial, possibilita tratamentos menos agressivos e menores seqüelas físicas e psicológicas para a paciente (THULER, 2003).

Já no Sistema de Saúde Brasileiro, a municipalização dos serviços de saúde (1990) passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. Esperava-se, também, que este novo sistema estimulasse o desenvolvimento de uma medicina mais holística, gravitando em torno dos problemas de saúde da comunidade e provesse uma melhor organização do sistema, tornando menos oneroso o serviço de saúde (MERTHY e QUEIROZ, 1993).

Por sua vez, desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como, as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. A pluralidade do sistema de saúde brasileiro caracteriza-se, portanto, pela presença de diversos mercados de serviços de saúde com implicações variadas sobre a equidade no consumo. Além disso, é um sistema altamente centrado na assistência médica e no atendimento hospitalar,

características que se acentuaram a partir dos anos de 1960 com o desenvolvimento da seguridade social (GUERRA et al, 2005).

A implementação dos princípios do SUS, como um sistema misto pautado na universalização do atendimento à saúde dos cidadãos, inscrita como direito constitucional, depende de uma regulação pública efetiva e da construção de mecanismos capazes de criar maior solidariedade na contribuição financeira necessária à manutenção de um sistema universal, no qual o consumo seja orientado pelas necessidades e não pela capacidade de compra dos indivíduos (NOVAES et al, 2006). Entretanto, a experiência de políticas sobre saúde no Brasil ainda não favorece o fortalecimento de programas de educação para a doença que investigue as reais necessidades de saúde de populações específicas, como de mulheres com câncer de mama, por exemplo.

Podemos, devido ao exposto acima, citarmos também a crítica a homogeneidade dos números, uma vez que grande parte dos estudos sobre Geografia da Saúde, geralmente utilizam indicadores de forma pouco crítica. Principalmente, nos estudos de desigualdades, cujas categorias mais freqüentes são: sexo, raça, escolaridade, ocupação, renda e local de moradia. Cada uma destas variáveis reflete um aspecto particular da condição social do indivíduo e comporta dificuldades próprias de mensuração (BARCELLOS, 2008).

A identificação de grupos de mulheres com necessidades e condições diversas de acesso e perfil específico como o câncer de mama indica necessidade de adoção de estratégias diferenciadas pelos sistemas e serviços de saúde, para o aprimoramento dos programas de rastreamento de câncer nas mulheres brasileiras (NOVAES et al, 2006).

Este é o caso do Sistema de Saúde em Presidente Prudente-SP, cujas funções, invariavelmente, são atreladas às diretrizes de saúde formuladas em nível nacional. Principalmente, quando se analisa o diagnóstico e tratamento de Neoplasia maligna da mama (ou câncer de mama), como veremos a seguir.

3.3- Saúde e câncer de mama em Presidente Prudente-SP

Presidente Prudente é um município brasileiro do interior do estado de São Paulo. Localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 587 quilômetros. Possui uma área de 563,62 km². Sua população estimada em 2009 era de 207.725 habitantes. Para manutenção da saúde de seus moradores o município conta com mais de 15 hospitais, 20 Unidades de Serviço de Saúde e 11 clínicas particulares. Quais sejam:

Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde de Presidente Prudente-SP

Hospitais e Clínicas	
1- Públicos	3- Unidades Básicas de Saúde
Hospital Universitário/Hospital Regional de Base de Presidente Prudente	PSF Morada do Sol
Hospital Estadual - Hospital Estadual "Dr.Odilo Antunes de Siqueira"	PSF Primavera
AME - Ambulatorio Medico De Especialidades	PSF São Pedro
Palácio da Saúde	UBS Ana Jacinta
2- Particulares	UBS Ameliópolis
Hospital de Olhos	UBS Belo Horizonte
Hospital e Maternidade Iamada	UBS Brasil Novo
Hospital e Maternidade Morumbi	UBS Cohab
Hospital e Maternidade N.S das Graças	UBS Eneida
Hospital e Maternidade São Luiz	UBS Foresta do Sul
Clinica São Lucas	UBS Guanabara
Clinica N.S.Aparecida	UBS Nova Prudente
Clinica Ortocárdio	UBS Parque Cedral
Instituto da Criança	UBS Santana
Instituto RH	UBS São Judas Tadeu
Instituto do Coração	UBS São Pedros

Organizado pela autora. Fonte: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br>

Todos esses estabelecimentos podem destacar a oferta de serviços de saúde da cidade através dos dados a seguir:

Quadro 4 – Oferta de serviços de saúde em Presidente Prudente-SP

Situação	Quantidade
Estabelecimentos de Saúde total	91 estabelecimentos
Estabelecimentos de Saúde SUS	47 estabelecimentos
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde total	1.294 leitos
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde público total	71 leitos
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde privado total	1.223 leitos
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde privado SUS	978 leitos

Fonte: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br>

Do ponto de vista do tratamento das neoplasias, segundo informações oficiais (Hospitais com Registros Hospitalares de Câncer, 2009) e entrevista concedida por uma mastologista da cidade, que atende pelo SUS e por Planos Privados, somente a Santa Casa de Misericórdia é credenciada para fazer serviço oncológico em Presidente Prudente-SP.

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 infra-estrutura 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 da cidade, deixa a desejar, tais como: falta de profissionais para realizar a reconstrução (mesmo esta sendo determinada por lei)⁴ 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.

⁴ 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.

Por meio dos depoimentos, as mulheres também comentaram sobre o funcionamento desse sistema. De acordo com NILZA:

“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!”

Semelhante ideia comparece no depoimento de REGINA:

“(a consulta particular) É outra coisa. Porque as pessoas só pensam no dinheiro, trata melhor por causa do dinheiro. O dinheiro é tudo. As pessoas não dão valor pra saúde em si, sabe? Mas tem dinheiro, tudo bem! Infelizmente é assim mesmo.”

JACIRA também comenta sobre o sistema público de saúde em Presidente Prudente-SP:

“Eu acho um desastre, né? No público as pessoas ficam esperando por exame anos até. Então eu ouço muita história, e o que a gente vê, né? Na televisão, no rádio, a gente vê as pessoas sofrendo, precisando de atendimento.”

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.”

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 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.

3.4- Representação e exclusão social do corpo mutilado

A perda de parte do corpo para as mulheres entrevistadas provoca exclusão⁵. Isto por que existem sobre esse corpo, inúmeros referenciais ideológicos associados ao discurso de saúde-doença, fundamentando algumas representações⁶ 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 de diversas maneiras pelas mulheres entrevistadas:

*“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)*

⁵ 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).

⁶ 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.

“Aí neste tempo saiu a mamografia e eu já levei e ele olhou e disse: sinto muito ter que te falar, mas é câncer. Desse jeito, “na lata!”” (MARIA)

“... aí ele falou pra mim que era 99%, mas ia passar o final de semana, analisando aquele exame... Na segunda feira fui e confirmou. Aí já saí de lá (local de entrega do exame de ultrason) e fui no Drº... (ginecologista)”. (MARLI)

“Ele me falou que era maligno. Nossa! Pra mim... eu... foi um choque tão grande! Como se fosse a sentença de morte pra mim, como se tivesse ouvido a sentença de morte, porque tinha perdido o meu marido recente, depois a minha mãe, que ela morreu de câncer também, no sistema linfático, né?” (JACIRA)

O impacto da nova realidade, mesmo encontrando-se bem, sem sinais e sintomas eminentes da doença, a mulher depara-se com o medo da morte e com a incerteza do futuro. A partir da realidade de ser portadora do câncer de mama elas revelam ser difícil a elaboração da aceitação.

De acordo com a mastologista, *“existe uma fase de aceitação”*, portanto, é normal pacientes responderem ao diagnóstico adotando variados tipos de comportamentos, MARLI expressou uma aceitação imediata:

“O senhor está querendo me dizer que eu estou com câncer? E falou: é. E eu falei: quando a gente vai marcar a cirurgia? Porque se eu tiver que fazer, eu quero fazer logo. Porque problema, quanto mais você vai empurrando ele com a barriga, ele vai crescendo, vira um monstro e começa a te assustar.”

JACIRA, raiva:

“E aí foi o maior absurdo que eu ouvi. Porque eu não aceitava, como? Se é pra prevenir, se você faz os exames pra prevenir e de repente a situação que eu cheguei, de ter que tirar a mama.”

MARIA, sentiu medo:

“Mas quando eu cheguei em casa veio aquele medo, como vou contar para meu marido? Como eu ia contar para ele, até o dia que eu contei ele chorou e eu chorei junto, né?”

Passando a fase de aceitação, as mulheres enfrentam o processo de ajustamento. BETH expressou esse momento da seguinte forma:

“Mas eu sempre encarei assim: a doença veio, eu tenho que lidar com ela, né? E fazer de tudo, porque o câncer é muito cabeça, se você se entrega...”

Vale destacar que as mulheres revelam o quão importante é a presença da família ou alguém que possua vínculo afetivo no momento do diagnóstico, pois, a simples presença deste pode transmitir segurança. Estar só no momento pode causar um impacto que geralmente fica marcado profundamente na fase da doença. Segundo MARIA:

“Eu acho que sim, pelo menos perguntar, você tem alguém aí com você? Falar alguma coisa assim mais suave, mas não! Ele jogou na lata (risos)!”

Outra constatação importante está no apoio da família neste processo de descoberta e tratamento, uma vez que esta se torna o centro de identificação e apoio, que pode ser resumida nas falas de BETH:

“... o que marcou mesmo da doença foi o envolvimento da minha família comigo! Esse meu sobrinho, o caçula, eu lembro dele colocando a peruca, a minha peruca... aí vinha o irmão pegava a laranja e brincava, põe tia! Tirou um coloca esse! Eles me jogando da piscina, sabe? Me senti normal! Me deu força, todos eles, são cinco aqui e um em Brasília, três de um irmão e três de outro.”

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.”

Por sua vez REGINA destaca que:

“Pra você entender... quando eu tive câncer eu trabalhava em Foz do Iguaçu (PR)... morava em Foz do Iguaçu, aí a minha família... porque eu tenho irmãs e irmãos em Atibaia (SP), né? Aí eles quiseram que eu ficasse em São Paulo, o tratamento, a cirurgia, tudo foi em São Paulo, né?... Isso foi muito difícil. A minha família pediu que eu fosse pra São Paulo, não queriam

aquí, porque o tratamento da quimioterapia é muito fraquinha aquí, em São Paulo era mais forte.”

Ser cuidada em vez de cuidar trás uma nova realidade, agora, principalmente pelo facto de ser mãe, mulher e portadora do câncer, contribui para expor a mulher a uma condição singular em sua vida, na qual vivencia o sofrimento pelas mudanças em seu cotidiano e a incerteza da vida perante sua família e principalmente por seus filhos. Assim, JACIRA nos diz:

“Aí... e minha filha ia se formar aquele ano na faculdade, no fim do ano ela ia se formar e eu descobri no começo. Aí eu chorava muito, porque eu queria ver a formatura da minha filha.”

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, 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 alí fazer!”

Entretanto, é preciso ressaltar que a família sempre busca dar o apoio que as mulheres necessitam para seguir a vida e superar os obstáculos impostos pela doença. Este enfrentamento foi expresso pelo marido de NILZA da seguinte maneira:

“Pra mim foi (começa a ficar bastante emocionado ao falar) triste. Aí eu chegava no trabalho e desabava a chorar, porque não podia demonstrar perto dela. Eu sabendo o que ela tinha e não podia falar, foi duro filha!! ... Eu que levava ela para o hospital pra fazer a radioterapia, pra fazer também a quimio(terapia)... no início da quimio(terapia)... a primeira foi boa, a segunda ela teve problema, a terceira foi boa também, mas quando os problemas dela quando vinha eu tinha que voltar com ela pra Santa Casa pra tomar soro pra ficar boa

senão? ... Foi mais de ano nossa vida em função dela, foi complicado. Eu chegava em casa arrumava as coisas pra ela, tudo. Eu praticamente trabalhava aqui e em casa, mas sempre foi assim, eu sempre a ajudei. Só não fiz melhor talvez porque não tive oportunidade, mas sempre procurei fazer o que podia pra ela.”

