



GÊNERO, CORPO E SAÚDE NA PERSPECTIVA DA MATERNIDADE

Natália Cristina Alves

nca1982@yahoo.com.br

Bolsista FAPESP/ FCT/UNESP-PP

Profº. Drº. Raul Borges Guimarães

raulguimaraes@uol.com.br

PROPG/FCT/UNESP-PP

RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade descrever a representação social sobre maternidade de mulheres chefes de família, moradoras de áreas urbanas de exclusão social. Esse estudo de gênero, realizado na cidade de Presidente Prudente-SP, permitiu perceber que as mulheres convivem com formas diferenciadas de comportamento diante das situações de reprodução das estruturas arcaicas e comportamentais pré-estabelecidos para homens e mulheres. Dadas as características da condição feminina submetidas a tais estruturas, surgiu a necessidade de estudar espacialmente e temporalmente a condição de mulheres chefes de família, principalmente daquelas submetidas a processos excludentes. Neste caso, para compreendermos o espaço produzido por essas mulheres, optamos pelo uso da pesquisa qualitativa por meio de depoimentos orais. Mediante a análise de entrevistas, pudemos perceber que a mulher vem travando várias lutas pela equidade de gênero em todos os setores da sociedade. Entretanto, muitas ainda não conseguiram ou não querem descartar velhas concepções arraigadas na formação de sua identidade, por exemplo, de ser em qualquer situação (separada, viúva, mãe solteira e até casada) responsável pela manutenção dos filhos. Enfim, verificou-se que a identidade feminina de chefes de família pobres é forjada na condição de mãe. Como as relações e/ou questões de gênero podem ser relacionadas às questões de saúde, esse contexto nos remete ao debate a respeito da articulação entre diferentes escalas geográficas, como a escala do corpo. Assim, pode-se dizer que estas articulações podem ser analisadas a partir de uma abordagem de gênero. Neste caso, se os serviços de saúde são elementos importantes da produção e reprodução do espaço, e se há uma convergência destes serviços e do corpo da mulher na condição de maternidade, a análise da produção da escala geográfica no corpo feminino pode ser considerada uma via de acesso de leitura da sua realidade espacial.

Palavras chave: Gênero, Saúde, Corpo

INTRODUÇÃO

Desde 1970, o movimento feminista no Brasil já discutia questões sobre sexualidade, direitos reprodutivos, políticas públicas de gênero, bem como participava *“ativamente das lutas políticas e organizavam-se em grupos de estudo, de reflexão e de ação para repensar a situação da mulher na sociedade, na família e no trabalho”* (MONTEIRO E LEAL, 1998. p. 27). Através desse engajamento de cunho emancipatório, nos últimos anos, as mulheres vêm lutando no Brasil para garantir seus direitos de equidade de gênero¹, 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 políticas com enfoque de gênero, voltadas para a promoção das mulheres e da equidade de gênero (PRÁ, 2005). Dentre eles, podemos destacar a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado desde

¹ 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.

1984 e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), lançado em 2004 pelo governo Federal (ABREU, 2005, p. 3 e19).

Apesar de ainda precisarmos avançar bastante já é possível observar mudanças significativas de superação da desigualdade de papéis sociais no Brasil. Este é o caso do lugar das mulheres no Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, por exemplo. Este movimento possui grupos de mulheres que trabalham procurando redefinir as relações de poder e de gênero em torno de uma organização coletiva, capaz de determinar uma equidade entre homens e mulheres, dentro dos setores de produção de renda e de reprodução social. Na sociedade de hoje a mulher vai se emancipando, tomando para si os mesmos direitos dos homens.

Vários fatores estruturais contribuíram (no mundo inteiro) para essa maior valorização/inclusão da mulher na sociedade capitalista, sendo as principais de caráter demográfico, sócio econômico, cultural, redução da fecundidade, maior escolaridade, mudanças de arranjos familiares, dentre outros (ROSSINI, 2002). No Brasil essas transformações ocorreram com maior concretude na região sudeste.

Dadas estas características da condição feminina, é preciso observar e analisar espacialmente e temporalmente a condição da mulher submetida a exclusão social². Para tanto, ao considerarmos o espaço como primordial para a análise da produção e reprodução da sociedade, é necessário no campo geográfico, fazer discussões sobre a construção do papel do gênero feminino moradora de um espaço específico: as áreas de exclusão social. Neste caso, a consideração do conceito de espaço geográfico nos remete não apenas ao aspecto físico/quantitativo do lugar estudado, mas, sobretudo aos aspectos qualitativos que determinam a dinâmica política, econômica e cultural das relações de gênero nele presente. É aqui que a geografia tem se colocado neste debate, pensando em como as representações sociais são resultantes do cotidiano vivenciado que se refletem nas relações entre os indivíduos e entre estes e a si mesmos, porque somos todos atores e consumidores do espaço.

