UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS CULTURAIS

ALINE ÂNGELA VICTORIA RIBEIRO

**Da “bela velhice” às “velhinhas de bengala”: narrativas sobre envelhecimento, corpo,
gênero e menopausa**

São Paulo

2019

ALINE ÂNGELA VICTORIA RIBEIRO

**Da “bela velhice” às “velhinhas de bengala”: narrativas sobre envelhecimento,
corpo, gênero e menopausa**

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Filosofia pelo Programa de Pós-graduação em Estudos Culturais.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 06 de novembro de 2018. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:

Estudos Culturais

Orientadora:

Profa. Dra. Régia Cristina Oliveira

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8 - 4936

Ribeiro, Aline Ângela Victoria

Da “bela velhice” às “velhinhas de bengala”: narrativas sobre envelhecimento, corpo, gênero e menopausa / Aline Ângela Victoria Ribeiro ; orientadora, Régia Cristina Oliveira. – 2019
206 f.

Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, em 2018.

Versão corrigida

1. Idosos - Aspectos sociais. 2. Envelhecimento. 3. Mulheres - São Paulo (SP). 4. Gêneros (Grupos sociais). 5. Corpo humano. 6. Saúde da mulher. 7. Saúde do idoso. 8. Menopausa. I. Oliveira, Régia Cristina, orient. II. Título
CDD 22.ed.- 362.6

Nome: RIBEIRO, Aline Ângela Victoria Ribeiro

Título: Da “bela velhice” às “velhinhas de bengala”: narrativas sobre envelhecimento, corpo, gênero e menopausa

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Filosofia pelo Programa de Pós-graduação em Estudos Culturais.

Área de Concentração:
Estudos Culturais

Aprovado em: 06 / 11 / 2018

Banca Examinadora

Prof. Dr.	Edemilson Campos	Instituição:	EACH-USP
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____
Profª. Dra.	Elizabete Franco Cruz	Instituição:	EACH-USP
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____
Profª. Dra.	Natalia Alves Barbieri	Instituição:	CEP
Julgamento:	Aprovado	Assinatura:	_____

Para minha mãe, Angelina.

AGRADECIMENTOS

Não poderia começar de outra forma que não essa: agradeço às mulheres que aceitaram participar dessa pesquisa e compartilharam suas histórias comigo. Muito obrigada por me receberem, pelas conversas, cafés e momentos de reflexão compartilhados. Sem vocês essa dissertação não existiria.

À professora Régia Cristina Oliveira, minha orientadora, por acreditar na minha capacidade e pela confiança em meu trabalho.

À CAPES, pelo financiamento que permitiu que essa pesquisa fosse realizada.

Ao professor Edemilson Antunes de Campos e à professora Natália Alves Barbieri, que participaram de minha banca de qualificação do mestrado, pela prontidão na leitura do trabalho e pelas sugestões e comentários que auxiliaram na reformulação do texto.

À Monique Borba Cerqueira, pesquisadora do Instituto de Saúde, com quem tive a oportunidade de trabalhar ao longo de dois anos durante a graduação. Sua orientação e seu incentivo foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

À professora Elizabete Franco Cruz, a Bete, pelas aulas, conselhos e por oferecer no grupo de estudos um espaço seguro de conversa, sem os quais esse percurso teria sido bem mais difícil.

Ao meu irmão Aires (o Evandro) pelo apoio e incentivo ao longo dos anos. Pelas “brincas” que diziam que eu precisava confiar mais em mim e acreditar no meu potencial. E, claro, por ter me apresentado as Sociais, há mais de uma década, dizendo que era um curso que tinha muito a ver comigo (e acertou!).

À minha mãe Angelina, a dona Maria (que também serviu de inspiração para essa pesquisa), por todo apoio, por me incentivar a continuar estudando e por acreditar que eu deveria fazer o que eu gosto como profissão.

Ao meu pai José, que até hoje não entende porque eu gosto tanto de estudar.

À minha tia Maria Victoria que, desde que eu era criança, contribuiu para que eu gostasse de ler, estudar e pensar sobre os porquês do mundo.

Minha gratidão também para todas amigas e amigos que me acompanharam nesse percurso, pela paciência com minhas ausências ao longo desses dois (quase três) anos, especialmente algumas pessoas muito queridas: Guilherme Clemente e Hugo dos Santos, sociólogos de botequim; Juliana do Carmo, Tatiana Lazzarotto e Fabiana Zerbinatto, pelos cafés e conversas compartilhadas; Taís (sem h) Tesser, pela disposição em ouvir os dramas cotidianos, pelos conselhos e a disposição em sempre me ajudar; Luciana Vieira e Amanda

Hora, sambistas e colegas de curso, por terem me apresentado o programa de Estudos Culturais e me ajudarem com minhas dúvidas (que não foram poucas); às meninas do PAP, Carolina Médici, Bruna Florença, Naiana Fernandes e Tatiana Ribeiro, pelas brincadeiras e conversas que fazem tanta falta.

Às colegas de pós-graduação Aline Shirazi, Mayara Custódio e Yasmin Alencar, pelos momentos de troca e desabafo que tornaram o mestrado mais leve.

Agradeço especialmente àqueles/as que também me ajudaram, além de algumas pessoas já citadas, indicando mulheres para a pesquisa: Adriano Queiroz, Bel Mayer (e o IBEAC), Djane Rodrigues e Márcia Rodrigues, Mariana Gualhardo e Martha Hitner.

Ao Maurício Rodrigues, o Mao, meu revisor oficial, pelas muitas horas de leitura dessa dissertação e de discussão sobre a pesquisa. Por todo apoio, carinho e incentivo, pelas palavras de calma em meus momentos ansiosos e pelo companheirismo ao longo do mestrado (e fora dele).

“Acredito que devemos ter definições mais abrangentes de beleza, que incluam diversos tipos físicos. Acredito que é importante que as mulheres se sintam confortáveis com seu corpo, sem querer mudar cada coisinha para sentir esse conforto. Eu quero acreditar que meu valor como ser humano não reside no meu tamanho, ou na minha aparência. Por ter crescido numa cultura que é geralmente nociva para as mulheres e está constantemente tentando disciplinar o seu corpo, eu sei que é importante resistir aos padrões insensatos de como o meu corpo, ou qualquer corpo, deve ser. O que eu sei e o que eu sinto são duas coisas muito diferentes. Sentir-me confortável no meu corpo não tem a ver só com padrões de beleza. Não é inteiramente relativo a ideais. Tem a ver com a forma como me sinto em minha pele e em meus ossos um dia de cada vez”.

(GAY, 2017, p. 23)

“Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia”.

(GALEANO, 2008, p. 123)

RESUMO

RIBEIRO, Aline Ângela Victoria. **Da “bela velhice” às “velhinhas de bengala”**: narrativas sobre envelhecimento, corpo, gênero e menopausa. 2019. 206 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Versão corrigida.

Este trabalho analisa, a partir de abordagem qualitativa e perspectiva interdisciplinar, os sentidos atribuídos ao envelhecimento e à velhice por mulheres pertencentes às camadas médias populacionais, moradoras da Região Metropolitana de São Paulo. São discutidos esses sentidos e suas proximidades e distanciamentos em relação aos discursos hegemônicos, sobretudo àqueles associados ao “envelhecimento ativo”, nos quais envelhecer aparece como algo que pode ser adiado através da adoção de determinados cuidados que visam à administração de corpos e identidades. Foram realizadas entrevistas em profundidade, individuais e semiestruturadas com dez mulheres que possuíam entre 50 e 71 anos. A discussão está organizada em quatro eixos: as percepções acerca da velhice e do processo de envelhecimento, as transformações corporais relacionadas a esses fenômenos, as especificidades do envelhecimento feminino e a relação entre menopausa e envelhecimento. As narrativas das mulheres entrevistadas apresentam dois grandes grupos de sentidos que coexistem e se interseccionam: a “bela velhice” e as “velhinhas de bengala”. Os discursos hegemônicos apontam para a responsabilização dos indivíduos acerca de sua saúde e a moralização daqueles que não seguem o estilo de vida considerado adequado. Tais discursos, juntamente a determinadas mudanças socio-históricas nas construções de gênero, possibilitam uma vivência do envelhecimento perpassada pela atividade, autonomia e independência. No entanto, ao mesmo tempo em que trazem benefícios e revisam estereótipos negativos, constroem normas que implicam na abjeção e apagamento de outras experiências. Pretende-se, então, contribuir para a análise do envelhecimento feminino, refletindo sobre a interlocução entre discursos, práticas sociais e subjetividades, evidenciando também os modos através dos quais as mulheres estão vivenciando esse fenômeno na contemporaneidade.

Palavras-chave: Envelhecimento. Velhice. Gênero. Corpo. Menopausa. Saúde. Cuidado. Envelhecimento ativo.

ABSTRACT

RIBEIRO, Aline Ângela Victoria. **From the “beautiful old age” to the “old lady with a cane”**: narratives on aging, body, gender and menopause. 2019. 206 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The present study analyses from a qualitative approach and an interdisciplinary perspective, the meanings attributed to aging and old age by middle class women living in the Metropolitan Region of São Paulo. The discussion approaches those meanings and their proximities or distances with hegemonic discourses, especially those associated with “active aging”, in which aging appears as something that can be postponed by adopting certain cautions that aim to manage bodies and identities. In-depth, individual and semi-structured interviews were conducted with 10 women aged between 50 and 71 years. For the analysis, four points were considered: perceptions about ageing and the ageing process, the corporal transformations related to these phenomena, the specificities of female ageing and the relationship between menopause and ageing. The narratives of the interviewed women presented two large groups of meanings that coexisted and intersected: the “beautiful aging” and the “old lady with a cane”. The hegemonic discourses point out to the accountability of individuals about their health and the moralization of those who can’t do not follow the life style that’s considered adequate. Those discourses, adjacent to some social historical chances on the constructions of gender, made it possible for the interviewed women to experience an ageing process that was permeated by values associated with activity, autonomy and independence. Even though these discourses might bring benefits, revise stereotypes and provide old age with positive meanings, they might also build norms and dictate rules of conduct. The latter implies social exclusion and erasure of other experiences that deviate from the norm. This study intended to contribute to the analysis of female ageing, by reflecting on the interlocation between discourses and social practices and individuals, as well by highlighting the ways in which women experience this phenomenon.

Keywords: Aging. Old age. Gender. Body. Menopause. Health. Care. Active aging.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ENVELHECIMENTO, CORPO E GÊNERO: UMA DISCUSSÃO TEÓRICA	24
2.1	A periodização da vida e o surgimento da velhice enquanto categoria social	24
2.2	Políticas do envelhecimento: terceira idade e o “envelhecimento ativo”	27
2.3	O corpo como superfície social	31
2.4	Corporeidade e envelhecimento	33
2.5	Velhice, precariedade e morte	35
2.6	Envelhecimento feminino: compreendendo suas especificidades	38
2.7	Sobre a menopausa e o corpo em envelhecimento	43
3	PERCURSO METODOLÓGICO	48
3.1	Instrumentos e técnicas de pesquisa	50
3.2	Caracterizando o campo (ou quem são essas mulheres?)	55
4	IDENTIDADES E ENVELHECIMENTO: “EU NÃO SOU COITADA”	60
4.1	Exemplos de “bela velhice”: discursos midiáticos e especializados	63
4.2	Velhice como comportamento e estilo de vida	72
4.3	Independência e fragilidade	81
5	CORPO E ENVELHECIMENTO: SAÚDE, APARÊNCIA, ENERGIA	90
5.1	A saúde e o ser/estar saudável	92
5.2	Aparência: a “ <i>roupa de velha</i> ” e as rugas	103
5.3	Energia, capacidade funcional e atividade	116
6	GÊNERO E ENVELHECIMENTO: CUIDADO, SAÚDE E GERAÇÃO	121
6.1	Cuidado é “coisa de mulher”	123
6.2	Sociabilidade e lazer	133
6.3	A “liberdade de gênero” e os relacionamentos	139
6.4	Velhice feminina ontem e hoje	147
7	CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO	152

7.1	Menstruação, menopausa e sexualidade	153
7.2	Sintomas e transformações corporais	161
7.3	Menopausa, hormônios e medicalização	166
7.4	Entrelaçando envelhecimento e menopausa	173
8	CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES	178
	REFERÊNCIAS	185
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	203
	ESCLARECIDO	
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	205

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento, como um processo biológico, acontece ao longo de nossas vidas, gerando transformações constantes. Mas, na perspectiva da qual parte esta pesquisa, é a cultura que significa esse processo. Na década de 1970, Simone de Beauvoir denunciou a “conspiração do silêncio” que havia, por parte da sociedade, em torno do envelhecimento e da velhice. Ao narrar as reações de outras pessoas ao saberem o tema que discutia em seu ensaio, a autora disse ouvir exclamações de susto: “Que ideia!... Mas você não é velha!... Que tema triste...” (BEAUVOIR, 1990, p. 8).

Desde então, muito mudou. Esses fenômenos têm adquirido visibilidade para além da esfera privada e despontam no repertório de discursos de segmentos variados (midiáticos, governamentais, acadêmicos, populares). A velhice vem adquirindo novos sentidos; porém, ainda sem abandonar totalmente seu lugar de abjeção social. Ao decidir estudar o envelhecimento e compartilhar com outras pessoas meu tema de pesquisa, muitas vezes ouço comentários não tão diferentes daqueles que interpelaram Beauvoir: que é um tema importante, porém triste; que os/as velhos/as “são *feios/as*”, porque são “cheios de rugas”; que não há porque pensar sobre isso neste momento, pois eu, em minha idade, ainda tenho um longo percurso até precisar me preocupar com a velhice.

O presente estudo tem como objetivo analisar os sentidos atribuídos ao envelhecimento por mulheres pertencentes às camadas médias populacionais, moradoras da Região Metropolitana de São Paulo. Busca-se refletir acerca das distâncias e proximidades desses sentidos em relação aos discursos hegemônicos em nossa sociedade, sobretudo aqueles atrelados ao “envelhecimento ativo”. Foram analisadas narrativas¹ produzidas ao longo de entrevistas em profundidade, individuais, realizadas com 10 mulheres que possuíam entre 50 e 71 anos. Nas entrevistas, as interlocutoras foram indagadas acerca de suas percepções sobre a velhice e o processo de envelhecimento², das transformações corporais relacionadas a esses fenômenos e, no que diz respeito às especificidades do envelhecimento feminino, de sua

---

¹ A narrativa é um relato ou diálogo no qual “o indivíduo conta a sua história ou, melhor dizendo, conta-se num determinado momento ou situação” (LALANDA, 1998, p. 876).

² Faz-se a distinção entre velhice e envelhecimento, pois o primeiro termo é utilizado em referência a determinado estágio no ciclo da vida. Já o envelhecimento se refere a um processo que ocorre ao longo de todo nosso curso de vida. O envelhecimento é um processo resultante da “articulação entre aspectos subjetivos das pessoas e seu ser social em um processo de construção histórica” (OSORIO, 2006, p. 5, tradução minha). A velhice é “uma construção biográfica-individual e histórica cultural” (OSORIO, 2006, p. 5, tradução minha), que também é dinâmica e não carrega um sentido “fechado”. São, portanto, termos com sentidos distintos, porém que se inter cruzam. É importante ressaltar que essas categorias não são a-históricas, “descoladas” de seu contexto cultural e das histórias de vida dos indivíduos.

condição de serem mulheres de meia-idade, idosas, velhas (ou ainda de não se identificarem com nenhuma dessas categorias). Também em relação ao gênero, são abordados os sentidos do “ser mulher” em nossa sociedade e se a menopausa estaria ou não relacionada, para elas, ao processo de envelhecimento³. A discussão tem abordagem interdisciplinar, com o suporte teórico de autoras e autores da Sociologia, Antropologia, Filosofia, Saúde Coletiva e dos Estudos Culturais.

O ponto de partida para a escolha do tema dessa pesquisa foi, sem dúvida, a convivência com minha mãe – que, no momento em que entregarei essa dissertação, terá 66 anos. Por não ter convivido com proximidade, até então, com pessoas idosas (e incluo aqui tanto pessoas acima de 60 anos – que seriam entendidas como idosas de acordo com o critério etário socialmente estabelecido – quanto pessoas que se autodefinissem como idosas/velhas), havia curiosidade e interesse pelo tema, que foram instigados conforme pude acompanhar o envelhecimento de minha mãe. Tratam-se de duas perspectivas e experiências diferentes, claro: a dela, que está vivenciando transformações associadas a esse processo, e minha percepção, de quem observa de fora. Foi acompanhando e ouvindo suas falas sobre o tema – acompanhadas, no geral, por um tom de descontentamento com as mudanças que estavam acontecendo – que pude perceber e refletir, inclusive, em relação à minha própria subjetividade: o que significa, então, envelhecer para as mulheres hoje em dia, e como será quando *eu* envelhecer?

Attias-Donfut (2004) apontou que, se comparado ao envelhecimento masculino, há menor visibilidade, na literatura especializada, acerca de como as mulheres estão vivenciando esse processo:

A velhice das mulheres não é apenas um tema incongruente, ele também é minimizado. Em si, pouco atraente, ele tem ainda um estatuto científico duplamente desvalorizado, posto que trata de mulheres e de velhice. As(os) pesquisadoras(es) feministas, no seu combate para se fazer escutar e adquirir uma legitimidade científica, investiram com razão no campo do trabalho e se concentraram, principalmente, no problema de conciliação entre vida profissional e vida familiar (e sobretudo a maternidade). Assim fazendo, elas(es) evitaram ou esqueceram completamente as mulheres de mais de 50 anos (ATTIAS-DONFUT, 2004, p. 87).

A autora está tratando de um contexto específico – a França, no início da década de 2000 – porém, tal apontamento ainda se mostra relevante também em nosso atual contexto.

---

³ O “ser mulher” diz respeito ao que comumente se chama de “feminilidade” como o conjunto de discursos, valores, práticas e comportamentos que são atribuídos hegemonicamente às mulheres e/ou às pessoas que se identificam como tal, muitas vezes sendo percebidos como naturalmente ou biologicamente determinados. Por exemplo, a premissa de que toda mulher tem o desejo de se tornar mãe ou de que as mulheres são mais sensíveis e emotivas do que os homens. Parto da perspectiva de que esses atributos são construídos socioculturalmente, de acordo com determinados contextos/momentos históricos.

No Brasil, uma quantidade expressiva de pesquisas vem sendo realizada sobre o tema – inclusive, especificamente, acerca do envelhecimento de mulheres pertencentes às camadas médias populacionais⁴ –, com destaque para as áreas de Sociologia e Antropologia, além de alguns estudos no campo da Gerontologia. No entanto, investigações acerca de envelhecimento na perspectiva dos Estudos Culturais, como é o caso da presente pesquisa, ainda têm muito a contribuir para a visibilização do envelhecimento e da velhice feminina e a perspectiva das atuais gerações de mulheres brasileiras que estão vivenciando esses momentos.

No interior das transformações ocasionadas pelo envelhecimento, há especificidades próprias do envelhecimento feminino e do masculino. Britto da Motta (1999) observa que a “trajetória de vida” e as vivências relacionadas ao gênero e à classe social⁵ influenciam profundamente o modo como os sujeitos (no caso, as mulheres) irão conceber e vivenciar a velhice. Portanto, “gênero” é uma categoria central para a análise da velhice enquanto categoria social (DEBERT, 1994a).

“Gênero” é um dispositivo através do qual a cultura constrói e estabelece diferenças de sexo/gênero entre os sujeitos, classificando-os de acordo com um sistema binário (masculino/feminino, homem/mulher) e atribuindo sentidos, características, comportamentos e regras de conduta para cada um deles (BUTLER, 2003). Lauretis (1994) utiliza a expressão “tecnologias de gênero” para abordar esses meios através dos quais ocorre a construção do gênero, a partir da cultura. Assim, o gênero “não é uma essência ou uma verdade psicológica, mas uma prática discursiva, corporal e performativa através da qual o sujeito adquire inteligibilidade social e reconhecimento político” (PRECIADO, 2013, p. 110, tradução minha).

Butler (2003) denomina “performatividade de gênero” o modo como os sujeitos inscrevem em seus corpos, a partir de discursos e práticas, a construção de uma identidade de gênero inteligível, de acordo com as categorias e normas⁶ hegemônicas que estão postas pela sociedade. Ou seja, a “‘unidade’ do gênero é o efeito de uma prática reguladora que busca

---

⁴ Ver, por exemplo, Alves (2006), Barros (2006, 2009), Britto Da Motta (1999, 2012), Motta (1998).

⁵ Não se propõe, nessa dissertação, discutir profundamente o conceito de classe social. No entanto, por se tratarem de mulheres pertencentes às camadas médias – embora possuam trajetórias de vida, algumas vezes, bastante distintas entre si, considerando também que a própria classe média é bem heterogênea –, elas possuem acesso a determinados discursos, lugares e práticas que mulheres de outras classes não possuem ou não adotam como parte de um “estilo de vida”.

⁶ A norma é um dispositivo de disciplinarização e regulamentação (FOUCAULT, 2005). A norma faz com que a cultura e o mundo social sejam inteligíveis para os sujeitos, ordenando, classificando e criando aquilo que é normal e o que não é, consistindo em “um modo de regulação social” (BUTLER, 2014, p. 262) que “opera no âmbito de práticas sociais sob o padrão comum implícito da normalização” (BUTLER, 2014, p. 252).

uniformizar a identidade do gênero por via da heterossexualidade compulsória” (BUTLER, 2000, p. 57):

Certas formas de se conter, andar, correr, firmar a cabeça e posicionar os membros não são apenas culturalmente relativas ou adquiridas por meio da socialização de gênero, mas constituem regimes do corpo que buscam subjetivar em termos de certa verdade do gênero, inscrevendo uma relação particular consigo mesmo/a em um regime corporal, a qual é prescrita, racionalizada e ensinada em manuais de aconselhamento, etiqueta e boas maneiras, e imposta por sanções (ROSE, 2001a, p. 44).

Considerando o aspecto sociocultural das identidades de gênero, são necessárias algumas colocações acerca da categoria “mulher”. É uma perspectiva dos Estudos Culturais que a universalidade de conceitos seja problematizada⁷. Judith Butler afirma que “mulher” é “um lugar de disputa política permanente” (BUTLER, 1998, p. 17), “um termo em processo, um devir” (Idem, 2003, p. 58-59). Ou seja, ela não possui um sentido fixo e imutável, pois os sentidos a ela atribuídos estão em constante mudança, ressignificação e disputa. Assim, existem diferentes formas de vivenciar a(s) identidade(s)⁸ mulher/feminina, múltiplas feminilidades que não são contempladas na concepção hegemônica e universalizante de mulher (LOURO, 1997), que associa essa categoria à juventude e às capacidades reprodutivas. Em relação a presente pesquisa, ela foi realizada com mulheres cisgêneras⁹, pois tinha, como um de seus eixos de interesse, a menopausa¹⁰.

A cultura é uma “teia de significados” na qual estamos inseridos, conforme proposto por Geertz (2008), criada por nós mesmos. Assim, de acordo com Hall (1997, p. 29), a cultura “não é nada mais do que a soma de diferentes sistemas de classificação e diferentes formações discursivas aos quais a língua recorre a fim de dar significado às coisas”. Logo, a linguagem desempenha papel fundamental, pois é a partir dela que se constroem os significados das

⁷ Tal perspectiva teórica também leva à problematização do “homem universal”, ou seja, o homem (masculino) como referencial de sentido quando falamos dos seres humanos, por exemplo. Ou ainda, no que diz respeito à linguagem, na revisão do uso sistemático das palavras no masculino plural (por exemplo, “eles”, “pesquisadores”, “autores”), mesmo quando estamos nos referindo a um grupo composto por várias mulheres e apenas um homem.

⁸ Quanto à questão da identidade, compreende-se que não há um sujeito pré-discursivo, uma natureza ou substância do sujeito a serem descobertas (LARROSA, 1994). Nesse sentido, as identidades não são fixas ou imutáveis (HALL, 2005).

⁹ Ou seja, que se identificam com o gênero que lhe designaram ao nascerem.

¹⁰ As entrevistas também poderiam ser realizadas, por exemplo, com homens trans ou pessoas não binárias que tivessem passado pela menopausa; no entanto, aí se trataria de um universo de pesquisa diferente, com outros objetivos e que traria outras questões e reflexões. O envelhecimento da população trans e travesti, embora não seja abordado nesta dissertação, é um tema extremamente relevante, porém ainda não muito explorado. O Brasil é o país em que mais são assassinadas travestis e trans (BENTO, 2014); por serem alvo de diversas violências, sua expectativa de vida é de, em média, 35 anos. Sobre o envelhecimento de essa população ver, por exemplo, os trabalhos de Antunes (2010), Lopes (2014), Mountian (2015) e Henning (2017).

coisas e a realidade em si. Nesse sentido, nossas práticas são sempre discursivas, pois estão inseridas e adquirem seus sentidos nessas “teias” discursivas.

Uma vez que há disputas quanto aos significados e sentidos dominantes, a cultura é também “um campo de luta em torno da significação social [...] no qual os diferentes grupos sociais, situados em posições diferenciadas de poder, lutam pela imposição de seus significados à sociedade mais ampla” (SILVA, 2005, p. 133-134). Silva parte da noção foucaultiana de poder como sendo produtivo e não apenas repressor, difuso em relações sociais e não controlado apenas por um único grupo social e, por isso também, objeto de constantes disputas:

Se o poder não fosse nada além de repressivo, se ele não fizesse nada além de dizer “não”, você realmente acha que alguém seria levado a obedecê-lo? O que faz com que o poder se sustente, o que o faz ser aceito, é simplesmente o fato de que ele não apenas pesa sobre nós como uma força que diz “não”, mas ele atravessa e produz coisas, ele induz prazer, forma conhecimento, produz discursos. Ele precisa ser compreendido como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, muito mais do que uma instância negativa que tem como função reprimir (FOUCAULT, 1984, p. 61, tradução minha).

