

Escala geográfica, câncer de mama e corpo feminino

Geographic scale, breast cancer and female body

Natália Cristina Alves

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Filho - Presidente Prudente
nca1982@yahoo.com.br

Raul Borges Guimarães

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Filho - Presidente Prudente
raul@fct.unesp.br

Resumo

Por meio de depoimentos orais, tivemos a oportunidade de analisar o processo de saúde-doença de mulheres moradoras de Presidente Prudente-SP, que tiveram câncer de mama. Partimos do pressuposto de ser o corpo feminino uma escala geográfica e portador de características biológicas, mas também, socialmente construídas, sobretudo, porque as mulheres convivem com as manifestações do fenômeno da saúde diferente dos homens. Os resultados nos revelaram que as marcas inscritas no corpo dessas mulheres são uma síntese de múltiplas escalas, mediante a procura, o acesso e a oferta da saúde.

Palavras-chave: Escala geográfica. Câncer de mama. Corpo feminino.

Abstract

By means of oral testimonies, we had the opportunity to analyze the process of health and illness in women living in Presidente Prudente-SP, who had breast cancer. We assume the female body as a geographic scale and the bearer of their biological characteristics, but it is also socially constructed, mainly because women live with the health phenomenon manifestations differently than men. The results revealed that the body inscriptions of these women are a synthesis of multiple scales upon demand, access and provision of health.

Keywords: Geographic scale. Breast cancer. Female body.



Introdução

O câncer de mama é uma doença que 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. As mulheres possuem de 100 a 150 vezes maior risco de contrair a doença do que os homens. Uma das explicações plausíveis é a maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e a sua exposição ao estrogênio endógeno (THULER, 2003). Segundo tipo mais frequente no mundo, a neoplasia mamária maligna (câncer de mama) é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos de câncer a cada ano (INCA, 2009).

Este tipo de neoplasia 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 do país, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000 (INCA, 2009). Isso acontece no Brasil, muito provavelmente, porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Devido a este problema, estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas no país com o objetivo de prevenir a enfermidade, diagnosticá-la e tratá-la mais precocemente e minimizar seus efeitos na população, para que seja assegurado, a cada pessoa, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde. Um dos desafios da Política Nacional de Saúde é de 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 (THULER, 2003).

Por sua vez, desigualdades individuais 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 sociais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do ser humano perante a doença. Assim, a identificação 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 mamário no Brasil (NOVAES et al., 2006). Este é o caso do sistema de saúde de Presidente Prudente-SP.

Neste município paulista, conforme o DATASUS em 2004, o câncer era a segunda causa de morte, perdendo apenas para as doenças do aparelho

circulatório. Especificamente, a taxa de mortalidade do câncer de mama caiu de 9,8/100.000 em 2004 para 5,8/100.000 em 2009. Mas, no âmbito do diagnóstico e da terapêutica, podemos perceber alguns problemas na oferta de serviços de saúde pelo SUS, tais como: falhas na prevenção primária, má encaminhamento das mulheres por profissionais das Unidades Básicas (porta de entrega do SUS), falta de profissionais dispostos a fazer a reconstrução da mama (mesmo esta sendo determinada por lei) e acompanhamento psico-oncológico, além da necessidade de campanhas educativas para que o câncer de mama seja uma preocupação constante das mulheres, como já é o câncer de colo de útero.

Da mesma forma, observa-se em Presidente Prudente-SP uma distribuição de estabelecimentos que não facilita o acesso aos serviços de saúde, uma vez que os locais específicos para o tratamento do câncer não são próximos um dos outros. Esse padrão de distribuição espacial dos serviços de diagnóstico e terapêutica dificulta a mobilidade e o tratamento de pacientes com essa doença, como se verificou em pesquisa realizada com mulheres que tiveram câncer de mama. Do ponto de vista geográfico, olhar para essas dificuldades significa a busca da compreensão das condições materiais e subjetivas do próprio espaço social que produz e reproduz tais condições inscritas no corpo das mulheres (FONSECA, 1997).