Neste caso, para compreendermos o espaço produzido ao longo da história de vida de mulheres, optamos pelo uso da pesquisa qualitativa por meio de depoimentos orais. Acreditando que, utilizando esta metodologia, conseguimos analisar como pensam, agem e quais os significados manifestados por mulheres moradoras de áreas urbanas de exclusão social. Através do trabalho de campo realizado nas áreas nordeste e leste da cidade de Presidente Prudente-SP, buscamos captar essa visão, priorizando o gênero feminino. As entrevistas realizadas naquele local foram essenciais para compreendermos como se forma, em espaços periféricos urbanos, a identidade da mulher chefe de família³. Assim, pudemos perceber que a mulher vem travando várias lutas pela equidade de gênero em todos os setores da sociedade. Entretanto, muitas delas ainda não conseguiram ou não querem descartar velhas concepções arraigadas na formação de sua identidade ao longo dos anos, por exemplo, de ser em qualquer situação (separação, viuvez, mãe solteira e até mesmo as casada) responsável pela manutenção dos filhos.

Enfim, verificou-se que a identidade feminina de chefes de família pobres é forjada na condição de mãe. Como os serviços de saúde são elementos importantes da produção do espaço urbano e há uma convergência destes serviços e do corpo da mulher na condição de maternidade. Portanto, podemos considerar que a análise da produção da escala geográfica no corpo feminino é considerada uma via de acesso de leitura da sua realidade espacial, como procuraremos argumentar a seguir.

² Utilizamos neste texto a definição de exclusão como a privação de sujeitos a benefícios econômicos, sociais e políticos, resultante de um processo dinâmico e multidimensional de desvinculação total ou parcial destes com a sociedade.

³ Famílias chefiadas por mulher são unidades de parentesco, onde uma mulher chefe e seus filhos podem residir num domicílio sustentado e/ou dirigido por outra pessoa. Mais informações ver NOVELLINO, 2007.

GEOGRAFIA, CORPO E SAÚDE

Chammé (2002) destaca que desde o século XX a saúde torna-se uma questão pública, que exerce influência na construção de distintos modelos de saúde e de corpo, considerados ideais, e promovendo um contexto de crise, desigualdade social e aprofundamento da exclusão. Para esse autor, o conceito de doença na sociedade ocidental foi desenvolvido mediante uma concepção mecanicista do corpo estimulada pela racionalidade científica, desde o seu nascimento. Produzindo no campo da saúde algumas naturalizações e um forte biologismo do comportamento humano. Essa supremacia biológica deixou pouco espaço à consideração de dimensões psíquicas, sociais e espaciais.

Portanto, podemos dizer que o processo de saúde-doença da mulher pode ser articulado, a noção de espaço social e historicamente construído e materializado no corpo, a partir de ideologias do patriarcado⁴.

Para Garcia (2004), o arcabouço teórico da geografia pode auxiliar a análise de como são delimitados e reproduzidos espacialmente os papéis masculino e feminino. Segundo esta geógrafa, tais estudos também podem destacar as relações cotidianas de poder, tornando melhor compreensível o lugar de reprodução dos aspectos objetivos e subjetivos, geralmente local de dominação do homem sobre a mulher.

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, mesmo que ainda débeis e contraditórias, políticas com enfoque de gênero, ou seja, políticas voltadas para a promoção das mulheres e da equidade de gênero (PRÁ, 2005).

Dentre estas políticas, podemos destacar a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1984 (ABREU, 2005, p. 3) e 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 (2006) analisa que quando se leva em consideração a questão da ciência, estudos publicados que relacionam gênero e saúde são escassos e muitas vezes apenas circunscrito 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.

Entretanto, através de máxima “nosso corpo nos pertence”, movimentos feministas dos anos 60 começaram a relacionar gênero e saúde associando o conhecimento e (re)apropriação do próprio corpo. Neste contexto, as feministas destacam que a mulher percebe a saúde começando pelo seu corpo. Para Bruhns (1995, p. 78) o corpo humano é uma parte muito especial do universo, pois nele habita o próprio indivíduo que percebe o mundo. Tais teorias além de negar o determinismo biológico pretendem explicar as desigualdades sexuais dentro da discussão da saúde recusando a definição do corpo feminino construída pela medicina, colocando a subjetividade e a vivência das mulheres, influenciados por uma trajetória histórico-cultural, dentro deste debate. No intuito de promover uma reflexão crítica

⁴ O 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 em CASTELLS, 2001.

sobre as relações de dominação, o que se concretizava no conhecimento da sexualidade, do corpo e da reprodução, considerado estratégico para a obtenção da liberdade/autonomia feminina em todos os níveis, até mesmo na relação médico/paciente exercida tradicionalmente como forma de subordinação de gênero (SCAVONE, 2004).