Nessa perspectiva, compreende-se aquilo que é considerado verdade (por exemplo, o conhecimento científico) como uma construção sócio-histórico-cultural. A relação presente entre saber e poder é intrínseca ao funcionamento da sociedade: os saberes estão sempre em jogo, pois há constantes disputas acerca deles (FOUCAULT, 1979; 1988), resultando, assim, que as verdades sejam produzidas através dos discursos considerados socialmente legítimos. Enquanto os sentidos – ou significados – são “um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (SPINK; MEDRADO, p. 22, 2013), discurso “refere-se a uma série de afirmações, em qualquer domínio, que fornece uma linguagem para se poder falar sobre um assunto e uma forma de produzir um tipo particular de conhecimento” (HALL, 1997, p. 29).

A relação entre os discursos e o poder é de duas vias: “é preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência” (FOUCAULT, 1988, p. 111). Nesse sentido, o conhecimento científico não é imparcial ou dotado de neutralidade. Luz (1988), por exemplo, chama atenção para essa relação entre poder e racionalidade científica moderna¹¹, um dos principais meios através dos quais se produziram (e produzem) verdades acerca do

---

¹¹ A autora aborda, especificamente, duas disciplinas: a medicina e a sociologia.

mundo e da vida. A medicina, por exemplo, adota esse discurso de racionalidade científica, buscando legitimar determinados conhecimentos e saberes por ela “descobertos” (ou seja, construídos¹²). Locke (1993) também discorre acerca desse aspecto, referindo-se aos discursos científicos sobre a biologia, que são compreendidos “como não sendo simplesmente uma narrativa, mas uma verdade universal – uma réplica, em vez de uma representação da natureza” (LOCKE, 1993, p. 375, tradução minha).

Também é o caso da biomedicina, campo no qual se unem a racionalidade científica da medicina ocidental contemporânea e “o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia” (CAMARGO JUNIOR, 2005, p. 178). Suas principais características e fundamentações teóricas são: a compreensão mecanicista do corpo, na qual ele é entendido como um agrupado de sistemas; a “produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral” (CAMARGO JUNIOR, 2005, p. 178); e a centralização na doença como “categoria central do saber e da prática médica” (CAMARGO JUNIOR, 2005, p. 180). Os conhecimentos biomédicos perpassam todos os campos do social, ditando práticas, técnicas e comportamentos que se constituem, nas sociedades ocidentais contemporâneas, como hegemônicas (BRETON, 2007):

As práticas de manutenção da saúde não se encontram isoladas e acima de outras práticas da vida cotidiana, mas incorporadas indelevelmente ao universo do indivíduo, frequentemente de modo a esconder quaisquer associações evidentes com “saúde” em favor de outros sentidos e prazeres experimentados como mais importantes (LUPTON, 2000, p. 42).

Assim, os discursos da biomedicina exercem um papel central na produção de saberes considerados legítimos em nossa sociedade, inclusive em campos que não são estritamente ligados à saúde, podendo ser utilizados para corroborarem determinadas concepções acerca de gênero, sexualidade, raça/etnia, classe e idade (ROHDEN, 2006; BARBIERI, 2014). Por exemplo, de acordo com Vieira (2002) e Rohden (2001), ao longo da história, os olhares médicos sobre o corpo feminino participaram na construção da concepção da “natureza feminina”, enquanto uma associação permanente entre a mulher e as suas capacidades reprodutivas e/ou à maternidade. Essa noção foi utilizada, durante muito tempo, para justificar as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, além de servir como base para a medicalização¹³ dos corpos das mulheres. É também sobre esses discursos que esta

¹² Afirmar que os conhecimentos, a ciência, os saberes são construídos não significa desvalidá-los, rotulando-os de mentiras, mas sim chamar atenção para o fato de que são noções elaboradas a partir de um contexto social, histórico e cultural e, assim sendo, são construções interseccionadas por diversas relações de poder.

¹³ O termo “medicalização” se refere ao “processo através do qual problemas que não são médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios” (CONRAD, 2007, p. 4,

dissertação busca refletir e problematizar, a partir das narrativas construídas pelas mulheres nas entrevistas realizadas.

O corpo torna-se central para essa reflexão, pois “se a ciência alcançou o local hegemônico que ocupa como um discurso e como uma prática em nossa cultura é porque [...] ela opera como um aparato material-discursivo de produção corporal” (PRECIADO, 2013, p. 34, tradução minha). O surgimento da biopolítica – ou seja, uma política focada na vida – no final do século XVIII traz também:

A introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da morbilidade também (FOUCAULT, 2005, p. 291).

Nesse momento histórico, de acordo com Foucault (1988), a medicina e a biologia passam a desempenhar um papel central no modo como as sociedades ocidentais concebem questões relacionadas à vida e às populações¹⁴. O problema central da biopolítica é, portanto, o prolongamento/preservação da vida, que é compreendida como um valor, sobretudo, econômico (FOUCAULT, 2005) – porém, não se trata de todas as vidas humanas, por exemplo, uma vez que esse dispositivo cria distinções entre as vidas consideradas possuidoras de valor e as que não são valorizadas (tema que será retomado mais à frente nesta dissertação).

É importante considerar, conforme apontam Rabinow e Rose (2006), que Foucault, ao formular os conceitos de biopoder e biopolítica, estava refletindo acerca de um período histórico e contexto social específicos, não sendo, portanto, um conceito que se propõe a ser trans-histórico. No entanto, trata-se de um conceito extremamente profícuo para a análise e problematização das sociedades atuais. Buscando uma aproximação à contemporaneidade, os dois autores pontuam três dimensões que constituem o biopoder hoje: o nível dos discursos e saberes sobre a vida humana, considerados como verdadeiros; as “estratégias de intervenção” sobre a vida, especialmente a nível populacional; e os “modos de subjetivação”, ou seja, as práticas, técnicas, regras e intervenções realizadas pelos indivíduos sobre si mesmos, “em nome de sua própria vida ou saúde, de sua família ou de alguma outra coletividade, ou

---

tradução minha).

¹⁴ “Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder. Este não estará mais somente a voltas com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida” (FOUCAULT, 1988, p. 155).

inclusive em nome da vida ou saúde da população como um todo” (RABINOW; ROSE, 2006, p. 29). Consideram-se também as especificidades deste contexto:

As racionalidades, estratégias e tecnologias do biopoder mudaram ao longo do século XX, assim como a administração da saúde e da vida coletiva tornou-se um objetivo chave de Estados governamentalizados, e novas configurações da verdade, do poder e da subjetividade surgiram para dar suporte às racionalidades do bem-estar e da segurança, assim como aquelas de saúde e higiene. [...] Vemos o nascimento de novos modos de individualização e concepções de autonomia com seus direitos associados à saúde, à vida, à liberdade e à posse de uma forma de felicidade que é cada vez mais entendida em termos corporais e vitais (RABINOW; ROSE, 2006, p. 38).

Embora o foco do biopoder esteja nas populações, ele age sobre os indivíduos, pois também age sobre seus corpos: “é o fato do poder encarregar-se da vida, mais do que a ameaça da morte, que lhe dá acesso ao corpo” (FOUCAULT, 1988, p. 155). Produzir ou manter corpos úteis e saudáveis e controlar as doenças passam a ser necessidades que surgem, em partes, relacionadas ao desenvolvimento do capitalismo (FOUCAULT, 1988). Para esse sistema econômico, os corpos devem ser gerenciados de forma que sejam produtivos e dóceis, um “corpo que produz e consome” (FOUCAULT, 1988, p. 118). Assim também se desenvolve a preocupação com o envelhecimento populacional. Passa a ser objeto de ação da biopolítica a questão “da velhice, do indivíduo que cai, em consequência, para fora do campo de capacidade, de atividade” (FOUCAULT, 2005, p. 291).

O corpo passa a ser local de investimento e trabalho, fazendo com que o indivíduo busque a sua adaptação a tais valores e ideais. É através dos discursos da biomedicina que é formada a compreensão hegemônica acerca do corpo em nossa sociedade – e o próprio entendimento que os sujeitos têm de si mesmos (LUPTON, 2012):

As práticas de saúde pública e os discursos de promoção da saúde privilegiam um certo tipo de sujeito, um sujeito que é autorregulado, consciente de sua saúde, de classe-média, racional, civilizado. Privilegiam também um corpo que é contido/coibido, que está sob o controle da vontade. As estratégias governamentais de saúde pública e de promoção da saúde, patrocinadas pelo Estado e por outras agências, têm como finalidade a promoção desses sujeitos e desses corpos. Estas estratégias realmente funcionam, como se pode perceber pela maneira como as pessoas expressam suas preocupações com a própria saúde e com tipos de atividade de promoção da saúde, nas quais elas se engajam, o que não ocorre com todos os indivíduos, nem por todo o tempo (LUPTON, 2000, p. 15).

Retomando a questão do poder e da circulação de saberes, em que alguns são dotados de caráter de verdade, considera-se que existem diversos discursos em disputa, acerca das possibilidades de existência em nossa sociedade: o que significa ser uma mulher, o que significa ser idosa, o que significa estar na menopausa. É a partir desses “modos de ser e estar no mundo” que pensamos nossas experiências e identidades e damos sentido a elas.

Assim, as identidades são construídas através da relação dialógica entre sujeito e

cultura¹⁵, a partir de práticas e da apropriação e reapropriação dos discursos presentes na sociedade (HALL, 1997; 2005). Em cada sociedade existem algumas possibilidades¹⁶ de se tornar – e ser reconhecido enquanto – sujeito:

Toda cultura deve transmitir um certo repertório de modos de experiência de si, e todo novo membro de uma cultura deve aprender a ser pessoa em alguma das modalidades incluídas nesse repertório. Uma cultura inclui os dispositivos para formação de seus membros como sujeitos ou, no sentido que vimos dando até aqui à palavra "sujeito", como seres dotados de certas modalidades de experiência de si (LARROSA, 1994, p. 45).

De acordo com Hall (1997), a produção desses “lugares de sujeito” e o estabelecimento de determinados comportamentos e práticas como normas constituem uma das formas pelas quais somos regulados através da cultura, em que somos levados a nos autorregularmos. Esse processo de autorregulação envolve as “técnicas de si”, conforme formulado por Foucault (1997, p. 109), “isto é, os procedimentos, que, sem dúvida, existem em toda civilização, pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins”.

Nesse sentido, os corpos e sujeitos que se encontram aquém dessa norma sofrem sanções, sendo compreendidos como abjetos:

O crescimento da cultura de consumo¹⁷ nas sociedades ocidentais resultou na transformação do corpo envelhecido e do corpo com deficiência em fontes de grande ansiedade. Um corpo que não funciona “normalmente”, ou não parece “normal”, ou que está confinado a uma cadeira de rodas ou cama, é tanto visualmente quanto conceitualmente deslocado, como fica evidente pela ausência de equipamentos públicos para pessoas portadoras de deficiências ou idosos (LUPTON, 2012, p. 37).

Em nossa sociedade, caracterizada por ser extremamente individualizada (ELIAS, 2001) e, logo, prezar por valores como independência e autonomia, a depreciação e desvalorização da velhice está relacionada, sobretudo, a sua associação recorrente à dependência e à fragilidade. Institui-se a diferenciação entre os idosos “bons”, que cuidam de sua saúde, são ativos, produtivos – inclusive no sentido econômico – e aqueles que não se

---

¹⁵ De acordo com Hall (1997, p. 26): “A identidade emerge, não tanto de um centro interior, de um ‘eu verdadeiro e único’, mas do diálogo entre os conceitos e definições que são representados para nós pelos discursos de uma cultura e pelo nosso desejo (consciente ou inconsciente) de responder aos apelos feitos por estes significados, de sermos interpelados por eles, de assumirmos as posições de sujeito construídas para nós por alguns dos discursos [...]. O que denominamos ‘nossas identidades’ poderia provavelmente ser melhor conceituado como as sedimentações através do tempo daquelas diferentes identificações ou posições que adotamos e procuramos ‘viver’, como se viessem de dentro, mas que, sem dúvida, são ocasionadas por um conjunto especial de circunstâncias, sentimentos, histórias e experiências única e peculiarmente nossas, como sujeitos individuais. Nossas identidades são, em resumo, formadas culturalmente”.

¹⁶ De acordo com Larrosa (1994), a educação desempenha o papel de transmitir essas possibilidades ou formas de se tornar sujeito. Além da educação, as práticas terapêuticas e o conhecimento médico também são centrais nessa questão.

¹⁷ A autora utiliza a expressão “commodity culture”. *Commodity* pode ser traduzida como mercadoria, bem ou produto.

adéquam a essas normas, que não seguem as prescrições, práticas e comportamentos designados pelos discursos de prevenção e promoção de saúde (ORTEGA, 2008). Mesmo aqueles que agem de acordo com os discursos da saúde, mas porventura adoecem são, de certa forma, identificados com o aspecto negativo (LUPTON, 2012)¹⁸.

Assim, os discursos acerca do envelhecimento, do corpo e das mulheres também criam e recriam normas e categorias, ou seja, criam verdades sobre os sujeitos. Para compreender tal dinâmica, é necessário analisar práticas, comportamentos e subjetividades que fazem parte das normas ou se opõem a elas. Nesse sentido, torna-se relevante investigar a perspectiva dos sujeitos, possibilitando uma visão ampliada sobre diferentes modos de vivenciar o envelhecimento feminino e contribuindo para a compreensão mais ampla acerca do envelhecimento enquanto fenômeno social e a velhice enquanto categoria. Esta pesquisa pretende contribuir nesse aspecto, com o propósito também de buscar a compreensão dos diferentes sentidos atribuídos a esse fenômeno.

A presente dissertação está estruturada em seis capítulos, sendo um dedicado à discussão teórica a partir da revisão bibliográfica, cinco onde são apresentados, discutidos e analisados os dados da pesquisa, a partir de fundamentação teórica utilizada neste trabalho, e o último capítulo, que contém as considerações e reflexões finais. O primeiro capítulo pretende discutir, com o aporte teórico da revisão bibliográfica realizada: a) as concepções de envelhecimento e corpo nas Ciências Sociais, no que diz respeito ao curso da vida, as “novas” releituras do envelhecimento/velhice e sua relação com as políticas de envelhecimento; b) as intersecções entre envelhecimento e gênero, abordando as especificidades do envelhecimento feminino e a questão da menopausa. No segundo capítulo, além da apresentação da pesquisa e das mulheres entrevistadas, também será discutido o trabalho de campo, as técnicas de pesquisa e instrumentos de análise, abordando também a perspectiva teórico-metodológica utilizada.

No capítulo três será discutida a relação entre identidade e envelhecimento, analisando os modelos de velhice que as entrevistadas trouxeram em suas narrativas. Elabora-se a dicotomização entre a “boa” (ou “bela”) e a “má” velhice, discutida a partir de exemplos narrados pelas entrevistadas. Em seguida, são examinados os sentidos atribuídos pelas mulheres entrevistadas às categorias *idosa*, *velha* e *velhinha* e a diferenciação que elas constroem entre si e quem é considerada uma pessoa *velha*. Ao final do capítulo, é analisada a

---

¹⁸ Lupton (2012) discute o fato dessa moralização ocorrer, por exemplo, por parte de médicos, que classificam os pacientes entre “bons”/“vencedores” e “maus”/“difíceis”, sendo os últimos, muitas vezes, considerados culpados pelo surgimento de determinadas doenças que os acometam.

relação entre velhice e fragilidade, conforme retratada nas narrativas das interlocutoras.

No quarto capítulo serão analisadas suas concepções acerca do corpo no processo de envelhecimento, elaboradas a partir de três eixos de discussão: a) saúde (o que é ser ou estar saudável), b) aparência (marcas e sinais da idade) e c) energia (capacidade funcional e energia). Também são abordadas as estratégias de administração do envelhecimento adotadas pelas mulheres entrevistadas, como o uso de determinadas roupas e a realização de atividades que as mantenham ativas.

No capítulo cinco serão exploradas as especificidades do envelhecimento feminino, discutindo, nas narrativas produzidas nas entrevistas, os apontamentos relativos às questões do cuidado e ao modo como as informantes percebem as diferenças de gênero no envelhecimento. Em seguida, aborda-se o lazer e à sociabilidade e o modo como são perpassados pelo gênero, além dos possíveis cruzamentos entre gênero e geração.

No sexto capítulo serão discutidos o climatério e a menopausa e a relação entre esse processo e o envelhecimento, partindo dos sentidos atribuídos pelas entrevistadas à menstruação, à menopausa e às transformações corporais envolvidas nesse momento da vida. Também são abordadas a medicalização da menstruação e da menopausa e sua relação com a terapia de reposição hormonal (TRH).

No capítulo final, que apresenta as reflexões e considerações, são pontuadas algumas considerações acerca da pesquisa e dos dados produzidos em campo, problematizando sua relação com os discursos hegemônicos do “envelhecimento ativo” e das normas de gênero.

2. ENVELHECIMENTO, CORPO E GÊNERO: UMA DISCUSSÃO TEÓRICA

Nesse capítulo será realizada uma discussão teórica acerca das noções de velhice/envelhecimento, do corpo e do gênero, pautada na revisão bibliográfica que fundamentou esta pesquisa. Inicialmente será abordada a análise do curso da vida, o conceito de gerações e a categoria “terceira idade”. Em seguida, serão abordadas as dimensões políticas dos discursos contemporâneos acerca do envelhecimento. Também será debatida a relação entre corpo e cultura e as transformações corporais envolvidas no envelhecimento. Por fim, serão exploradas as especificidades do envelhecimento feminino e a questão da menopausa.

2.1. A periodização da vida e o surgimento da velhice enquanto categoria social

Um dos pontos de partida para a discussão acerca do envelhecimento é o entendimento de que se trata de um processo biológico – que ocorre ao longo de nossas vidas –, porém, significado cultural, histórica e socialmente. A própria periodização da vida e sua organização de acordo com etapas ou ciclos, bem como a noção de idade, são construções sociais e culturais (ARIÈS, 1981; DEBERT, 1994b). Assim como a infância, que nem sempre existiu como conhecemos hoje, e teve sentidos a ela atribuídos, que se transformaram ao longo dos séculos (ARIÈS, 1981), a velhice passou por transformações ao longo da modernidade e da pós-modernidade, tanto em relação àquilo que ela significa quanto aos comportamentos, estilos de vida, direitos e deveres associados a ela. Nesse sentido, conforme afirma Osório (2006, p. 7, tradução minha): “as mudanças no interior da sociedade vão reconstruindo os significados das diferentes idades e o do próprio conceito de idade. Os significados da idade são diversos, se transformam e às vezes são até flexíveis”.

Hareven (1999), abordando as transformações históricas e culturais pelas quais a sociedade norte-americana passou, analisa como houve, primeiramente, uma maior marcação entre a adolescência e a vida adulta e, posteriormente, o surgimento da velhice como uma nova fase:

A “velhice” se tornou proeminente como uma nova etapa da vida e, com ela, a necessidade de diferenciar seus problemas sociais daqueles da “meia idade”. Há muitas indicações de que uma nova consciência da “velhice”, juntamente com definições institucionais e reconhecimento social, surgiu no final do século dezenove e início do século vinte. A convergência do volume crescente da literatura gerontológica, a proliferação de estereótipos negativos sobre os velhos e o estabelecimento da aposentadoria compulsória representam os primeiros movimentos de uma formulação pública e institucional da “velhice” enquanto um estágio distinto (HAREVEN, 1999, p. 19-20).

Então, foi a partir de uma multiplicidade de discursos que se instaurou a velhice como uma nova etapa da vida, e, principalmente a partir do início do século XX, como um problema social – discurso que prevalece, em determinados campos, até hoje, sendo utilizado pela epidemiologia ou pelo Estado para justificar a necessidade de reformas na previdência social¹⁹. O “marco” social da passagem da vida adulta para a velhice era a aposentadoria, que se atribuiu à associação entre velhice e características negativas como a inutilidade (HAREVEN, 1999).

Debert (2012) discute como, a partir da modernidade, houve uma institucionalização dessa organização da vida humana com base em princípios etários:

A idade cronológica, nas sociedades ocidentais, é estabelecida por um aparato cultural, um sistema de datação, independente e neutro em relação à estrutura biológica e à incorporação dos estágios de maturidade. Os critérios e normas da idade cronológica são impostos nas sociedades ocidentais não porque elas disponham de um aparato cultural que domina a reflexão sobre os estágios de maturidade, mas por exigência das leis que determinam os direitos e deveres do cidadão (DEBERT, 2012, p. 47).

A partir da modernidade (DEBERT, 2012), essa periodização da vida humana, que tem como base o referencial etário, ou seja, a idade consiste no entendimento de que há uma série de etapas de desenvolvimento que são vividas cronologicamente, estabelecendo direitos e deveres. Assim, a idade cronológica adquiriu importância ao longo da transição para a modernidade. Para além do caráter organizacional e jurídico da sociedade, também se instituíram comportamentos, normas e valores considerados adequados a cada etapa da vida (DEBERT, 1994b; 2012).

Na contemporaneidade, apesar da idade cronológica ainda ser utilizada para determinar a organização da vida pelo Estado (DEBERT, 1994b; 2012; ALVES, 2006), a cronologização da vida tem se tornado menos relevante. Tais transformações relacionadas à “disjunção entre estágios de maturidade e idade cronológica” (DEBERT, 2012, p. 58) e à criação de novos nichos de mercado, consumo e produtos, implicam na dissociação entre determinadas características previamente relacionadas a certas *fases* da vida e na revisão de estereótipos relacionados à velhice.

---

¹⁹ “A tendência de transferir a responsabilidade pelas ações de bem-estar do plano público para o privado, alimentada pelos discursos que enfatizam repetidamente o colapso financeiro do Estado e apelam para as virtudes e a boa vontade da família e da “comunidade”, é certamente mais danosa para as expectativas de expansão do espaço público em países como o Brasil, onde a definição de uma identidade política coletiva esteve historicamente associada a uma subordinação da sociedade civil à autoridade do Estado. [...] O equacionamento da aposentadoria, como um problema de ordem demográfica e contábil, leva a considerar segurados e idosos como um encargo médico e financeiro para o restante da comunidade nacional” (vide atualmente, a discussão acerca da reforma da previdência) (SIMÕES, 2000b, p. 283).

Esse fenômeno é denominado, por Featherstone e Hepworth (1991), como “desconstrução do curso da vida” e não implica transformações apenas nos sentidos atribuídos à velhice, mas também em todas as outras categorias etárias. As identidades e os comportamentos dos indivíduos não são mais compreendidos como exclusivamente determinadas ou relacionadas por sua idade. A juventude deixa de ser compreendida como apenas uma fase da vida para passar a ser considerada um valor (OLIVEIRA, 2008; 2011; DEBERT, 2010), tornando-se um “estado de espírito”, um “estilo de vida” disponível a quem desejar alcançá-lo – não sem esforço –, contrapondo-se à noção de velhice. Tais mudanças também se consolidam através do surgimento de grupos de terceira idade voltados ao lazer e dos movimentos sociais de aposentados²⁰ e do desenvolvimento da gerontologia:

Com a transformação do envelhecimento em uma questão social, um conjunto de orientações e intervenções, muitas vezes contraditório, é definido e implementado pelo aparelho de Estado e outras organizações privadas. Um campo de saber específico – a gerontologia – é criado com profissionais encarregados de compreender e definir os problemas que afetam os velhos. [...] Contra a visão de uma situação de perdas, e de modo a combater os estereótipos negativos, os gerontólogos procuram realçar os ganhos que o envelhecimento traz (DEBERT, 2013, p. 23).

Essas redefinições são parte de um processo histórico constante de mudanças de valores e comportamentos (FEATHERSTONE; HEPWORTH, 1991), e estão relacionados, nesse sentido, a outro conceito central quando se discute o envelhecimento: o de geração, ou seja, “a posição e atuação do indivíduo em seu grupo de idade e/ou de socialização no tempo” (BRITTO DA MOTTA, 2010, p. 226). O fato de pertencer a uma determinada geração implica em ter certas possibilidades de existência (de ação, pensamento, valores, comportamentos) (MANNHEIM, 1982). A geração também é um marcador social se intersecciona com outros²¹. Portanto, não há uma vivência universal ou uma identidade geracional única, mesmo que localizada em uma determinada sociedade, em determinado tempo histórico, pois os sujeitos são interpelados por outras identidades a todo o tempo.

Fazendo parte da construção dessas identidades, a experiência subjetiva do envelhecimento e as transformações corporais associadas a ele vão ser (re)significadas pelos indivíduos de acordo com a cultura. Na contemporaneidade, acompanhamos o surgimento de cada vez mais subcategorizações dentro da velhice, acompanhadas de distinções etárias e comportamentais entre elas. É nesse contexto em que a *terceira idade* surge, constituindo-se

²⁰ Acerca dos movimentos de aposentados, ver a tese de doutorado de Julio Simões (2000a), “Entre o lobby e as ruas: movimento de aposentados e politização da aposentadoria”.

²¹ Sobre o envelhecimento de mulheres lésbicas ver, por exemplo, as pesquisas de Gomes dos Santos (2002), Lacombe (2013) e Nascimento dos Santos e Carmo (2013). Sobre envelhecimento e homossexualidade masculina, ver a tese de Henning (2014). Sobre o envelhecimento de mulheres negras, ver Santos (2016).

como fase intermediária entre a vida adulta e a velhice inativa.