Saúde, corpo e escala

Apesar da redução significativa da mortalidade, o câncer de mama é uma doença que afeta profundamente o corpo da pessoa em que se manifesta, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. A mama é muito mais do que um órgão do corpo feminino, mas também um símbolo muito importante na identificação cultural de gênero.

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 preestabelecidos 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. É por isso que no processo de desenvolvimento geográfico desigual das práticas corporais, a motricidade e a corporeidade podem 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).

Reconhecendo tais limites, pretendemos com essa discussão fortalecer o entendimento da produção das escalas corporais da saúde. Primeiramente, destacando que se 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 é o caso das mulheres estudadas em nossa pesquisa.

Sabemos que desde o início do século XX, a saúde tornou-se uma questão pública que exerce influência na construção de distintos modelos de saúde e de corpo considerados ideais (CHAMMÉ, 2002). Consequentemente, foi se construindo representações corporais naturalizadas e crescente isolamento de suas interfaces para manutenção da saúde, ocultando a determinação social do processo saúde-doença (LAURELL, 2002). Corroborando com esta autora, no presente artigo, veremos que saúde e doença são expressões de um mesmo processo, no seu duplo caráter (biológico e social) porque apesar de ter características biológicas, a natureza humana revela-se a partir da vida em sociedade produzida e reproduzida no espaço. Devemos, então, prioritariamente, procurar entender a saúde e a doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores (multidimensionais) biológicos, econômicos, culturais e sociais, sabendo que estes fatores estão altamente 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 socioespacial da saúde e da doença. Consequentemente, a esse processo de determinação da doença e do aprofundamento de abordagens multidisciplinares e polissêmicas sobre determinantes que operam na relação saúde-doença, a abordagem geográfica pode produzir uma teoria social e cultural do espaço a partir de investigações da saúde inscrita no corpo.

No plano da cadeia industrial médico-hospitalar, o processo de reconhecimento da saúde nas marcas corporais é bem diferente. Isto porque o corpo é objeto de apropriação dos circuitos produtivos, que o fragmenta em inúmeros processos de apoio terapêutico e diagnóstico, enquanto expressão anátomo-fisiológica dos processos de 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).

Essa situação 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, favorecendo o processo de aprendizado sobre estar doente ou estar sadio, no qual uma minoria (entre elas, as Instituições de Saúde) prefere continuar com ações normativas e impositivas, que promovem o controle social do corpo adoecido. Evidentemente, esta visão fragmentada que produz indivíduos sem poder e sem saber, não proporciona a gestão conjunta da saúde pública, conforme analisa Chammé (2002).

É por causa disto que existe um desinteresse, principalmente do entendimento das falas do corpo, que se estabelece, geralmente, como uma hierarquia da relação médico (especialista) e paciente (leigo), o que não colabora com a investigação das reais necessidades de saúde da população. Ao contrário disso, é evidente que 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 a inquestionável influência destes fatores na formação da identidade.

Creemos que partindo desse pressuposto, torna-se possível a análise das relações entre marcas do corpo feminino e outros níveis de determinação socioespacial. Assim, 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).

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. Harvey (2004), por exemplo, 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. É por isso que o corpo humano pode ser compreendido como 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).

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. Neste caso, o conceito de corpo tem que ser pensado além da sexualidade e 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).

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. 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, corpos e mentes estão integrados numa mesma realidade, capaz de interagir nos espaços, tanto de forma objetiva como subjetiva.

Portanto, existe a necessidade de tornarmos mais conscientes uns dos outros, 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 à imposição de regras da imagem corporal dentro do plano urbano (SENNETT, 2003).

Nos termos postos por Carlos (1996), trata-se da perspectiva de pensar o lugar do corpo 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 essa produção social do corpo se articula com outras escalas geográficas.

Ao buscar estudos que contribuíssem para a nossa análise sobre a escala geográfica do corpo doente, encontramos nos trabalhos de Castro (2005), Smith (1988 e 2000) e González (2005) referências importantes para iniciar o debate. Para esses autores, há um consenso de que a reflexão sobre conceitos inexplorados como o da escala pode contribuir para o 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, que abarque toda a complexidade da abordagem escalar.