Quando pensamos em saúde feminina, ainda hoje, percebemos a influência da maternidade dada como fundamental (por diversos segmentos da sociedade e muitas vezes por elas mesmas), mesmo sabendo que outros fatores permeiam a concepção de vida saudável, principalmente quando se leva em consideração o ciclo de vida da mulher dada as fases de: menstruação, defloração, casamento, sexualidade, maternidade, aborto, métodos anticoncepcionais (BARRIENTOS, 1998). É por causa disto que, partindo das diferenças anatômicas e hormonais, homens e mulheres podem apresentar várias formas de enfermidades, pois além das condições acima possuem formas de existência diferentes, 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 e econômica.

Como já dissemos, é a partir dos anos 60 que a discussão da saúde da mulher ganha força no espaço público. Com o emprego da pílula anticoncepcional, a mulher começa a adquirir o controle sobre sua reprodução e a política do corpo fica a seu arbítrio. Desta forma, ela começa a poder decidir sobre seu desejo ou não de procriação (SILVA, 1995, p. 118).

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. 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 inferiorizar a condição feminina (BARRIENTOS, 1998), principalmente 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). Para que esta mesma sinta-se livre e consciente para perceber que sua condição de saúde, não está circunscrito ao determinismo do seu corpo biológico como reprodutor, até então dado como critério fundamental das atividades de saúde.

Para tentar entender um pouco mais sobre essa temática, analisamos aspectos da história de vida de mulheres que vivem em áreas de exclusão social na cidade de Presidente Prudente-SP. Para isto, foi preciso considerar aspectos que se situam mais precisamente na dimensão do drama social e do cotidiano vivido por determinados agentes. Agentes este que para Baggio (2002) “não são mera abstração numérica, mas seres humanos pertencentes a classes ou seguimentos sociais específicos, com valores e visões de mundo particulares” (p.75). Neste caso particular, se faz necessário estudar a saúde da mulher começando pela escala do corpo, porque ao conseguirmos chegar à unidade dos fatores (sociais, culturais, econômicos, políticos, dentre outros) que concretiza tal realidade, teremos a noção de sua individualidade (SILVA, 1995, p. 118).

Neste contexto, Guimarães (2002) defende que o principal referencial teórico para a nossa análise é a teoria da escala geográfica, cuja referência principal 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 (SMITH, 2000), observa-se uma evolução da discussão e a incorporação de níveis escalares dos mais diversos, como a escala do corpo.

As diferenças corporais podem servir de base para formas sócio-espaciais de exclusão e opressão (Smith, 2000), podem produzir diferenciados processos de saúde e doença, assim como inúmeros movimentos de luta por melhorias nas condições de vida, como é o caso da “saúde da mulher”, dentre outros movimentos (“portadores de necessidades especiais”, “portadores do HIV”, por exemplo, são duas bandeiras que historicamente representam a produção de um nível escalar a partir de forças de cooperação referenciadas no corpo). Por causa disto, o corpo é considerado a escala da identidade. Ao mesmo tempo, o corpo circula pelo complexo médico-hospitalar como um objeto de apropriação do saber médico, que o fragmenta em inúmeros processos de apoio terapêutico e diagnóstico, enquanto expressão anátomo-fisiológica dos processos de adoecer e morrer. Isto quando não é o caso de utilização (crescente) dos mesmos equipamentos e recursos para o culto ao belo, numa estreita fronteira entre a estética e a medicina.

Tais práticas que atuam na escala do corpo apropriam-se de parte dos fundos públicos para a ampliação dos seus negócios, por meio de mecanismos de investimentos e financiamentos a juros subsidiados existentes para o setor saúde. Num país cujo o financiamento da política de saúde é instável, a escala do corpo têm gerado conflitos, uma vez que pressiona o orçamento da saúde pública (Guimarães, 2008).

Forças de cooperação e conflito também podem ser identificadas entre diversas outras escalas geográficas, como é o caso das comunidades. A escala da comunidade trata-se daquela produzida por indivíduos organizados a partir de algum traço de união, como os movimentos reivindicatórios de associações de moradores dos bairros periféricos das cidades brasileiras, por exemplo, que colocam a saúde em uma “cesta básica” na qual não pode faltar o remédio e o pronto atendimento médico. Este perfil de demanda que há muito tempo tem sido estudado pelas Ciências Sociais em Saúde (Cohn, 1991), é uma das traduções do processo de (re)estruturação urbana, no nível escalar da comunidade. Mas estes interesses podem não ser os mesmos de outras comunidades, como os portadores do HIV, que se articulam nacionalmente, e até internacionalmente, para disputar os recursos públicos para a expansão dos serviços de atendimento e/ou distribuição de medicamentos.