2.2. Políticas do envelhecimento: terceira idade e o “envelhecimento ativo”

Nas últimas décadas a velhice vem adquirindo cada vez mais visibilidade em nossa sociedade, em um contexto no qual seus sentidos são informados, principalmente, pelos discursos das áreas da saúde, como a biomedicina. De acordo com Debert (2010), vem ocorrendo um processo de reprivatização da velhice, que consiste no deslocamento da velhice enquanto objeto de atenção do Estado e do setor público para o setor privado e os próprios indivíduos, através de discursos que visam positivar a velhice, desassociando-a dos estereótipos negativos relacionados a ela (tais como fragilidade, dependência, doença) e gerando uma responsabilização dos indivíduos para a manutenção de sua própria saúde. A terceira idade surge, assim, como uma etapa intermediária entre a vida adulta e a velhice.

A aposentadoria, antes vista como um momento de descanso passa a ser compreendida como “um período privilegiado de lazer, de novos aprendizados e de realização dos sonhos, que tinham sido postos de lado em razão das exigências e compromissos da vida adulta” (SIMÕES, 2000b, p. 274). Esse movimento é acompanhado por uma ressignificação das práticas e comportamentos da pessoa idosa e da reavaliação do que significa envelhecer (DEBERT, 2010). O termo “terceira idade” passa a ser utilizado para se referir àqueles que pertencem à velhice “jovem” e ativa (BRITTO DA MOTTA, 1997; BARBIERI, 2014).

A responsabilização dos próprios indivíduos pela manutenção de sua saúde, inserida no contexto da biopolítica, implica na criação de sujeitos/corpos disciplinados, visando à manutenção da saúde populacional (e individual). A norma para a terceira idade passa a ser a atividade, o “envelhecimento bem-sucedido” (ROWE; KAHN, 1997). Enquanto os discursos científicos se comprometem a nos manter jovens, a mídia reforça essa ideia apresentando exemplos de pessoas que envelhecem “bem”²². Esses casos “tornam-se merecedores de admiração devido a uma mistura de sorte genética e trabalho árduo” (SIBILIA, 2012, p. 99). Nichos de mercado são desenvolvidos, ofertando-se uma variada gama de bens e serviços, como viagens para grupos da terceira idade, cursos e intervenções estéticas. A mídia também acompanha esses discursos, publicando inúmeras matérias que reverberam a cultura *ageless*, dos “sem idade”.

Nesse movimento constituiu-se também o que Barbieri denomina “campo do

---

²² Durante o campo algumas das entrevistadas citaram exemplos de pessoas que eram consideradas por elas como ideais de envelhecimento, um modo de envelhecer a ser almejado. Em um dos capítulos de discussão dos dados obtidos em campo, trago esses exemplos a partir de notícias para dialogar com as falas das entrevistadas.

envelhecimento”, composto por diferentes grupos e áreas que participam na construção do conhecimento sobre o envelhecimento na sociedade ocidental contemporânea. Um importante discurso deste campo é o geriátrico-gerontológico, que combina elementos “biopsicossociais” do envelhecimento e o modelo biomédico (BARBIERI, 2014). A partir de tal modelo, os discursos de promoção da saúde adquirem centralidade, delimitando modos de prevenir doenças associadas ao envelhecimento e maneiras de promover a manutenção da saúde e da atividade; ou seja, aí há a defesa de determinado modo de envelhecimento considerado saudável (CERQUEIRA, 2012; RIBEIRO, 2012).

Associada ao surgimento desses “novos” significados está a Política do Envelhecimento Ativo, que desempenha importante papel na disseminação desse modelo positivo de velhice, não se restringindo apenas aos campos da saúde, mas também tendo se popularizado em outras áreas (BARBIERI, 2014). O “envelhecimento ativo”, enquanto política de saúde, foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO)²³ a partir da década de 1990. É definido como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005, p. 13). A saúde, conforme documento publicado pela OMS em 2005, intitulado “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, vai além da simples ausência de doença, uma vez que está relacionada à ideia de *atividade*. Manter-se ativo, nessa perspectiva, significa também participar de modo significativo do mundo social:

A definição de envelhecimento ativo adotada pela OMS, no fim da década de 90, estabelece uma clara relação entre as oportunidades de saúde e a qualidade de vida atingível pelas pessoas no seu processo de envelhecimento. À luz desta descrição, as políticas que incentivem atividades e ambientes elicitadores de estados de saúde positivos são encorajadas no sentido de aumentarem qualidade e anos à vida, de promoverem autonomia e independência, reduzindo, em simultâneo, os custos no sistema de saúde. [...] A participação social congrega a otimização de atividades relacionadas com a esfera social, como o emprego, a vida política, a educação, as artes e a religião, onde medidas e programas destinados a aumentar o caráter contributivo das pessoas à sociedade é incentivado; a segurança, por sua vez, congrega a ideia de proteção, dignidade e cuidados, remetendo mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa (RIBEIRO, 2012, p. 37).

A princípio, a Política do Envelhecimento Ativo é bastante relevante no que diz respeito à revisão de estereótipos e preconceitos em relação às pessoas idosas. Ela se propõe a reconhecer pessoas idosas como sujeitos de direitos. No entanto, de quais sujeitos essa política está falando?

O que Ribeiro (2012, p. 40) denomina de “compromisso político com o

---

²³ Organização Mundial de Saúde. Em inglês, World Health Organization. Nessa dissertação utilizarei ambos para me referir à mesma instituição.

envelhecimento ativo” demonstra, por parte das instituições – e da sociedade, de modo mais geral – uma grande preocupação com a atividade focada na participação, sem haver grande reflexão acerca das implicações do estabelecimento desse conceito de atividade generalizante:

Se por um lado podemos estar perante uma estratégia política que corre o risco de se afigurar coerciva já que veiculante de uma “obrigação” de tirar partido das oportunidades que são disponibilizadas às pessoas para se manterem ativas (e.g. oportunidades de educação e formação), podemos, por outro lado, estar perante um efeito potencialmente contraproducente do termo “ativo”, já que difunde um referencial que desvaloriza aqueles que não estarão à altura desses ideais, por estarem à margem das atividades reconhecidas como produtivas e/ou de relevância econômica, e por apresentarem limitações físicas características das etapas mais avançadas da vida [...]. Aqui resulta particularmente preocupante o afastamento que o conceito preconiza em relação à realidade da população muito idosa (75+ anos), na medida em que esta, ao apresentar uma elevada probabilidade de perdas significativas a nível cognitivo e físico, e ao revelar preferência por atividades não produtivas, poderá ver comprometido, desde logo, o preenchimento de requisitos elementares de um envelhecimento “ativo” (RIBEIRO, 2012, p. 47).

O autor parte do contexto europeu para realizar essa crítica, porém, com as devidas proporções, é possível refletir acerca da dimensão Política do Envelhecimento Ativo, sobretudo no que diz respeito a seu caráter excludente, no sentido de estabelecer a atividade como norma e elemento central na análise do processo de envelhecimento, “paradoxalmente reforçando estereótipos negativos acerca de idosos como pessoas improdutivas que sugam os recursos sociais” (RANZI, 2010, p. 717, tradução minha). Nesse sentido, do ponto de vista econômico, trata-se, principalmente, da necessidade de manter essa parcela da população como mão de obra produtiva, sem abandonar o mercado de trabalho (CERQUEIRA, 2012; BARBIERI, 2014). Há também uma preocupação com os possíveis gastos que a saúde pública terá com o aumento da população idosa nas cidades ao redor do mundo.

A OMS (2005) aponta tal questão, afirmando que envelhecer com saúde é essencial para a continuidade da atividade remunerada e, cada vez mais, a tendência será a revisão das regras de aposentadoria e das políticas públicas assistenciais voltadas à população idosa, “especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a 3ª idade gozando de boa saúde, ou seja, ainda aptos para o trabalho” (WHO, 2005, p. 18), uma vez que “isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social” (WHO, 2005, p. 18). Em relação às despesas que os governos têm quanto à saúde, a instituição identifica que, como “o que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária – frequentemente associadas à velhice –, se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido” (WHO, 2005, p. 18).

Assim, o sujeito construído – e reconhecido enquanto sujeito – pelos discursos do

“envelhecimento ativo” é aquele que se cuida ao longo da vida, planejando-se para um envelhecimento saudável e que ao atingir tal momento, continue trabalhando e/ou participando com afinco na sociedade. Se preparar para um envelhecimento saudável é, nesse sentido, ser um bom cidadão, uma vez que isso evitaria prejuízos à máquina pública.

No entanto, Ranzijn (2010) aponta esses discursos como potencialmente marginalizantes, pois seu cumprimento depende de condições como mobilidade, bem-estar psicológico/emocional e recursos financeiros, que determinam não apenas os dois fatores anteriores, mas também o acesso a conhecimento, alimentação adequada e lazer. Logo, a institucionalização dessa normatividade gera exclusão social e o apagamento de experiências que não correspondem à norma. É o caso, por exemplo, de pessoas que sofrem com alguma forma de demência²⁴ ou que estão na “quarta idade” (com mais de 80 anos), além daqueles que têm limitações físicas ou outras doenças.

Nesse sentido, embora a OMS reconheça que os idosos compõem um grupo heterogêneo, há também populações que possuem características e demandas próprias ao envelhecerem de acordo com suas especificidades (RIBEIRO, 2012). Portanto, o discurso hegemônico do “envelhecimento ativo” muitas vezes não leva em conta questões de subjetividade e equidade:

Um caráter demasiado restritivo e ambicioso do termo [atividade] que não reconheça potenciais de otimização adaptativa individuais (sobretudo em contextos e populações fragilizadas) pode gerar novas formas de idadismo, na qual o medo de envelhecer é substituído pelo medo de envelhecer com incapacidade, improdutivo, e à margem do idealizado, no qual idosos dependentes sofrerão discriminação (RIBEIRO, 2012, p. 47).

Assim, tal grupo de discursos, embora empenhe esforços na revisão de estereótipos negativos acerca do envelhecimento, cria também uma norma, um modelo ideal de envelhecimento que desconsidera as relações de poder e as desigualdades existentes na sociedade (LIANG; BAOZHEN, 2012). Outros modos de vivenciar o envelhecimento e a velhice acabam sendo estigmatizados, moralizados e excluídos como formas possíveis de existência. Calasanti (2005) discorre acerca do *ageism*²⁵ (etarismo), afirmando que se trata de uma forma de opressão que todos os sujeitos sabem que irão sofrer, caso vivam o suficiente para se tornarem velhos. Sendo assim, uma vez que nossa cultura é discriminatória contra as

²⁴ A demência é “uma síndrome caracterizada por deterioração intelectual que ocorre em adultos e é tão severa que interfere no desempenho social da pessoa. Ocorrem alterações cognitivas que incluem distúrbios de memória, linguagem, percepção, práxis, habilidade de desempenhar o autocuidado, capacidade de solucionar problemas da vida cotidiana, pensamento abstrato e capacidade de fazer julgamentos” (CALDAS, 2002, p. 51).

²⁵ “O *ageism* inclui a categorização, a criação de estereótipos e o preconceito, mas o aspecto mais crucial é a exclusão social” (CALASANTI, 2005, p. 8, tradução minha).

pessoas velhas, nós acabamos, “por fim, oprimindo a nós mesmos: ou nós tentamos evitar o processo de envelhecimento ou perdemos nossa autoestima por causa de quem estamos nos tornando” (CALASANTI, 2005, p. 8, tradução minha).

Ou seja, a transformação na imagem social da velhice não significa o fim do preconceito em relação à população idosa, uma vez que essa valorização se direciona a uma forma específica de vivenciar a velhice, associada à atividade, à juventude e à constituição de mercados de consumo de bens e lazer (DEBERT, 2010). Os discursos de posituação da velhice criam uma norma acerca do envelhecimento; assim, também recriam a velhice “ruim” e a colocam em lugar de abjeção:

Cada indivíduo é agora responsável por adotar estratégias que previnam a deterioração e decadência física e psicológica associadas à velhice. O aposentado ou idoso carente e dependente passa a ser o próprio culpado de sua condição: à antiga acusação de imprevidência, juntam-se os de descuido pessoal, falta de envolvimento em atividades motivadoras, práticas inadequadas de consumo ou de estilo de vida. [...] Quem não é ativo, quem não adota técnicas de manutenção corporal e rejuvenescimento é o próprio culpado do sofrimento que vier a padecer na idade avançada (SIMÕES, 2000b, p. 275).

Os discursos sobre o envelhecimento têm uma dimensão biopolítica, na medida em que produzem um ideal normativo acerca do que é ser velho(a) em nossa sociedade. Um dos pontos centrais dessa normatização dos sujeitos é o corpo. De acordo com Rose (2001c), a biopolítica na contemporaneidade se refere a uma política dos riscos: ela “consiste em uma variedade de estratégias que tentam identificar, tratar, gerir ou administrar aqueles indivíduos, grupos ou locais nos quais o risco²⁶ parece ser alto” (ROSE, 2001c, p. 7, tradução minha). Essas “estratégias de governo do risco” direcionadas à população que está envelhecendo ou é velha estão profundamente relacionadas ao corpo.

2.3. O corpo como superfície social

Mauss (2003), em seu conhecido ensaio acerca das técnicas corporais, discorre sobre os diferentes modos de caminhar, nadar e gesticular que variam de acordo com a cultura (ou ainda, no caso dos exemplos que ele formula, mais especificamente, com a nacionalidade dos indivíduos). Esses hábitos (*habitus*), “elementos da arte de utilizar o corpo humano” (MAUSS, 2003, p. 405), são transmitidos pela cultura e aprendidos pelos sujeitos, através do que o autor denomina de elementos social, psicológico e biológico. Assim, o corpo é “o primeiro e o mais natural instrumento do homem” (MAUSS, 2003, p. 407). Uma das

---

²⁶ De acordo com o autor, “o risco aqui denota um agrupamento de modos de pensar e agir, envolvendo cálculos no presente acerca de prováveis futuros, seguidos por intervenções no presente com o objetivo de controlar aquele futuro em potencial” (ROSE, 2001, p. 7, tradução minha).

principais contribuições do autor para os estudos sociológicos e antropológicos do corpo é que ele mostra o quanto o caráter social e cultural de tais técnicas demonstra a existência de uma relação entre o corpo com a cultura. Norbert Elias (1994) também aponta que as técnicas corporais, as mudanças comportamentais, o controle das funções corporais, os sentimentos em relação à higiene e ao nojo, foram construídos através de processos históricos relacionados, sobretudo, ao desenvolvimento do Estado moderno e as transformações sociais, culturais e econômicas envolvidas:

Impulsos ou inclinações socialmente indesejáveis são reprimidos com mais vigor. São associados ao embaraço, ao medo, à vergonha ou à culpa, mesmo quando o indivíduo está sozinho. Grande parte do que chamamos de razões de “moralidade” ou “moral” preenche as mesmas funções que as razões de “higiene” ou “higiênicas”: condicionar as crianças a aceitar determinado padrão social. A modelagem por esses meios objetiva a tornar automático o comportamento socialmente desejável, uma questão de autocontrole, fazendo com que o mesmo pareça à mente do indivíduo resultar de seu livre arbítrio e ser do interesse de sua própria saúde ou dignidade humana (ELIAS, 1994, p. 153).

A análise do autor é mais centrada nas transformações na “estrutura de personalidade” e compreende as mudanças como constituintes de um processo civilizador. Embora essa não seja a perspectiva teórica abordada nesta dissertação, o autor traz importantes contribuições em relação ao entendimento do papel desempenhado pela socialização sobre o corpo.

Luc Boltanski (1979) também aborda essa questão ao analisar as diferentes relações que as classes sociais têm com o corpo. O autor nota diferenças em relação ao comportamento, ao modo de caminhar, se vestirem e se lavarem, e nas suas percepções em relação à saúde e à doença; toda a relação que os sujeitos têm com seus corpos está permeada pela classe social a qual pertencem. Por exemplo, de acordo com o autor, as classes trabalhadoras percebem o adoecimento como ligado à falta de força e às dificuldades relacionadas à execução do trabalho:

O interesse e atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, à sua aparência, agradável ou desagradável e, por outro lado, às suas sensações físicas, de prazer ou desprazer, cresce quando eles se elevam na hierarquia social [...], ou seja, quando diminui a resistência física dos indivíduos, que não é outra senão a resistência que são capazes de opor ao próprio corpo e sua força física, ou seja, o partido que podem tirar do corpo (BOLTANSKI, 1979, p. 145).

A aprendizagem de uma “cultura corporal” não se limita apenas ao repertório físico que se aprende, mas sim aos sentidos que estão relacionados a esse repertório – sentidos esses que só se tornam inteligíveis a partir da convivência com o outro. De acordo com Breton (2009, p. 37), “nunca estamos sozinhos em nosso próprio corpo. Esse se revela uma superfície e uma espessura de inscrição cuja forma e sentido são delineados somente pelas injunções culturais que sobre ela se apõem”.

O corpo é, portanto, construído socialmente. Há, sim, uma dimensão material do corpo – o corpo de carne e osso – mas, nesse sentido, tanto aquilo que compreendemos como sendo um *corpo* humano quanto os sentidos a ele atribuídos são elaborações culturais (BRETON, 2007). Em nossa sociedade, o corpo adquiriu centralidade, vide, por exemplo, a grande quantidade de produtos e serviços destinados a ele (GOELLNER, 2003) e a importância que a aparência adquiriu com o advento das redes sociais e das *selfies*. Nesse sentido, “falar do corpo é falar, também, de nossa identidade” (GOELLNER, 2003, p. 31). O corpo, compreendido como mutável, dotado de plasticidade, alvo de intervenções e constantes “melhorias”, é compreendido como o que determina quem somos, “no sentido em que, se modificando as aparências, o próprio homem é modificado” (BRETON, 2007, p. 87).

Como os discursos hegemônicos constroem um ideal normativo acerca do corpo (branco, magro, jovem e saudável), as transformações corporais ocasionadas pelo envelhecimento corporal são centrais para a discussão elaborada nesta dissertação.

2.4. Corporeidade e envelhecimento

Os corpos envelhecidos são marcados pelo tempo que denuncia a sua passagem através de rugas, cabelos brancos ou ausência de cabelos, da perda da mobilidade, isto é, dos chamados “sinais da idade”. No contexto do “envelhecimento ativo”, os corpos que possuem essas marcas se tornam alvo de constante moralização e depreciação (CERQUEIRA, 2012). Há diversas intervenções que visam adequar esses corpos aos padrões de juventude, saúde e beleza. Sejam elas médicas ou estéticas, acabam não apenas por moldar o corpo externamente, mas também implicam um processo de subjetivação dos indivíduos ou a formulação de uma identidade embasada nos sentidos hegemônicos sobre a velhice.

Goffman (1988), em seu ensaio sobre o estigma, discorreu sobre como determinados sinais visuais (ou seja, reconhecidos por outros como sendo sinais) estavam relacionados à criação de estereótipos e ao desenvolvimento de preconceito contra determinados grupos e/ou sujeitos. A sociedade determina o que é considerado um atributo normal ou estigmatizante (por consequência, sujeitos normais ou sujeitos estigmatizados). Nesse sentido, a função social do estigma também é o controle e a delimitação do local social dos grupos nas relações de poder:

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social.

Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (GOFFMAN, 1988, p. 15).

O autor define *estigma* como sendo “um atributo profundamente depreciativo” (GOFFMAN, 1988, p. 6), porém, que é também relacional e não estigmatizante por si próprio: “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso” (GOFFMAN, 1988, p. 6). Ou seja, os sentidos atribuídos às características estigmatizantes dependem do contexto sociocultural e histórico em que se inserem. Os estigmas corporais são, na maioria das vezes, visíveis e identificáveis. É o caso, por exemplo, dos “sinais da idade”. Uma vez que o corpo na contemporaneidade está relacionado à construção identitária dos sujeitos, quais as implicações sociais e subjetivas para os indivíduos que são identificados como velhos(as)?

A discriminação contra as pessoas idosas é bastante centrada no corpo, principalmente por causa da associação feita entre saúde e aparência. Uma vez que a saúde é compreendida como um estado que pode ser mantido com os devidos esforços e a aparência corporal é entendida como manipulável, “parecer doente é ter falhado e merecer o seu destino; a pessoa deveria ter mudado seu estilo de vida ou de dieta” (CALASANTI, 2005, p. 9, tradução minha).

Como discutido anteriormente, com o surgimento de “novos” modos de envelhecer baseados na atividade e associados à terceira idade, a velhice continua sendo associada à doença e à dependência (DEBERT, 2012), porém agora realocada para um futuro distante (no sentido de que passa a ser associada apenas às pessoas bem mais velhas ou então àquelas que “desistiram” de viver e se mantêm inativas, de acordo com o parâmetro colocado pelos discursos hegemônicos). Essa associação recorrente entre velhice e doença/fragilidade está no cerne da estigmatização das pessoas velhas, principalmente porque as marcas corporais – e não apenas os sinais como rugas, mas também a dificuldade de locomoção, por exemplo – possibilitam que as pessoas “leiam”, a partir dos sentidos disponíveis na cultura, que alguém está velho/doente (CALASANTI, 2005).

Butler (2015) elabora uma discussão acerca dos enquadramentos, que atuam como uma espécie de “moldura” que, ao mesmo tempo em que dá foco ou visibilidade a algo, também oculta outros elementos. No caso da velhice, esses enquadramentos são construídos através de uma multiplicidade de discursos (científicos, biomédicos, midiáticos, cotidianos) que determinam quais velhices são possíveis, reconhecidas e valorizadas em nossa sociedade. Os corpos visivelmente marcados pelo envelhecimento são estigmatizados por carregarem

sinais daquilo que é considerado “proibido” em nossa sociedade e simbolicamente negado:

O idoso escorrega lentamente fora do campo simbólico, derroga os valores centrais da modernidade: a juventude, a sedução, a vitalidade, o trabalho. É a encarnação do coibido. Lembrança da precariedade e da fragilidade da condição humana, é a face da alteridade absoluta. Imagem intolerável de um envelhecimento que alcança toda uma sociedade que cultua a juventude e que já não sabe simbolizar o fato de envelhecer ou de morrer (BRETON, 2002, p. 142, tradução minha).

Os discursos sobre as pessoas velhas passam a reduzi-las a seus corpos, moralizá-las e marcando-as como tendo/sendo um corpo que não corresponde à norma social (BRETON, 2002). Essa produção das pessoas velhas como de seres/corpos abjetos ocorre através da determinação de quem é considerado sujeito (BUTLER, 2015). No entanto, como lembra Calasanti (2005), nós não temos total controle sobre nossos corpos. Não é possível que consigamos, com todo controle, evitar adoecer e passar pelas transformações corporais ocasionadas pelo tempo, muito menos a morte.

2.5. Velhice, precariedade e morte

A discussão acerca das transformações corporais ocasionadas pelo envelhecimento vai muito além da questão estética. A velhice também é compreendida como um momento de dependência, fragilidade e perda de autonomia, em que os sujeitos estão próximos à morte, sendo fortemente associada à ideia de precariedade e à maior suscetibilidade das pessoas, conforme envelhecem, de ficarem doentes ou precisarem de algum tipo de suporte financeiro e/ou emocional.

A independência pode ser definida como “a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (WHO, 2005, p. 14). Já a autonomia “significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais” (MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 57). Por fim, a fragilidade geralmente é associada à vulnerabilidade, ou seja, “sendo fragilidade ligada ao que é quebradiço, pouco vigoroso ou débil, a ideia de vulnerabilidade refere-se à qualidade ou ao estado de alguém que pode ser atacado ou ferido e, portanto, pressupõe uma situação ou acontecimento capaz de perturbar o estado físico ou mental de alguém” (ALVES, 2002, p. 153).

Em uma sociedade como a nossa, o processo de socialização (que ocorre desde a infância) envolve aprender a controlar e dominar uma série de práticas e técnicas corporais, tais como comer, andar e falar. Ou seja, aprendemos a controlar determinadas funções corporais, a desenvolver autonomia e independência para realizar atividades, além de

desenvolvermos meios de administrarmos nossa fragilidade e vulnerabilidade. Nesse sentido, não nascemos autônomos, nem somos completamente independentes ou mesmo, de modo mais geral, invulneráveis: todos somos suscetíveis a contrairmos ou desenvolvermos doenças e, eventualmente, todos iremos morrer. Mais do que isso, todos somos dependentes de outros em algum nível²⁷.

O conceito de precariedade é bastante útil para refletirmos acerca dessa questão. Para Butler (2015, p. 30), a precariedade constitui “uma condição compartilhada da vida humana”, pois todas as vidas são precárias, uma vez que vivemos em sociedade e, logo, precisamos de suporte social e reconhecimento:

Afirmar que uma vida pode ser lesada, por exemplo, ou que pode ser perdida, destruída ou sistematicamente negligenciada até a morte é sublinhar não somente a finitude de uma vida (o fato de que a morte é certa), mas também sua precariedade (porque a vida requer que várias condições sociais e econômicas sejam atendidas para ser mantida como uma vida). A precariedade implica viver socialmente, isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro. Isso implica estarmos expostos não somente àqueles que conhecemos, mas também àqueles que não conhecemos, isto é, dependemos das pessoas que conhecemos, das que conhecemos superficialmente e das que desconhecemos totalmente. Reciprocamente, isso significa que nos são impingidas a exposição e a dependência dos outros, que, em sua maioria, permanecem anônimos (BUTLER, 2015, p. 31).

Assim, parte da existência de nosso corpo implica nessa ausência de total controle sobre ele. No entanto, nossa sociedade raramente reconhece isso, pois temos como valores centrais a autonomia, a independência e a individualidade, fato que constitui a dependência e a precariedade como altamente indesejadas (ELIAS, 2001; CRUIKSHANK, 2013).

Nesse sentido, uma vez que nem todas as vidas são reconhecidas socialmente como vidas dotadas de valor ou importância, assim como nem todos os humanos são reconhecidos como sujeitos (BUTLER, 2015) e essa distinção se faz através de normas estabelecidas por discursos que realizam essas distinções – ou, como Butler (2015) conceitua, esses “enquadramentos” –, a impossibilidade de corresponder a tais ideais da sociedade contemporânea significa abjeção.