Investindo no fortalecimento desse debate, em seus textos, cada um 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) escreve 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 ambiguidade 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), a escala é baseada em um conjunto de normas e instituições, construídas através de relações sociais, concretizadas em formas espaciais particulares.

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 e suas verbas, como ocorre com o orçamento da saúde.

É por isto que podemos reafirmar 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 são estabelecidas por relações espaciais que influenciam as suas condições de saúde. Portanto, o câncer de mama, 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, saúde e morte.

Assim, as marcas inscritas no corpo das mulheres com câncer de mama foram vistas como síntese de múltiplas escalas, contribuindo para a produção da escala do urbano, da nação e do espaço mundial, uma vez que a política de saúde pública está cada vez mais disputada por diversos atores sociais. Portanto, podemos dizer que as características específicas do processo saúde-doença das mulheres (na sua identificação como gênero feminino) estão fortemente relacionadas às formas de produção e reprodução da saúde no espaço geográfico, como foi analisado na cidade de Presidente Prudente-SP.

Saúde e gênero no espaço da cidade

Como vimos, o câncer de mama representa um grave problema de saúde pública, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade e pelo seu elevado custo no tratamento. Dentre os procedimentos adotados nos casos mais graves, a terapêutica envolve a escolha entre dois procedimentos: a mastectomia radical (remoção da mama afetada por inteiro) ou a quadrantectomia (remoção somente do caroço maligno e um pouco de tecido saudável ao redor dele – parte afetada da mama). A partir da análise de depoimentos de mulheres que tiveram câncer de mama e fizeram mastectomia radical ou quadrantectomia, foi possível compreender como se forma a identidade da mulher com agravantes de saúde inscritos no corpo. Para tanto, partimos do pressuposto de que tais fatos da vida revelam sínteses entre necessidades e possibilidades sociais. Assim, as mudanças nas práticas em saúde da mulher refletem, simultaneamente, as novas necessidades de saúde geradas pela rápida transformação social e econômica que ocorrem no

mundo, e também as mudanças que estas transformações propiciaram no papel social do gênero feminino (VILLELA, 2000). Tal abordagem encontra respaldo em várias autoras (ROSSINI, 1988; SCOTT, 1990; SILVA, 2003; GARCIA, 2004; dentre outras).

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 e espaciais vigentes em cada época de forma específica.

Desta maneira, pensando no âmbito da saúde, 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 às especificidades da própria biologia que, “... por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, determinam 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 resulta da interação entre diferentes categorias e por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, também determinam o lugar social de cada ser. Nesse sentido, podemos destacar que 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, possuindo formas diferenciadas de compreender, elaborar e agir diante das situações de reprodução das estruturas arcaicas e comportamentais preestabelecidas na sociedade. Portanto, podemos pensar: uma vez que as doenças são o resultado de formas socioespaciais diferentes, de que maneira nos organizamos social e individualmente e quais relações que tecemos espacialmente diante de tal fenômeno?

Diante destes questionamentos, procuramos compreender os depoimentos orais de mulheres mastectomizadas e analisar qual articulação do seu corpo mutilado com o espaço social e historicamente construído pelos serviços de saúde do município de Presidente Prudente-SP.

Como resultado da pesquisa, buscamos analisar as falas de mulheres e compreender as transformações na identidade feminina, conformada por uma relação com o todo envolvente (escalas geográficas). Para isto,

algumas referências foram mais importantes, como Barcellos (2008) e Nossa (2008).

Segundo o primeiro autor, fatores culturais, econômicos, demográficos e ambientais atuam em todas as escalas em que se represente o espaço. Entretanto, para ele 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. Expressam diferentes partes de um sistema de objetos e ações (espaço geográfico para Milton Santos).

Por sua vez, 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 apropriado e reapropriado como paisagem de medo, angústia ou sucesso, consoante a história aí vivida. Foi o que verificamos nas falas das mulheres entrevistadas.