É por isto, que a análise da escala da nação é fundamental para a compreensão da consolidação do estado de direito e da cidadania (Santos, 1993). No Brasil, por exemplo, este nível escalar foi objeto de disputa no processo da reforma sanitária definindo, a partir da Constituição de 1988, o direito à saúde de acordo com princípios de integração das ações e de participação comunitária. Desta forma, em seu formato jurídico-institucional, a política de saúde de nível nacional definiu-se na articulação entre as escalas do comando (urbano, nação, global) e a escala do acontecer (comunidade, corpo), com impacto na configuração dos complexos técnico-patogênicos existentes no território nacional.

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. É 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). Percebemos que dos vários âmbitos em que se concentram tais relações (família, trabalho, dentre outros), estas se processam também no âmbito da saúde.

Para Chammé (2002), 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. O corpo como escala geográfica é considerado

socialmente construído, entretanto, este possui um limite muito tênue entre o biológico e o cultural. Ou melhor, o corpo possui uma posição nodal entre o natural e o cultural que permite apreender o real de forma singular. cremos que partindo desde pressuposto será possível analisar como a produção das escalas (corpo, casa, bairro, cidade, nação, global) pode cristalizar um sistema de corpos marcados por processos históricos, econômicos, políticos e sociais, de forma tanto material quanto subjetiva. E para nós, também espacial.

Nessa perspectiva, podemos dizer que 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”, por exemplo, é uma das bandeiras que historicamente representam a produção de um nível escalar a partir de forças de cooperação referenciadas no corpo.

O presente texto traz então a análise feita na pesquisa “A questão de gênero em áreas de exclusão social” (ALVES, 2008), realizada com o apoio da FAPESP. A pesquisa supracitada permitiu a compreensão de como são produzidas relações de poder, a partir do ponto de vista do gênero feminino. Mas também, entre outras coisas, possibilitou destacar alguns significados sobre maternidade, e quanto dessa representação está inscrito no corpo de mulheres chefes de família, moradoras de espaços que passam por processos de exclusão social.

METODOLOGIA E RESULTADOS

A partir do esforço de aproximação das questões teóricas supracitadas, pudemos avançar na identificação e análise das relações cotidianas de gênero, relacionadas aos espaços de atuação da mulher, em áreas que passam por processos de exclusão social, na cidade de Presidente Prudente-SP (identificadas a partir do mapeamento da exclusão social feito pelo Cento de estudos e de mapeamento da exclusão social para políticas públicas - CEMESP), partindo do princípio de que esta se caracteriza como uma cidade média portadora de uma estruturação urbana específica.

Priorizamos identificar qual o grau de percepção, sobre a maternidade, de mulheres chefes de família, diante dos processos da exclusão social, lembrando sempre que suas identidades são construídas através de um contexto espacial, social, cultural, político e econômico específico. Particularmente, porque pretendíamos captar a visão desse agente que, para nós, consegue compreender o espaço no qual produzem e reproduzem suas relações cotidianas, as mulheres chefes de famílias.

Caberia a ciência um ir e vir do todo às partes e vice-versa para entender o sistema sem perder de vista qualidades essenciais presentes nas partes e manifestadas somente quando indissociadas do todo.

(GUIMARÃES, 1999, p. 26)

Neste contexto e apoiados na fala de Guimarães podemos justificar a nossa opção por abordar uma metodologia de análise qualitativa para a compreensão da questão de gênero em áreas de exclusão social. Entretanto, inicialmente utilizamos como um dos procedimentos metodológicos a escolha das áreas de pesquisa através de dados quantitativos. Mas, a maior parte da pesquisa foi orientada para se obter dados qualitativos. Resumindo, a pesquisa foi baseada numa pesquisa qualitativa em depoimentos orais, no intuito de entender variáveis componentes da história de vida de mulheres chefes de família de áreas excluídas e não necessariamente chefes de famílias monoparentais⁵. 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. E este é o mundo que queremos compreender.

5 “De acordo com a fase do seu ciclo de vida, as famílias monoparentais são classificadas como aquelas que são constituídas de mulheres ou homens solteiros e/ou viúvos. Mais em Costa, D.I.P, 2000, p. 51-51.”

Acreditamos que utilizando desta metodologia conseguimos perceber e analisar mais profundamente como pensam, agem e quais os significados manifestados pelas mulheres. Souza (et al, 2005), ao fazer uma comparação entre método qualitativo e método quantitativo, analisa o quanto é importante se compreender a realidade do ator entrevistado. O autor destaca que a abordagem qualitativa se identifica melhor com pesquisas desenvolvidas com atores sociais, porque a mesma não quantifica respostas, mas busca captar o ponto de vista de um indivíduo (entrevistado) que tem seu cotidiano permeado por um conjunto específico de relações sociais, culturais, econômicas e políticas que não podem ser captados em análises estatísticas.

Portanto, a partir de técnicas qualitativas, utilizamos como procedimento metodológico entrevistas em profundidade (semi-estruturadas através de um roteiro), uma vez que demonstram ser adequadas para a compreensão do comportamento dos sujeitos, não só no seu processo de formação de opinião e tomada de decisão individual, mas, ao mesmo tempo, considera a inserção do entrevistado em seu grupo social, que está submetido a muitas outras influências. Para Veiga e Gondim (2006), 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. Desta maneira, as qualidades da pessoa (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 etc) 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; 2002:212).