Os enquadramentos atuam como um mecanismo de exclusão, determinando quem é considerado sujeito (portanto, tem valor) e quem não é (não tem valor). Partindo desse entendimento para analisarmos a velhice, a vida que “vale a pena” ser vivida atualmente é a da pessoa que, ao longo de sua trajetória, adotou as medidas necessárias para a manutenção e preservação de sua saúde. Mais ainda, daquelas pessoas que, ao atingirem a velhice, continuam sustentando sua autonomia e independência, sua capacidade de se cuidarem (física,

---

²⁷ É importante ressaltar que ser dependente não é sinônimo de não ter autonomia ou de ser vulnerável (no sentido de vulnerabilidade como fragilidade).

emocional e financeiramente) e controlarem seu corpo, além de se manterem ativas. As vidas que não são reconhecidas como dotadas de valor são aquelas que não se enquadram nessas normas. Nesse sentido, a Política do Envelhecimento Ativo e os discursos que dela se originam atuam realizando esses recortes e enquadrando o envelhecimento e a velhice como positivos, construindo a norma e suas contraposições.

Isso pode ser bastante problemático, uma vez que “ser velho (ou, pelo menos, ter mais de oitenta anos) significa precisar de algum tipo de ajuda; significa reconhecer que a total independência não é mais possível” (CRUIKSHANK, 2013, p. 10, tradução minha). A impossibilidade de corresponder à norma gera angústia e vergonha, exclusão e preconceito:

Sinto-me um equilibrista, familiarizado com os riscos de seu modo de vida e razoavelmente certo de que alcançará a escada na outra ponta da corda, voltando ao chão tranquilamente a seu devido tempo. Mas as pessoas que assistem a isso de baixo, sabem que ele pode cair a qualquer momento e o contemplam excitadas e um tanto assustadas (ELIAS, 2001, p. 81)²⁸.

Outrossim, de acordo com Elias (2001), também devido ao fato de valorizarmos socialmente nossa individualidade, determinamos à morte e à finitude um lugar de ausências, que não faz parte dos enquadramentos hegemônicos. Desde as sociedades medievais, a morte vem se tornando um acontecimento muito menos público²⁹. Nesse sentido, há um “recalcamento” em relação à morte, que implica em sua restrição a determinados espaços – como é o caso, por exemplo, dos hospitais. Ou seja, cada vez mais a morte é circunscrita a determinados espaços, segregada da vida cotidiana. O mesmo acontece com os moribundos, excluídos da vida social, pois “a visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte” (ELIAS, 2001, p. 26).

O mesmo “recalcamento” existe em relação à velhice (ELIAS, 2001). Uma vez que a velhice fragilizada ainda é vista como um “lembrete” de que todos, um dia, morreremos, reforça-se sua abjeção e reitera-se sua delimitação a determinados espaços, invisibilizado modos de envelhecer que não o ativo. Assim, também se opera em relação à velhice

²⁸ Elias, na época com 85 anos de idade, escreveu seu ensaio acerca da solidão dos moribundos e da velhice, elaborando os temas do ponto de vista sociológico, porém, também a partir de suas próprias experiências.

²⁹ Pode-se questionar essa colocação se pensarmos que os noticiários (tanto televisivos, quanto online ou impressos) mostram diariamente diversas mortes, acidentes, guerras, entre tantos outros. No entanto, trata-se também daquilo que Butler (2015) afirma acerca dos enquadramentos e abjeções. De certa forma, as pessoas “acostumam-se” a ver notícias de mortes decorrentes da guerra da Síria, por exemplo, pois se tratam de vidas desvalorizadas (ou por serem enquadradas como “terroristas”, ou por serem vistas como mero dano colateral de uma guerra orientada por um “bem maior”). Elias (2001) está referindo, nesse caso, de uma questão mais específica, do modo como lidamos com os moribundos e com a morte em si no nosso cotidiano. Por exemplo, a grande maioria das pessoas moribundas – utilizando o mesmo termo que o autor – vão para hospitais e lá falece, algo incomum antes do século XX.

fragilizada, ao indivíduo que não possui mais autonomia – e, logo, não tem mais valor social –, sendo a ele delegados determinados espaços, como os asilos³⁰.

2.6. Envelhecimento feminino: compreendendo suas especificidades

A feminização da velhice é uma informação atestada recorrentemente na literatura sobre o envelhecimento, que aponta para o fato de que atualmente, inclusive no Brasil, as mulheres constituem mais da metade da população acima de 65 anos. No entanto, de acordo com Britto da Motta (2011), essas mulheres continuam sendo invisibilizadas pelos movimentos feministas e nos discursos científicos da gerontologia e da geriatria que, quando a elas se referem, não as tratam como sujeitos:

Elas são mais referidas porque maioria demográfica e, supostamente, mais desvalidas economicamente; além de repetidamente reportadas, na literatura gerontológica e geriátrica, como portadoras de mais constantes e duradouros problemas de saúde que os homens (BRITTO DA MOTTA, 2011, p. 74).

Parte da literatura acerca do envelhecimento feminino afirma que essas mulheres “experimentariam uma situação de dupla vulnerabilidade, com o peso somado de dois tipos de discriminação – como mulher e como idosa” (DEBERT, 2012, p. 140). No entanto, será que a exclusão e o preconceito são a regra?

A partir da perspectiva do feminismo interseccional, compreende-se que os diferentes marcadores sociais da diferença (raça/etnia, classe, idade, geração, sexualidade, gênero, nacionalidade) implicam uma “articulação historicamente variável de micro e macro regimes de poder” (Brah, 2006, p. 363). Ou seja, os indivíduos estão localizados em determinados pontos nas relações/regimes de poder a partir de determinadas categorias, mas as opressões, discriminações e desigualdades não se sobrepõem ou se adicionam umas às outras. Por exemplo, uma mulher velha passa por desvantagens causadas pelo machismo e pelo etarismo, no entanto, as experiências e opressões vivenciadas por uma mulher velha negra e uma mulher velha branca serão bastante diferentes, assim como para uma mulher velha negra de classe média e uma mulher velha branca de classe trabalhadora:

Ao invés de examinar gênero, raça, classe e nacionalidade como sistemas separados de opressão, a interseccionalidade explora de qual modo esses sistemas constroem mutuamente uns aos outros. [...] Certas ideias e práticas vem à tona repetidamente através de múltiplos sistemas de opressão e servem como pontos focais ou posições

³⁰ O termo “asilos” não é mais tão utilizado, principalmente após os esforços de posituação da velhice do campo geriátrico-gerontológico. No entanto, de acordo com Barbieri (2008, p. 14), “nem mesmo as novas denominações – casa de repouso, residencial, clínica geriátrica, instituição de longa permanência, flats – e algumas diferenças encontradas nestes tipos de serviço foram capazes de romper com a associação simbólica entre a instituição e a ideia de asilamento”.

sociais privilegiadas para aqueles sistemas interseccionados (COLLINS, 1998, p. 63, tradução minha).

Compreender as categorias identitárias e as posições que os indivíduos assumem nas relações de poder, permite pensar o modo como elas se entrelaçam e variam de acordo com o contexto social em que se encontram. Retomando a questão do envelhecimento feminino, é importante ressaltar que não se trata aqui de negar as opressões vivenciadas pelas mulheres em nossa sociedade, apagando suas experiências, mas sim chamar atenção para o fato de que o sistema que opera essas opressões é bastante complexo e não age sobre todas as mulheres da mesma maneira.

Para Britto da Motta (2011), duas principais características parecem constituir as atuais gerações de mulheres velhas brasileiras. Primeiro, muitas se constituem como cuidadoras da família; continuam exercendo essa tarefa, antes cuidando dos filhos, agora dos netos e/ou de outras pessoas velhas (muitas vezes mais velhas que elas) da família. Por outro lado, muitas também vivem sozinhas. No entanto, estar só não significa sentir solidão, tratando-se, muitas vezes, de uma escolha realizada pelas mulheres como forma de manterem sua independência:

Venho, há algum tempo, analisando essa percepção das mulheres, que denominei *liberdade de gênero*, e resumiria aqui como realmente correspondendo ao sentimento de alívio pela cessação de antigos controles e obrigações societários que pesavam sobre a mulher quando jovem, e até madura, etapas em que a sua definição social se dava, antes de tudo, como reprodutora – de novas vidas pelo casamento, da domesticidade e, depois e sempre, da vida privada (BRITTO DA MOTTA, 2011, p. 88-89).

Parte dessa “liberdade de gênero” também condiz com o fato de que elas são maioria nos grupos de atividades de lazer, cultura e/ou saúde voltadas para a terceira idade. No entanto, essa presença está bastante marcada pela classe, pois grande parte delas é de classe média (BRITTO DA MOTTA, 2011) ou pelo menos compartilham com essa camada populacional certo *ethos*³¹ de classe (ALVES, 2006) e visão de mundo.

Alguns autores apontam para o fato de que as diferenças entre o envelhecimento feminino e masculino estão profundamente marcadas pelo corpo e sua percepção social. Beauvoir (2016) menciona que o envelhecimento significa a perda da “feminilidade”, “o

---

³¹ De acordo com Geertz (2008, p. 95): “Na discussão antropológica recente, os aspectos morais (e estéticos) de uma dada cultura, os elementos valorativos, foram resumidos sob o termo ‘ethos’, enquanto os aspectos cognitivos, existenciais foram designados pelo termo ‘visão de mundo’. O ethos de um povo é o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e estético, e sua disposição é a atitude subjacente em relação a ele mesmo que a vida reflete. A visão de mundo que esse povo tem é o quadro que elabora das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito de natureza, de si mesmo, da sociedade. Esse quadro contém suas ideias mais abrangentes sobre a ordem”.

encanto erótico e a fecundidade” através dos quais as mulheres adquirem valor em nossa sociedade. Para Alves (2006), muitas das cobranças feitas às mulheres velhas estão relacionadas à sua aparência e à imposição de que “disfarcem” sua idade para serem consideradas bonitas. Calasanti (2005) também enfatiza o peso social que há sobre a aparência corporal das mulheres:

Mulheres são percebidas como “velhas” muito mais cedo do que os homens. Nós geralmente não nos referimos aos homens como “enrugados”. Rugas e cabelo grisalho se tornam problemáticos para as mulheres em uma idade muito mais jovem do que para os homens e, de fato, podem até conceder aos homens algum tipo de reconhecimento ou status. [...] A mulher que está envelhecendo também precisa ser ativa, demonstrando que ela está saudável e, portanto, não é velha. Ainda assim, o seu status é baseado no quanto ela consegue ser considerada atraente pelos homens da sua idade (CALASANTI, 2005, p. 10-11, tradução minha).

A literatura aponta que os homens velhos demoram mais a perder seu lugar socialmente valorizado: “fala-se em “um sedutor com as têmporas grisalhas”, de um “lindo velho”, mas nunca associarão essas qualidades às mulheres. [...] A velhice marca desigualmente à mulher e ao homem no julgamento social” (BRETON, 2002, p. 147, tradução minha).

Outro elemento relacionado à norma social imposta para as mulheres é a sua capacidade reprodutiva. Algumas teóricas feministas afirmam que, em comparação aos homens, nesse contexto, o envelhecimento feminino possui uma marcação corporal mais definida – o fim da menstruação –, enquanto o masculino é compreendido socialmente como sendo um processo mais gradual (LOCK, 1993).

Para compreender a questão da menopausa e das marcações corporais do envelhecimento feminino, é interessante retomarmos a discussão de Foucault (1988) sobre a criação do dispositivo de sexualidade como parte da gestão biopolítica dos corpos:

O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações. [...] Tema de operações políticas, de intervenções econômicas (por meio de incitações ou freios à procriação), de campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização: é empregada como índice da força de uma sociedade, revelando tanto sua energia política como seu vigor biológico. De um polo a outro dessa tecnologia do sexo, escalona-se toda uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações (FOUCAULT, 1988, p. 159).

A partir do entendimento do sexo como parte fundamental da vida – pois dele depende a procriação e, logo, a continuidade da nação ou da família –, este passa a ser controlado, categorizado, delimitado. Esse é um dos motivos pelos quais a medicina passa a se debruçar sobre os corpos das mulheres. As doenças associadas estritamente ao “feminino” não constituíam preocupação para a maior parte dos médicos até meados do século XVI. De

acordo com Rohden (2006), o interesse pela saúde da mulher – e, sobretudo, sobre a sua sexualidade – surge principalmente devido à necessidade de compreender e controlar suas funções reprodutivas.

Assim, juntamente ao dispositivo da sexualidade, desenvolve-se o que Foucault denomina “dispositivo da aliança”, relativo ao casamento e à regulação do corpo das mulheres, buscando o controle sobre a questão da natalidade, através também de uma das “linhas de ataque ao longo das quais a política do sexo avançou nos últimos dois séculos” (FOUCAULT, 1988, p. 159): a histerização das mulheres³². Nesse sentido, a biopolítica também desenvolveu “estratégias e determinações que, de modo muito direto, instituíram lugares socialmente diferentes para os gêneros, ao tratarem, por exemplo, de ‘medidas de incentivo ao casamento e procriação’” (LOURO, 1997, p. 41).

O desenvolvimento da ginecologia como uma especialidade dedicada à saúde da mulher acompanhou o contexto histórico e social da época³³:

A crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilitou a formação dessa especialidade, que definiu as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana. Não é à toa que a ginecologia se desenvolveu simultaneamente às disciplinas dedicadas ao estudo científico da humanidade. A partir do Iluminismo, intensifica-se a demanda de conhecimento empírico, que determinaria as leis da existência humana. Além disso, os acontecimentos do final do século XVIII tinham instaurado a necessidade de rever as hierarquias estabelecidas, agora a partir das evidências objetivas observadas na natureza. [...] É nesta perspectiva que a ginecologia constitui-se com pretensões muito mais amplas do que a do simples cuidado das doenças femininas. Ela parte do estudo das próprias diferenças sexuais. Uma das suas proposições era a ideia de que essas diferenças não estavam contidas nos órgãos genitais, mas na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos (ROHDEN, 2001, p. 53).

Assim, essa disciplina surgia se dedicando a estudar o corpo/saúde das mulheres e, com base na racionalidade científica na época, buscava na biologia e no corpo as justificativas e explicações para as diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres. Os discursos acerca do lugar social das mulheres como sendo destinadas à procriação e à maternidade contribuíram para o desenvolvimento da ginecologia e, por sua vez, ela reforçou tais estereótipos.

Para Medeiros (2004), as mulheres continuam sendo associadas à natureza na

³² “Tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização” (FOUCAULT, 1988, p. 98).

³³ É preciso ressaltar que, de acordo com Rohden (2001), o interesse por parte da medicina em estudar as mulheres adquire maior intensidade somente a partir do século XIX, embora já tivesse surgido muito antes disso.

contemporaneidade. Outra faceta dessa associação é a recorrente medicalização do corpo da mulher (CONRAD, 2007) explicitada nos discursos da biomedicina, hegemônicos, que colocam a questão hormonal como central e compreendem “o corpo da mulher como corpo hormonal, concebendo tais substâncias como determinantes do comportamento feminino” (SEPARAVICH, 2009, p. 120).

A compreensão biologizante associa diretamente o gênero e sexo ao corpo dos indivíduos. Nessa perspectiva, os órgãos reprodutivos denominados “femininos” e a menstruação são vistos como elementos significadores do feminino, determinando não apenas quem é considerada mulher³⁴, mas também o funcionamento saudável do corpo feminino e marcando a transição de criança para mulher e de mulher para velha:

O sangue parece ter o efeito de dizer quem se é: quando vem a menstruação, é *moçinha*; quando ela para, tem que se procurar um médico, é *doente*. Remetendo essa fala ao quadro, podemos pensar no sangue como marcador das idades – a menina, antes de menstruar; a mulher/mãe, aquela que menstrua; e a velha, como *mulher menopáusic*a. O sangue tem o poder aqui de conferir um lugar para a mesma mulher em diferentes tempos de sua vida, bem como conferir lugares diferenciados para mulheres em função do que significa o sangue menstrual na vida delas, o que poderia ser apontado como a capacidade reprodutiva. Desta forma, não se consideram apenas questões biológicas, como se a mulher fosse regida pelos hormônios, mas que, através dessa visão “biologicista”, podemos conferir identidades, que vão sendo naturalizadas como verdades, ancoradas em uma construção sobre o significado dos corpos e suas idades (MEDEIROS, 2004, p. 270).

A partir do diagnóstico médico/ginecológico, que “revela” uma “verdade” sobre os corpos (por exemplo, tensão pré-menstrual – TPM, menopausa, ovários policísticos), Lorber e Moore (2002) afirmam haver uma patologização dos corpos das mulheres e dos ciclos reprodutivos, que faz com que as mulheres tenham suas emoções e competências desacreditadas socialmente. A medicalização do corpo das mulheres³⁵ implica a construção

³⁴ Refiro-me, por exemplo, ao preconceito recorrente em relação à população T (travestis, transexuais, transgêneros), que é construída, muitas vezes, como sendo desviante da norma, por não serem mulheres e homens “de verdade”, ou seja, a partir de um entendimento no qual as identidades de gênero são construídas na biologia, no corpo e nos órgãos sexuais. Conforme afirma Bento (2014, p. 60-61): “O original, segundo as normas de gênero, está referenciado no corpo (corpo-vagina-mulher, corpo-pênis-homem). Aí residiria a verdade dos gêneros e aqueles que constroem suas performances fora do referente biológico são interpretados como cópias mentirosas da mulher/homem de verdade. Nesse processo, os gays, as lésbicas, os transexuais, as travestis, a mãe “desnaturada” são excluídos daquilo que se considera humanamente normal. Para uma concepção essencializadora, essas práticas performativas não passam de cópias burlescas das mulheres e dos homens de verdade”.

³⁵ Conrad (2007) afirma que os corpos dos homens também são cada vez mais medicalizados, embora tal instância raramente seja abordada na literatura. O autor aponta como exemplos a “criação” da andropausa como uma doença que homens velhos sofrem, do Viagra como solução para a impotência e de intervenções estéticas e médicas para “resolver” a calvície. Sobre esse aspecto, Lorber e Moore (2002, p. 82, tradução minha) afirmam: “Apesar das discussões acerca do climatério masculino, os marcadores do envelhecimento nos homens não são tão medicalizadas quanto a menopausa. Assim como as pressões para que os homens ‘façam alguma coisa sobre o envelhecimento’ são menos carregadas de uma poderosa ideologia médica que traduz processos naturais em doenças e torna a terapia de reposição hormonal uma rotina em nome da ‘feminilidade eterna’. Ninguém parece

social do corpo feminino como um corpo sintomático “e, desta forma, doente” (MEDEIROS, 2004, p. 279). A necessidade de realização recorrente de exames ginecológicos periódicos e de rotina é um exemplo, segundo a autora, do controle exercido sobre esses corpos a partir dos saberes médicos-científicos.

Nessa perspectiva, a menopausa é, segundo algumas autoras, uma marca corporal e social, pois ao mesmo tempo em que as mulheres perdem suas capacidades reprodutivas, perdem também status e valor de acordo com o padrão cultural hegemônico do que significa ser mulher em nossa sociedade.

2.7. Sobre a menopausa e o corpo em envelhecimento

Não há um consenso claro acerca do conceito “menopausa”. De acordo com Reis (2002), para a biomedicina a menopausa refere-se apenas “à ocorrência da última menstruação, a qual marca o fim da capacidade feminina de procriar” (REIS, 2002, p. 208). Em seu relatório publicado sobre o tema, a OMS define a menopausa como “o momento da vida de uma mulher no qual a capacidade reprodutiva cessa. Os ovários param de funcionar e a sua produção de hormônios esteroides e peptídeos diminui” (WHO, 1996, p. 1, tradução minha). Medeiros (2004) aponta para essa ausência de consenso, pois a menopausa é compreendida como sendo ou “um evento (última menstruação) ou um período (um ano antes da última menstruação ou período em que *os ovários param de funcionar*)” (MEDEIROS, 2004, p. 278, grifos da autora).

Lock (1993) problematiza o modelo explicativo da menopausa que parte do discurso biomédico-científico, pois ele é generalizante e não leva em consideração as especificidades socioculturais e subjetivas da experiência desse fenômeno. Para a autora, “a menopausa não é nem um fato nem um evento universal, mas uma experiência que nós devemos interpretar em contexto” (LOCK, 1993, p. 370, tradução minha). Assim, a menopausa é vivenciada e compreendida de modos diferentes, de acordo com o contexto e com os atores sociais que a discutem e/ou vivenciam. A autora demonstra, em sua pesquisa, como os significados que as mulheres e a sociedade local atribuem à menopausa são diferentes³⁶. Trench e Miyashiro (2011) também apresentam conclusão semelhante em seu estudo acerca dos significados da menopausa entre mulheres guaranis que vivem na região norte da cidade de São Paulo, no qual notaram que, entre essas mulheres, não havia uma marcação ou ritual de passagem

---

estar discutindo que os homens acima de cinquenta anos não são masculinos”.

36 Lock (1993) estuda e compara experiências e discursos sobre a menopausa na América do Norte e no Japão.

associado à menopausa ou mesmo uma palavra para tal acontecimento, além do fato de que “nenhuma das mulheres a associa a qualquer tipo de sintoma ou patologia” (TRENCH; MIYASHIRO, 2011, p. 105).

Apesar dessas especificidades contextuais, para Lock (1993, p. XVIII, tradução minha), a menopausa carrega um sentido “com o qual, certamente, todo mundo pode concordar, ou seja, que ela tem algo a ver com o envelhecimento”. No entanto, também não há um consenso acerca da relação entre a menopausa e o envelhecimento. Algumas autoras (sobretudo teóricas feministas) apontam a existência dessa marcação construída socialmente sobre os corpos e identidades das mulheres (GREER, 1994; MEDEIROS, 2004; TRENCH, 2004; OSORIO, 2006; LORBER; MOORE, 2002):

Ela [a menopausa] tem sido uma marca que inscreve o corpo das mulheres nessa idade de mulher *mais velha*. [...] A menopausa, enquanto fenômeno fisiológico que tem ocorrido entre os 45 e 55 anos, faz parte dessas redes que *capturam* as mulheres através dos significados atribuídos aos processos que ocorrem em seus corpos. Esses significados representam formas de identificar, classificar e também disciplinar esses *corpos* para essas idades. Assim, a menstruação ou sua ausência servem para marcar sobre qual identidade feminina estamos falando (MEDEIROS, 2004, p. 269).

Medeiros expressa essa relação comparando como a ocorrência da primeira menstruação reconfigura, em muitas sociedades, o lugar social de meninas, simbolizando a transição da infância para a adolescência. Para a autora, “a menopausa, se entendida em forma de oposição, seria a entrada no mundo da velhice. O binarismo se institui entre jovem/velha” (MEDEIROS, 2004, p. 278). Swain (2008) e Tótora (2008) apresentam compreensões similares, afirmando que a menopausa é um momento que redefine o lugar social das mulheres, sendo compreendida em algumas sociedades como um momento de perdas (SWAIN, 2008; TÓTORA, 2008). De certa forma, deixar-se-ia de ser (compreendida como) mulher, para se tornar *velha*:

A complexidade de modos de envelhecer no corpo feminino é reduzida ao hormônio estrógeno. Isso significa que a condição da mulher se torna limitada a seus hormônios, cuja ausência ou diminuição traduz a incapacidade da mulher cumprir o seu papel que, além da fertilidade, é o de dar prazer ao homem. A mulher é representada nos discursos de verdade, a partir de então, por uma série de sintomas associados à falta de hormônios: irritabilidade, perda do “desejo sexual”, um corpo pouco atraente que perde a viscosidade e se resseca (TÓTORA, 2008, p. 27-28).

A identidade da mulher sofreria então um “deslocamento” causado por transformações corporais ocasionadas pela menopausa e pelo processo de envelhecimento. Nessa direção, Trench (2004) localiza a discussão acerca da menopausa em um conjunto de discursos mais amplo acerca das mulheres e de uma noção normativa de feminilidade:

Na realidade o que está em discussão na meia-idade não é apenas a menopausa ou o cessar do ciclo ovariano ou reprodutivo, mas sim o entrecruzamento de diferentes discursos de uma cultura em relação à mulher, reprodução, sexualidade e o

envelhecimento. Desta forma, parece que o que mais as assusta não são os sintomas físicos ou doenças associados ao envelhecimento, e sim a vivência de algo que para elas é ainda desconhecido: a perda da imagem de si mesmas e o medo de que o outro também não as reconheça, como ser ou existência (TRENCH, 2004, p. 195).

Para a autora, isso está relacionado à produção do que Foucault denominou de “corpos dóceis”, pois esses discursos buscam a disciplinarização dos corpos das mulheres: através de práticas e intervenções remodelamos nossas subjetividades (e corporalidades) para nos adequarmos ao ideal normativo de mulher em nossa sociedade. Assim, “a saúde das mulheres está diretamente relacionada à maneira que cada cultura normatiza e disciplina seus corpos” (TRENCH, 2004, p. 201).

Nesse sentido, alguns³⁷ discursos científicos contemporâneos concebem a menopausa como uma doença e, desse modo, alvo de intervenção médica (LOCK, 1993). Esse entendimento parece ter suas raízes no século XIX, momento no qual os campos da saúde começam a demonstrar interesse pela menopausa. Nesse momento histórico, são desenvolvidos discursos acerca dos sintomas que definem a menopausa, discursos esses que persistem até hoje (com as devidas adequações ou alterações resultantes de “descobertas” dos campos de saber relacionados à saúde):

A menopausa só se torna um tema de tese em raras vezes a partir de 1898. Isso poderia estar relacionado com a hipótese mais geral da valorização da mulher pela medicina quase que exclusivamente em função do potencial procriativo. Na medida em que a menopausa representa o fim desse potencial [...], não merece grandes atenções. Essa sugestão pode ser comprovada se nos determos no modo como é tratada a menopausa nas poucas teses em que aparece. A primeira constatação é a da oposição feita entre puberdade e menopausa. Enquanto a primeira representa a chegada da beleza, das formas e das funções que caracterizam a mulher, a segunda significa a perda de todos esses atributos (ROHDEN, 2001, p. 124).