Mas, é com o impacto da cirurgia que se manifesta a realidade concreta da doença. Ao ver-se com parte ou toda mama retirada se configura em um momento ímpar para essas mulheres. MARLI e NILZA nos descrevem este momento da seguinte forma:

“Isso foi em um sábado, e no domingo meu médico não podia ir me visitar, e quem foi o pai dele, e eu estava um pouco assustada que eu estava com faixa, toda assim (mostra a área dos seios), e falava: ai meu Deus, será que tiraram meu seio, né? Eu não entendia porque eu estava com a faixa, né?”

“Com menos de um mês marcou a cirurgia, passei no cardiologista, porque minha pressão era muito alta, a minha pressão era baixa só depois que começou a doença que ela ficou alta, no dia ela continuava alta, mas a ela (mastologista) disse pra mim: É agora ou é agora! não tem como adiar mais e você não pode ficar desse jeito. Me explicou tudo, e eu falei: Seja o que Deus quiser!”

Esse momento se arrasta pelo processo de tratamento pós cirúrgico com a quimioterapia, radioterapia e fisioterapia. Assim:

“Só na radioterapia que o doutor me queimou, é em uma maquina assim... que você deita e eles fazem como se diz... tipo uma forma e marca nos locais que vai aplicar, você não pode se mexer, você deita e vem uma coisa horrorosa e fica um tantinho assim da pele, só que ele aplicou muito, porque eu tinha que tomar 33 sessões em cada local, como estava muito avançado aplicou nas costas também e como era muita então ia pelo SUS, ele queria terminar, porque se não terminar não recebe, aí em vez dele aplicar uma ele aplicava três, quatro, entendeu? E queimou muito. Uma vez que ele bateu o foco e me queimou a garganta, você não sabe o que eu passei!” (NILZA)

“... porque eu não levantava o braço, porque eu fiz fisioterapia, na APEC, e fiquei dois anos pra recuperar todos os movimentos.” (MARIA)

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!”

Assim, é possível dizer que é na experiência que cada um tem de seu corpo, que o torna incomparável aos outros corpos. A doença reabilita a exigência de uma relação autêntica das mulheres com seus corpos. E através deste corpo tem-se uma intensa produção e reprodução dos espaços na vida cotidiana.

Mais especificamente, podemos dizer que, através das falas, essa produção e reprodução dos impactos do câncer de mama no corpo e na vida cotidiana das mulheres entrevistadas podem ser mensurados por escalas de qualidade de vida⁷. Esta sendo uma construção subjetiva, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito (MAKLUF et al, 2006).

Principalmente, para quem teve câncer de mama e acidente vascular cerebral (AVC), a doença se estabelece como um divisor do ciclo da vida. Para BETH:

“E a gente viajava pra eles, trabalhando nas prefeituras, fazendo censo rural, e com a doença cortou isso daí, então, eu me sinto assim... casa (ênfase nesta palavra)! Tem hora que bate o baixo astral e aí você fica... sabe? Porque você quer viver! E agora eu estou com a idade de vivenciar uma outra coisa, mas por causa da doença eu não entrei nesta outra coisa (risos), então houve um corte...”

⁷ A OMS define como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

REGINA expressa algo semelhante:

“Como eu falei pra você, a necessidade que eu senti de psicólogo, psiquiatra, saber o pulmão, sabe? A qualidade de vida! Depois do AVC ficou pior, eu só ando de taxi depois que... eu já fazia fisioterapia... sabe o meu pé direito que tem problema? Quebrou meus dois dedinhos do pé! Aí eu não consigo caminhar, essas calçadas são muito problemáticas. Eu não tenho carro, quando saio eu saio de taxi.

Apesar da identidade adquirida pela possibilidade da morte, também é significativo nas falas das pacientes submetidas à mastectomia radical ou quadrantectomia, uma desqualificação na sua própria imagem corporal. Afinal, a autodepreciação pode ocorrer quando somente elas e o espelho estão frente a frente. Esta relação com sua própria imagem foi narrada de diferentes maneiras pelas nossas entrevistadas:

“Então como que eu cheguei... as vezes te dá um baixo astral que vai lá no fundo do poço, então eu fico conversando comigo mesma: olha Beth! Você está assim por causa disso, daquilo! ... se eu pudesse fazer uma mudança radical, entendeu? Porque, pra mudar a alimentação tem os problemas dos remédios que é do que eu sinto falta, então não está fácil! Então a gente não fica satisfeita com o corpo, tem hora no espelho que eu brinco e falo oh! Sua desdentada, despeitada, gorda (risos). Então, você sonha em ter o corpo que você tinha antes! Pra você ver do entortado estraga o braço, uma coisa estraga a outra.” (BETH)

“Horrível, eu vejo um corpo feio. Pra eu gostar mais dele e mudar, agora eu tinha que emagrecer uns vinte quilos (risos).” (NILZA)

“Ah eu não estou cem por cento do que eu queria não! Não gosto não (risos). Vejo um abdômen querendo cada vez mais ir pra frente e eu tento prender ele (risos).” (MARLI)

É aí que os caminhos da nossa pesquisa trouxeram à tona todo o problema da exclusão. Primeiramente, podemos destacar a exclusão do mundo do trabalho (produção), uma vez que algumas delas se referem à perda do trabalho e a impossibilidade de voltar a fazê-lo devido às seqüelas da doença, como fica claro nas falas de NILZA:

“Eu tenho vontade de voltar a trabalhar, mas não dá, olha (mostra o braço direito inchado devido sequelas da operação de retirada da mama)! Aqui ficou um buraco! Acho que a maioria das mulheres fica com seqüelas, porque meche com tudo a cirurgia.”

De forma semelhante, no depoimento de REGINA notamos:

“Ai! Ficar boa! Eu quero voltar a trabalhar, ter uma vida normal. Eu quero a minha mão de volta, meu pé de volta. O que eu quero mesmo... porque eu sempre tive horta, jardim... eu quero trabalhar!”

Já para MARIA a doença a impediu de fazer tanto o trabalho produtivo, quanto reprodutivo:

“Você querer fazer uma boa faxina na sua casa, porque eu não tenho condições de pagar faxineira! Alumínio, antes de operar meus alumínios era a coisa mais linda! Então essas coisas tudo que tem vontade de fazer, mas não pode. Pra trabalhar, quem vai pegar uma pessoa que vira e mexe está indo no médico!”

Existe também um outro tipo de exclusão, aquela que as coloca à margem da produção e reprodução social, por não possuírem mais o modelo de corpo feminino padrão e idealizado na sociedade. Seus dramas e as formas como se identificam com a doença estão intrinsecamente atreladas a esta perda de “normalidade”. Vejamos como estas idéias foram relatadas pelas mulheres:

“Você vira uma matrona! Uma matrona seria uma pessoa gorda (risos), porque como eu desfilava e era magérrima, eu engordei... inchada, né? Então acho que precisaria de uma qualidade de vida pra pessoa que sofre essa doença... é que todo mundo devia ter qualidade de vida pra poder fazer... limpeza de pele, né? Olha (mostra o rosto)... provoca célula morta e... pra você fazer isso você tem que pagar, devia ir em academia, fazer musculação e tal. Ao mesmo tempo eu tomo o remédio do câncer, tomo após o almoço, tem de deitar, então vai engordando cada vez mais!” (BETH)

“Era muito bom, né? Até tirar uma mama foi muito bom... meu... hã... as minhas mamas eram perfeitas! Não eram aquelas mamas... que se diz assim aquelas mamas caídas,

sabe? Foi a maior transformação que eu tive no meu corpo, ter tirado a mama (direita).” (NILZA)

Eu sou de 55... vou fazer 54 anos. Para minha fisionomia parece que eu tenho setenta e poucos anos... éh... muito sofrimento do câncer (começa a chorar, fazendo sinal com a mão para eu esperar um pouco)... já passa já, viu! Eu choro muito... porque tinha que ter o psiquiatra e como chama? O psicólogo, até hoje eu sinto falta (ainda com voz embargada pelo choro). (REGINA)

“Sempre fui uma pessoa magrinha e de repente veio dez quilos em cima de mim, e eles gostaram tanto do meu corpo que não querem ir embora (risos). Eu acredito que é por causa do tratamento.” (MARLI)

Essa nova relação com o corpo trás, para algumas, prejuízo na sua vida sexual. Para BETH depois da cirurgia mudou porque :

“... como eu não tenho marido, eu arrumar um namorado, é diferente! Você está entendendo? Então eu pra me mostrar pra esse namorado, não! Então nunca fui atrás!”

Isso também é destacado nas falas de REGINA:

“Depois que eu tive o câncer eu acho que isso aí... depois que eu tive o câncer, eu não gostava mais! Muda muito, muito! Eu acho que psicologicamente você... a gente se sente diferente! A gente, como chama... você perde o sentido da vida, sabe?”

Para MARIA:

“Depois que eu fiz a rádio(terapia), eu não sou mais uma mulher pra sexo. Então eu tenho ressecamento vaginal, eu não consigo ter relação, porque eu sinto muita dor, e acabo não sentido prazer... Depois que começou o tratamento aos poucos eu fui perdendo a vontade, acho que não é biológico é natural mesmo.”

Portanto, podemos considerar que, a cirurgia de mastectomia radical e a de quadrantectomia, sem reconstrução (caso das entrevistadas), proporciona uma diminuição na qualidade de vida, e pode se concretizar em um impacto negativo na evolução e melhora do quadro destas mulheres. Esta

transformação na identidade social tem como efeito produzir um afastamento do indivíduo da sociedade e de si mesmo de tal modo que ele acaba criando um mundo não receptivo, por faltar-lhe um pedaço de seu corpo. É por isto que compreendemos esse processo como uma exclusão subjetiva pela qual se fundamenta na mutilação.

Dentro do discurso do modelo de corpo ideal na nossa sociedade, o corpo se torna o mais belo objeto de consumo, um produto dentre os outros, caracterizado por traços, muitas vezes idealizados, estabelecidos a partir do exterior. Essa idealização pode ser para caracterizar os traços do corpo feminino, o que está presente nas falas de MARIA:

“Nosso corpo serve... ah! É a beleza natural feminina! Você sabe que é mulher pelo seu corpo (risos).”

Ou como fuga da normalidade a partir da imperfeição física que agora é infelicidade para BETH :

“... Então a gente não fica satisfeita com o corpo, tem hora no espelho que eu brinco e falo oh! Sua desdentada, despeitada, gorda (risos). Então, você sonha em ter o corpo que você tinha antes! Pra você ver do entortado estraga o braço, uma coisa estraga a outra.”

Nesse modelo ideológico, a diferença não é aceita e se transforma muitas vezes em objeto de rejeição e culpabilização, exclusão do modelo padrão, porque é sobre o corpo que convergem interesses sociais, econômicos e acumula uma série de práticas e de discursos. O que podemos demonstrar através das falas de NILZA:

“Pra que serve? Pra ficar bonito (risos). Estou brincando (risos). Não... os braços, as mãos... serve pra gente fazer o que tem que fazer... trabalhar... é pra isso que serve! Mas serve pra ficar bonito também!”

Sendo que para REGINA, sua atual condição é resultado da falta de atenção que teve com seu corpo:

“Hoje eu sei que eu tinha que ter cuidado muito de mim, hoje eu sei! Eu me arrependo de não ter tido mais atenção no meu corpo, na minha mente, de tudo! Era muito difícil eu ir no médico. Naquela época era diferente, as vezes tem aqui campanhas, por exemplo, na praça, entendeu? Antes não tinha nada disso?”

Entretanto, sabemos que, o corpo nos discursos socioculturais contemporâneos é um objeto idealizado e perfeito que não coincide com nosso corpo real, sendo este capaz de passar os valores da sociedade contemporânea, que homogeneiza os gostos, preferências e comportamentos dos indivíduos (PARISOLI, 2004). Neste contexto, a mastectomia radical e a quadrantectomia é um quadro perverso que insere no corpo das mulheres uma condição que precisa ser negado.