Pelos espaços de representações diárias, a partir dos depoimentos, e por indicações recorrentes de localidades espaciais em que as mulheres mais utilizavam em seu dia a dia, verificamos que os bairros de residência das entrevistadas não constituem unidade de espaço vivido na terapêutica do câncer de mama. Ou seja, o circuito de diagnóstico e do tratamento da doença envolve espaços mais amplos da cidade, tecidos pela movimentação da pessoa-corpo em busca do tratamento do câncer de mama. É o que pudemos perceber nas falas das entrevistadas. Para uma delas, quando é preciso, por exemplo, um Hospital: “eu vou no Iamada, perto do Cristo (estátua) que tem um atendimento fora de série! As instalações, os médicos, tudo! Então qualquer dúvida eu corro pra lá...” Para outra: “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...”

A mobilidade e acessibilidade pela cidade são concretizadas de forma diferenciada por essas mulheres. Algumas das entrevistadas 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, duas outras entrevistadas circulam de ônibus ou de táxi. Assim, a circulação pela cidade é mais difícil por vários motivos:

De ônibus...O dia que você está boa é tranquilo, 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, para algumas delas, se restringe ao âmbito da escala da casa. Realidade presente no depoimento de uma das entrevistadas:

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

Ou no seguinte depoimento:

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.

Como vimos, é possível observar diferenças espaciais e de circulação entre as mulheres que lutam para a cura da doença. No entanto, essa articulação da escala do corpo e da cidade, não pode ser tomada

como uma cadeia de comunicação perfeita, pois, os processos gerais atuam sobre o lugar, que molda e adapta estes processos, criam condições particulares para a vida de grupos socioespaciais específicos, também no âmbito da saúde.

Isto é perceptível na relação dessas mulheres com as instituições de saúde e como a cidade previne, produz, expõe, trata e promove a saúde. 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, principalmente dos serviços de atenção ao câncer prestados aos moradores de Presidente Prudente-SP. De acordo com a mastologista entrevistada no decorrer desta pesquisa:

O que falta aqui é a infraestrutura 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!

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

Em Presidente Prudente-SP, as ações de prevenção são atreladas às diretrizes nacionais. Do ponto de vista

nacional, percebemos que existe uma hierarquização da política de saúde nesse sentido, pela qual é sistematizado um conjunto de ações que se propõe para todos os estados e municípios. No âmbito global, o cuidado com o câncer trás inúmeras preocupações e controle, principalmente, pelo desenvolvido programa de rastreamento dessa doença pela Organização Mundial da Saúde.

Considerações finais

O câncer de mama, tema do nosso estudo, assim como outros problemas de saúde, se manifesta em diferentes escalas de análise. Desta forma, a geografia pode contribuir para o seu entendimento, desde que o espaço geográfico seja tomado não só como forma de estratificação física, mas, como base da formulação de políticas de saúde para o desenvolvimento da qualidade de vida da população. Por isso, consideramos que as marcas inscritas no corpo integram a saúde e o gênero em suas múltiplas escalas geográficas. É preciso, portanto, a realização de análises que coloquem o corpo articulado à sua complexidade e possibilidade. Afinal, ele não é passivo, uma vez que em cada gesto, toda uma cultura e história, são afirmadas.

Além de fisiológico/biológico o corpo é o suporte do conteúdo social, apreendido e manifestado no espaço. Aí, portanto, podemos dizer que a análise da produção da escala geográfica do corpo feminino é uma via de acesso a leitura da cidade, sendo capaz de manifestar inúmeras ações corpóreas, produto de simbologias que traduzem a peculiaridade da relação do indivíduo com o mundo.