Ainda durante o século XIX, havia discursos que também compreendiam a menopausa “como um sinal de pecado e decadência” (MCCREA, 1983, p. 111, tradução minha). Ao longo do século XX, a psicologia passou a compreendê-la como uma neurose (MCCREA, 1983). Nos anos 1930, terapias baseadas em hormônios adquiriram força como o tratamento principal para a menopausa e outras desordens associadas à menstruação. Assim, “a medicalização da menopausa e da menstruação abriu um enorme mercado: quase todas as mulheres, durante muitos anos de suas vidas” (OUDSHOORN, 1994, p. 95, tradução minha).

---

³⁷ Como diferentes discursos sobre um mesmo tema coexistem na sociedade, participando de disputas de poder em torno dos conhecimentos considerados legítimos, é importante dizer que a biomedicina não contempla apenas discursos que medicalizam a menopausa. Lock (1997) e McCrea (1983) afirmaram a existência de outros significados atribuídos à menopausa, com discursos que negavam sua interpretação como uma doença ou como uma deficiência hormonal que acarretaria diversos problemas para as mulheres. Por exemplo, na década de 1940, havia materiais didáticos clínicos e ginecológicos que “cuidadosamente apontaram que o fim da menstruação era uma “fase normal do ciclo da vida” para a maioria das mulheres” (LOCK, 1993, p. 342, tradução minha).

Nos anos 1940 e 1950, a menopausa passou a ser definida como um evento que não acarretaria muitas transformações e nem traria muitas dificuldades para as mulheres (MARTIN, 1997). Mais tarde, nos anos 1960, os significados atribuídos à menopausa pela medicina se transformaram novamente, principalmente por conta do advento dos hormônios sintéticos.

Neste momento, os discursos biomédicos acerca da menopausa passam a retratá-la como uma doença associada à deficiência de estrogênio³⁸, cuja “cura” seria a terapia de reposição hormonal (MCCREA, 1983; LOCK, 1993; MARTIN, 1997; TRENCH; MIYASHIRO, 2011). Ou seja, “a partir da noção de que a menopausa, tal qual a diabetes, pode ser considerada como “uma doença de privação”, pois ambas seriam causadas pela falta de certa substância química no organismo: em uma, a insulina; na outra, o estrogênio” (TRENCH; MIYASHIRO, 2011, p. 98). Nas décadas de 1980 e 1990 a menopausa recebeu a classificação de uma doença endócrina (LOCK, 1997).

A menopausa não foi alvo de discursos apenas da medicina. McCrea (1983) discute especificamente os discursos feministas norte-americanos das décadas de 1970 e 1980, que questionavam o entendimento da menopausa como uma doença, afirmando que esta se trata de uma ocorrência natural da vida das mulheres e, portanto, não apresenta grandes incômodos para elas. Os problemas de saúde que por ventura ocorrerem “podem ser efetivamente tratados ou até prevenidos através de nutrição adequada e exercício, combinados com a suplementação vitamínica” (MCCREA, 1983, p. 117, tradução minha). Alguns desses discursos, segundo a autora, ao buscarem desestigmatizar a menopausa, acabaram reforçando que essa fase deveria ocorrer sem nenhum problema ou dificuldade para as mulheres e, assim, gerando um apagamento das experiências de mulheres que não tiveram uma vivência tão tranquila em relação à menopausa ou que optaram por buscar tratamento médico. Além disso, na época citada, grande parte do movimento de saúde das mulheres era composto por mulheres de classe média e que, portanto, analisavam a questão com um recorte de classe muito específico (MCCREA, 1983). Esses discursos, ao problematizarem a norma de que a menopausa era um momento desagradável, acabaram por gerar mais uma normatização.

Por fim, outro discurso presente na literatura científica contemporânea é a afirmação de que a menopausa seria um fenômeno de certa forma novo, pois até recentemente as mulheres não alcançavam uma idade tão avançada a ponto de vivenciá-la. Essa ideia, por sua

---

38 Nos originais em inglês, Lock (1993) e McCrea utilizam a expressão “deficiency disease”, enquanto Martin (1997) fala em “estrogen-deficiency disease”.

vez, reforça a noção de que mulheres na fase pós-menopausa seriam uma “anomalia” e sua existência algo que vai “contra a natureza” (LOCK, 1993).

Considerando a prevalência dos discursos biomédico-científicos em nossa sociedade, iremos focar nessa concepção da menopausa. Uma vez que o corpo das mulheres é compreendido como um corpo hormonal, a ausência dos hormônios ocasionada pela menopausa, nesta concepção, traria grandes malefícios para a saúde das mulheres (MARTIN, 1997). A parada na produção do estrogênio pelo corpo das mulheres acarretaria também uma série de outras condições como doenças do coração, depressão e osteoporose (WHO, 1996):

Foi postulado desde épocas clássicas que as secreções ovarianas produzem um efeito profundo em muitas partes do corpo feminino e, embora as explicações acerca de como esse efeito se dá tenham mudado ao longo dos anos, esse entendimento permanece central no pensamento médico contemporâneo. A atual linguagem descreve órgãos e tecidos “alvos”, que incluem os órgãos pélvicos (a vulva, vagina e o útero), seios, pele e ossos, e nota suas respostas negativas à “falha ovariana” (LOCK, 1993, p. XXX, tradução minha).

A partir da concepção biomédica do corpo, o corpo das mulheres é concebido como uma série de sistemas ou órgãos que, uma vez interligados, passam a falhar (como uma máquina) após a ausência de um elemento – os hormônios “sexuais” – sendo a terapia de reposição hormonal apontada como uma solução recorrente para a “resolução” dessa questão. Para Medeiros (2004, p. 282), isso explicita quando “os *efeitos* da menopausa vão-se transformando em *defeitos*. Defeitos esses que necessitam da intervenção médica”, que se dá, em grande parte, através da prescrição de terapia de reposição hormonal (TRH). Considerando que tecnologias se referem a “qualquer agenciamento ou a qualquer conjunto estruturado por uma racionalidade prática e governado por um objetivo mais ou menos consciente” (ROSE, 2001a, p. 38), a TRH pode ser compreendida como uma tecnologia de poder: age sobre o corpo, buscando “remodelá-lo” fisiológica e esteticamente, substituindo sinteticamente a produção dos hormônios que “faltam” no corpo depois da menopausa. A TRH é “uma tecnologia que pode propiciar ao corpo a libertação da dor e da decrepitude do envelhecer, ainda que ele permaneça controlado pela medicação” (MEDEIROS, 2004, p. 285).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será discutida a abordagem metodológica utilizada adotada na pesquisa, a partir do referencial teórico, discutindo também as técnicas utilizadas em campo – entrevistas e caderno de campo – e os procedimentos que serão utilizados empregados na análise dos dados construídos em campo. Além disso, apresenta-se uma caracterização do trabalho de campo e das mulheres entrevistadas.

Compreender os dados como sendo construídos – e não “colhidos” – em campo significa partir de uma perspectiva teórico-metodológica que considera que as narrativas produzidas nas entrevistas são elaborações dialógicas, fabricadas em determinado contexto, no qual havia uma interlocutora – a pesquisadora – instigando suas reflexões e falas sobre os temas (ANDRADE, 2012; ARAGAKI ET AL., 2014). Assim, as informações são construídas a partir de “processos de negociação de sentidos entre o/a pesquisador/a e o/a entrevistado/a, pois na sua processualidade mantém, transforma e desafia os posicionamentos que vão ocorrendo durante a sua produção” (ARAGAKI et al., p. 58, 2014). Assim, conforme afirma Lalanda (1998, p. 877), “o narrador, ao contar-se, constrói a sua identidade, reconstruindo o seu passado, revelando lugares de conflito, rupturas e aquisições/aprendizagens que fez com outros e consigo mesmo”.

Por exemplo, como forma de encerramento das entrevistas, era realizado um questionamento final: se a entrevistada gostaria de falar sobre algum tema que não havia sido abordado, aprofundar alguma questão ou mesmo falar livremente sobre algum outro assunto que lhe interessasse. Uma das mulheres, Rosa, ao responder essa pergunta, disse:

Eu acho que quando a gente para pra elaborar em cima de conceitos a gente acaba revendo, né? Por exemplo, eu... Você falou: “Você é idosa?”. É uma coisa que eu tô pensando. Não sei, acho que sou. [risos] Mas é bom também, entendeu? Eu acho que quando a gente redimensiona algumas ideias, conceitos, enfim, a gente também tá vivendo. Tá pulsando aí (Rosa)³⁹.

Ou seja, ao longo da entrevista, Rosa não apenas apresentou sentidos, valores, opiniões previamente construídas, mas também foi reelaborando as respostas às questões e interlocuções durante a conversa. Inicialmente, ela disse não se considerar idosa. Ao final da entrevista, já não tinha tanta certeza e parecia estar redefinindo os sentidos que a categoria “idosa” possui para ela.

Parte dessa perspectiva teórico-metodológica é também compreender que o

---

³⁹ Para melhorar a visualização dos trechos das entrevistas e diferenciá-los das demais citações, esses fragmentos estão em itálico, tanto quanto se trata de texto com mais de quatro linhas (recuado), quanto com menos de três linhas e, portanto, inseridos no meio do texto.

conhecimento não é “uma realidade universal e independente” (LUPTON, 2012, p. 9, tradução minha). O conhecimento não é, portanto, neutro, pois é perpassado pelo poder. Por exemplo, os discursos científicos da biomedicina, embora sejam considerados racionais, imparciais e “verdadeiros” acerca da saúde e da doença – e do mundo –, constituem apenas um modelo entre outros de interpretação da nossa “realidade” (LAPLANTINE, 2010).

Assim, conforme colocado por Oudshoorn (1994, p. 4, tradução minha), “isso implica em uma perspectiva totalmente diferente acerca do que os cientistas estão fazendo: eles estão ativamente construindo a realidade, em vez de descobrindo a realidade”. Portanto, não há uma realidade aguardando ser descoberta; apesar das “coisas” serem dotadas de materialidade – ou seja, sabemos que elas existem e são, para nós, de certa forma “reais” –, é a partir da cultura e do contexto social, político e histórico que elas irão ser preenchidas de sentidos, significados, valores.

As verdades científicas são, então, produzidas através de sistemas de exclusão que operam sobre os discursos e gerenciam o “modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído” (FOUCAULT, 1999, p. 17). Essa “organização” da elaboração dos discursos define quem pode falar e sobre o que pode ser falado, além do que pode ou não ser dito. Ou seja, opera também através de recortes e da “rarefação do discurso” (FOUCAULT, 1999), sendo que “o conhecimento é estabelecido como fato científico apenas se ele estiver interligado a grupos socialmente relevantes” (OUDSHOORN, 1994, p. 10, tradução minha).

Partindo desse posicionamento teórico-metodológico, entendo que as entrevistas não têm como resultados dados definitivos, uma *verdade* sobre quem são as mulheres entrevistadas, uma vez questionada a verdade e a objetividade absoluta do conhecimento científico. Outro elemento importante nesse sentido é que as identidades são construções, logo, não podem ser compreendidas como únicas, fixas e imutáveis (HALL, 2005). Na perspectiva dos Estudos Culturais, as identidades se transformam ao longo da vida dos sujeitos, sendo que o próprio contexto da interação pode fazer com que se mobilize determinada(s) identidade(s). Ao mesmo tempo em que as entrevistas tenham esse caráter de trazer sentidos mais provisórios ou localizados, “pode-se considerá-las como a instância central que, somada a outras, traz informações fundamentais acerca do vivido e possibilita uma interpretação” (ANDRADE, 2012, p. 175) das vidas, identidades, sentidos pertencentes às mulheres entrevistadas.

Tal perspectiva metodológica também compreende que, ao realizar a análise desses dados, a pesquisadora “os relerá e os reconstruirá, a eles trazendo outros sentidos”

(SILVEIRA, 2007, p. 137), como parte de sua interpretação. Assim, nega-se a suposição de que é possível a absoluta objetividade científica na realização de uma pesquisa. Tanto a pesquisadora quanto as entrevistadas são sujeitos pertencentes a contextos diferentes, com suas próprias trajetórias de vida, partindo de determinados locais de conhecimento e compreensão de si e do mundo.

3.1. Instrumentos e técnicas de pesquisa

Esta pesquisa⁴⁰, que é de abordagem qualitativa, consistiu na realização de entrevistas em profundidade, semiestruturadas e individuais com 11 mulheres residentes na cidade de São Paulo e região, que possuísem 50 anos ou mais. As entrevistadas foram selecionadas de acordo com três critérios: 1) que fossem mulheres que já tivessem passado – ou estivessem passando, no momento da pesquisa – pela menopausa; 2) idade, estabelecido de acordo com os objetivos da pesquisa; 3) local, considerando o interesse em estudar o envelhecimento feminino no meio urbano (além de se apresentar como solução para a questão prática de acessibilidade e realização das entrevistas pessoalmente). Conforme apontado na introdução desta dissertação, uma das entrevistas não foi utilizada na análise com o intuito de manter certa coesão entre as mulheres entrevistadas, resultando, assim, no total de 10 entrevistas analisadas.

As entrevistas semiestruturadas – também conhecidas como entrevistas de profundidade “mais ou menos informais” (VÍCTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000) –, caracterizam-se por possuírem certo grau de flexibilidade, permitindo maior liberdade às pessoas entrevistadas para responderem as perguntas formuladas pela pesquisadora e também por discorrerem de modo mais livre acerca da pauta colocada. Além disso, permitem também alguma maleabilidade em relação à estrutura da entrevista. Nesse sentido, nem sempre foi preciso seguir a ordem do roteiro de perguntas formuladas, uma vez que as falas das entrevistadas corriam por distintos caminhos e temas. Esse elemento foi bastante importante, permitindo que as entrevistas ocorressem com certa fluidez. Essa maleabilidade do roteiro auxiliou também na diminuição do distanciamento dos locais colocados nas entrevistas, de *pesquisadora e entrevistada*:

Idade, *status* social e profissional, prevalência econômica, gênero, situação familiar, origem regional... São dimensões não desprezíveis nessa delicada situação em que as identidades de entrevistador/entrevistado são assumidas. Se, por um lado,

---

40 Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado em 2017. Além disso, todas participantes receberam um Termo de Livre Consentimento (Anexo A). O estudo seguiu todos os princípios e normas de ética em pesquisa.

perguntando, “querendo saber”, questionando, e chegando, em certas ocasiões, a encurralar o entrevistado (o que, obviamente, iria de encontro a todas as recomendações tradicionais sobre cuidados de realização das mesmas), o entrevistado também lança mão de numerosas estratégias de fuga, substituição e subversão dos tópicos propostos (SILVEIRA, 2007, p. 123-124).

Assim como Aragaki et al. (2014), que apontam a relevância de entrevistas serem conduzidas de modo menos formal e mais fluído, desde o primeiro contato que tive com as entrevistadas foi colocado que a entrevista poderia ser compreendida como uma conversa sobre os temas propostos, na qual eu faria perguntas e elas teriam liberdade para respondê-las (ou não, se assim desejassem). Buscou-se, desse modo, uma melhor “troca e negociação de sentidos, nas quais a interanimação dialógica se faça com o mínimo possível de exercício de poder verticalizado” (ARAGAKI ET al., p. 65, 2014).

A entrevista em profundidade – ou compreensiva – foi o instrumento de escolha por permitir “olhar a realidade social por dentro” (LALANDA, 1998, p. 882) a partir das narrativas produzidas na entrevista:

A entrevista em profundidade (compreensiva) permite abordar, de um modo privilegiado, o universo subjetivo do ator, ou seja, as representações e os significados que atribui ao mundo que o rodeia e aos acontecimentos que relata como fazendo parte da sua história. Essa subjetividade é, para o sociólogo, não um mero reflexo da individualidade desse ator, mas de um processo de socialização e de partilha de valores e práticas com outros, ou seja, resulta de uma intersubjetividade. [...] A sociologia, ao utilizar a *entrevista compreensiva* como fonte de informação/recolha, procura, entre outras coisas, entender o modo como os indivíduos vivenciam o seu quotidiano, em particular determinados acontecimentos ou mudanças, durante a sua vida (LALANDA, 1998, p. 875-877, grifos da autora).

Assim, cada entrevista em profundidade produz uma narrativa, que consiste no “discurso de um ator sobre *a sua história de vida*, onde este *se conta*, sem, no entanto, ser forçosamente autobiográfico” (LALANDA, 1998, p. 876, grifos da autora). Na entrevista são evocados sentidos, valores e memórias da pessoa entrevistada. Como instrumento de investigação social, essa técnica não tem como foco central as particularidades de cada narrativa, mas sim a análise de um conjunto de narrativas criado a partir de diversas entrevistas, realizadas com “diferentes atores que viveram experiências similares” (LALANDA, 1998, p. 876).

Para a escolha das mulheres que seriam entrevistadas, foi utilizada a abordagem conhecida como *snowball* ou bola de neve (VÍCTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000). O acesso a essas informantes ocorreu, inicialmente, por indicações obtidas através de minha rede de contatos. Além dessas indicações, busquei “expandir” a rede, pedindo às entrevistadas que indicassem outras mulheres que correspondessem aos critérios da pesquisa e que pudessem ter interesse em participar e assim sucessivamente. Algumas dessas indicações

resultaram em novas entrevistas. Outras não, seja porque os contatos com as possíveis informantes não obtiveram retorno ou porque nunca foi possível acordar uma data para a realização da entrevista.

Os contatos iniciais com as informantes foram realizados através da internet e/ou do telefone (principalmente pela rede social Facebook e, no caso do telefone, de trocas de mensagens e áudios no Whatsapp). Nesse primeiro momento, expliquei que se tratava de uma pesquisa sobre envelhecimento e convidei-as a participarem, pontuando também as informações acerca dessa participação (que elas não teriam obrigação de participar, suas respostas seriam anônimas, da necessidade de gravação do áudio das entrevistas e que eu me deslocaria para realizar a entrevista em um local que fosse confortável para elas). As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelas mulheres: em suas residências, de suas amigas ou em seus locais de trabalho.

Com algumas das mulheres entrevistadas, o contato inicial e a entrevista ocorreram com maior fluidez, de forma menos “engessada” e bastante tranquila, principalmente no caso daquelas com quem eu havia conversado mais antes da entrevista ou das que eram próximas da informante que as havia me indicado (por exemplo, mulheres que eram mães de amigas minhas ou mulheres que conheciam o ambiente universitário e, sobretudo, a USP).

As entrevistas, enquanto técnica de pesquisa, também possuem limitações, como esse “engessamento” das relações entre entrevistadas e pesquisadora, por se tratar de um contato bem mais pontual do que no caso de etnografias, por exemplo. Há também a questão do tempo necessário para a realização da entrevista, o que muitas vezes restringiu o contato com as entrevistadas⁴¹. Por isso, também utilizei o caderno de campo como ferramenta para realizar anotações acerca dos contatos que tive com as entrevistadas, indicações, detalhes sobre as entrevistas e quaisquer outros apontamentos ou observações que julguei pertinentes à pesquisa. Alguns trechos do material produzido no caderno também serão discutidos e analisados.

Como instrumento de análise dos dados produzidos, foi utilizada a técnica de Mapas⁴², de acordo com a formulação de Spink (2010). Essa metodologia consiste na elaboração de Mapas nos quais há a disposição de conteúdo em uma tabela⁴³, de acordo com temas,

---

⁴¹ Enquanto algumas das entrevistadas tinham uma agenda mais flexível para me receber e conversar comigo, outras dispunham de pequenas “janelas” de horário limitado para nossas entrevistas. Isso resultou em alguma variação na duração das entrevistas, que duraram entre 50 minutos e duas horas.

⁴² Esta técnica também é conhecida como “mapas de associação de ideias”, tendo Spink (2010) abandonado essa denominação, adotando apenas “Mapas”.

⁴³ Inicialmente, todas as tabelas seriam inseridas na dissertação. Porém, por questões de espaço e visualização,

perguntas ou outras informações que a pesquisadora considerar pertinentes para a pesquisa, propiciando assim a visualização e análise deste conteúdo de acordo com as etapas metodológicas:

Tendo decidido que temas serão incluídos nos Mapas, o próximo passo é a transposição dos trechos da entrevista (preservando toda a sequência da interação entre entrevistador e participantes) para o Mapa. O terceiro passo é a construção das Árvores de Associação que visam dar visibilidade ao encadeamento de repertórios nos trechos que nos parecerem ser mais ilustrativos dos fenômenos em estudo (SPINK, 2010, p.41).

No caso deste estudo, os Mapas utilizados na análise foram elaborados através da disposição em colunas do conteúdo das entrevistas transcritas, de acordo com o subtema relacionado/associado ao conteúdo (coluna) e com quem fez aquela fala (o nome da entrevistada – linha).

Para isso, foi feita a transcrição integral dos áudios das entrevistas. Em seguida, realizou-se uma leitura inicial das transcrições, juntamente a uma nova escuta dos áudios. Então, o material resultante das transcrições foi disposto em Mapas. Inicialmente, elaborei um Mapa para cada entrevista (ou seja, um mapa para cada informante, totalizando 10 mapas ao todo), dispondo os conteúdos de acordo com temas gerais que apareceram em cada entrevista.

Em seguida, a partir dos Mapas individuais, foram elaborados cinco novos Mapas, um para cada eixo-temático comum às entrevistas: 1) identidade e envelhecimento; 2) saúde, doença e corpo; 3) gênero e cuidado; 4) menopausa; 5) dependência e autonomia. a Tabela 1 (ver próxima página), reproduzimos um trecho de um dos Mapas temáticos (menopausa). Trata-se de um pequeno recorte, inserido aqui com a finalidade de exemplificar a metodologia utilizada.

Por fim, a partir da visualização dos conteúdos transcritos nos Mapas, foi desenvolvida a análise dos dados, relacionando-os ao aporte teórico elaborado na revisão bibliográfica realizada desde o início da pesquisa.

Tabela 1 – Exemplo de Mapa temático: menopausa (trecho da tabela)

	Informações sobre menopausa	Sintomas, reposição, hormônios	Menopausa e mudanças, sentidos	Menopausa e envelhecimento
Rosa ⁴⁴	P – Então você entrou na menopausa com 50 anos? R – Eu entrei com uns 46 anos. Começou... Já eram sintomas que eu não identificava como, mas a médica falava que poderia ser. Eu tinha um trabalho muito desgastante. Eu comecei a ter menstruação hemorrágica, muita perda de sangue. E aí foi indo, eu fui fazendo exames. Aí ela falava que tava associado já ao início da menopausa. Até que a menstruação parou. Eu não fiz reposição hormonal, porque eu [...]	P – Você se preocupa mais com a sua saúde hoje em dia do que antigamente? R – Ah, sem dúvida! Porque é inevitável. Pra mim, pelo menos, porque eu acho que cada um vive de uma maneira. Acho que pra cada um é uma experiência diferente. Pra mim, depois dos cinquenta anos, eu acho que eu fui acometida de alguns sintomas que eu não tinha antes. A enxaqueca, por exemplo. Que veio com [...]	P – A menopausa foi um momento marcante? R – Foi, posso dizer que sim. Eu acho que alguns sintomas vieram pra me fazer rever algumas coisas, de forma diferente. Eu comecei, talvez, a reelaborar certas questões que eu... P – E parar de menstruar? R – Não. Porque não dá tempo de sentir muito. Tem uns sintomas que vêm junto com essas paradas. Se por um lado é bom, porque menstruar, às vezes [...]	P – A menopausa tem a ver com o envelhecimento? R – Atualmente não... Então, é aquilo que eu te falei. A gente revê valores, questões que a gente via talvez um pouco diferentes. Mas eu acho que a gente aprende, é uma fase de grandes aprendizagens. Porque você aprende a entender que é aquilo lá que eu te falei: o estar bem é aqui, agora. Não adianta ficar adiando. Eu mudei de casa, uma coisa que eu demorei. Eu demorei muito pra sair da casa [...]

Fonte: Elaboração própria.

⁴⁴ Os nomes das entrevistadas foram substituídos por outros, fictícios, preservando assim seu anonimato.

3.2. Caracterizando o campo (ou quem são essas mulheres?)

Foram entrevistadas 11 mulheres de 50 a 71 anos, todas moradoras da cidade de São Paulo ou Região Metropolitana de São Paulo. No entanto uma das entrevistadas não foi incluída na caracterização final do campo nem na análise dos dados. Trata-se de uma opção metodológica, buscando maior coesão no que diz respeito ao pertencimento a determinada camada social, pois, com exceção dessa entrevistada que pertence à classe A, todas as outras são de classe média.