Assim, podemos afirmar que a reconstrução seria uma forte aliada de qualidade de vida dessas mulheres. Mas infelizmente, nenhuma das entrevistadas fez esse procedimento, e contaram seus motivos:

“Eu lembro que eu operei em abril... aí eu volto no que estava falando... a mamografia acusou e a mastologista falou pra eu fazer um quadrante e mandar pra biópsia e o resultado sai em uma semana, ou se interna hoje e amanhã cedo opera, aí já ia o (cirurgião) Plástico para fazer a reconstrução. Acontece que minha cirurgia começou as 07:30 e terminou a 13:30, e ela ficou com medo por causa da anestesia terminar antes da reconstrução, que é uma coisa demorada.” (BETH)

“Não posso. Porque assim... é muito problema... então minha médica falou que nem pensar! Que eu posso esquecer, porque não foi só a mama que ela tirou, ela tirou a mama, tirou tudo, certo? Eu continuo fazendo tratamento, pressão alta, agora tinha saído um caroço no pulmão, então são muitas coisinhas, aí deu um hematoma no fígado, aí é muito complicado, e ela falou que não dá.” (NILZA)

“Olha aqui! Esse aqui é grande e esse aqui é pequeno (abaixa a blusa e me mostra primeiro o seio direito e depois o seio esquerdo, esse último com cicatriz devido uma Quadrantectomia realizada para retirada de um tumor cancerígeno). Eu queria fazer reconstituição, eu queria, mas é muito complicado, porque eu morava em Foz do Iguaçu, então eu fiquei cinco anos indo e voltando pra lá e pra cá, eu sofri muito... o médico falou que eu tinha que esperar seis meses pra fazer uma reconstituição, eu falei deixa pra lá, porque a minha filha e meu marido ficaram sozinhos em Foz do Iguaçu

e eu lá em São Paulo, anda tenho vontade, mas como eu vou fazer? Pelo INSS? Não sei! Eu não fui atrás ainda.” (REGINA)

“Não! Não fiz, porque foi passando o tempo, fazendo exame, tudo, né? Aí em um desses tempos (risos) anos depois, eu comecei a sentir a mesma agulhada de quando eu estava com o carocinho no mesmo lado, sem ter o seio. Aí eu cheguei no meu médico e falei tudo, e ele disse: então vamos fazer um exame de tomografia do pulmão pra gente dar uma olhadinha. Aí foi feita a tomografia que constatou que eu estava com quatro nódulos no pulmão e estou em tratamento até hoje {...} Mas a reconstrução o médico não indicou, mas mesmo se tiver eu não quero, porque eu sinto dor, aí não adianta eu pôr um negócio bonito, eu não quero sofrer mais não, deixa aí, meu marido é o único que poderia querer se importar e ele não se importa (risos). Aí eu vou na praia e coloco meu maiô com bojo e fico toda toda (risos).” (MARIA)

“Não. Não há necessidade. Cada caso é um caso, né? O meu médico ele foi perfeito. Assim... o que foi tirado... eu não entendi muito bem... o que foi tirado, hoje parece que ele foi acrescentado, entendeu? Ele está numa melhor composição do que é considerado são, não teve nenhuma intervenção plástica, foi perfeita.” (MARLI)

“Não. Era pra eu ter feita imediata, como eu sou muito religiosa e acredito muito em Deus... Deus assim... me deu o dom da vida de novo. Então estava tudo certo, eu estava com o dinheiro porque a UNIMED não cobria o expansor, estava com R\$800,00 pra pagar, porque a doutora falou que podia ser imediata, tirava e já colocava o expansor, mas sabe o que aconteceu? O Drº..... (Cirurgião Plástico) não quebrou o dedo na semana da minha cirurgia? Olha eu estava com 59 quilos, estava super magra com todos os acontecimentos, eu acho que Deus... acho assim... que o médico quebrou esse dedo porque não ia dar certo, eu ia sofrer mais.” (JACIRA)

Essa realidade nos faz concordar com a discussão de Parisoli (2004) sobre o assunto, quando esta reflete que, como materialidade, o primeiro caráter do corpo humano é ocupar uma extensão, um espaço, o que se especifica em termos de espacialidade e volume. Mas, ao mesmo tempo ele é extenso, opaco e sujeito às leis do universo imaterial/subjetivo. O corpo humano não é como os outros, pois antes é um corpo aberto ao exterior, sua superfície é a pele e esta o coloca em relação com o espaço e com os outros corpos.

Nesse sentido, a corporeidade de cada um pode dar resultados diferentes (identificação, dependência). Há uma espécie de conhecimento do

corpo que os outros jamais poderão possuir, porque os outros jamais poderão saber, por conhecimento imediato e direto, o que se passa nos limites da sua esfera de sensibilidade corporal. Recomenda-se ao indivíduo doente que se veja como um ser humano completo como qualquer outro, alguém que, na pior das hipóteses é excluído daquilo que, em última análise, é uma área da vida social. Ele não é um tipo ou uma categoria, mas um ser humano (PARISOLI, 2004, p. 99). Realidade muito difícil de se concretizar para REGINA:

“Ah! Era uma pessoa guerreira, trabalhava muito, muito. Era muito alegre, muito feliz. De repente... (começa a chorar novamente e damos mais uma pausa na conversa)... eu não sou feliz porque eu não sou mais nada! Só estou viva porque estou respirando. Só por isso. Eu nem como mais direito, eu não tenho fome. Eu como porque preciso comer, né?”

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. Esta necessidade é enfatizada tanto nas falas da mastologista:

“Faz parte do tratamento o acompanhamento psicológico. A grande maioria, uma ou duas consultas quando saísse o diagnóstico seria correto, e aí a psicóloga avalia precisa continuar. Isso seria o certo, logo após o diagnóstico e depois retornar após quinze dias, porque tem um estágio de aceitação da doença, e reavaliar depois da cirurgia pra ver como está.”

Como também, 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 químio, 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)

Ainda, 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.”

E quando se fala em ter saúde, as respostas determinam uma realidade de constante enfermidade⁸, mesmo depois de anos do aparecimento da doença. Elas ainda 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)

⁸A 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 subjetiva dos indivíduos, esta representa uma verdadeira via de acesso a compreensão da enfermidade. Mais em Parisoli (2004).

“Saúde pra mim é você ter uma saúde perfeita, você não ter dor, não ter nada! Saúde pra mim é tudo! Não ter dor, porque eu sinto muita dor. Difícilmente o dia que eu não tenho dor, dói onde ela tirou (seio direito), ela vem lá de dentro, dói esse braço (braço direito), que é uma dor que eu quebro tudo que eu pego, é muita dor que mexe com a gente em tudo.” (NILZA)

“A saúde pra mim é mente, corpo e espírito, é estar bem em tudo! ... As minhas condições são precárias agora! Mas eu tenho, mas tenho com dificuldade.” (REGINA)

“Tenho, Osteoporose e os nódulos no pulmão, só (risos)!” (MARIA)

Estar doente, notadamente, tem uma causa deflagradora dessa desregulação, e foi a partir das falas que obtivemos também respostas sobre os possíveis fatores pelos quais essas mulheres podem ter adoecido pelo câncer:

“Acho que é o stress do dia a dia. Essa doença, a maior parte ela é stress. No meu caso acredito que seja o stress mesmo, porque na época que descobri que estava com câncer, eu estava com problema de financiamento da minha casa, então eu passei muito nervoso, muito tempo sem sono, não conseguia dormir, com vários problemas na minha cabeça, então desencadeou. A gente tenta não se preocupar, mas a dívida está aí, né?” (MARIA)

“Eu acho que as doenças surgem, até brinquei com a mastologista e falei o Drª.... porque eu tive câncer? Será que é falta de uso (risos)?” (BETH)

“Eu acho que é muita preocupação! Eu tive o AVC só por muita preocupação. Minha filha aqui sozinha em Prudente e eu em Itaguajé sozinha, né?” (REGINA)

Eu acho que é a gente que fabrica isso (risos). Eu acho que o meu foi stress, tenho plena convicção. Muito forte, acho que isso ocasionou, porque todos temos câncer, só que tem pessoas que pode conectar elas lá e elas se manifestar e outras não.” (MARLI)

“Eu acho que elas adoecem por causa da tristeza, quando a pessoa fica triste, ela fica deprimida, ela fica stressada o que foi meu caso, entendeu? Porque eu vivi uma vida assim, eu era uma pessoa triste, eu era uma pessoa sofrida, eu não conhecia a palavra paz.” (JACIRA)

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. Isto nos remete à discussão das articulações do corpo feminino com a produção social da escala, tema que será analisado no capítulo seguinte.

Capítulo 4 – Geografia e Escala do Corpo

Aí ele me passou um mastologista, e disse: você vai na Santa Casa se não conseguir vai no HU. Fui na Santa Casa e não consegui, aí fui no HU e marcaram pra 29 de abril de 2004, o mastologista.

MARIA

“Nosso corpo nos pertence”! Foi com este *slogan* que as idéias feministas, apesar das suas inúmeras tendências, características e abordagens, começaram a se disseminar pelo mundo todo. O que antes era uma manifestação de mulheres britânicas, em sua maioria brancas, de classe média e alto nível educacional, tornou-se nos últimos trinta anos uma luta política de (re)apropriação do corpo por um amplo conjunto de classes sociais e grupos étnicos em várias partes do mundo (CASTELLS, 2001). Apesar destes avanços, as teorias feministas contribuíram para aprofundar a oposição binária e hierárquica entre homens e mulheres, chegando muitas vezes a aceitar, inconscientemente, como natural tais relações (SCOTT, 1990).

Foram dos estudos feministas que analisaram essa dificuldade que o conceito de gênero passou a ser utilizado, uma vez que este é mais abrangente para o entendimento da relação entre homens e mulheres além da categoria biológica (macho e fêmea). Esta nova conceituação foi importante para a discussão das desigualdades construídas nas relações entre homens e mulheres, como produto das relações sociais e de poder (MONTEIRO e LEAL, 1998).

Desta forma, tais estudos se distanciaram das pesquisas tradicionais e ampliaram as diferentes formas de abordagens que até então se baseavam as teorias feministas, possibilitando o questionamento da universalidade, e permitindo a descoberta do outro, da diversidade, dos excluídos (MATOS, 2005). Estas idéias encontraram um campo fértil nos Estados Unidos e na Europa, onde os debates acadêmicos orientados para a promoção das mulheres e da equidade de gênero contam com mais de vinte anos (PRÁ, 2005).

Em contraposição, no Brasil, assim como em toda a América Latina, a questão de gênero impôs-se como um problema público relacionado com a negação de cidadania (SPOSATI, 1996). Resultado disto foi a vinculação da questão de gênero aos processos excludentes mais gerais, capazes de negar muitas vezes até direitos básicos para aqueles considerados dos setores empobrecidos, como é o caso da questão de saúde que é objeto de análise de nossa pesquisa.

Assim, as lutas em defesa da democracia e outros projetos políticos sociais mais urgentes (saúde, por exemplo) têm colocado em segundo plano

políticas voltadas à erradicação das profundas desigualdades entre os gêneros masculino e feminino.

Em contrapartida, não é por acaso que as mulheres percebem seu estado de saúde-doença começando pelo seu corpo. Afinal, partindo das diferenças anatômicas e hormonais, homens e mulheres podem apresentar várias formas de enfermidades, principalmente quando estas estão intimamente relacionadas com a reprodução de estruturas arcaicas e comportamentos pré-estabelecidos para homens e mulheres. Como exemplo, Barrientos (1998) destaca instituições como religião, sociedade, família e sistema de saúde como fortalecedoras da conservação (muitas vezes de forma não intencional) da existência da mulher em função da sua reprodução. Isto pode ser verificado nos sistemas de saúde que, muitas vezes, trabalham com mulheres grávidas sem considerar estas como seres humanos com diversos sentimentos que são influenciados por uma trajetória histórica, cultural, econômica e espacial.

Para Locoh e Hertrich (2004) as mulheres, a partir dos métodos contraceptivos e maior inserção no mercado de trabalho, vêm ganhando maior identidade e reconhecimento social fora da maternidade e da vida conjugal, e esta valorização permite que ela se relacione com os homens de modo mais igualitário. No intuito de promover uma reflexão crítica sobre as relações de dominação, o que se concretizava no conhecimento da sexualidade, do corpo e da reprodução, isto pode ser considerado estratégico para a obtenção da liberdade/autonomia feminina em todos os níveis (SCAVONE, 2004). Entretanto, não podemos esquecer que outras questões de saúde que também afetam a mulher estão crescendo em relevância como discussão do temário da saúde do gênero feminino, tais como: AIDS (principalmente pelo aumento progressivo desta doença em mulheres casadas); aborto (a questão de sua legalização); menopausa (a melhor qualidade de vida para mulheres que passam por essa etapa de suas vidas); dentre outros que podem remeter a mulher a um lugar de menor importância (BARRIENTOS, 1998) quando relacionados às questões de saúde do gênero masculino.