E é neste contexto que, através da utilização da metodologia qualitativa por meio de depoimentos orais; que nos aproximamos de diversos aspectos de suas histórias de vida como: como a maternidade, por exemplo; podemos justificar o enfoque metodológico da pesquisa em questão, pela qual pretendemos compreender a realidade das mulheres chefes de família das áreas de exclusão social da cidade de Presidente Prudente - SP.

Para o trabalho de campo, escolhemos duas áreas (áreas nordeste e leste respectivamente), que têm sido estudadas pelo nosso grupo de pesquisa (CEMESPP).

Para tanto, pretendíamos analisar essas áreas a partir da compreensão da cidade de Presidente Prudente-SP enquanto promotora da produção e reprodução das relações sócio-espaciais desiguais resultantes do processo de sua estruturação urbana determinada por fatores econômicos, sociais e políticos. Verificamos que existiam nestes setores da cidade altas taxas nas variáveis utilizadas (demografia, economia e educação) para a análise da situação de mulheres chefes de família expostas aos processos excludentes.

Os resultados da realidade dessas mulheres, e sua representação sobre maternidade, foram trazidos através da realização dessas entrevistas, sendo essenciais para compreendermos como se forma, em espaços de exclusão social, a identidade da mulher chefe de família, moradora de bairro excluído, e sobretudo, pertencente a uma sociedade capitalista e basicamente patriarcalista.

Ser mãe

A mulher vem travando várias lutas pela equidade de gênero em todos os setores da sociedade (econômico, político, social). Entretanto, muitas delas (a maioria) ainda não conseguiram ou não querem descartar velhas concepções arraigadas na formação de sua identidade ao longo dos anos, por exemplo, de ser em qualquer situação (separação, viuvez, mãe solteira e até mesmo as casadas) responsável pela manutenção dos filhos. Esse aspecto também é destacado nas entrevistas:

“... Eu moro com minha filha e 3 netos, nós duas cuidamos deles, quando ela está sem trabalho eu sempre... eu dou coisa mais, né? Assim... de alimentação é eu, né? Que eu recebo, né? E compro as coisas que faltam.

Mas ela estando trabalhando ela sempre compra de tudo pra dentro de casa. Agora ela está mesmo um pouco doente da coluna, ela tem 38 anos...”

(Josefa, 76 anos, viúva, 5 filhos)

“... Eu morei na rua antes de morar aqui no bairro. Foi assim... eu larguei do meu marido, minha mãe tinha morrido, aí meu pai me desprezou, pois eu pra morar na rua, eu e os dois meninos, eu tinha uns 22 anos, aí o meu pai tomou a casa pro dono porque não era dele. Aí eu fui morar na rua com esses dois meninos, aí morei 6 meses na rua, fiquei embaixo de um toldo de onde vendia pão, era uma padaria lá no centro, aí eu pedia um prato de comida no restaurante, dava para os dois eles comiam e se sobrava eu comia, se não sobrava eu passava a mão e lambia porque eu tomava calmante forte, né?...”

(Marcela, 42 anos, divorciada, 2 filhos)

“... Ser mãe eu acho muito bom, eu não me arrependo em hipótese nenhuma! Eu tive muita dificuldade para cuidar deles, eu não recebia pensão, eu tive que trabalhar para manter eles, meu pai me ajudou até certa parte, minha família ficou com eles até a base de 7, 8 anos, até eu conseguir manter eles, foi onde eu arrumei esse marido e vim morar com ele, ele trouxe eles comigo...”

(Sabrina, 40 anos, amasiada, 4 filhos)

Kolontai (2000) define essa realidade como sendo “... *velhas concepções da vida prendendo o espírito da mulher que busca a libertação...*” (p.25). Já segundo Pinnelli (2004) esse contexto não vai mudar enquanto a mulher não tiver consciência de que o mundo mudou. A responsabilidade agora é do homem e da mulher.

Além das dificuldades para criar os filhos diante de condições variadas de privações, essas mulheres encaram a maternidade (e a manutenção da família como um todo) como um fator de responsabilidade quase exclusiva da mulher, normalmente encarando ser o papel de mulher como sinônimo de exercer funções da maternidade:

“... Eu acho que ela tem que ser dona de casa, mãe... ser tudo, principalmente mãe, porque tem cada mãe, né? Que pelo amor de Deus!...”

(Sabrina, 40 anos, amasiada, 4 filhos)

“... Eu acho que a mulher tem que cuidar dos filhos, tem que ser assim... criar eles pro mundo... Ser mãe significa muita coisa!...”