Apesar das mulheres pertencerem às camadas médias da população, é importante ressaltar que esse segmento populacional é bastante heterogêneo (CARDOSO; PRÉTECEILLE, 2017). Atualmente, a definição de “classe média” é apresentada com algumas divergências entre os(as) pesquisadores(as). Alguns, como Neri (2008), afirmam a configuração de uma nova classe média brasileira, composta por indivíduos e grupos provenientes de camadas populacionais mais baixas e que adquiriram maior capital econômico nas últimas décadas. Já Souza (2012) difere dessa concepção, que se baseia na explicação econômica, afirmando que “as classes sociais não podem ser definidas [...] apenas pela renda e pelo padrão de consumo, mas, antes de tudo, por um estilo de vida e uma visão de mundo ‘prática’” (SOUZA, 2012, p. 26). Cardoso e Préteceille (2017), partindo da concepção de classe desenvolvida por Charles Wright Mills, propõem uma abordagem que leva em conta ambos os aspectos, além de sua intersecção com gênero, raça e idade, mas com foco na ocupação. Parte-se de uma compreensão de classe média próxima a desses dois autores, caracterizada, portanto, por ser:

Um conjunto muito heterogêneo e hierarquizado, que comporta desde trabalhadores dotados de grande autonomia de ação em seu trabalho, alto prestígio e reconhecimento social, capacidade de transferência de sua posição aos filhos ou mesmo de financiar sua ascensão social etc.; até os assalariados de escritório, cujo trabalho, subordinado, precário, rotineiro, inseguro e de baixa remuneração, se distingue apenas tenuemente do de um operário industrial, categoria, hoje, minoritária na estrutura de classes do país (CARDOSO; PRÉTECEILLE, 2017, p. 989).

No caso do grupo constituído pelas entrevistadas nesta pesquisa, essa heterogeneidade está expressa ao observarmos seu grau de escolaridade, suas profissões e/ou ocupações atuais e as regiões/bairros onde moram, conforme pode ser observado na Tabela 2. No entanto, é possível afirmar que todas elas compartilham certo *ethos* de classe ou “estilo de vida”, valores, crenças, comportamentos e opiniões associados à classe média brasileira. Esse estilo de vida inclui, de modo geral, o amplo consumo de bens materiais, culturais e de lazer, além de fácil acesso a tratamento médico e uma preocupação acentuada com o próprio bem-estar, saúde e/ou aparência. Além disso, assim como parte das entrevistadas de Barros (2008), parte

importante de suas subjetividades diz respeito à autonomia e independência. O trabalho “era um imperativo não só porque se torna um valor no projeto de autonomização, mas porque é, de fato, uma necessidade nesse segmento de mulheres” (BARROS, 2008, p. 10), principalmente quanto eram mais jovens. As ocupações e profissões das entrevistadas são variadas: três profissionais da educação, uma empresária, uma artista, uma cozinheira, duas secretárias, uma ajudante geral e uma que faz “bicos”. Algumas deixaram o trabalho remunerado fora de casa para assumir o trabalho doméstico, além de cuidar dos(as) filhos(as) e/ou netos(as), principalmente após se tornarem mães. Há, então, desde profissões que exigem um grau menor de especialização – mas não por isso são menos relevantes – até outras mais especializadas. O nível de escolaridade está bastante relacionado à profissão, sendo que algumas concluíram pós-graduação e outras – a maioria das entrevistadas – cursaram até o ensino básico (fundamental, médio e/ou técnico).

Quatro das entrevistadas são aposentadas, porém continuam trabalhando fora. Três não se aposentaram por não terem ainda atingido os requisitos mínimos exigidos por lei (idade mínima ou período de contribuição). Márcia, que é educadora, e Helena, que é artista, têm uma questão mais específica: não desejam se aposentar, pois acreditam que seus trabalhos (educadora social e artista) são parte importante de suas identidades e estão relacionados a valores e crenças dos quais não é “possível” se aposentar. Márcia diz, por exemplo: *Acho que os temas que eu trabalho, as escolhas que eu fiz... Não existe aposentadoria pra isso, né? Eu vou deixar de defender a leitura? Eu vou deixar de sentar com os jovens...? Não tem, isso não tem porque parar.*

O grupo apresenta uma diversidade regional: reúne mulheres que residem na Zona Norte de São Paulo (Vila Iara, Mandaqui e Vila Guilherme), na Zona Leste (Mooca e Ferraz de Vasconcelos, esta na região metropolitana de São Paulo), Centro (Vila Buarque, Consolação) e Zona Oeste (Barra Funda e Pinheiros). Algumas das entrevistadas vivem sozinhas, outras com a família. Há ainda o caso de Helena, que mora com dois amigos.

Quanto à orientação sexual, todas as entrevistadas se relacionam afetivamente com homens, embora esse não tenha sido um dos critérios para a participação na pesquisa. Em relação à família, Márcia e Helena decidiram não ter filhos por uma escolha pessoal e política. Já Francisca afirma não ter sido mãe por acreditar que *um filho tinha que ter pai e mãe* e ter se casado *tarde* (com 38 anos), em um momento no qual ainda trabalhava e tinha uma rotina puxada. Todas as outras entrevistadas têm filhos(as); algumas também têm netos(as).

Tabela 2 – Informações sociodemográficas das entrevistadas

Nome	Idade	Formação	Trabalha fora?	Profissão	Cor/raça/etnia	Relacionamento	Filhos (F)/netos (N)	Com quem mora?	Cidade/bairro
Márcia	50	Pós-graduada	Sim, não é aposentada	Educadora social	Negra/preta	Casada	Não	Esposo	São Paulo/Consolação
Luiza	58	Ensino Médio	Sim, não é aposentada	Dona de casa	Branca	Viúva	2 F, 1 N	Filho	São Paulo/Vila Iara
Rosa	59	Superior completo	Sim, embora aposentada	Professora e coordenadora	Branca	Viúva	1 F	Filha	São Paulo/Mooça
Tereza	61	Ensino Fundamental	Não, aposentada	Dona de casa	Parda	Casada	2 F, 2 N	Esposo, filha, genro e netos	São Paulo/Vila Iara
Helena	63	Pós-graduada	Sim, não é aposentada	Artista/atriz	Branca	Solteira	Não	Amigos	São Paulo/Vila Buarque
Ana	64	Pós-graduada	Sim, embora aposentada	Empresária	Branca	Separada	1 F	Filho	São Paulo/Perdizes
Francisca	67	Superior completo	Não, aposentada	Professora	Branca	Viúva	Não	Sozinha	Ferraz de Vasconcelos/Vila Correa

Nome	Idade	Formação	Trabalha fora?	Profissão	Cor/raça/etnia	Relacionamento	Filhos (F)/ netos (N)	Com quem mora?	Cidade/ bairro
Rita	70	Ensino Fundamental	Sim, embora aposentada	Cozinheira	Parda	Viúva	2 F, 4 N	Sozinha	São Paulo/ Barra Funda
Antônia	71	Ensino Médio/Técnico	Não, aposentada	Secretária	Branca	Casada	3 F, 3 N	Esposo, filho e nora	São Paulo/ Vila Guilherme
Josefa	71	Ensino Médio/Técnico	Não, aposentada	Secretária e dona de casa	Branca	Casada	2 F	Esposo e filho	São Paulo/ Mandaqui

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à cor/raça/etnia⁴⁵, duas entrevistadas se autodeclararam pardas e uma negra/preta, enquanto o restante se autodeclarou branca. O conceito “pardo” tem sido problematizado pelo movimento negro, substituindo seu uso por “negro” ou “preto” (GUIMARÃES, 2003). No entanto, como Tereza e Rita se autodeclararam pardas, o que pode significar que elas não se identificam como negras e/ou pretas, mantive o termo “parda”. Também é interessante notar que a única mulher que se definiu como negra/preta é Márcia, que tem uma história de vida perpassada pela sua militância no movimento negro. Para ela, se autodeclarar e se reconhecer enquanto mulher negra é um elemento considerado de extrema importância.

Esta seção teve como objetivo apresentar introdutoriamente as mulheres entrevistadas na pesquisa, tendo consciência de que as informações e comentários aqui inseridos não se esgotam em si mesmas. A partir do capítulo seguinte serão abordados com maior profundidade os dados produzidos em campo, as entrevistas e anotações realizadas no diário de campo, além de elaborada a análise destes com embasamento da revisão bibliográfica.

---

⁴⁵ Em todas as entrevistas, foi indagado como as entrevistadas como se identificavam em relação a sua cor/raça/etnia, com o intuito de que se autodeclarassem. Segundo Guimarães (2003, p. 105), questionar a identificação através de perguntas abertas é relevante “posto que não há hoje em dia consenso sobre que categorias são usadas nativamente”. Além disso, a autoidentificação implica também o respeito pela pessoa e o modo através do qual ela se percebe.

4. IDENTIDADES E ENVELHECIMENTO: “EU NÃO SOU COITADA”

Conforme discutido anteriormente nesta dissertação, os sentidos que as entrevistadas atribuem ao *ser velha/ser idosa* – e, concomitantemente, a não serem nem uma nem outra – são informados pelos diversos discursos que circulam em nossa sociedade. Esse processo pode ser compreendido como constituinte de uma subjetividade. Conforme Woodward (2000, p. 54), “‘subjetividade’ sugere a compreensão que temos sobre o nosso eu. O termo envolve os pensamentos e as emoções conscientes e inconscientes que constituem nossas concepções sobre ‘quem nós somos’”. Nossa subjetividade é vivenciada e construída no contexto sociocultural que dá sentido a ela e, a partir dos discursos, “as posições que assumimos e com as quais nos identificamos constituem nossas identidades” (WOODWARD, 2000, p. 55). Esse processo de “modelação” dos indivíduos em sujeitos – ou não-sujeitos – é denominando “subjetivação” (ROSE, 2001b):

Uma gama de “práticas de subjetivação” historicamente contingentes, nas quais os humanos, ao se relacionarem consigo mesmos sob formas particulares, dotam-se de determinadas capacidades, tais como: compreender a si mesmos; falar a si mesmos; colocar a si mesmos em ação; julgar a si mesmos (ROSE, 2001b, p. 145).

Esses sentidos estão profundamente relacionados aos discursos hegemônicos da terceira idade e do “envelhecimento ativo”, previamente discutidos nesta dissertação. Suas falas remetem aos sentidos hegemônicos atribuídos à terceira idade enquanto categoria que visa positivar a velhice e constrói, ao mesmo tempo, uma velhice abjeta, composta por não-sujeitos: que não são ativos, que não se cuidam, que não têm autonomia e/ou saúde para viverem suas vidas de acordo com suas próprias escolhas.

Assim como abordado no capítulo 1, as reformulações no entendimento do curso da vida e dissociação entre idades e comportamentos contribuíram para a transformação dos sentidos associados à velhice e ao envelhecimento. No entanto, “o velho é incitado a manter a disposição e a aparência da juventude” (CASTRO, 2015, p. 112); ou seja, há uma dimensão moral implícita nos discursos acerca do envelhecimento que gera responsabilização e culpabilização dos indivíduos acerca da manutenção de sua saúde, de seu corpo e de sua vida – no sentido de “terem” que continuar sendo participantes do mundo social, pessoas ativas, etc.

Ortega (2008) também explicita essa relação entre discursos, práticas e identidades⁴⁶,

---

46 Em relação às práticas constitutivas do sujeito, Ortega (2008) discute a questão da ascese abordada por Foucault, mas reinserindo o debate na contemporaneidade: “A ascese implica em um processo de subjetivação. Ela constitui um deslocamento de um tipo de subjetividade para outro tipo, a ser atingido mediante a prática

dotados de uma moralização que tem implicações na “formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna” (ORTEGA, 2008, p. 32). Segundo o autor, há um “discurso do risco” que gera responsabilização e culpabilização dos indivíduos acerca da manutenção de sua saúde e de seu corpo.

De acordo com Castiel (1999, p. 21), essa questão pode ser analisada a partir do conceito de “risco”⁴⁷ desenvolvido na epidemiologia, que “se constitui em uma forma presente de descrever o futuro, sob o pressuposto de que se pode decidir qual é o futuro desejável”. A promoção de saúde se organiza em torno desse tipo de discursos, institucionalizando, juntamente a um grupo de práticas e comportamentos considerados potencialmente perigosos, o julgamento moral e o enquadramento dos sujeitos de acordo com a adoção ou não de determinados estilos de vida considerados saudáveis ou problemáticos. Assim, a interpelação por esses discursos contribui para a construção identitária dos sujeitos:

O corpo e o self são modelados pelo olhar censurador do outro que leva à introjeção da retórica do risco. O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o desvio aos riscos. Ao mesmo tempo podemos observar o crescimento dos comportamentos de risco especialmente na juventude, tais como esportes radicais, sexo sem proteção etc., como resposta à obsessão por comportamentos e estilos de vida sem risco. O automelhoramento individual autodisciplinado na procura de saúde perfeição corporal tornou-se a forma dos indivíduos exprimirem a sua capacidade de agência e autonomia em conformidade às demandas do mundo competitivo (ORTEGA, 2008, p. 33).

Desse modo, a identidade colocada como norma nos discursos hegemônicos é aquela associada ao modelo de velhice ativa, ao qual a maioria das entrevistadas, pelo que expressam em suas narrativas, parece buscar corresponder, inconsciente ou conscientemente. Esse estabelecimento de certa identidade como norma, ou seja, a “normalização” de determinada identidade, é também a operacionalização de uma hierarquização e diferenciação entre as diversas identidades possíveis, é “eleger - arbitrariamente - uma identidade específica como o

---

ascética. O asceta oscila entre uma identidade a ser recusada e outra a ser alcançada. A subjetividade desejada representa para o asceta a verdadeira identidade para o qual se orienta o trabalho ascético. [...] A forma de subjetividade almejada [...] varia segundo a contextualização histórica das práticas ascéticas, podendo encontrar as mesmas práticas vinculadas a fins diversos, diferentes processos de subjetivação: [...] as bioidentidades contemporâneas, nas quais o corpo possui a autorreflexividade que correspondia outrora à alma” (ORTEGA, 2008, p. 20). Ortega (2008) utiliza o termo “bioascese”. Essa forma de ascese estaria, nas sociedades modernas, a serviço da ciência, diferentemente das ascèses da Antiguidade (analisadas por Foucault), que estariam relacionadas a uma forma de liberdade (ORTEGA, 2008).

⁴⁷ O autor aponta a relação estabelecida, em pesquisas epidemiológicas, entre os chamados “fatores de risco” e os “desfechos de saúde”: “Ambos são produzidos a partir de categorias tais como idade, sexo, grupo étnico, estado conjugal, aspectos socioeconômicos etc. Em certos casos, tais categorias não apresentam o mesmo nível de estabilidade em suas definições. Por exemplo: sexo (masculino, feminino) e estado conjugal. Percebe-se imediatamente que a primeira refere-se a um atributo individual de caráter biológico enquanto a segunda demarca uma condição relacional, vinculada a aspectos socioculturais” (CASTIEL, 1999, p. 20).

parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas” (SILVA, 2000, p. 82), atribuindo “a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa” (SILVA, 2000, p. 82).

A atividade, nesse sentido, está relacionada a diversos âmbitos de suas vidas: o trabalho formal, o trabalho doméstico, as idas à academia, as saídas para dançar, as aulas de canto, as idas ao cinema. Ao falar sobre a velhice de outros(as), as entrevistadas expressam diversas características (em sua maioria, consideradas negativas), com as quais elas não se associam e, por isso, não se percebem como parte dessas pessoas *velhas*. Fica expressa uma dicotomização entre velha/inatividade e não-velha⁴⁸/atividade:

Ana me fala sobre uma mulher mais velha, que “realmente abraçou a palavra idosa” e que, na opinião de Ana, fez “pior ainda” porque influenciou o marido a seguir o mesmo caminho. Ela me fala que considera essa pessoa como sendo o oposto dela. Parece ser alguém que não vai de acordo com os valores que Ana carrega (ser ativa, por exemplo). Ela me fala que a pessoa diria que não tem motivações, já que “vai morrer logo”. Ana também me fala sobre outra mulher idosa que conhece e que, embora esteja sempre bonita e arrumada, “não se cuida” (pois não toma remédios, não come “direito”). Por exemplo, de acordo com Ana, embora essa mulher tenha diabetes, ela costuma colocar açúcar no café que toma (Anotações do caderno de campo, grifos meus).

O tom das falas de Ana dá a entender que ela discorda da postura/atitude das duas mulheres, seja perante sua saúde (como é o caso do segundo exemplo) ou, de modo mais geral, certo estilo de vida que não siga os preceitos de atividade e positividade em relação à vida na velhice. Ao não cuidarem do seu “capital de saúde”, as duas mulheres sobre quem Ana fala não estão seguindo as prescrições consideradas por ela necessárias para se viver um bom envelhecimento e uma velhice adequada, resultando assim na moralização dessas mulheres – ou, pelo menos, de seus estilos de vida. De acordo com Russo (2006), a noção de que há uma “causa moral” das doenças tem ganhado cada vez mais força, em um entendimento no qual “as diferentes doenças são cada vez mais associadas a uma “falta moral”, isto é, comportamentos ou atitudes passíveis de condenação ou julgamento moral” (RUSSO, 2006, p. 216). Esses sentidos são providos pelos discursos da medicina preventiva, que, conforme discutido anteriormente nesta dissertação, colocam uma série de práticas consideradas saudáveis como norma, um estilo de vida no qual o elemento moral é definidor (RUSSO, 2006).

---

⁴⁸ Digo “não-velha” ao invés de “jovem” porque, embora algumas se vejam como sendo jovens, outras afirmam que não são mais jovens, mas também não são velhas. Então, se diferenciam daquelas que consideram mulheres velhas.

4.1. Exemplos de “bela” velhice: discursos midiáticos e especializados

Nesta seção, discutirei alguns exemplos presentes nas falas das entrevistadas e sua relação com os sentidos que elas atribuem ao envelhecimento. São experiências retratadas de modo bastante positivo e que constroem a velhice como um momento interessante, de reinvenção e novas oportunidades, ao mesmo tempo em que se apresenta também, para as entrevistadas, como um modelo desejável a ser seguido e vivido.

A mídia desempenha um importante papel na disseminação de discursos e modos de vida em nossa sociedade (KELLNER, 2001). No que diz respeito ao envelhecimento, é possível observar que os discursos midiáticos têm dado menos ênfase⁴⁹ à imagem da velhice enquanto problema social – no geral, retratada através de reportagens sobre instituições de longa permanência e abandono –, centrando-se sobre o modelo do “envelhecimento ativo”, embora esses discursos dicotômicos ainda coexistam (DEBERT, 2003).

Segundo Featherstone e Hepworth (1995), há semelhanças entre diversos discursos do campo da gerontologia, da mídia de massa e do marketing, sendo que esses últimos “identificaram um novo mercado na venda de bens de consumo, técnicas e parafernália para a velhice ativa e positiva” (p. 28, tradução minha). Esses campos participam ativamente na construção de sentidos do “envelhecimento ativo” e positivo e da terceira idade. Ao mesmo tempo em que produz e reproduz discursos que dão sentido às experiências do envelhecimento e às identidades das pessoas velhas, a mídia também participa na construção de modos de envelhecer “possíveis”, ou seja, vivências, comportamentos e práticas considerados positivos ou negativos em relação a como se pode envelhecer em nossa sociedade.

Esses discursos também participaram no desenvolvimento de uma indústria voltada ao público da “terceira idade” e do reconhecimento dele como um grupo que tem poder de compra (FEATHERSTONE; HEPWORTH, 1995):

O grupo de sujeitos acima dos cinquenta anos era percebido como financeiramente incapaz, e a ele não se tributava o desejo de engajamento a um estilo de vida baseado em práticas de consumo, restrito aos mais jovens. O quadro começa a se alterar com o surgimento das primeiras gerações de aposentados da classe média, cujo potencial de consumo é rapidamente percebido pelos estrategistas de *marketing*. Aqueles que estão acima dos cinquenta anos passam a ser reconhecidos como o único grupo nas sociedades ocidentais com recursos financeiros disponíveis e ainda inexplorados, ou seja, não vinculados a hábitos específicos de consumo (FREITAS SILVA, 2008, p. 165).

⁴⁹ No contexto brasileiro e principalmente no atual momento político e social, essa questão tem ganhado foco novamente em meio à proposta de reforma da previdência social. Assim, tem sido recorrente o uso de dados que apontam o crescimento exponencial da população idosa, visando afirmar que “a conta não fecha” em relação às aposentadorias e pensões e justificando, assim, a alteração, por exemplo, da idade para a aposentadoria.

Debert (2003) aponta esse papel da mídia ao analisar como as imagens publicitárias que retratavam a velhice contribuíam para a construção do modelo de gestão de riscos do envelhecimento, baseado na responsabilização dos indivíduos para a manutenção da própria saúde, fazendo parte do que a autora denomina de reprivatização do envelhecimento. Castro (2015) associa também a presença na mídia do modelo positivo de velhice ao desenvolvimento da “terceira idade” como um grupo com grande potencial de consumo, uma vez que, “por estarem livres das obrigações do trabalho e da criação dos filhos, poderiam enfim dedicar-se aos cuidados pessoais [...] e a projetos longamente adiados, tais como viajar ou aprender sobre vinhos” (CASTRO, 2015, p. 106).

A velhice como o momento para realizar projetos é retratada em uma reportagem publicada em julho de 2017⁵⁰ no portal eletrônico de notícias G1, que nos conta sobre o modo “bem diferente” através do qual uma idosa carioca, chamada de “dona Marina”, comemorou seus 80 anos: saltando de paraquedas, “um sonho radical que [ela] tinha desde criança”. Na reportagem, ela afirmava estar muito feliz e tranquila e que “a saúde está mais em cima ainda”, encerrando seu depoimento dizendo: “adrenalina, isso é comigo mesmo”. A notícia descreve dona Marina “à primeira vista, uma senhora calma e tranquila”, que tem “uma imagem delicada”, mas que, na verdade, esconde um espírito radical”, fazendo a seguinte recomendação: “não subestime essa vovó, que de parada não tem nada”. Conheci a história de Marina a partir de uma das falas de Márcia:

P⁵¹ – Você lembra de ter visto algo sobre envelhecimento na mídia que foi marcante?

*R – Eu tenho visto mais reportagens falando um pouco dessa mudança de ser velho. [...] Eu lembro, eu brinquei muito, era uma idosa que queria saltar de paraquedas. Eu tava na casa de alguém. “Gente, ela é louca”. Como louca? O que ela tem a perder? 80 anos, se cair o paraquedas... O que você tem a perder? **Acho que essa é uma coisa tão bacana da idade.** Não fiz lá... Ou porque não tinha condição, porque tinha medo, porque não era acessível. **Hoje eu posso. Não tenho nada a perder, só tenho a ganhar com essa história** (Márcia, grifos meus).*

Em uma reportagem de agosto de 2014 do portal O Globo⁵², conhecemos a história de Nora Rónai, uma nadadora profissional de 90 anos de idade que havia ganhado sete medalhas de ouro em uma competição mundial realizada aquele ano, no Canadá. Segundo o jornal,

⁵⁰“Idosa salta de paraquedas para comemorar 80 anos em Resende, RJ”. G1, 17 de julho de 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/sul-do-rio-costa-verde/noticia/idosa-salta-de-paraquedas-para-comemorar-80-anos-em-resende-rj.ghtml>. Acesso em 02 abr. 2018.

⁵¹ Quando possível, inseri também as perguntas nas citações retiradas das transcrições/mapas, para que seja observado também o contexto das falas. As perguntas estão identificadas com “P” e as respostas com “R”.

⁵² “Aos 90 anos, vovó da natação conquista seis medalhas de ouro no Mundial do Canadá”. O Globo, 08 de agosto de 2014. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/esportes/aos-90-anos-vovo-da-natacao-conquista-seis-medalhas-de-ouro-no-mundial-do-canada-13537638>. Acesso em 03 abr. 2018.

Nora é “uma vovó que esbanja saúde e disposição”. Quem me falou dela foi Luiza, ao contar como deseja envelhecer: *“Eu quero chegar uma oitentona bem firme, praticando meus esportes, eu quero ficar igual aquela velhinha de 90 e poucos anos, que tá fazendo natação. Eu vou fazer igual àquela velha. Porque vai da sua cabeça, então, eu acho que é a cabeça que decide”*.

Luiza também trouxe outro exemplo, o da surfista Fusae Uramoto. Em uma matéria do jornal Folha de São Paulo, de 2008, intitulada “Com quase 80 anos, idosas surfam em busca de qualidade de vida”⁵³, descobre-se que Fusae “nunca foi de ficar parada” e, depois de aposentada, decidiu fazer aulas de surfe. Embora o título dê a entender que sua motivação principal para procurar o surfe foi ter qualidade de vida, na reportagem ela conta que desejava aproveitar o tempo livre que tinha, pois sua vida “já vai acabar” e o surfe lhe pareceu uma atividade prazerosa. Em outra reportagem, dessa vez do portal BBC⁵⁴, em 2014, Fusae aparece novamente, intitulada de “surfista prateada”. A matéria conta sobre seu grupo de amigos idosos (chamados, pela reportagem, de “vovôs do surfe”) que, assim como ela, são “surfistas da terceira idade”. De acordo com Luiza, Fusae seria um exemplo de *velhinha assanhada*:

P – E tem um momento da vida que a pessoa pode ser considerada velha? É uma coisa mais de comportamento? Porque você falou que não tem a ver com idade... Uma pessoa velha, então, como ela seria?

R – Acho que cada vez que eu vejo uma velhinha, me dá uma tristeza, aquelas velhinhas de bengala. Ah, não quero. Eu acho que não quero, eu não me vejo daquele jeito. De jeito nenhum! Eu me vejo uma velhinha bem assim, sabe aquelas velhinhas bem assanhadas? Não as cheias de maquiagem, aquelas velhas ridículas, não. Mas aquela velha, assim, durinha, espertinha, sabe, igual às atletas. Umas senhoras, assim, bem atletas, bem dispostas, que nem aquelas velhinhas de Santos, que elas surfam. Que tem uns 76 anos, uma japonesinha. Tipo, eu me vejo nelas, entendeu? Naquela idade (Luiza, grifos meus).

Luiza contrapõe duas imagens: a da *velhinha de bengala*, que lhe dá tristeza, e a da *velhinha durinha e espertinha*, que segue um estilo de vida que ela almeja.