Para superar tal realidade, o bem-estar da mulher e a plenitude da sua vida só serão atingidos se ela gozar de um bom nível de saúde (PINOTTI, 1994). Neste sentido, ter vivência do seu próprio corpo passa a ser

fundamental, assim como saber refletir sobre os seus verdadeiros desejos como mulher (BARRIENTOS, 1998, p. 89).

Creemos que partindo deste pressuposto, torna-se possível a análise das marcas do corpo tanto do ponto de vista material quanto subjetiva. E para nós, também espacial. É por causa disto que, para nós, a discussão do corpo feminino nos remete ao debate da escala geográfica.

Se o corpo é a escala da identidade (SMITH, 2000), a saúde é um campo propício para a sua delimitação, ainda mais em um país como o Brasil, cujo financiamento da política de saúde é instável e a escala do corpo tem gerado conflitos, uma vez que pressiona o orçamento da saúde pública (GUIMARÃES, 1994). Nessa perspectiva, podemos aprofundar e considerar como as diferenças corporais dos gêneros feminino e masculino podem servir de base para formas sócio-espaciais de exclusão e opressão, produzindo diferenciados processos de saúde e doença, assim como inúmeros movimentos de luta por melhorias nas condições de vida. A “saúde da mulher”, neste caso, é uma das bandeiras que, historicamente, representam a produção de um nível escalar a partir de forças de cooperação referenciadas no corpo. Mais do que uma síntese conciliatória, uma proposta desta natureza seria uma tentativa de enfrentamento de problemas que se avolumam e se interpenetram, obstaculizando a conquista da saúde, cidadania e qualidade de vida para as mulheres, como as formas de acesso as instituições de saúde, por exemplo.

4.1- O Corpo está na Geografia e a Geografia está no Corpo

Foi no século XVIII que o corpo passou a ser estudado num contexto médico-científico, quando a classificação dos casos de patologia física e psíquica era uma preocupação com a finalidade de normatização de condutas tidas como anormais/desviantes. Isto deu origem a uma ciência que precisava saber tudo sobre o corpo para poder controlá-lo melhor no campo da saúde pública, reduzindo-se o estudo do ser humano à sua existência biológica. Tal projeto hegemônico pretendia controlar racionalmente a saúde e, principalmente, a moral das classes subalternas, domesticando as subjetividades, modificando seu cuidado com o corpo e seu modo vida (SIEBERT, 1995, p. 21 e 23). Esse processo de racionalidade tradicional

provocou uma divisão entre corpo e mente, rejeitando-se o primeiro para a valorização do segundo (FREIRE, 1991). Isso provoca a ilusão de que todas as nossas atitudes são realidades mentais que só podem ser conhecidas se as pessoas as declararem verbalmente. Daí, com base neste pensamento, geralmente tendemos a negar o nosso corpo (GAIARSA, 2002).

Por sua vez, o ressurgimento, nos últimos anos, de um maior interesse pelo estudo do corpo, o que teve a contribuição fundamental dos movimentos feministas, tem possibilitado uma reavaliação da investigação científica sobre o mesmo, principalmente no âmbito do modo de produção capitalista (HARVEY, 2004). É esse conceito relacional de corpo que passa a se fazer do corpo que possibilita pensá-lo de forma dialética, e não de forma tradicionalista cartesiana.

É por isto que Harvey (2004) defende que o corpo tem características naturais/biológicas, mas, paralelamente, é capaz de transformar e ser transformado através de processos históricos/geográficos e materiais/representacionais, o que permite produzir tipos diferentes de corpos. Assim, o corpo humano é um projeto inacabado, que a cada instante nos transforma em outro, o que se faz necessário que nos percebamos como integrais, como corpo e alma, acrescenta Gaiarsa (2002). Neste caso, o corpo deveria ser estudado a partir da inter-relação de vários fenômenos, tais como: físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais (MEDINA, 2002).

Assim, passa a ser necessário a busca de elementos reflexivos que auxiliem na interpretação e decodificação dos signos sociais que vão impregnando o nosso corpo, mediante a análise da totalidade da relação com o outro e com o mundo. Isso só é possível através do entendimento de como se dão as relações dinâmicas e dialéticas das pessoas, principalmente, no âmbito do espaço.

Por isso, como o corpo determina a produção e reprodução da sociedade em que se vive, este deveria ser sujeito e objeto também de sua transformação, pois “... é só a partir de uma emancipação autêntica de classes dominadas que a sociedade poderá almejar uma verdadeira democracia e uma maior liberdade. E esta luta é uma luta que se trava em duas frentes no social e no corpóreo...” (MEDINA, 2002, p. 98).

Neste caso, o conceito de corpo tem que ser pensado além da sexualidade, dever ser analisado como *lócus* da ação política. Sendo o corpo uma construção social, o exercício de poderes e contra poderes entre corpos é um aspecto constitutivo central da vida social, uma vez que o corpo é tanto uma manifestação de relações espaço-temporais, como também deve representar o *lócus* de uma resistência política emancipadora (HARVEY, 2004).

Desta forma, nossos corpos são marcados ideologicamente e estão submetidos à forte opressão, devido a desigualdade materializada (na sociedade contemporânea), em várias categorias, tais como: de classe, de raça, de gênero, dentre outras.

Neste sentido, Medina (2002) destaca a influência da ideologia do modo de produção capitalista na formação e manifestação corporal do povo brasileiro. E propõe como possibilidade de mudança deste quadro, uma conscientização e revolução dos corpos mediante a emancipação da condição opressiva resultante da relação capital-trabalho.

Para Medina (2002), o corpo do brasileiro, no modo de produção capitalista, virou mercadoria para ser consumida. E essa realidade é manifestada de acordo com o grau de exploração em que cada classe sujeita os seus corpos. Por exemplo, para a mulher burguesa seu *lócus* corporal é a beleza, já para a camponesa pernambucana seu *lócus* corporal é a força, citando Muraro (1983), no seu estudo sobre mulher e sexualidade no Brasil.

Esses fatores contribuem sobremaneira para o relacionamento entre as pessoas, principalmente do ponto de vista hierárquico, como, por exemplo, a relação entre médicos e pacientes e entre homens e mulheres. Portanto, às vezes o corpo se torna mais social do que natural, reproduzindo nesses casos, uma dualidade na manifestação corporal humana, ou melhor, a não aceitação de que o corpo é tanto natural quanto cultural, tentando manipular o primeiro para equilibrar o segundo (RODRIGUES, 1975).

Neste sentido, Gaiarsa (2002) nos fala que a nossa postura (corporal) está relacionada com atitudes (psicológicas), com o modo de estar no mundo, de receber/selecionar estímulos e avaliar/responder situações. Freire (1991) vai além, argumentando que “corpos gritam” sem precisar verbalizar. Ou seja, corpo e mente estão integrados numa mesma realidade, capaz de interagir nos espaços, tanto de forma objetiva como subjetiva.

Para Sennett (2003), existe a necessidade de tornarmos mais conscientes um do outro, uma vez que são as relações entre os corpos humanos no espaço que determinam relações mútuas de reconhecimento e respeito, o que constitui uma experiência fundamental para começarmos a conviver com as diversidades corporais e resistir diante a imposição de regras da imagem corporal dentro do plano urbano. É por isto que o desenvolvimento geográfico desigual das práticas corporais, a motricidade e a corporeidade pode ser uma saída para que o homem se afirme no mundo de forma também desigual, pois cada gesto pode conter a ordem e a desordem ao mesmo tempo (FREIRE, 1991). A motricidade, como a realização de movimentos conscientes e inconscientes, possibilita a corporeidade do indivíduo. Esta última, resultante da interação do corpo com o mundo.

Enfim, essas discussões trazem o corpo dentro de sua dimensão biopsicossocial, e seu portador geralmente pode ser visto enquanto totalidade dinâmica e integrada ao ambiente que o cerca (CHAMMÉ, 2002). Nos termos postos por Carlos (1996), trata-se da perspectiva de pensar o lugar enquanto o lugar da ação e da possibilidade de engajamento na ação, o lugar do consumo e o consumo do lugar. E isso é possível e desejável de ser apreendido pela memória, pelos sentidos e pelo corpo. *“É o espaço passível de ser sentido, pensado, apropriado e vivido através do corpo”* (CARLOS, 1996, p. 20). Resta sabermos como esta produção social da escala do corpo se articula com outras escalas geográficas.

Buscando estudos que contribuíssem para a nossa análise sobre a escala geográfica, encontramos nos trabalhos de Castro (2005), Smith (1988 e 2000) e González (2005) referências importantes para se debater esse tema. A leitura de Castro foi importante para refletirmos sobre a definição e discussão epistemológica e metodológica da abordagem escalar. Nos textos de Smith, captamos a evolução da discussão e reflexão sobre níveis escalares dos mais diversos; e González, contribuiu com sua crítica às várias abordagens, sobre o conceito de escala, utilizadas para explicar a materialização do modo de produção capitalista nos espaços.

Para os autores estudados, há um consenso de que a reflexão sobre conceitos inexplorados como o da escala pode contribuir ao entendimento da diferença e diferenciação do espaço, uma vez que este se apresenta dinâmico,

complexo e multidimensional. Entretanto, destacam também, as fragilidades na discussão geográfica contemporânea de questões teóricas e metodológicas, em prol de uma linguagem coerente e consensual no debate científico, que abarque toda a complexidade da abordagem escalar.

Investindo no fortalecimento desse debate, cada autor descreve o que concebe por escala geográfica e quais as limitações para o estudo da mesma, como proposta de entendimento do espaço. Castro (2005) considera que a escala geográfica exprime a representação das relações que as sociedades mantêm com uma parte do espaço. Para ela, é preciso não continuar utilizando a escala a partir de um raciocínio analógico com a escala cartográfica para se conseguir fazer análise de representação do real. Para essa autora, a escala não deixa de ser uma medida, mas não uma medida do fenômeno, e sim aquela escolhida para melhor observá-lo, dimensioná-lo e mensurá-lo (p.127). Por sua vez, Smith (2000) descreve que a escala geográfica materializa-se através de fronteiras (construídas e reconstruídas ativamente) fomentadas por processos sociais contraditórios de competição e cooperação, a partir de vários fenômenos (sociais, políticos, econômicos, dentre outros). Mas existe a ambigüidade da escala, por meio da qual esta pode possibilitar expansão e inclusão das identidades nos espaços. Por outro lado, ela também pode construir um meio de restringir e impor identidades. Já para González (2005), esta é baseada em um conjunto de normas e instituições, construídas através de relações sociais concretizadas em formas espaciais particulares. Entretanto, é preciso se preocupar o quanto tais instituições e normas colaboram para simplificar a reestruturação, principalmente da economia nos espaços em uma simples dialética entre local e global.

Esse contexto de projeções e limites teóricos faz parte da constante busca pelo entendimento do espaço, bem como, são manifestadas suas relações de produção e reprodução. No nosso caso, reconhecemos tais limites, porém, pretendemos fortalecer esse processo em busca do entendimento da produção das escalas. Assim, partindo do pressuposto de que a redescoberta do espaço no mundo contemporâneo propõe uma nova linguagem para explicar as manifestações do capitalismo, a geografia não tem apenas como objeto de estudo a produção e redefinição dos espaços. Também caberia a ela compreender as articulações entre as escalas produzidas socialmente.

Como as escalas geográficas e suas articulações são produzidas socialmente e essas articulações são possíveis através de muitas relações de poder, para Smith (2000) também são hierarquicamente produzidas como parte das paisagens sociais e culturais, econômicas e políticas do capitalismo e do patriarcalismo contemporâneo. A escala do urbano, por exemplo, não está dada *a priori*, mas é resultado de um jogo de forças entre diferentes atores sociais que procuram impor os seus interesses políticos. Aqueles atores que possuem maior mobilidade e possuem o poder de “saltar escalas”, são os que podem subverter a ordem estabelecida, definir a agenda das políticas públicas e controlar o Estado. É o que defende Smith (1988 e 2000).