(Josefa, 76 anos, viúva)

“... Eu acho que a mulher não é diferente do homem... acho que nada, eu acho que as mulheres podem fazer tudo, é igual. A única coisa que a mulher faz que o homem não pode fazer é ter filho! Foi ótimo cuidar dos meus filhos, foi um instrumento que Deus fez, né? Da mulher ter os filhos, né?...”

(Helena, 61 anos, viúva, 4 filhos)

Para Castells (2001) “*mulheres são mães de filhas que ao crescerem se tornam mães*” (p. 267). É o que podemos comprovar com as falas sobre saudade pelas quais elas se colocam no passado resgatando a relação que tinha com a mãe na infância. Assim,

“... eu lembro da minha mãe a educação que ela me deu, me ensinou a costurar, quando eu tinha as crianças pequenas eu fazia tudo na mão porque não tinha máquina, fazia tudo na mão, vestidinho... calça...”

(Mariana, 81 anos, viúva, 12 filhos)

“... eu tenho saudade da minha infância quando eu tinha minha mãe viva, nossa! Quando eu tinha minha mãe viva, a minha vida era outro caso. Pra mim só era aquela mãe! E me abraçava, e me beijava!...”

(Marcela, 42 anos, divorciada, 2 filhos)

Através do determinismo biológico as mulheres interiorizam a maternidade e o ato de cuidar dos filhos (responsabilidade) como naturais, perdurando até mesmo na idade adulta deles, quando não do cuidado com os netos. De acordo com o relato,

“... eu tenho filho deficiente, passou da hora de nascer, eu ajudo ele, mas eu acho que eles (ele e a esposa) gastam de mais sem necessidade e fica faltando, ele mora aqui perto, quando falta alguma coisa ele vem aqui pegar, e agente tem dó e não vai negar, né? Eu não tenho esse coração não! A filha que mora comigo está desempregada, veio de Goiás para cuidar do pai que estava doente de câncer, ela é enfermeira...”

(Edna, 70 anos, viúva, 4 filhos)

Para Scavone (2004) a maternidade “... *pode ser abordada como símbolo de realização feminina, mas também como símbolo da opressão das mulheres (...). E, mais ainda, trata-se de um símbolo construído histórica, cultural e politicamente que expressa relações de poder entre os sexos*” (P.41).

Portanto, podemos considerar, através das falas coletadas e analisadas em trabalho de campo, que há um determinismo biológico inscrito no corpo e na mente dessas mulheres que as fazem se perceber como mães e avós, muitas vezes dizendo que ser uma boa mulher é sinônimo de ser uma boa mãe. Ou seja, o campo reprodutivo ainda é muito forte na representação social dessas mulheres. Apesar disso, hoje a opção de ser ou não ser mãe faz parte da realidade da mulher moderna. Para Locoh e Hertrich (2004) as mulheres, á 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 e com o seu corpo de modo diferente nos últimos anos.

Neste ponto, podemos afirmar que a escala do corpo, assim como a escala urbana, é socialmente construído. 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. Porque para Castro (2005) “tão importante como saber que as coisas mudam com o tamanho, é saber exatamente o que muda e como” p. 121.

No plano da saúde, por exemplo, há uma convergência destes serviços e do corpo da mulher na condição de maternidade. E como os serviços de saúde são elementos importantes da produção e reprodução dos espaços, e se o corpo é a escala da identidade (SMITH, 2000), a saúde pode ser considerada um campo propício para a delimitação e reprodução da iniquidade de gênero.

Portanto, podemos dizer que o processo de saúde-doença da mulher pode ser articulado, a noção de espaço social e historicamente construído, materializado no corpo pela maternidade, a partir de ideologias do patriarcado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a análise da produção da escala geográfica do corpo feminino é uma via de acesso a leitura da cidade. Todavia, a escala geográfica pode ser também veículo para ideologias reproduzidas neste mesmo corpo, uma vez que é capaz de agregar inúmeras ações corpóreas, produto de simbologias que traduzem peculiaridades na relação do indivíduo com o mundo. É por isso que podemos considerar o corpo como a escala de inscrição da cultura, da política, do natural, ou seja, uma escala construída por e a partir de relações sociais. Enfim, além de fisiológico/biológico, ele é o suporte de todo conteúdo, apreendido e manifestado no espaço.

Através das falas coletadas e analisadas em trabalho de campo, percebemos que há um determinismo biológico inscrito no corpo e na mente dessas mulheres que as fazem se perceber como mães e avós, muitas vezes dizendo que ser uma boa mulher é sinônimo de ser uma boa mãe. Ou seja, o campo reprodutivo ainda é muito forte na representação social dessas mulheres.

Apesar disso, hoje a opção de ser ou não ser mãe faz parte da realidade da mulher moderna. Para Locoh e Hertrich (2004) as mulheres, á 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.