Outros exemplos da velhice como momento de satisfação e prazer estão no documentário brasileiro “Envelhescência”, de Gabriel Martinez, que estreou em 2015 e narra as histórias de seis idosos “que inspiram uma nova leitura sobre a terceira idade”⁵⁵. São

⁵³ “Com quase 80 anos, idosas surfam em busca de qualidade de vida”. Jornal Folha de São Paulo, 08 de outubro de 2008. Disponível em: <http://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2008/10/453807-com-quase-80-anos-idosas-surfam-em-busca-de-qualidade-de-vida.shtml>. Acesso em 03 abr. 2018.

⁵⁴ “‘Vovôs do surfe’ descrevem paixão de viver a vida sobre as ondas”. BBC Brasil, 23 de abril de 2014. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140423_surfistas_prateados_bg. Acesso em 03 abr. 2018.

⁵⁵ “‘Envelhescência’ mostra que nunca é tarde para se reinventar”. Catraca Livre, 21 de maio de 2015. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/geral/arquivo/indicacao/envelhescencia-mostra-que-nunca-e-tarde-para-se-reinventar>

peessoas que realizaram feitos que muitos considerariam excepcionais ou excêntricos para aqueles que compõem a “terceira idade”: Judith, que aos 72 anos fez sua primeira tatuagem; Edmea, que aos 58 começou a surfar; Edson, que aos 82 se formou na faculdade de medicina; Ono, que aos 90 anos é professor de defesa pessoal; Luiz, aos 76, que continua pulando de paraquedas; e Oswaldo, com 84, que corre maratonas. “Envelhescência” é uma palavra que remete à adolescência. Ou ainda, à velhice “jovem”, à terceira idade...

Rosa fez referência ao documentário (possivelmente ao trailer dele ou a um trecho que circulou nas redes sociais) durante a entrevista:

P – Você acha que as mulheres precisam ou acabam mudando a maneira de se vestir conforme envelhecem?

R – Não, não acho. Eu acho que não precisa. Eu acho que a gente tem que ser o que tem vontade de ser. Fazer o que quiser... Tem um vídeo até que rola, não sei se você já viu. Que tem uma mulher que começou a fazer tatuagem aos 72 anos. Então, aí são vários velhos e velhas com mais de 70, então eles começaram a fazer coisas pela primeira vez aos 70. Então tem a mulher com tatuagem. Tem um senhor surfista. Tem outro que é maratonista. Eu super admiro aquele vídeo. Porque eu acho que é isso. Acho que tem que ser do jeito que tem vontade de ser (Rosa, grifos meus).

Em seu site oficial⁵⁶, é possível ver que o filme pretende contar as histórias de pessoas “que vivem a vida de maneira plena e nos mostram, através de suas próprias experiências, que os costumes e a rotina após os 60 anos podem ser repletos de atividades e bom humor”. O documentário também apresenta falas de três especialistas: Alexandre Kalache, que foi um dos principais responsáveis pela elaboração e popularização da Política do Envelhecimento Ativo; Mário Sergio Cortella, filósofo bastante conhecido por suas palestras e publicações, sobretudo na internet – em uma rápida busca no Google pelo seu nome, um dos primeiros resultados é o trecho de uma de suas palestras em que ele diz: “fique idoso, mas não velho”⁵⁷ –; e Mirian Goldenberg, antropóloga e colunista do jornal Folha de São Paulo, autora de diversos livros – entre eles “A bela velhice” (2013) e “O velho é lindo!” (2016) – e de um texto bastante popular, intitulado “Movimento das Coroas Poderosas”:

A coroa poderosa não se preocupa com rugas, celulites, quilos a mais. Ela está se divertindo com tudo o que conquistou com a maturidade: liberdade, segurança, charme, sucesso, reconhecimento, respeito, independência e muito mais. Ela quer rir, conversar, sair, passear, dançar, viajar, estudar, cuidar da saúde, ter bem-estar e qualidade de vida, enfim, “ser ela mesma” e não responder, desesperadamente, às expectativas dos outros. Quer exibir o corpo sem medo do olhar dos homens e das mulheres, sem vergonha das imperfeições e sem procurar a aprovação dos outros. A coroa poderosa descobriu que a felicidade não está no

[reiventar/](#). Acesso em 03 abr. 2018.

⁵⁶ Retirado do site do documentário. Disponível em: <http://envelhescencia.com.br/documentario/>. Acesso em 20 abr. 2018.

⁵⁷ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=4N_9KSo2c1o. Acesso em: 22 abr. 2018.

corpo perfeito, na família perfeita, no trabalho perfeito, na vida perfeita, mas na possibilidade de “ser ela mesma”, exercendo seus desejos, explorando caminhos individuais e tendo a coragem de ser diferente. Ela sabe que não deve jamais se comparar a outras mulheres, porque cada uma é única e especial. Portanto, como presidente, secretária, tesoureira e única militante do “Movimento das Coroas Poderosas” (**já que todas as amigas que chamei para participar do movimento se sentiram ofendidas**) convoco todas as **mulheres, de qualquer idade, que estão cansadas de sofrer com as pressões sociais, com a decadência do corpo e com a falta de homem** (ou com as faltas dos seus homens) a se unirem ao nosso grito de guerra:

“Coroas poderosas unidas jamais serão vencidas!”

“F**--se as rugas, as celulites e os quilos a mais!” (GOLDENBERG, 2012, online, grifos meus)⁵⁸.

Goldenberg (2012), ao final, convoca mulheres de “qualquer idade” para participarem do manifesto, já que todas nós sofremos os efeitos de uma sociedade patriarcal e machista. No entanto, ao longo do texto-manifesto a autora descreve – e ao descrever, constrói – a subjetividade de uma “coroa”: uma mulher independente, despreocupada (tanto com sua aparência quanto com seu comportamento), mas também ativa. Esses valores e esse estilo de vida “sem idade” são colocados quase como imperativos para ser uma coroa *poderosa*.

Os exemplos de boa velhice não estão apenas na mídia, mas também na vida pessoal de algumas das entrevistadas. Rosa conta sobre uma terapeuta que a tratou por muitos anos e que, hoje, com 86 anos, mora sozinha em outro país e tem como hobby gravar vídeos sobre cursos e outras atividades que são compartilhados na internet. De acordo com Rosa, essa mulher é, para ela, uma inspiração, por conta de sua independência e por não deixar de fazer *nada do que ela quer*. Rosa se vê *querendo um dia ficar desse jeito*. Em contrapartida, Rosa traz o exemplo de sua mãe:

A minha mãe também. Embora a minha mãe tenha um pouco mais de limites. Minha mãe tem 87. Ela tem dificuldades motoras. Ela já não anda como ela andava... Ela usa de vez em quando uma bengalinha. Nem sempre, porque ela é vaidosa, não é sempre que ela gosta de levar pra qualquer lugar a bengala. Mas ela não deixa de ser vaidosa. Ela cuida das coisas que ela gosta, dos artesanatos que ela faz. Ela tem um grupo que ela participa, de igreja, que ela não deixa de ir. Mesmo que às vezes ela tenha alguma dificuldade, mas ela arruma um jeito de ir. [...] Eu acho que quando eu penso numa pessoa que é idosa, eu penso numa pessoa como a minha mãe, como a minha mãe é. Então, ela tem uns limites físicos, mas ela também tem uma fé na vida, é tão entusiasmada pra fazer coisas que eu fico pensando: se eu ficar um pouco assim entusiasmada, na idade dela, eu já vou gostar. Ela tem... Ela é a primeira a querer participar das coisas, sabe? Até demais, às vezes. Ela se inclui. [...] Então ela é daquelas que liga e fala assim, “Eu não tô fazendo nada. Eu quero fazer alguma coisa. Traz uma tapeçaria pra eu começar”. Entendeu? Então ela não fica sem fazer nada. Então eu penso nela quando eu vejo assim... O que é ser idosa. Talvez ser idosa é ser do jeito que ela é (Rosa, grifos meus).

⁵⁸ Manifesto das coroas poderosas. Folha de São Paulo, 05 de junho de 2012. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/46848-manifesto-das-coroas-poderosas.shtml>. Acesso em 22 abr. 2018.

Rosa diz que essas duas mulheres dão *exemplos muito legais de vida*. Ambas são ativas e independentes: uma foi morar sozinha em outro país e *não deixa de fazer nada que ela quer*; outra está constantemente em busca de atividades para ocupar o tempo e, apesar das limitações físicas, tem *fé na vida* e entusiasmo. Quando Rosa pensa em uma idosa, ela pensa nesses exemplos e afirma que gostaria de envelhecer como elas.

Márcia também conta sobre o exemplo de como gostaria de ser quando estiver mais velha, comparando o comportamento de sua mãe com o da tia de seu marido:

Eu tô já olhando pros 60, eu acho. Eu falo: “Como eu quero chegar nos 60? Como essa”. Meu marido tem uma tia de 75 anos que é ciclista, mas assim, daquelas que fazem quase um dia de viagem de bicicleta. Eu não ando, eu não sei nem andar de bicicleta, mas eu falo assim “gente, eu acho que nos 70 eu quero ficar igual ela”. Mas ela é uma superatleta, fez isso a vida inteira. Então essa disposição, né? Não quero ficar igual minha mãe. A minha mãe tá muito melhor do que ela acha que tá. Ela tem 79 anos e tem medo de atravessar a rua, não anda de metrô porque ela tem medo de escada rolante (Márcia, grifos meus).

Mesmo reconhecendo que a disposição que essa mulher tem, aos 75 anos, deve-se bastante ao fato dela ter sido atleta a vida toda, Márcia vê nela um modelo de velhice ativa a ser seguido, em comparação a sua mãe, que é entendida por ela como uma pessoa que tem medos e se considera frágil, um modelo de velhice ao qual ela não quer corresponder.

A partir de suas pesquisas, Goldenberg (2013) define a *bela velhice* como um projeto de vida, “buscar o significado da existência, conquistar a liberdade, almejar a felicidade, cultivar a amizade, viver intensamente o presente, aprender a dizer não, respeitar a própria vontade, vencer os medos, aceitar a idade e dar muitas risadas” (GOLDENBERG, 2013, p. 19). Esses valores podem ser compreendidos como um estilo de vida, embora a autora afirme que não há um modelo de “bela velhice” a ser seguido:

No Brasil, temos vários **exemplos de “belos velhos”**: Caetano Veloso, Gilberto Gil, Ney Matogrosso, Chico Buarque, Marieta Severo, Rita Lee, entre outros. **Duvido que alguém consiga enxergar neles, que já chegaram ou estão chegando aos 70 anos, um retrato negativo do envelhecimento. São típicos exemplos de pessoas chamadas “ageless”, ou “sem idade”. Fazem parte de uma geração que não aceitará o imperativo “Seja um velho!” ou qualquer outro rótulo que sempre contestaram. São de uma geração que transformou comportamentos e valores de homens e mulheres, que tornou a sexualidade mais livre e prazerosa, que inventou diferentes arranjos amorosos e conjugais, que legitimou novas formas de família e que ampliou as possibilidades de ser mãe, pai, avô e avó. Esses “belos velhos” inventaram um lugar especial no mundo e se reinventam permanentemente. Continuam cantando, dançando, criando, amando, brincando, trabalhando, transgredindo tabus etc. Não se aposentaram de si mesmos, recusaram as regras que os obrigariam a se comportar como velhos. Não se tornaram invisíveis, apagados, infelizes, doentes, deprimidos (GOLDENBERG, 2013, p. 11-12, grifos meus).**

Já Alexandre Kalache, outro especialista que aparece no documentário

“Envelhescência” e chamado de “guru da longevidade”⁵⁹, afirma, em uma reportagem para a BBC Brasil, em junho de 2017, uma nova fase chamada “gerontolescência”. A palavra, nos mesmos moldes de envelhescência, é utilizada para nomear uma espécie de segunda adolescência, na fase madura, que pode se prolongar por várias décadas. Para Kalache, uma das consequências da longevidade é que “vamos morrer mais velhos, mais doentes e mais lentamente do que muitos imaginam” e, por isso, ele alerta que devemos nos preparar para ter uma boa qualidade de vida na velhice e “pensar no processo de morte, porque no Brasil três quartos das mortes são de pessoas idosas e por doenças crônicas, inclusive aquelas arrastadas que causam sofrimento e despesas”. De acordo com ele, a chave para ter um envelhecimento bem sucedido está na manutenção de quatro capitais: “saúde, conhecimento para não se tornar obsoleto (o manter-se antenado), bem-estar financeiro e bem-estar social”. O discurso do risco está presente em suas falas: devemos nos cuidar para não morrermos em sofrimento e causarmos despesas aos cofres públicos ou aos familiares. Esse cuidar de si não é apenas cuidar da saúde, mas também manter-se ativo, participante da sociedade e buscar o bem-estar de modo geral.

O ponto comum entre esses exemplos trazidos pelas entrevistadas e os discursos presentes na mídia é que a velhice é retratada como um – se não “o” – momento de cumprir desejos, de maior liberdade, de reinvenção. Francisca, em sua fala, remete a essa ideia, ao contar que planeja, em um curto período de tempo, andar pela primeira vez de balão. Ela participa de diversas excursões de viagens *da terceira idade* – como ela mesma coloca:

P – E você gosta do pessoal que viaja com você?

*R – Gosto. Tem muita gente boa ali. Pessoas alegres, pessoas... **Eu saio, eu converso, eu brinco. Eu faço coisa que eu não fazia antes.***

P – Por exemplo?

*R – Ah, tudo né. **Fazer trilha, umas coisas que eu nunca fazia.***

P – Por que você não fazia?

*R – **Porque eu nunca tive chance, talvez. Agora eu tive chance, por isso que eu falo de andar de balão** (Francisca, grifos meus).*

Francisca disse que embora o único medo que ainda tenha é o de altura, mesmo assim pretende realizar esse sonho. Essa narrativa tem semelhanças com as de outras entrevistadas: para Rosa, na velhice as pessoas *têm que ser o que têm vontade de ser* e, para Márcia, nesse momento da vida não há *nada a perder*, só a ganhar, ou ainda para Luiza, para quem *é a cabeça que decide* quando alguém envelhece/está velho.

---

⁵⁹ “Geração com mais de 50 anos revoluciona velhice e cria 'gerontolescência', diz guru da longevidade”. Neli Pereira, BBC Brasil, São Paulo, 25 junho 2017. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/geral-40336295>. Acesso em 13 mai. 2018.

Nos exemplos, temos a pessoa que sempre desejou andar de avião e pular de paraquedas e, aos 80 anos, conseguiu cumprir essa vontade. Assim como aquelas pessoas que conseguiram concluir uma graduação, fazer tatuagens, começar a praticar um novo esporte. Os “belos velhos” são aqueles e aquelas que se recusam a se tornarem doentes e infelizes, a aceitarem sua “condição” de estarem envelhecendo. Não há nada a perder nesse momento, só a ganhar: seria um momento em que as pessoas se veriam libertas de muitas das imposições sociais e restrições (familiares, financeiras) que as impediam de realizar o que realmente desejam e ser quem “realmente são”.

A mídia está repleta de outros exemplos: pessoas que depois de idosas decidiram viajar pelo mundo⁶⁰, virar DJs⁶¹ ou fazer balé⁶². Há também várias reportagens dedicadas especialmente às pessoas que praticam esportes na velhice, sendo que muitas delas já possuíam esse hábito anteriormente. Este modelo, que apresenta a velhice como um momento de reinvenção e redescoberta, torna-se ainda mais relevante no caso das mulheres, que muitas vezes, nesse momento da vida, se tornam viúvas ou divorciadas/separadas e, caso tenham filhos/as, não têm mais a obrigação constante de cuidarem deles, podendo (re)descobrir e expressar uma individualidade que antes era restringida por conta das responsabilidades relacionadas ao machismo e à jornada dupla do trabalho remunerado e do trabalho doméstico (CRUIKSHANK, 2013).

Constrói-se um retrato do envelhecimento como sendo algo que depende fundamentalmente de nossos esforços, comportamentos, sentimentos e atitudes perante a vida. A ideia de velhice como momento de reinvenção pode ser bastante interessante ao permitir que os indivíduos aproveitem um tempo que anteriormente seria considerado ocioso, para vivenciar novas possibilidades. Porém, esse modelo parece não levar em consideração as desigualdades existentes em nossa sociedade, sobretudo as de classe e raça, que fazem com que nem todos tenham acesso igualitário a esse “estilo de vida” (CRUIKSHANK, 2013). É interessante notar os exemplos trazidos por Goldenberg (2013) dessa “bela velhice”: artistas bastante conhecidos no Brasil, quase todos brancos, de classe alta. Na maioria dos exemplos

---

⁶⁰ “Mochileiras depois dos 60: as mulheres que, na terceira idade, foram conhecer o mundo”. Vinicius Lemos, BBC Brasil, Cuiabá, 27 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/geral-44177612>. Acesso em 27 mai. 2018.

⁶¹ ‘Vovó Rock’, 69 anos, desponta como DJ nas pistas francesas”. Daniela Fernandes, BBC Brasil, Paris, 5 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/cultura/2010/02/100205_djfernandesg. Acesso em 27 mai. 2018.

⁶² “Britânico de 88 anos estreia nos palcos como bailarino”. BBC Brasil, 14 de janeiro de 2008. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,britanico-de-88-anos-estrela-nos-palcos-como-bailarino,108974>. Acesso em 27 mai. 2018.

discutidos na mídia, há também o recorte de classe – trata-se, sobretudo, de uma classe média – e de raça/etnia – quase nenhum dos casos tratados aqui é composto por uma pessoa negra ou indígena. No que diz respeito ao gênero, tanto homens quanto mulheres parecem constituir parcelas semelhantes, no entanto, todos(as) são pessoas cis. Não há exemplos de pessoas na “bela velhice” que sejam trans, travestis ou não-binárias; tampouco é discutida a questão da orientação sexual. Cabe a reflexão acerca de quem consegue ser “belo(a) velho(a)”, parte da “terceira idade”, da velhice “positiva” e, assim, socialmente aceito e reconhecido enquanto sujeito:

Em resumo, vale a pena repetir que programas [voltados para a terceira idade] foram e estão sendo criados para resgatar a dignidade do idoso, reduzir os problemas da solidão, quebrar os preconceitos e estereótipos que os indivíduos tendem a internalizar. Trata-se de valorizar o cidadão de mais idade, criando espaços para o lazer, mas também para o treinamento da cidadania, como gostam de dizer, com entusiasmo, seus promotores. Os programas, no entanto, redirecionam qualquer expectativa desse desafio monumental; com um público feminino, mobilizado em idade cada vez mais prematura, são espaços para uma vida coletiva de negação da velhice, através da transformação das etapas mais avançadas da vida em momentos adequados à conquista do prazer, da satisfação, da realização de sonhos acalentados em outras etapas da vida, do aprendizado de novos conhecimentos e da aquisição de novas experiências (DEBERT, 2012, p. 161-162).

Em relação à classe, é relevante ressaltar também que esse modelo de envelhecimento e velhice está bastante relacionado a um estilo de vida de classe média, pois também implica certo acesso a bens de serviço e um capital financeiro e cultural (LENOIR, 1979, apud FREITAS SILVA, 2008). As classes médias compartilham certo estilo de vida e modo de ser que as constituem como “predispostas a recorrer ao conhecimento e à intervenção de especialistas” (FREITAS SILVA, 2008, p. 163). Além disso, por constituírem parte substancial da população de aposentados:

Esse grupo social possuía hábitos sociais e culturais diferenciados, aspirações e necessidades de consumo mais sofisticadas, que passaram a ser atendidas por novas agências especializadas. Com o objetivo de arregimentar clientela, as caixas de aposentadoria passaram a oferecer, além de vantagens financeiras, serviços diferenciados como clubes, férias programadas, alojamentos especiais, atividades de lazer e grupos de convivência (FREITAS SILVA, 2008, p. 162).

Há, por parte das entrevistadas, uma preocupação financeira, se será possível manter durante a velhice o padrão econômico que elas possuem agora, sobretudo devido ao atual contexto político, social e econômico do Brasil (por exemplo, em relação ao momento financeiro do país e o projeto de reforma da previdência social):

*Uma outra coisa acho que vai ser também a **questão econômica**. A gente está se organizando pra também conseguir manter o mesmo padrão. Felizmente o apartamento está pago, então a gente sabe que vai ter onde morar. A gente gostaria de continuar fazendo uma grande viagem por ano. Então, assim, a gente está tentando, mas é difícil. A gente olha, **não é simples você conseguir manter esse mesmo padrão de vida na velhice** (Márcia, grifos meus).*

Será que eu vou ter dinheiro pra pagar minha comida? Será que as luzes do cabelo, eu vou poder mantê-las? O dia de amanhã é tão incerto... É uma incerteza que vem pra gente. O medo do amanhã. Por que a gente tem esse medo? Eu acho que é porque a gente vive dias muito difíceis, circunstâncias muito difíceis, as coisas muito instáveis (Ana, grifos meus).

Transformações na renda poderiam ocasionar a perda de fatores que elas consideram importantes para a construção de quem são (por exemplo, para Márcia, poder continuar viajando e, para Ana, continuar pintando seu cabelo). Sendo detentoras de capital cultural e econômico (BOURDIEU, 2013) – embora em diferentes graus –, as entrevistadas parecem se identificar com os ideais, práticas e valores da “bela velhice”. Por exemplo, Rosa, Márcia e Francisca gostam de viajar e procuram aproveitar esse momento para vivenciar essas experiências. Márcia, assim como Luiza e Tereza, se interessam pela realização de esportes e atividades físicas, não apenas pelos benefícios que trariam para a saúde, mas também pela sociabilidade que envolvem e a possibilidade de fazer amizades. Josefa, Rita e Ana dedicam-se a atividades de lazer, como sair para dançar, participar de um coral, ir a exposições, shows e ao cinema. Márcia, por exemplo, decidiu comemorar seu aniversário de cinquenta anos com uma viagem internacional, na qual outra entrevistada, Rosa, a acompanhou:

Eu tô indo daqui a 15 dias pro Atacama com uma amiga, porque a gente viajava muito quando éramos mais jovens. E eu falei “Quando eu fizer 50 anos, a gente vai...”. Os 50 anos estão rendendo, eu tô adorando fazer 50 anos. Até porque eu acho que eu tô super bem pra metade de século vivido (Márcia, grifos meus).

Já Helena passa a maior parte de seu tempo trabalhando, mas um trabalho que está relacionado à arte e, para ela, é também uma forma de lazer e militância política. Antônia é a que se identifica menos, entre todas as entrevistadas, com um “perfil” de terceira idade, pois costuma ficar mais em casa, assistindo TV e ajudando seu marido, que estava doente na época.

4.2. Velhice como comportamento e estilo de vida

A diferenciação entre quem é velha e quem não é também é expressa através do uso de diferentes termos classificatórios. Ao analisar o desenvolvimento da nomenclatura sobre a velhice no Brasil e na França, Peixoto (2000, p. 78) afirma que “velho” era recorrentemente empregado com conotação negativa, sendo relacionado também a um recorte de classe – ou seja, às pessoas das “classes populares”, que apresentavam sinais mais visíveis do envelhecimento. Já “idoso” seria um termo que comumente carrega uma carga de respeitabilidade às pessoas mais velhas. Posteriormente, com a popularização da expressão “terceira idade”, ela passa a ser utilizada, principalmente, na elaboração de políticas públicas e ações de lazer e atividades voltadas principalmente para “os ‘jovens velhos’, os aposentados

dinâmicos” (PEIXOTO, 2000, p. 80-81).

Em alguns momentos, a dicotomia entre “velha” e “idosa” aparece nas falas das entrevistadas:

P – Você acha que tem algum momento em que uma pessoa começa a ser considerada velha?

R – Eu acho que tem um componente etário que é importante considerar. Que nem você me perguntou, se eu sou idosa, eu tenho 50 anos, meio século. [...] Eu acho que tem uma coisa etária que é importante até pra questão da legislação. [...] Agora, se a gente for olhar subjetivamente, na minha opinião, o que seria o velho? É aquele que se recusa a viver. E eu não tô falando do suicídio, porque o suicídio é uma atitude, e a escolha de morrer também é uma atitude. [...] Aqueles que se entregam e falam “porque eu tô velho eu não preciso saber o que está acontecendo na política”, “porque eu tô velho eu não vou ao cinema”, “porque eu tô velho eu só reclamo”. Esse tá velho, o resto é idoso.

P – Então tem essa diferença?

R – Eu acho, subjetivamente, pra mim tem. Alguém que abandone e fale “ó, pra mim já deu”? Você fala “puxa, tô velho, me esquece, me joga pra lá”? (Márcia, grifos meus).

Envelhecer mal é quando você se volta pra um mundo, um universo muito restrito, muito pequeno, muito medíocre. Isso com certeza faz uma velhice triste (Helena, grifos meus).

Para Márcia, parece haver uma distinção clara entre ser uma pessoa idosa e ser uma pessoa velha. Idosa seria a pessoa que viveu muitos anos – ou seja, uma classificação relacionada à idade. Já velha é a pessoa que tem uma atitude negativa perante a vida, que “se recusa a viver” por causa da sua idade. Para Helena, viver em um *universo muito restrito*, tem como consequência uma *velhice triste*. *Envelhecer mal* aparece como decorrência do isolamento, da falta de interesse voltado ao mundo externo.

No entanto, os sentidos que diferenciam essas duas palavras não parecem ser fixos nem “fechados”. Outra entrevistada, por exemplo, associa a palavra “idosa” à velhice “ruim”:

P – Tem algum momento em que a pessoa pode ser considerada velha? É uma coisa de idade, é uma coisa de atitude, comportamento? O que você acha?

R – Idade, mas eu acho que... O ano que você... Você tem 60 anos. Isso é idade. Agora, o comportamento, acho que é quando você está lá no final mesmo, não suporta ninguém, você acaba se tornando agressivo. Não sei, não é todos, mas eu acho que é esse ponto. [...]

P – E você se considera idosa?