É por isto que, podemos (re)afirmar que a escala do corpo, assim como a escala urbana, são socialmente construídas. Ou seja, o lugar do corpo marca fronteira entre o eu e o outro, no sentido tanto físico quanto social, e para Smith (2000) é capaz de fazer a conexão entre os detalhes do cotidiano da reprodução social e a construção do espaço em diferentes escalas, tais como: da casa, do bairro (comunidade), da cidade, da região, da nação e do globo.

Dessa forma, consideramos que cada fenômeno, observado em uma determinada escala, ganha um sentido peculiar, uma vez que *“tão importante como saber que as coisas mudam com o tamanho, é saber exatamente o que muda e como”* (CASTRO, 2005, p. 121). Nos termos da saúde da mulher, podemos recorrer à Barcellos (2006), quando este nos diz que nem sempre os determinantes das formas dos indivíduos adoecerem e morrerem, se encontram nas mesmas escalas. Assim, uma população delimitada por critérios espaciais não pode ser considerada como um conjunto de indivíduos independentes. As conexões entre esses indivíduos, e como suas relações com o espaço, influenciam as suas condições de saúde. O câncer de mama, tema do nosso estudo, como outros problemas de saúde se manifesta em diferentes escalas de análise. Neste caso, o estudo das desigualdades de produção e reprodução dos espaços deve considerar a articulação entre as escalas como determinante das condições de vida e saúde.

4.2- Análise dos nexos escalares

A compreensão do processo de construção dos espaços, conformadores de identidades e comportamentos, ajuda a análise da representação simbólica da morfologia do espaço e interpretação dos seus elementos constituidores, por exemplo, da localização dos equipamentos de saúde. As definições dos lugares (localização dos equipamentos de saúde, por exemplo) representados na produção e reprodução dos espaços ajudam-nos à compreensão da construção das identidades, uma vez que estas podem ser entendidas como um processo de auto percepção, de forma individual ou coletiva, conformadas por uma relação com o todo envolvente (escalas), conforme Barcellos (2008).

Para Barcellos (2008), fatores culturais, econômicos, demográficos e ambientais atuam em todas as escalas em que se represente o espaço. Entretanto, para esse autor o espaço é infinitamente divisível e diferenciado internamente, uma vez que bairros, cidades e países são unidades espaciais com organizações internas próprias e ao mesmo tempo interdependentes.

Para Nossa (2008), um hospital ou qualquer outro elemento simbólico (escola, catedral, praça), pode permanecer durante muito tempo como elemento neutro no tecido urbano até que sobrevenha ao sujeito qualquer episódio na sua história de vida que o torne referente. Posteriormente, este pode ser reinventado ou (re)apropriado como paisagem de medo, angústia ou sucesso, consoante a história ali vivida.

Como espaços de representações diárias, a partir das entrevistas, pudemos visualizar as indicações recorrentes dos espaços que as mulheres entrevistadas mais utilizam em seu dia-a-dia nas figuras 1, 2, 3, 4, 5, e 6 das páginas seguintes:

Figura 1

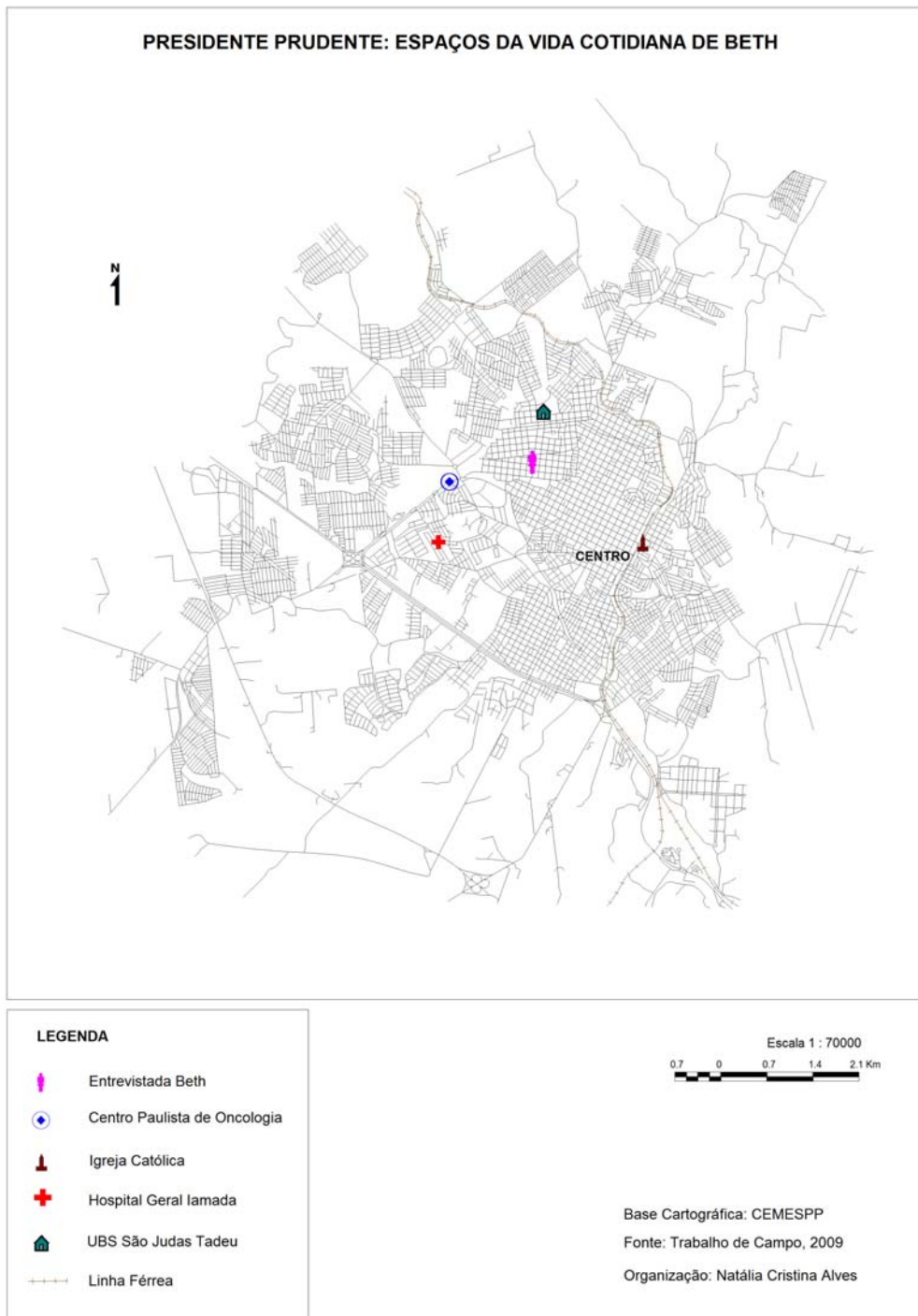


Figura 2

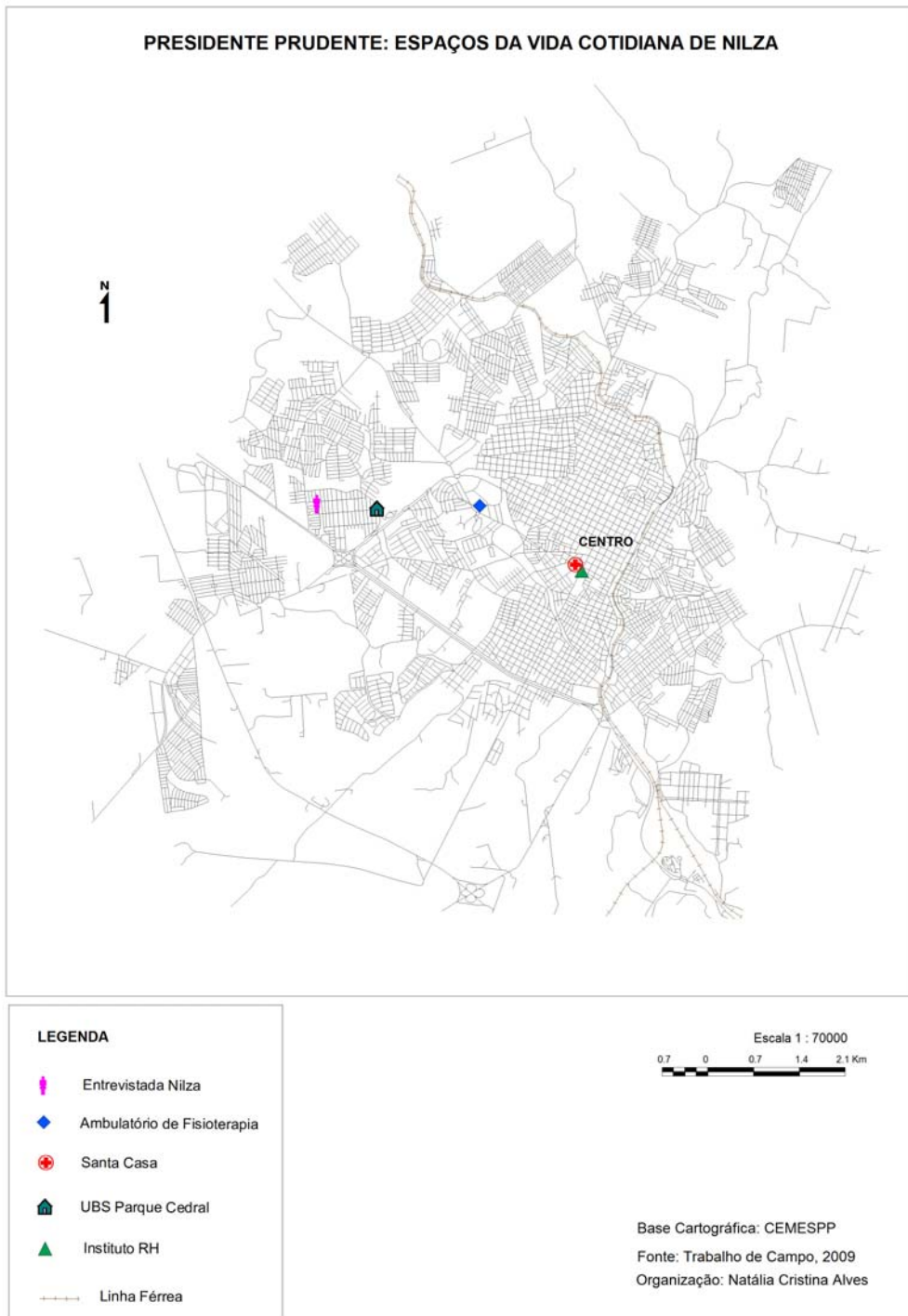


Figura 3

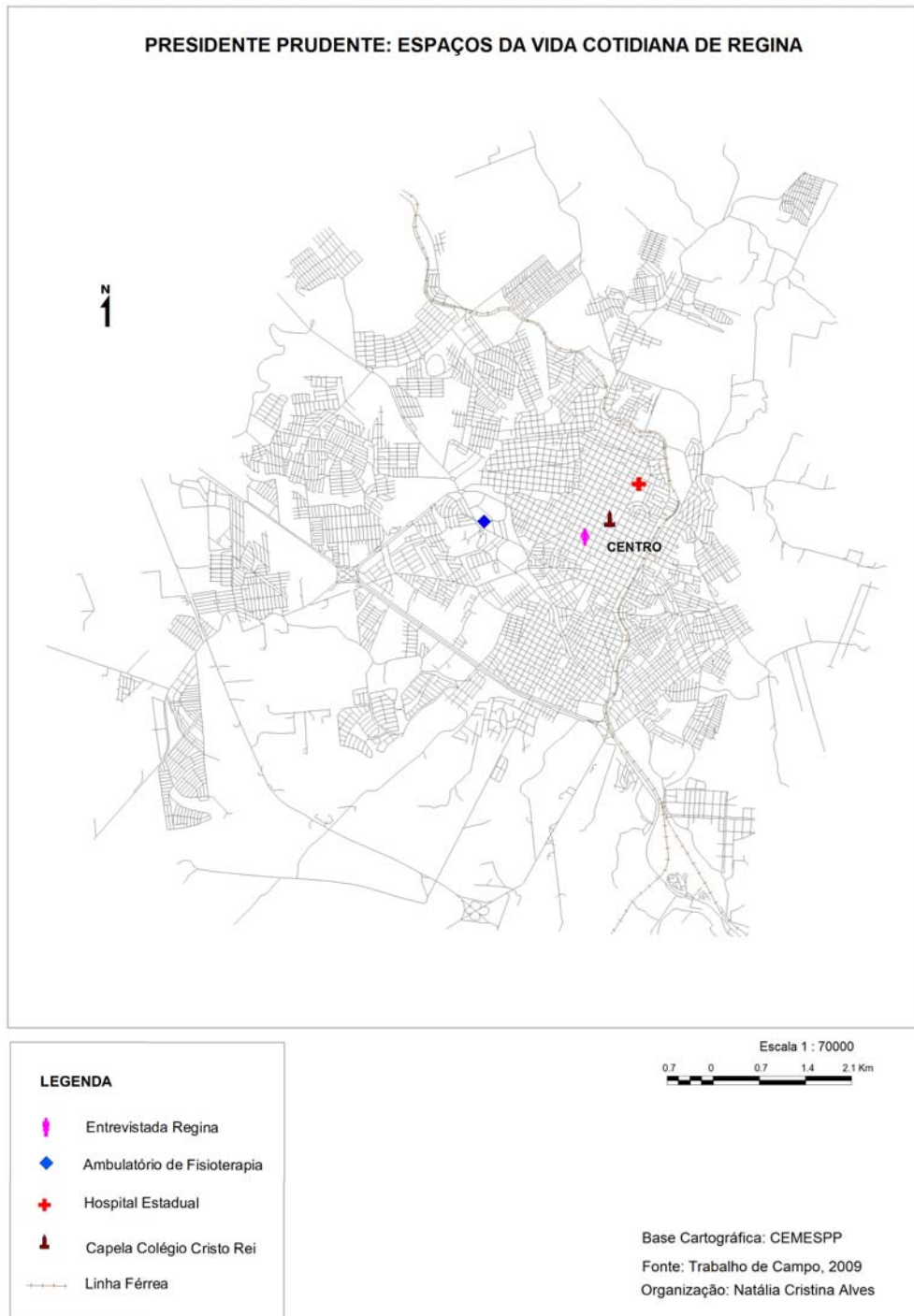


Figura 4

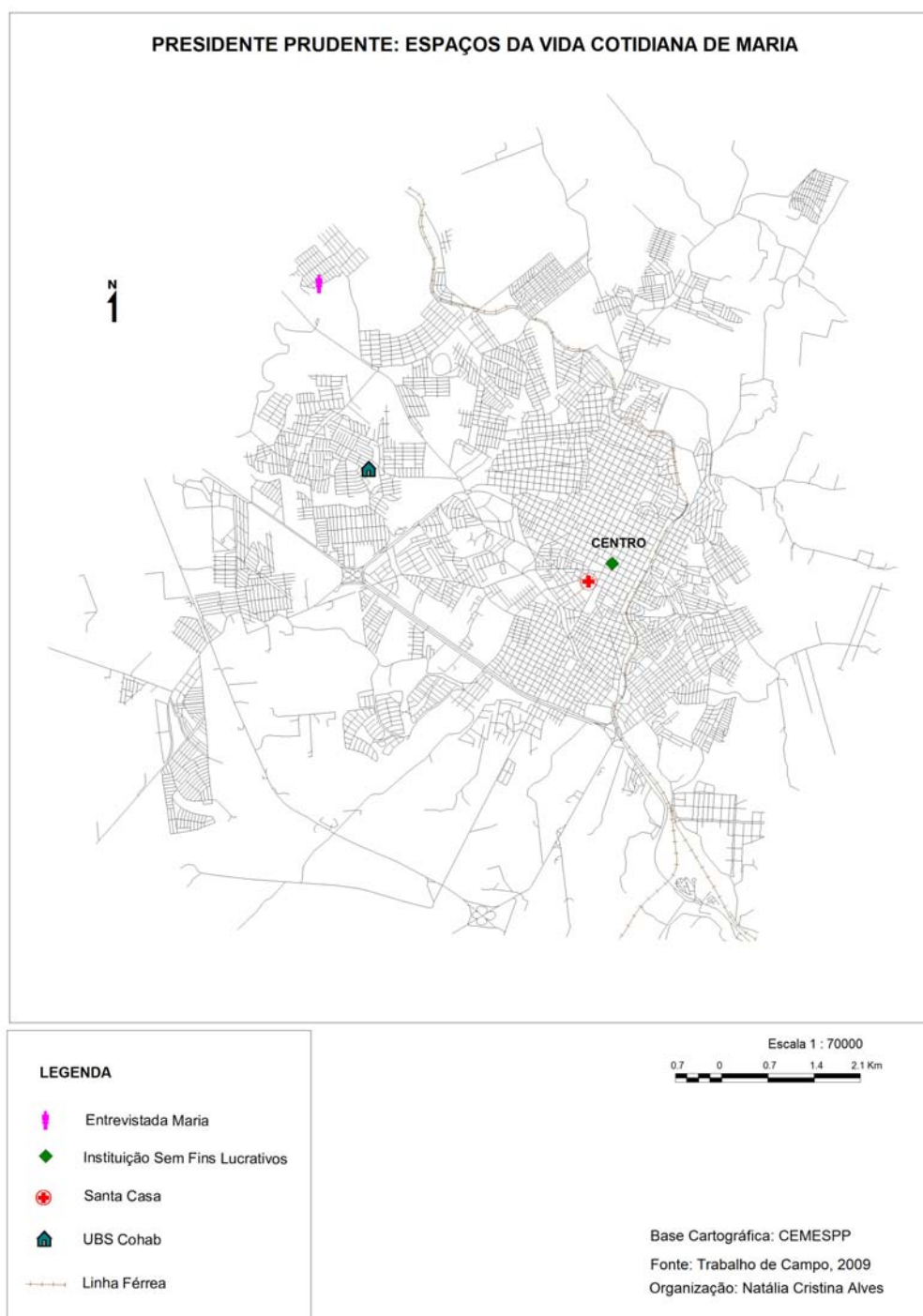


Figura 5

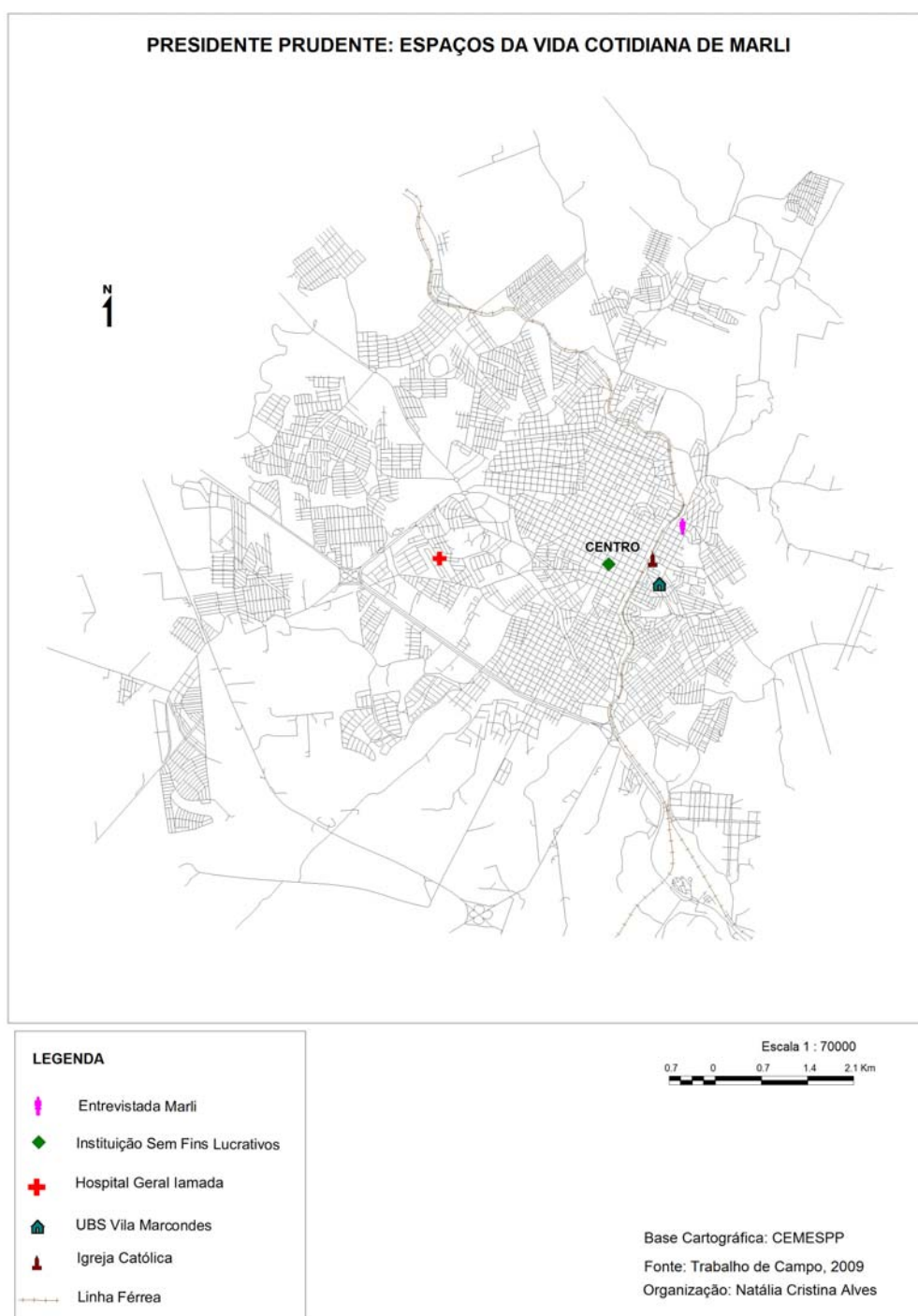
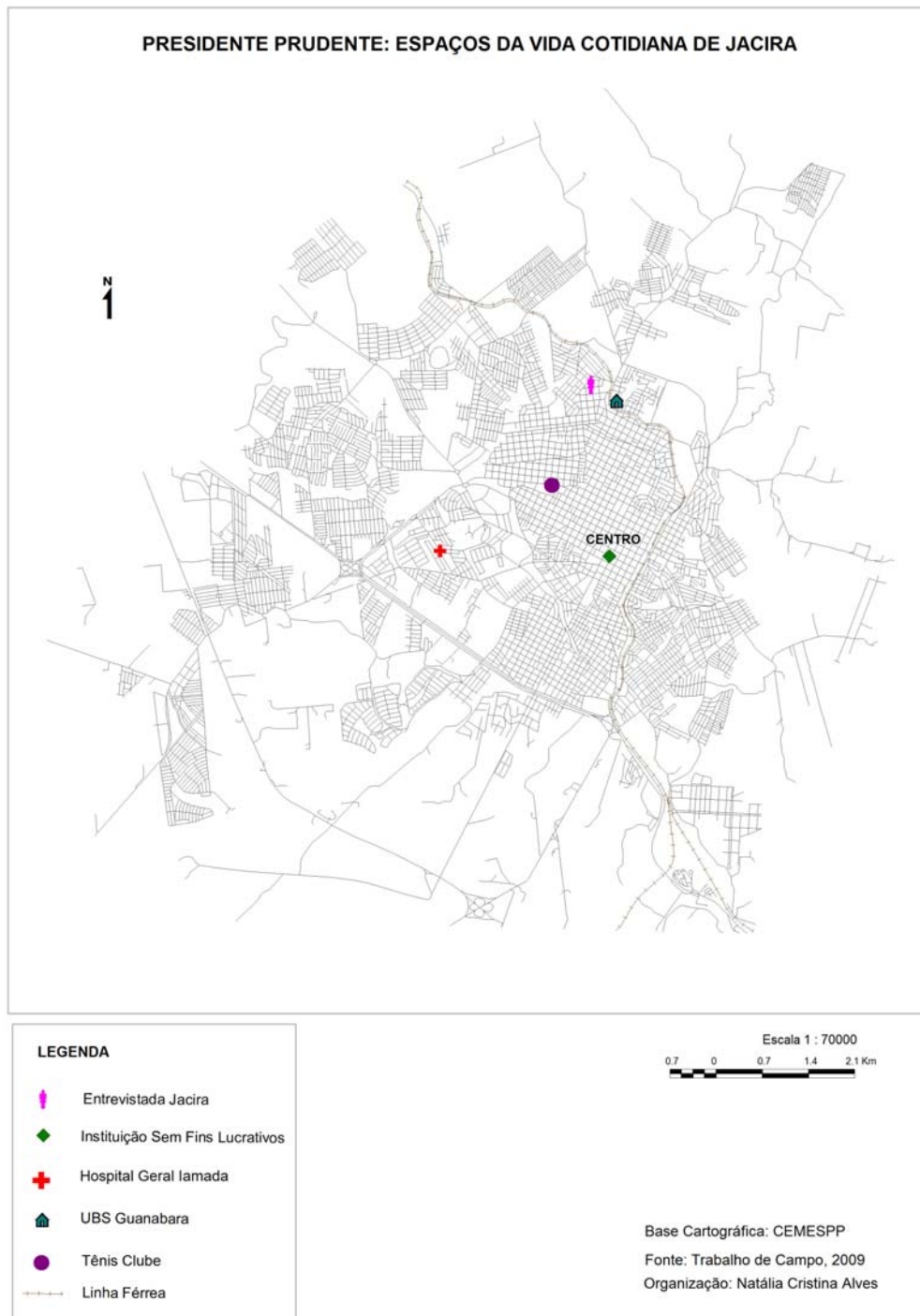