Os estudos que utilizam o conceito de gênero como categoria de análise, desde os anos de 1980 estão contribuindo muito para se entender as relações entre os homens e as mulheres para além dos sexos macho e fêmea, em que estávamos e de certa forma ainda estamos, acostumados a perceber dentro dos vários setores da sociedade (econômico, religioso, político e familiar).

Essa mesma sociedade, ainda essencialmente capitalista e patriarcalista, vem, aos poucos, tomando novas feições através da inserção da mulher no mercado de trabalho, no ambiente político e principalmente nos temas de debates acadêmicos. Ainda que este último tenha sua eficácia limitada pelo desenvolvimento econômico dos países em que são estabelecidos. Agora, a mulher contemporânea deixa de ser apenas a responsável pelo desenvolvimento reprodutivo da sociedade. Além de mãe e mulher, ela é assalariada e política.

Nos espaços em que essas práticas sociais se desenvolvem em tempos específicos, ocorrem relações de dominação (de poder), principalmente, quando se estuda as relações entre homens e mulheres. Esse lugar de cotidianidades se transforma em um território quando todo processo de concretização dessas relações é movimentado por relações de poder. Neste caso, a consideração do conceito de espaço geográfico nos remete não apenas ao aspecto físico/quantitativo do lugar estudado, mas, sobretudo aos aspectos qualitativos que determinam a dinâmica política, econômica e cultural das relações de gênero nele presente.

Nas áreas de exclusão social em que pesquisamos, o que se percebe são mulheres que geralmente se colocam na condição de mães e avós, influenciadas pelo tradicionalismo que atravessa gerações (modelo feminino de se comportar no âmbito de uma sociedade patriarcalista). Um exemplo que está muito presente nas falas das mulheres entrevistadas, diz respeito ao seu papel na sociedade. Isso porque a ideologia patriarcalista, mesmo tendo perdido força pelos avanços das conquistas femininas, ainda hoje determina o comportamento de muitas mulheres.

Por fim, ao incorporar a categoria de gênero no debate da produção e reprodução dos espaços geográficos, pensamos ser possível compreender as desigualdades (sociais, políticas, econômicas, dentre outras), impostas às mulheres dentro de espaços socialmente construídos, como a escalas do corpo, da casa, do bairro, da cidade e da global. Afinal, 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, bem como, desvelar ou reproduzir os discursos de ideologias dominantes. Portanto, consideramos ser o corpo feminino uma escala geográfica (relacionada a outras escalas, num movimento dinâmico de construção e reconstrução dos espaços) socialmente/culturalmente construída, mas também, portadora de características biológicas/naturais.

Nesta perspectiva, pretendemos continuar estudando mais profundamente a apropriação social do corpo feminino através de uma análise escalar. Para isto, será necessário 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, tentaremos articular a representação que essas mulheres fazem do real, com a abordagem de produção de escalas geográficas mais amplas, tais como: da casa, do bairro, da cidade até mesmo a global. Pois achamos que, ao considerarmos as escalas geográficas como espaços primordiais para a produção e reprodução da sociedade, e ao fazermos a articulação das

mesmas, no âmbito geográfico, podemos contribuir às discussões sobre a construção do papel do gênero feminino excluído/oprimido socialmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, I. P. Pobreza e desinformação matam mulheres. In: **Revista Mátria**. Brasília – DF: CNTE 3(3):2-3, 2005.

ALVES, N. A. **Relatório final apresentado a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo**. A questão de gênero em áreas de exclusão social. Presidente Prudente-SP, 2004.

BAGGIO, U. da C. Considerações sobre a reestruturação econômica global e seus impactos sobre o território. In: **GEOUSP: Espaço e Tempo: Revista da Pós Graduação em Geografia/Departamento de Geografia/FFLCH/Universidade de São Paulo**, 1(12):71-87, 2002.

BARRIENTOS, D. M. S. **Mulher & Saúde: buscando uma visão generificada na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico**. Dissertação de mestrado apresentada à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

BECKER, H. S. A História de vida e o mosaico científico. In: **Métodos De Pesquisa Em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1(2):101-115, 1994.

BRUHNS, H. T. Corpos femininos na relação com a cultura. In: **Corpo, mulher e sociedade**. Elaine Romero (Org.). São Paulo: Papyrus, 1995. 1(1):71-98.

CARLOS, A.F. A. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996.

CARVALHAL, T. B. **Gênero e classe nos sindicatos**. Presidente Prudente: Edições Centelha, 2004. 1(1):13-64.

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. 5(1):169-238.

CHAMMÉ, S. J. **Corpo e saúde: inclusão e exclusão social**. In: Saúde e Sociedade 11(2):3-7, 2002.

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, A. B. da. **Exclusões Sociais**. Lisboa:Gradativa, 1998.

COSTA, D.I.P. As mulheres chefes de domicílios e a formação de famílias monoparentais: Brasil, século XIX. In: **Revista Brasileira de Estudos de População**, 17(1/2):1-18, 2000.