Sabemos que as cidades contemporâneas tentam homogeneizar as relações sociais. Por outro lado, a produção do espaço urbano cria espaços de exclusão, limitando a produção e reprodução da escala do corpo. Isto porque essas exclusões podem se materializar, fundamentalmente, na dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Não pretendemos hierarquizar o espaço geográfico, pois estamos certos de que este é inerentemente relacional, multidimensional e dinâmico. Envolver a análise de gênero nessa articulação de determinantes pode nos indicar como se dá a apropriação social do corpo feminino através de uma análise escalar, para compreender o significado particular da relação que as mulheres mantêm com seus corpos, principalmente, no âmbito da saúde. As coisas não podem ser compreendidas isoladamente, mas enquanto integrantes de uma totalidade, podemos articular a representação que essas mulheres fazem do real com a abordagem da produção de escalas geográficas mais

amplas, tais como: da casa, do bairro, da cidade e até mesmo a global.

Assim, o corpo como escala elementar do espaço, se impõe como conceito indispensável para se entender a realidade social, uma vez que este não é passivo ao se relacionar com seu meio. Por isso, ao considerarmos o espaço como primordial para a análise da produção e reprodução da sociedade é necessário colocar no centro do debate a questão do gênero feminino para o entendimento dos agravos à saúde gerados pelo câncer de mama. Isto não é possível sem recorrer às teorias feministas sobre corpo e às novas abordagens da escala geográfica, que considerem o ponto de vista das mulheres.

Observa-se que este conjunto de questões pôde ser analisado na pesquisa de Alves (2010) a partir das profundas implicações provocadas nas mulheres submetidas à mastectomia radical e a quadrantectomia em Presidente Prudente-SP. Trata-se da saúde inscrita no corpo uma vez que nada justifica essa intervenção extrema caso houvesse uma maior preocupação com a saúde preventiva do câncer de mama naquela escala local.

¹ Esta cirurgia é determinada pela Lei Nº 9. 797, de 06 de maio de 1999. E em Presidente Prudente-SP este serviço deveria ser oferecido pela Santa Casa às mulheres que fizeram mastectomia ou quadrantectomia.

Referências

BARCELLOS, Christovam. 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, Dora Mariela Salcedo. **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.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996.

CASTRO, Iná Elias. O problema da escala. In: _____, GOMES, Paulo César da Costa, CORRÊA, Roberto Lobato. (Orgs). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005. p. 117-140.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 3-17, ago-dez. 2002.

COSTA, Ana Maria. 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.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista Escola Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-459, dez. 2005.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa 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.

GAIARSA, José Angelo. **O que é corpo?** São Paulo: Brasiliense, 2002. 7 Ed. (Coleção Primeiros Passos)

GARCIA, Maria Franco. **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.

GONZÁLEZ, Sara. La geografía 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, Raul Borges. **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, David. A política do corpo e a luta por um salário vital. In: _____. **Espaço de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 161-178.

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

Escala geográfica, câncer de mama e corpo feminino

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 de morbi-mortalidade por câncer. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/> >. Acesso em: 20 janeiro 2010.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, n. 1, p. 7-25, abril. 1982.

NOSSA, Paulo Nuno. 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)

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; BRAGA, Patrícia Emília; SCHOUT, Denise. **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. 1023-35, 2006.

ROSSINI, Rosa Ester. **Geografia e Gênero: a mulher na lavoura canavieira paulista**. Tese de Livre Docência. São Paulo: USP, 1988.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: UNESP, 2004.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-22, jul-dez. 1990.

SENNETT, Richard. **Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SILVA, Aldo Aloisio Dantas Da. 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, João Batista Freire da. Novos olhares sobre o corpo. In: _____. **De corpo e alma: o discurso da motricidade**. São Paulo: Summus, 1991. p. 21-36.

_____. O método em questão. In: _____. **De corpo e alma: o discurso da motricidade**. São Paulo: Summus, 1991. p. 51-67.

SMITH, Neil. 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: Papirus, 2000. p. 132-175.

_____. Para uma Teoria do desenvolvimento desigual II: A escala espacial e o “vaivém” do capital. In: _____. **Desenvolvimento desigual**. 1988. p. 191-220.

THULER, Luis Cláudio. 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.

VILLELA, Wilza. Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo, vol. 1, n. 1, p. 23-3. 2000.

Recebido em 19 de agosto de 2010.
Aceito em 15 de outubro de 2010.