Figura 6



Comparando-se os mapas e das falas de BETH, NILZA e MARIA a seguir, é possível concluir que os bairros de residência das nossas entrevistadas não constituem unidade de espaço vivido na procura e acesso pela saúde:

“Pra mim sim, as vezes quando eu preciso, por exemplo, de um Hospital eu vou no lamada, perto do Cristo (estátua) que tem um atendimento fora de série! As instalações, os médicos, tudo! Então qualquer dúvida eu corro pra lá...” BETH

“Tem Posto de Saúde. Mas eu não me consulto aqui. Sabe por quê? Foi assim... antes de achar o câncer eu tratei mais de um ano aqui no Posto de Saúde e não acharam o que eu tinha...” NILZA

“Meu Posto de Saúde é a Santa Casa. Não posso ir em outro médico, como esses dias eu peguei uma gripe forte eu tive que ser medicada lá, porque lá eles sabem o tipo de remédio que a gente pode tomar. Eu nunca fui no Postinho de lá (do bairro).” MARIA

Apesar da existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas das residências, o circuito do diagnóstico e do tratamento da doença envolve espaços mais amplos, tecidos pela movimentação da pessoa-corpo em busca da saúde.

BETH, MARLI e JACIRA circulam de carro por Presidente Prudente-SP e, portanto, têm maior possibilidade e facilidade de locomoção. Segundo elas:

“Eu tenho carro, né? A pé eu ando muito pouco. As vezes eu vou até o centro... Atravesso o calçadão... dou a volta, mas geralmente eu vou de carro.”

“É carro, a pé... mais de carro.”

“De carro...Eu rodo o dia inteiro, eu ando o dia inteiro, ninguém me acha em casa”.

Por sua vez, NILZA e MARIA circulam de ônibus e REGINA de taxi, pois está com a locomoção extremamente comprometida. De acordo com as entrevistas, a circulação pela cidade é mais difícil por vários motivos:

“De ônibus...O dia que você está boa é tranqüilo, mas o dia que você está ruim é duro, é muito difícil! Eu ando direto de ônibus, a maioria dos lugares que eu vou eu vou de ônibus.”

“De ônibus...Por enquanto eu ando com a carteirinha, né? Agora eles estão querendo cortar a carteirinha das mulheres portadoras de câncer, porque eles falam que a lei não obriga eles darem a carteirinha. Pra andar eu procuro utilizar meu braço esquerdo.”

“Não! Eu não consigo andar porque depois que eu tive o AVC... olha bem como é complicada a minha vida! Aí eu tive o AVC... eu andava por tudo, com dificuldade, mas conseguia andar, ia no mercadinho, ia pagar as contas na lotérica aqui perto...”

Assim, a produção e reprodução do espaço cotidiano se restringe ao âmbito da escala da casa. Realidade presente nas falas de NILZA:

“Ah! Eu me sinto bem, eu gosto, eu não gosto de sair. Eu gosto de ficar mais na cozinha, aqui eu bordo minhas coisinhas...”

E nas falas de MARIA:

“Porque a minha casa não tem muro, até hoje a gente não conseguiu fazer. Então, por exemplo, é uma porta de vidro que abre, e aí tem o corredor, aí eu coloco a minha cadeira de área e fico ali bordando, porque eu faço artesanato, né? Aí eu abro a porta, fica aquela ventilação, coloco uma música pra escutar e fico ali costurando.”

Por meio das falas e trajetos, é possível observar diferenças espaciais e de circulação entre elas. No entanto, essa articulação não pode ser tomada como uma cadeia de comunicação perfeita, os processos gerais atuam sobre o lugar, que molda e adapta estes processos e cria condições particulares para a vida de grupos sócio-espaciais, também no âmbito da saúde.

Por isso, acreditamos que o que difere o processo de saúde e doença dessas mulheres é como cada instituição de saúde da cidade previne, produz, expõe, trata e promove a saúde das pessoas. Para Barcellos (2006), este conjunto articulado de fatores locais é o que se pode denominar “contexto”. Neste caso, compreender o contexto das doenças permite planejar

adequadamente ações de controle, promoção e alocação dos recursos da saúde.

A equidade na implantação das questões supracitadas, no âmbito do processo de saúde-doença dos gêneros (feminino ou masculino), pode ser considerada como determinante das condições de saúde, o que minimizaria alguns dos entraves de locomoção das mulheres entrevistadas, principalmente dos serviços de atenção a saúde prestados ao câncer em Presidente Prudente-SP. De acordo com a mastologista:

“O que falta aqui é a infra estrutura do tratamento. Esses outros hospitais do câncer como em Jaú, Barretos é tudo em um lugar só pra fazer o tratamento. Você entra no hospital já faz a cirurgia, no mesmo lugar faz a radioterapia e faz a quimioterapia. Aqui não! Aqui o único hospital credenciado pra fazer a cirurgia oncológica é a Santa Casa, os outros hospitais como o HU, não são credenciados pra fazer cirurgia oncológica. Na Santa Casa não tem... dentro do prédio! É um lugar acoplado a Santa Casa que Faz a quimioterapia, não é dentro, aqui o Instituto RH também faz as quimioterapias da Santa Casa, não é também dentro do prédio, agora a radioterapia é lá perto do Shopping (Prudenshopping) num lugar diferente. A diferença dos outros hospitais é esse tratamento que em um só lugar tem tudo!”

A identificação de fatores que impedem a circulação e que atuam no nível individual pode servir como entendimento de como seqüelas das doenças articulam diferentes escalas, do corpo mutilado inscrito na cidade. Estas articulações são em si, um processo individual e, ao mesmo tempo global. Assim, o reconhecimento da apropriação dos espaços de saúde da cidade, e em menor proporção dos espaços de lazer, e de vivência em comunidade (bairro), devido seqüelas do câncer de mama, cria oportunidades para se fazer relações da oferta de saúde nas escalas global, nacional e local.

No âmbito global, a partir das referências bibliográficas, o cuidado com o câncer traz inúmeras preocupações, principalmente, pelo desenvolvido controle e rastreamento dessa doença. Do ponto de vista nacional, percebemos que existe uma hierarquização da política de saúde nesse sentido, pela qual é sistematizado um conjunto de leis e diretrizes que se propõe para todos os estados e municípios. Em Presidente Prudente-SP, essa é a realidade também citada pela mastologista entrevistada, uma vez que os mutirões para detecção

precoce do câncer de mama e outros cânceres feminino, são realizados a partir de datas nacionais, ou melhor, duas vezes ao ano.

Portanto, também nas questões de saúde-doença, o espaço geográfico deve ser tomado não só como forma de estratificação física, mas, como base da formulação de políticas de saúde para o desenvolvimento da qualidade de vida dos cidadãos. É por isso que o objeto do nosso estudo insere que as marcas inscritas no corpo integram a saúde e o gênero em suas múltiplas escalas.

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, no intuito de articular múltiplas escalas geográficas. O desenvolvimento deste trabalho demonstrou a necessidade da pesquisa qualitativa no estudo do gênero feminino que passa por processos de saúde-doença específicos (câncer de mama), que podem ser influenciados por inúmeros fatores que contribuem de forma positiva ou negativa neste processo, tais como: experiências cotidianas, oferta de saúde e relação com o corpo.

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 de vida nesta ciência. Portanto, ao término do nosso estudo, 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. Por meio de práticas específicas desta metodologia, coletamos seis depoimentos de mulheres que fizeram cirurgia para retirada de tumor maligno da mama, sendo três freqüentadoras do Ambulatório de fisioterapia da UNESP de Presidente Prudente-SP e três voluntárias da entidade sem fins lucrativos Amigas do Peito. Após as entrevistas, a transcrição das falas não foi uma técnica aplicada de forma meramente mecânica, mas possibilitou a visão de conjunto dos depoimentos. 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.

Esta linha argumentativa não teria sido possível sem referência à análise da produção e reprodução da sociedade, articulada à construção do papel do gênero feminino. Consideramos também as representações sociais e historicamente materializadas no corpo e nas hierarquias de gênero, manifestadas no âmbito da sociedade e na rede de serviço de saúde de Presidente Prudente-SP. Isto não teria sido possível sem recorrer às teorias feministas sobre corpo e saúde, o que tornou possível traçar um caminho para o avanço de novas abordagens da Geografia da Saúde, do ponto de vista das 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 e materializado no corpo.

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.

É da análise das entrevistas que podemos afirmar, enfim, que as deficiências de prevenção do câncer de mama são responsáveis pela situação vivida pelas mulheres. Este contexto é determinante para a produção da escala do corpo, do processo de adoecer, assim como dos circuitos da busca pela saúde na cidade. Portanto, ao estudar a apropriação social do corpo feminino através de uma análise escalar, pudemos compreender o significado particular da relação que as mulheres mantêm com seus corpos, principalmente, no âmbito da saúde. E como as coisas não podem ser compreendidas isoladamente, mas enquanto integrantes de uma totalidade, foi possível articular a representação que essas mulheres fazem do real, com a abordagem de produção de escalas geográficas mais amplas, tais como: do corpo, do bairro, da cidade, do país e até mesmo a global.

O câncer de mama é uma doença que preocupa todo mundo pela sua incidência, óbitos e alto custo de tratamento. Por sua vez, em cada país as estratégias para sua detecção, tratamento e cura são aplicados de forma específica. No Brasil, a promoção da saúde exige avanços para maior equidade, o que impõe o desenvolvimento de estratégias específicas de

prevenção para cada lugar, como no caso de Presidente Prudente-SP, além dos parâmetros gerais do programa nacional.

Por fim, o contato com as mulheres entrevistadas foi uma oportunidade rara. Foram elas que nos proporcionaram a análise das marcas profundas que o câncer deixa na vida das pessoas, tanto no âmbito físico quanto no subjetivo. Mas, nos proporcionou também vários outros aprendizados, seja no manuseio das entrevistas transcritas ou na maneira de enfrentar a vida. Sim, é a enorme vontade de viver cada dia e de estar junto aos que ama que nos faz pensar além de qualquer tratamento puramente teórico da vida humana. Dar voz ao silêncio, trazer as falas de silenciadas para o corpo do texto e representar descritivamente parte de suas vidas, torna este estudo concretizado por vários autores. Enfim, este trabalho foi escrito por várias mãos. E isto foi muito positivo!

Referências Bibliográficas

- BARCELLOS, C. Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In: _____. **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. p. 107-139. (Série Saúde em Movimento, n. 6)
- BARRIENTOS, D. M. S. **Mulher & saúde**: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. 1998. 155f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 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, 3(5): 240-265, 2001.
- BRUHNS, H. T. Corpos femininos na relação com a cultura. In: Elaine Romero (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**. São Paulo: Papyrus. 1995. p. 71-98,
- CARLOS, A.F. A. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- CASTELLS, M. O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação. In: _____. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2001. p. 69-238.
- CASTRO, I. E. O problema da escala. In: _____, GOMES, P. C., CORRÊA, R. L. (Orgs). **Geografia, conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005. p. 117-140.
- CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 3-17, ago-dez. 2002.
- CHAUÍ, M. A memória. In: _____. **Convite a filosofia**. São Paulo: Atica, 2000. p. 125-130.
- CITELI, M. T. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 9, p. 31-145. 2001.
- COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.
- COSTA, A. B. da. **Exclusões sociais**. Gradativa, Lisboa, 1998.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, jul-ago. 2009.