GAIARSA, J. A. **o que é corpo**. São Paulo: Brasiliense, 2002. 7ª Ed. Coleção Primeiros Passos, 170.

GARCIA, M. F. **A luta pela terra sob enfoque de gênero: Os lugares da diferença no Pontal do Paranapanema**. (Tese Doutorado em Geografia), Faculdade de Ciências e Tecnologia. Universidade Estadual Paulista de Presidente Prudente-SP, 2004.

GUIMARÃES, A. A. **O amor e o ódio na vida do professor**. Campinas: (s.n.), 1999.

GUIMARÃES, R. B. et al. Cidades Médias: territórios da Exclusão. In: **Cidades: Revista Científica/Grupo de Estudos Urbanos**. Presidente Prudente – SP. 1(1):267-287, 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.

HARVEY, D. A política do corpo e a luta por um salário vital. In: **Espaço de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 1(1):161-178.

IBGE. **Mulher de hoje.** Disponível em: <
www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulherhoje.html >. Acesso em 25/04/2006.

_____. **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.

_____. 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.

KOLONTAI, A. A Mulher Moderna. In: **A nova mulher e a moral sexual.** São Paulo: Expressão Popular, 10(1):13-26, 2000.

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.

Locoh, T e Hertrich, V. e. Relações de gênero, formação e discussão das uniões nos países em desenvolvimento. In: **Gênero nos estudos de população/Demográficas.** Antonela Pinnelli (Org.). Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). 2(1):99-162, 2004.

LOPEZ, E. C. et al. **Publicações sobre mujeres, salud y gênero en Espana (1990-2005).** In: Rev. Esp. Salud Pública. 80(80):705-716, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/> > Acessado 30 mar. 2007.

MARTÍNEZ, A. S. et al. **Mujeres, espacio y sociedad: hacia una geografía del gênero.** Madrid: Editorial Síntesis, Coleção Espacios y sociedades, Série Mayor, 5(1). 1995.

MELAZZO, E. S. et al. **As dimensões socioeconômicas e demográficas das desigualdades em uma cidade média: a construção de um sistema de indicadores sociais.** In: **Encontro Nacional de Geógrafos,** João Pessoa. Anais... João Pessoa: AGB, 2002. CD Rom. 1(13):67-88, 2002.

MONTALI, L. **Mudanças recentes na relação família-trabalho.** XXIV Encontro anual da ANPOCS. Petrópolis, 2000. p. 1-28.

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

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.

PINNELLI, A. Gênero e família nos países desenvolvidos. In: **Gênero nos estudos de população/Demográficas.** Antonela Pinnelli (Org.). Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 1(2):55-98, 2004.

PINOTTI, J. A. et al. **Saúde da mulher.** São Paulo: [s.ed.], 1994.

PRÁ, J. R. et al. **Feminismos, políticas de gênero e novas institucionalidades.** Disponível em: < <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys5/textos/mariejeanept.htm> > Acessado em: 10 fev. 2005.

REA, M. F. Movimentos de conscientização e a saúde da mulher. In: **Revista São Paulo em perspectiva.** Out/Dez. 1(3). São Paulo, 1987.

ROSSINI, R. Nas Atividades econômicas a modernidade tecnológica exclui homens e mulheres. Incorpora mais a mulher na cidade e menos no campo. In: **GEOUSP: Espaço e Tempo: Revista da Pós Graduação em Geografia/Departamento de Geografia/FFLCH/Universidade de São Paulo,** 1(12):47-56, 2002.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 1993.

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. 20(1):5-22,1995.

SILVA, M. M. Mulher, identidade fragmentada. In: **Corpo, mulher e sociedade**. Elaine Romero (Org.). São Paulo: Papirus. 1(1):109-123, 1995.

SMITH, N. **Para uma Teoria do desenvolvimento desigual II: A escala espacial e o “vaivém” do capital**. In: Desenvolvimento Desigual, 1988. Ed 4. p. 191-220.

_____. Contornos de uma política espacializada: veículos de sem-teto e produção de escala geográfica. In: **O espaço da diferença**. Antônio A. Arantes (Org.), Campinas-SP: Papirus. 1(1):132-175, 2000

_____. **O corpo como estratégia de acumulação**. In: Espaço de esperança. São Paulo: Edições Loyola, 1(1):135-159, 2004.

SOARES, A. C. N. **Mulheres chefes de família: narrativa e percurso ideológico**. Franca: UNESP – FHDSS, 2002.

SOUZA, M. C. de (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 4º Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª Ed. 1998.

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.

WHITAKER, D. C. A. Análise De Entrevistas Em Pesquisas Com Histórias De Vida. In: **Cadernos CERU**. 2(11):147-158, 2000.

ZANELLA, A. V. et al. Contextos grupais e sujeitos em relação: contribuição às reflexões sobre grupos sociais. In: **Psicologia: reflexão e crítica**. 15 (1):211-218, 2002