- COSTA, D.I.P. da. As mulheres chefes de domicílios e a formação de famílias monoparentais: Brasil, século XIX. **Revista brasileira de estudos de população**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1-2, p. 47-66, jan-dez. 2000.
- 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.
- FERREIRA, A. B de H. **Minidicionário Aurélio**. 4 Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.
- FIGUEIREDO, L. C. Perda dos Espaços Públicos: a reconstrução através da memória. In: Encontro nacional da ANPEGE, 5. , 2003, Florianópolis-SC. Anais: **Caderno de resumos do V encontro nacional da ANPEGE**, Florianópolis: ANPEGE, 2003. p. 32-32.
- FONSECA, R. M. G. S. da. Eqüidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista escola enfermagem-USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-459, dez. 2005.
- FONSECA, R. M. G. S. DA. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde doença da mulher brasileira. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997.
- FREIRE. J. B. Novos olhares sobre o corpo. In: _____. **De corpo e alma: o discurso da motricidade**. São Paulo: Summus, 1991. p. 21-36.
- FREIRE. J. B. O método em questão. In: _____. **De corpo e alma: o discurso da motricidade**. São Paulo: Summus, 1991. p. 51-67.
- GAIARSA, J. A. **O que é corpo?**. São Paulo: Brasiliense, 2002. 7 Ed. (Coleção Primeiros Passos)
- GARCIA, M. F. **A luta pela terra sob enfoque de gênero: os lugares da diferença no Pontal do Paranapanema**. 2004. 216f Tese (Doutorado em Geografia) - Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente-SP.
- GATRELL, A. C. **Geographies of health: an introduction**. Oxford Blackwell Publishers, 2002.
- GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227- 234, mar. 2005.

GONZÁLEZ, S.C. La geografia escalar del capitalismo actual. **Geo Crítica/Scripta Nova**. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona, v. 9, n. 189, maio. 2005.

GUIMARÃES, R. B. et al. Cidades Médias: territórios da Exclusão. **Cidades: Revista Científica/Grupo de Estudos Urbanos**. Presidente Prudente-SP, v. 2, n. 4, p. 267-287, jul-dez. 2005.

GUIMARÃES, R. B. Rumos da regionalização da saúde brasileira. In Christovam Barcellos (org). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. p. 231-260. (Série Saúde em Movimento, n. 6)

GUIMARÃES, R. **O transbordar do hospital pela cidade – tecnologia, espaço e saúde**. 1994. 127f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências e Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.

HARVEY, D. A diferença que faz uma geração. In: _____. **Espaço de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 15-33.

HARVEY, D. A política do corpo e a luta por um salário vital. In: _____. **Espaço de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 161-178.

HARVEY, D. O corpo como estratégia de acumulação. In: _____. **Espaço de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 135-159.

IBGE. **Mulher de hoje**. Disponível em: < www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulherhoje.html >. Acesso em 25 abr 2006.

IBGE. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Disponível em: < www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfildamulher/comentario.shtm >. Acesso em: 25 abr 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga indicadores sociais sobre mulher**. Disponível em: < www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/07032002mulher.shtm >. Acesso em: 25 abr 2006.

INCA. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

INCA. **Estimativas do câncer de mama**. Disponível em: < www.inca.gov.br>
Acesso em: 10 nov 2009.

INCA. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Informações acerca da saúde de Presidente Prudente-SP. Disponível em: < <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/>>. Acesso em: 10 nov 2009.

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.

LOCOH, T e HERTRICH, V. Relações de gênero, formação e discussão das uniões nos países em desenvolvimento. In: Antonela Pinnelli (Org.). **Gênero nos estudos de população/Demográficas**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 2004. p. 99-162.

LOPEZ, E. C. et al. **Publicações sobre mujeres, salud y gênero en Espana (1990-2005)**. Rev. Esp. Salud Pública, Madrid. v. 8, n. 6, p. 705-716. 2006.

MAKLUF, A.S.D, et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro. v. 52, n. 1, p. 49-58, fev-mar. 2006.

MEDINA, J. P. S. **O brasileiro e seu corpo: educação e política do corpo**. Campinas: Papirus, 2002.

MERTHY, E. E. e QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, abr-jun. 1993.

MONTEIRO, A e LEAL, G. B. **Mulher: da luta e dos direitos**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

- MURARO, R. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe no Brasil**. 3 Ed, Petrópolis-RJ: Vozes, 1983.
- 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)
- DUTILH, H. N. M., BRAGA, E. P., SCHOUT D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1023-1035, out-dez. 2006.
- NOVELLINO, M. S. F. **Chefia feminina de domicílio como indicador de feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres pobres**. Disponível em: < www.abep.nepo.unicamp.br >. Acessado em: 05 mai 2007.
- PARISOLI, M. M. **Pensar o corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- PAULINELLI, R. R.** et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Revista saúde brasileira materno infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p. 17-24, jan-mar. 2003.
- PINOTTI, J. A. et al. **Saúde da mulher**. São Paulo: [s.n.], 1994.
- POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos históricos**. Rio de Janeiro: Vértice, v. 2, n. 3, p. 3-15. 1989.
- PRÁ, J. R. et al. **Feminismos, políticas de gênero e novas institucionalidades**. Disponível em: < <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys5/textos/mariejanept.htm> > Acessado em: 10 fev 2005.
- QUEIROZ, M. I. P. de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: SIMON, O. M. V. (Org). **Experimentos com história de vida**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 14-43.
- REA, M. F. Movimentos de conscientização e a saúde da mulher. **Revista São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 64-66, out-dez. 1987.
- RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2 Ed. 1975.
- ROJAS, L. I. Geografía y salud: entre historias, realidades y utopias. **Caderno Prudentino de Geografia – Associação dos Geógrafos Brasileiros**. Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 9-28. 2003.

- ROMERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas-SP: Papyrus, 1995. (Coleção corpo e motricidade)
- SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-22, jul-dez. 1990.
- SEGRE, M e FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista saúde pública**. São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.
- SENNETT, R. **Carne e pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, jan-mar. 2000.
- SIEBERT, R. S. de S. As relações de saber-poder sobre o corpo. In: Elaine Romero (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1995. p. 15-42. (Coleção corpo e motricidade)
- SILVA, A. A. D. da. Complexo geográfico, espaço vivido e saúde. **Caderno Prudentino de Geografia – Associação dos Geógrafos Brasileiros**. Presidente Prudente-SP, v. 1, n. 25, p. 97-109. 2003.
- 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. Ap. De M. S. A cultura na esteira do tempo. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 102-111, jul-set. 2001.
- SILVA, M. M. Mulher, identidade fragmentada. In: Elaine Romero (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1995. p. 109-123.
- SMITH, N. Para uma Teoria do desenvolvimento desigual II: A escala espacial e o “vaivém” do capital. In: _____. **Desenvolvimento desigual**. 1988. p. 191-220.
- SMITH, N. Contornos de uma política espacializada: veículos de sem-teto e produção de escala geográfica. In: Antônio A. Arantes (Org.). **O espaço da diferença**. Campinas-SP: Papyrus, 2000. p. 132-175.
- SOUZA, E. R. de, et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. De S. et al. (Org). **Avaliação por**

- triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 133-156.
- SOUZA, M. C. de (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 4 Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- SPOSATI, A. **Mapa da exclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.
- THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2 Ed. 1992.
- THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista brasileira de cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, vol. 1, n. 1, p. 133-156, jun. 2003.
- VEIGA, L. e GONDIM, S. M. G. **A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político**. Disponível em: < www.scielo.br > Acesso em: 25 nov 2006.
- VILLELA, W. Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. **Coletivo feminista sexualidade saúde**. São Paulo, vol. 1, n. 1, p. 23-3. 2000.
- WHITAKER, D. C. A. Análise de entrevistas em pesquisas com histórias de vida. **Cadernos CERU**. São Paulo, v. 2, n. 11, p. 147-158. 2000.
- ZANELLA, A. V. et al. Contextos grupais e sujeitos em relação: contribuição às reflexões sobre grupos sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 211-218. 2002.

Anexos

1- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Cor autodeclarada: branca () preta () parda () amarela () indígena ()
 não declarou cor ()

Idade: _____ **Nº de filhos:** _____

Estado Civil: solteira () casada () divorciada () separada () viúva ()
 outro (), qual: _____

Renda familiar (soma de todos os membros da família): _____

Religião: católica () evangélica () espírita () outra (), qual (s):

Condição de atividade: ocupado () inativo ()

Escolaridade: _____

1- Inserção no mundo

Em que situação se locomove pela cidade?

- A pé? Quando o faz o que percebe a sua volta?
- De ônibus? Quando o faz o que percebe a sua volta?
- Outros meios? Quando o faz o que percebe a sua volta?

Como se sente na sua casa, no seu bairro, na sua cidade, no mundo?

Descreva um dia típico

2- Percepção do corpo

Imagem corporal - Gosta do seu próprio corpo?

Padrões corporais - Como aprendeu a cuidar do corpo?

Imagem corporal no tempo – Como vê seu corpo ao longo do tempo/anos?

Pra que serve o corpo?

3- Saúde e doença

O que é saúde pra você?

Porque as pessoas adoecem?

Como são os recursos para cuidar de saúde no seu bairro e na sua cidade?

Como são os serviços de saúde que você busca quando está doente? Esse serviço é satisfatório?

Quais as doenças freqüentes no bairro?

Quais as doenças freqüentes na sua família?

Como você trata dessas doenças?

Tem alguma doença?

Como você é atendida pelos médicos (gênero masculino)

Fale um pouco sobre menstruação, perda de virgindade, maternidade, menopausa e morte

4- Papéis sexuais

Já sentiu ou viveu alguma situação de preconceito por ser mulher? Se já, como foi?

O que os homens podem fazer?

O que as mulheres podem fazer?

Como devem ser as relações entre homens e mulheres pra você?

Você acha que está havendo alguma mudança nessa relação?

O que é o casamento pra você?

Na sua casa quem é responsável financeiramente?

Na sua casa quem é responsável pelas decisões?

5- Sexualidade e maternidade

O que você acha sobre o controle de natalidade?

Você utiliza algum método anticoncepcional? Qual? Funciona?

Tem relações sexuais? Gosta?

Na menopausa acaba o prazer?

Na gravidez deve ser ter relações?

Quem tem mais desejo o homem ou a mulher? Porque?

A mulher dever fazer sexo só para satisfazer o homem?

O que acha do aborto? Já fez? Motivo?

O que você acha da maternidade?

Se tem filho, como foi sua gestação? Teve acompanhamento médico? Pode descrever como foi esse acompanhamento?

A religião pode influenciar no número de filhos?

A mulher que tem mais filhos é mais feliz?

6- Condições econômicas

Que outros membros da família contribuem com o rendimento mensal?

Quais as necessidades pelas quais passam a sua família?

O que acha que teria de acontecer para melhorar a sua condição de vida?

7- Teve algum episódio de saúde marcante da sua vida? Bom ou ruim?

Porque?

2- ROTEIRO PARA NOVAS ENTREVISTAS

2.1- PARA MULHERES

Fale um pouco de você

Pra você como é o serviço de saúde em Presidente Prudente-SP

Pedir para ver algumas fotos

2.2- PARA FAMILIARES

Como foi o processo de saúde e doença de

Você acha que colaborou para melhora de sua saúde. Por quê?

O que você acha que mudou depois da doença de...

2.3- PARA MASTOLOGISTA

Fale um pouco sobre o câncer, mais especificamente o câncer de mama

Como se dá o tratamento e a prevenção em Presidente Prudente-SP

Existe o que melhorar

Qual a importância da reconstituição

Qual a importância do acompanhamento psicológico. Existe em Presidente Prudente-SP este serviço para as mulheres e para os familiares?