R – Olha... Eu me considero um pouquinho velha. Mas idosa assim, pra ficar deitada na cama e ficar em asilo, não. Não me considero ainda. Tenho muito o que viajar (Francisca, grifos meus).

Para Francisca, a idade também parece prover alguns dos sentidos relacionados ao estar velha, o que faz com que ela, aos 67 anos, diga ser *um pouquinho velha*. No entanto, para ela, uma pessoa idosa é aquela que vai para o *asilo* e *fica deitada na cama*, ou seja, uma pessoa inativa, dependente. Francisca não se considera idosa, porque ainda viaja e tem planos de continuar fazendo isso.

A dissociação entre a idade e o comportamento/identidade é algo que se mostra presente em grande parte da concepção que as entrevistadas têm acerca do envelhecimento e da velhice. Conforme discutido no capítulo 1, esse entendimento pode ser compreendido como informado por uma tendência hegemônica mais ampla que cria essa separação, a desconstrução e desinstitucionalização do curso de vida (FEATHERSTONE; HEAPWORTH, 1991). O filósofo Mario Sérgio Cortella, citado anteriormente e um dos entrevistados no documentário *Envelhescência*, diz em um de seus livros⁶³:

Há uma diferença entre ser idoso e ser velho. **Idoso é aquele que tem bastante idade, velho é aquele ou que já está pronto, que acha que não precisa mais aprender, que acha que não conseguirá mais aprender.** Idosa é uma pessoa de 60, 70, 80 anos de idade; velho se pode ser com 20, 30, 40, 50 ou 60 anos de idade. Velho é aquele que acha que nunca precisa mudar, que, independentemente da idade, acha que está pronto. **O idoso tem valor.** O museu, ao contrário do que dizem os tolos, é um lugar para coisa idosa, **lugar para coisa velha é lixo. Coisas idosas têm valor, pessoas idosas têm valor** (CORTELLA, 2014, np).

Nesses discursos, o envelhecimento é lido como uma “máscara” que esconderia a identidade “verdadeira” dos indivíduos (FEATHERSTONE; HEAPWORTH, 1991). Ou seja, muitos indivíduos poderiam aparentar que são idosos ou mais velhos exteriormente (principalmente por conta das transformações corporais imbricadas no processo de envelhecimento), mas “por dentro”, suas identidades seriam as mesmas de quando eram mais jovens. Ou ainda, esses indivíduos seguiriam um modo de viver, um modo de ser e se comportar que não vai de acordo com o que é considerado o estilo de vida de uma pessoa velha/idosa:

Eu não me vejo assim, igual esse pessoal que, porque tá velho... Não. Idade não existe, existem as pessoas que se acomodam naquilo. Não, desse jeito não me vejo. Pra mim, a idade não vai influenciar muito, não. Vai ser muito difícil a idade me pegar. Vai me pegar, eu tô esperando ela me pegar nos 80 anos. Ai meu Deus, ai Jesus, me dá saúde! [risos]

P – Então, você não se considera uma mulher idosa?

R – Não, não. Podem até me achar, como me acham, mas eu não me considero, de jeito nenhum! Me vejo uma menininha de 20. [...] A minha velhice chegou e, pra mim, não mudou nada. Eu tenho impressão que eu tenho os meus 20 anos, entendeu? Pra mim, não tá dando diferença em nada. Eu tô mais disposta, faço mais as coisas, eu tenho mais força de vontade de fazer as coisas, entendeu, eu não sei... Eu, pra mim, me acho, às vezes, uma criança, igual quando eu tô junto com criança, viro criança, entendeu? [...] Eu não me acho velha. Sobre a idade, pra mim, ela não interfere em nada. Nada, nada, nada (Luiza, grifos meus).

⁶³ Em uma busca na internet, é possível encontrar diversos textos e palestras proferidos pelo filósofo sobre o tema, nos quais sua fala segue, em linhas gerais, a ideia de que há uma diferença entre “velho” e “idoso” relacionada não à idade, mas sim ao comportamento e ao estilo de vida. Por exemplo, há esse trecho de uma palestra que ocorreu na Câmara Municipal de São Paulo, inserida no Youtube (plataforma de vídeos) em novembro de 2015: <https://www.youtube.com/watch?v=QhN1ZkmB7aI>. A citação aqui inserida está em um livro no qual o autor aborda o sistema de ensino e a educação, no entanto, fornece esse exemplo para tratar do tópico.

Luiza traz, em sua narrativa, a ideia de que há “algo” para além da idade, que existe um “eu” desassociado da construção etária e da passagem do tempo. Rosa e Josefa também evidenciam os aspectos subjetivos e identitários implicados nessa questão, trazendo atenção ao comportamento e ao estilo de vida:

P – E você se considera idosa?

R – Não. Ainda não.

P – Quando você vai se considerar, você acha?

*R – Eu me considero uma **mulher mais velha** [risos]. Mas eu não me enquadro, não consigo me enquadrar em um **padrão da terceira idade**. Eu não deixo de fazer nada do que eu fazia. [...] Atualmente eu me vejo fazendo tudo aquilo que eu fazia quando era jovem. Então... Viajar, praticar esporte, no sentido de fazer o que eu gosto. Caminhar, ir pra praia. [...] Não me sinto idosa. É claro, mais velha, né? Acho que eu tô até sendo preconceituosa com o conceito de ser idosa. Talvez eu seja. Mas eu não me enquadro num padrão específico de estar na terceira idade. Por exemplo, tem mulheres que... Eu conheço amigas da minha faixa etária que adoram um bingo. Entendeu? Eu não gosto de bingo. Eu não passei a gostar de coisas específicas da terceira idade. Acho que é isso que eu quero dizer. Então eu detesto bingo, detesto (Rosa, grifos meus).*

P – E você se considera idosa?

R – Eu não. Por enquanto, não. Porque, por enquanto, eu ainda tô fazendo um monte de coisa que o pessoal diz que idoso não faz. [risos]

P – Por exemplo?

R – Eu saio de casa pra passear, saio de casa sozinho (sic), entro em qualquer padaria e sento, tomo o meu cafezinho, tomo meu lanche, almoço, não tenho vergonha de nada, entendeu. Gosto de sair pra passear, mesmo sozinho eu saio... Não tenho problema nenhum, não (Josefa, grifos meus).

De acordo com Featherstone e Hepworth (1991) e Lupton (2012), a concepção do envelhecimento como uma máscara⁶⁴ demonstra que existe uma tensão entre a aparência corporal dos indivíduos e o modo como eles se reconhecem e constituem suas identidades. Assim como sua relação com o comportamento, a diferenciação entre o envelhecimento do corpo e o da mente (da “cabeça”) aparece como mais um elemento de distinção. Nota-se, em suas perspectivas, um entendimento da pessoa a partir da dicotomia cartesiana entre corpo/alma (ou corpo/mente) (GIBSON, 2000; TWIGG, 2004). O envelhecimento do corpo⁶⁵ parece ser mais aceitável ou fácil de lidar, menos problemático do que o envelhecimento da mente. O importante é continuar com a *cabeça boa*, evitando assim, tornar-se velha/idosa, uma vez que a velhice *está na sua cabeça* (Francisca):

⁶⁴ Lupton (2012, p. 39-40) pontua a relação entre a concepção do envelhecimento como “máscara” e o discurso do risco em nossa sociedade: “Na cultura popular, a manutenção corporal é extremamente recomendada para aqueles que estão envelhecendo; não por causa de sua saúde cardiovascular, mas sim pela “máscara do envelhecimento”, os sinais externos da velhice – pele flácida, rugas, perda do tônus muscular, sobrepeso – que são culturalmente estigmatizados [...]. Os sinais do envelhecimento se tornaram tão aberrantes e patologizados que são compreendidos como algo que está distorcendo e escondendo a identidade “real”, essencialmente jovem, atrás da ‘máscara’, e como uma doença que necessita de cura”.

⁶⁵ Esse tema será abordado no próximo capítulo.

R – Pode, eu acho que sim. *Quando ela se sente, ela mesma, ela se considera velha, ela mesma fica, volta só pra ela mesmo, quando ela não interage com ninguém, entendeu, ela se fecha pro mundo. Então, ela aí é considerada uma pessoa velha, uma pessoa que não tem perspectiva nenhuma de vida [...].*

P – Então, não tem muito a ver com idade, é mais o comportamento da pessoa?

R – Eu acho que não, *com a idade, não. Eu acho e tenho certeza que é do comportamento e da cabeça da pessoa. Da cabeça, entendeu?* (Josefa, grifos meus).

No geral, modéstia a parte, no geral, eu acho que eu tô melhor. No geral, né? Em relação a tudo. Em relação à mentalidade, porque eu leio, faço parte de vários grupos de reflexão, sempre tô fazendo alguma coisa pra preencher. Agora mesmo tô fazendo curso e tal. Eu me considero alguém que é pensante. Que não parou, não estacionou na vida. [...] Tem muitas outras mulheres que eu convivo como amiga e me acrescentam bastante. Então... Mas eu percebo, assim como eu tô falando, que no geral eu me sinto às vezes diferenciada, essas mulheres são exceção. Então... No geral, eu vejo pouca preocupação em se manter ativa não só fisicamente, mas intelectualmente. Que eu acho que isso que dá o vigor pra gente se sentir mais jovial, entendeu? Eu acho que essa é um pouco a chave... Se é que tem algum segredo, eu acho que essa é a chave. Então é não deixar de fazer leituras, é não deixar de viajar (Rosa, grifos meus).

Ou seja, continuar *fazendo alguma coisa para preencher* faz parte da administração do envelhecimento, é a “chave” para não se tornar uma velha associada aos estereótipos negativos, mas, sim, uma mulher mais velha que destoa do “comum”. Reconhece-se que o importante é continuar exercendo atividades de seu interesse, buscar novos conhecimentos e experiências. Assim, para as informantes, mantêm-se a alma e a cabeça jovens, o “eu verdadeiro” por trás da máscara. Embora algumas das narrativas produzidas pelas entrevistadas carreguem sentidos associados à “máscara do envelhecimento”, essa visão é problemática e tem sido alvo de críticas, principalmente por parte de autoras feministas, porque reforça a compreensão cartesiana de corpo dissociado da “alma”. A partir deste dualismo, o *self* (a identidade oculta sob a máscara/corpo) é entendido como a parte do indivíduo que continua jovem, embora seu corpo envelheça (TWIGG, 2004), uma espécie de “espírito jovem” que permanece inalterado pela passagem dos anos (GIBSON, 2000).

Ainda em relação ao lazer e ao comportamento, não *sair para passear* ou começar a *frequentar o bingo*, em conjunto com outros elementos do imaginário social são, para as entrevistadas, “coisas de velha”. As informantes não se reconhecem nesses estereótipos: percebem-se como mulheres *mais velhas, um pouquinho velhas, idosas* ou ainda com nenhuma dessas categorias. A idade, por si só, de modo geral, não parece influenciar o modo se identificam. Em sua maioria, essas mulheres, ao compararem seus *eus* de agora com os *eus* do passado, constroem narrativas nas quais há mudanças, mas não rupturas determinantes: continuam exercendo atividades que gostam e se percebendo com saúde e disposição. Luiza, por exemplo, afirma se sentir melhor do que quando tinha 20 anos, talvez porque, naquela

época, não ia à academia com tanta frequência quanto atualmente (chegando a passar cerca de três horas por dia).

Os sentidos que essas mulheres trouxeram nas entrevistas possuem semelhanças com aqueles presentes nas pesquisas de Debert (2012, p. 26), nas quais as mulheres que tinham 70 anos ou mais, “não se consideravam velhas, sendo que a velhice era vista como um problema de outros que se comportavam como velhos, mesmo que com menos idade”. Em uma percepção na qual múltiplos discursos informam que a velhice significa declínio, dependência e perda de autonomia, essas mulheres criam mecanismos de resistência ao envelhecimento, estratégias que lhes permitem se esquivar dos estereótipos negativos associados à velhice:

P – Você se consideraria idosa?

R – Não, eu acho que ainda não sou uma idosa.

P – Você pode falar um pouco sobre isso? O que seria uma idosa pra você?

R – Eu acho que uma pessoa é idosa quando ela não tem mais autonomia. Sabe, acho que quando tu não pode mais sair de casa, não pode mais tomar banho sozinha. Não segura mais xixi, mais cocô. Não segura mais isso. Isso é alheio a mim. Eu acho que aí a gente entrou em um outro estágio do envelhecimento, da coisa do corpo humano. [...] Então eu acho que o idoso é aquele momento quando você não tem mais as autonomias (Ana, grifos meus).

Ela [minha mãe] nem parecia que era velha, quando ela estava mais lúcida assim, porque ela viajava bastante. Depois que meu pai faleceu, nossa, ela não parava em casa, viajava pra tudo quanto era lado. Ela sempre foi muito ativa também e ela também não ligava pra esse negócio de rugas, de velhice (Antônia, grifos meus).

P – Quando uma pessoa pode ser considerada velha?

R – Eu acho que é questão de se comportar, também. De velha e, principalmente, de comportamento. Uma pessoa começa a ficar, como é que se diz... Ranzinza, sem disposição pra tudo, sem vontade pra tudo. Aí eu acho que dá mais aparência de envelhecida. E eu quero ser uma velha assim, que nem eu falo, com qualidade de vida. Sempre assim, brincando, contando piada no meio das pessoas, sabe? Se divertindo. Não quero ser aquelas velhinha chororó, não, que só pensa em doença, sabe? Eu não tenho vontade de ser assim não (Rita, grifos meus).

Nessas narrativas, sua diferenciação entre quem pode ser considerada uma pessoa velha fica expressa na imagem da *velhinha de bengala*, da *senhorinha* frágil que é passível de *dó* (Luiza). Estabelecem-se diferenciações entre as velhas *acabadas* e outras pessoas que, mesmo sendo mais jovens, também estão *tudo morta* (sic):

As velharada... Imagina, me trocar por aquelas velharada de 60 lá comigo. De jeito nenhum! Não, não, não, nem as de 40. Tudo morta, mole. “Não posso”, “Ai, não consigo...”. Ah, vai pra lá! Não, não, me deixa com as menininhas de 20, que aí eu arraso lá na frente em tudo. Em tudo lá. De toda forma que der, eu vou fazer lá com aquele povo de 20, de 30. Até de 30, tá tudo molenga, tudo morta. [...] Mas é isso mesmo, mais com o povo jovem. Me ambientar com eles, porque os velhos é muito mcoronga, não dá. Não me acompanhou, então, já vou me afastando (Luiza, grifos meus).

Como Luiza não se identifica com os velhos *mocoronga*⁶⁶, ela não se insere nesse grupo e exerce sua sociabilidade – pelo menos na academia – com outras pessoas mais novas, com as quais se sente mais à vontade.

Como os sentidos do envelhecer são múltiplos, este também aparece como um processo associado a determinadas vantagens. Os aspectos positivos parecem envolver, para as entrevistadas, o amadurecimento que a experiência permite, além de uma maior liberdade de escolha em relação a quando eram mais novas⁶⁷:

P – E tem alguma vantagem envelhecer?

R – Você fica mais experiente. [risos] Você sabe mais as coisas, você vai lembrando o que você fez (Luiza, grifos meus).

Pra mim isso é a melhor coisa do envelhecimento: eu não espero nada de ninguém, de ninguém. [...]. Então quando eu baixei minhas expectativas em relação a tudo, inclusive em relação a mim mesma, eu sei que eu entrei na maturidade (Ana, grifos meus).

A vantagem é que, assim, aquelas coisas que poderiam te tirar o sono, te fazer chorar, você não está nem aí. É uma maturidade tão deliciosa... [...] Você poder escolher com o que você quer gastar tempo. [...] A minha amiga, é muito engraçado, ela fala que quando ela fez 60 anos, ela tirou a carteirinha dela no metrô, ela trabalhava no centro naquela época. Ela entrava no metrô e falava “gente, a mais velha aqui sou eu, então você pode me dar o lugar?”. Ela falava, “gente, eu tenho 60 anos, preciso usar o benefício dessa idade” (Márcia, grifos meus).

Márcia, por exemplo, aponta a aquisição de direitos como uma vantagem da idade, ao trazer o exemplo de sua amiga que aproveitou a gratuidade no transporte público para pessoas com mais de 60 anos, assim como o uso do assento preferencial. Francisca também narra outra vantagem, que é poder se aposentar, ou seja, *ganhar sem trabalhar*:

Eu acho que a única vantagem é você não precisar... Você ganhar sem trabalhar. Porque você se aposenta. Isso pra mim, né? No meu caso, que eu tive uma boa aposentadoria. Pra mim. Eu tenho uma aposentadoria que não é lá grande coisa, mas dá pra mim. E eu tô sossegada (Francisca, grifos meus).

Há, no entanto, o reconhecimento de que há preconceito e discriminação contra as pessoas mais velhas:

P – Você já passou por alguma situação em que tenha sofrido preconceito pela sua idade?

R – Olha, eu acho que não tem quem não passe, todo mundo passa. Você tá dirigindo, é só você demorar um pouquinho, diminuir um pouquinho a marcha, alguém passa e diz “Vovó, só na calma, ein!?”. Caramba. Então as pessoas tem

⁶⁶ Mocorongo: “caipira; cafona; indivíduo desajeitado, mal arrumado, mal ajambrado; indivíduo sem ânimo, alquebrado física ou moralmente”. Fonte: Dicionário Online Aulete. Disponível em: <http://www.aulete.com.br/mocorongo>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁶⁷ A percepção do envelhecimento como um processo que traz maior liberdade, independência e autoconhecimento será discutido no capítulo 5 desta dissertação, pois esses sentidos aparecem profundamente perpassados pelas questões de gênero.

uma série de atitudes públicas que são atitudes pejorativas por conta da idade. Essa coisa assim de... Olha, até com o meu filho, ele me acha meio lerda às vezes. Ele diz: “Mãe, como você é lenta!”. Com o celular, algumas coisas que eu não sei. [...] Ele me diz: “Nossa, mãe, como você tá moderninha!”. Ora, preconceito, né? Preconceito. 25 anos, preconceituoso. Então eu acho que não tem, nem os homens nem as mulheres, que não passem por circunstâncias pejorativas por conta da idade. Nos toca isso (Ana, grifos meus).

Para Rosa, há uma *cultura meio decrepitante* em relação ao *ficar velho*, uma *cultura de desrespeito ao velho*. Já Márcia afirma que ainda *estamos no processo de construção de civilidade* no Brasil em relação ao idoso, o que implica na necessidade de, por exemplo, termos filas específicas para essa população. De modo geral, ao falarem sobre a questão do preconceito contra pessoas velhas/idosas, as entrevistadas, em suas narrativas, não se colocam no lugar das pessoas que passam por isso. A exceção é Ana, que trouxe dois exemplos pessoais de situações de preconceito, uma no trânsito e outra com seu filho.

Retomando a discussão inicial deste capítulo, uma vez que as identidades são relacionais, ou seja, dependem dos sentidos providos pela cultura para se constituírem e o fazem somente em relação a uma diferenciação e/ou negação (SILVA, 2000), é nessa diferenciação que se opera o poder de categorizar, nomear, normalizar e excluir os sujeitos:

Dizer "o que somos" significa também dizer "o que não somos". A identidade e a diferença se traduzem, assim, em declarações sobre quem pertence e sobre quem não pertence, sobre quem está incluído e quem está excluído. Afirmar a identidade significa demarcar fronteiras, significa fazer distinções entre o que fica dentro e o que fica fora. A identidade está sempre ligada a uma forte separação entre "nós" e "eles". Essa demarcação de fronteiras, essa separação e distinção, supõem e, ao mesmo tempo, afirmam e reafirmam relações de poder. "Nós" e "eles" não são, neste caso, simples distinções gramaticais. Os pronomes "nós" e "eles" não são, aqui, simples categorias gramaticais, mas evidentes indicadores de posições-de-sujeito fortemente marcadas por relações de poder (SILVA, 2000, p. 80-81).

A velhice constitui-se como um objeto de estudo “rico, diverso e altamente movediço” (CERQUEIRA, 2017, p. 149). Assim sendo, ela aparece em algumas narrativas como tendo sentidos múltiplos e às vezes contraditórios. O envelhecimento e a velhice nem sempre são, para as entrevistadas, dotados de qualidades negativas. Por exemplo, Helena evidencia o sentido e o uso político das palavras, ao afirmar que é velha e que não acredita que só a juventude que é algo bom. Ela também discorda do uso do termo “idosa”:

P – Tem algum momento da vida em que a pessoa pode ser considerada velha?
R – Engraçado. Eu não sei. Eu às vezes me refiro assim a alguém com 90 anos. Mas eu me considero velha. E não no sentido negativo. Quando eu falo que eu tô velha, é porque eu já passei de 50, de meio século. Eu tenho 63 anos. E eu não gosto de falar em velho como se fosse uma coisa negativa. Quando você tem 90 anos você é muito velho. É quase um século. Você rompeu a barreira do que esperam você viver. [...] Hoje eu me considero velha. E as pessoas: “Mas você não é tão velha”. Isso é um absurdo. Por que, é jovem que é bom? Eu desconsidero. Acho um absurdo pensar que é só juventude que é boa. Não. É vida. Velhice é vida. É o tempo que você viveu. No sentido pejorativo, não. Mas eu falo de mim

com muito orgulho de ser velha.

P – No geral, você não usa a palavra “idosa”, por exemplo?

R – Não. Isso não. Isso eu acho meio feio, meio cafona, né? [risos] Não tem sentido pra mim (Helena, grifos meus).

As palavras que têm caráter ofensivo são, de modo geral, tratadas de dois modos em nossa sociedade: são evitadas a qualquer custo ou têm seus sentidos revistos e ressignificados, desvinculando-as daquilo que as associa ao insulto e de seu caráter ofensivo (GIBSON, 2000). Por exemplo, algumas pessoas LGBTQI⁶⁸ - seja no contexto de movimentos sociais ou mesmo na dimensão mais cotidiana e individual – têm se apropriado de palavras como “viado”, “bicha” e “sapatão”⁶⁹, ressignificando-as e incorporando-as a seus repertórios.

Britto da Motta (1997, p. 134), ao discutir os conceitos “velho”, “idoso” e “terceira idade”, opta pelo uso de “velho” “como definição e como afirmação desideologizante”, buscando desestigmatizar esse termo e desassociá-lo de seus sentidos negativos. Para a autora, esse termo também possui um caráter mais universal e menos excludente que as outras duas palavras. Na fala de Helena é possível notar essa (re)apropriação e uso político da palavra *velha*: assumindo-a como parte de sua identidade, Helena busca negar os sentidos negativos que a palavra carrega e ressignificá-la, contrapondo-se a eufemismos e ao entendimento de que apenas certas velhices devem ser valorizadas.

Os próprios sentidos das palavras – como “velha” e “idosa” – não são fixos e nem estáveis, podendo se transformar ao longo das narrativas que elas constroem. Assim, “a velhice não é uma identidade permanente e constante” (DEBERT, 1988, p. 538), uma vez que as identidades são plurais, instáveis e passam por constantes processos de reconstrução e os indivíduos assumem “múltiplas posições de sujeito dentro de uma gama de discursos e práticas sociais” (MOORE, 2000, p. 23).

Outro exemplo dessa multiplicidade de sentidos está em uma narrativa elaborada por Márcia, que se considera idosa, embora tenha 50 anos: *Eu tenho 50 anos, né? Meio século. Pela lei não, faltam dez pra eu ser tratada como idosa. Agora... 50 anos vividos, meio século, não é?.* Ou seja, o componente etário, para algumas das entrevistadas, também ganha

⁶⁸ LGBTQI: Lésbicas, gays, bissexuais, travestis/transsexuais/transgêneros, *queer*, intersexuais. De acordo com Louro (2007, np), *queer* é uma expressão que possui sentido ofensivo em países de língua inglesa, e pode ser traduzida como “estranho ou esquisito” e “também viado, bicha, sapatão”. O termo passou, no entanto, por uma apropriação, inclusive com o surgimento de movimentos *queer* e da teoria *queer*, passando a “sinaliza[r] uma disposição ou um modo de ser e de viver”.

⁶⁹ Por exemplo, afirma Facchini (2009) acerca das mulheres por ela pesquisadas: “Entre as mais jovens de estratos médios ou médios altos, ganham espaço estratégias de valorização e afirmação daquilo que é estigmatizado, como no caso do uso de termos como *dyke* ou *sapatão* (entre as *minas do rock*), *sapa* (corrente entre jovens de estratos médios) e a autoclassificação como *bissexual*, além da recusa de rótulos (especialmente entre parte das *modernas*)”.

importância em alguns momentos, nos quais não negam terem vivido um número determinado de anos e não veem problema em admitir isso. Porém, ainda assim, a idade não é o elemento determinante da velhice, mas sim a dependência, a fragilidade e a inatividade. Como disse Antônio, ser idosa é *ter passado bastantes anos*, mas ela não se deixa *abater por essa situação de jeito nenhum!*. Os discursos de posituação da velhice criam uma norma acerca do envelhecimento; assim, também recriam a velhice “ruim” e a colocam em lugar de abjeção: ***Tanto na cabeça como, assim, na agitação, eu acho que não tenho 71 anos, porque eu acho 71 anos tão pesado, né? Se você for analisar assim, “aquela senhora tem 71 anos”. “Nossa, meu Deus, coitada, 71 anos!”***. ***Eu não sou coitada [risos]*** (Josefa, grifos meus). Quem gostaria de ser a senhora de 71 anos que é vista com dó e considerada *uma coitada*?

As transformações pelas quais vêm passando os sentidos da velhice coexistem com um modelo discursivo que cria o local de abjeção para pessoas que não seguem a norma. Esses indivíduos são tidos como resignados à idade – seja por falta de empenho, vontade ou oportunidade – e caracterizados como frágeis, doentes e debilitados, em contraposição àqueles que são ativos e praticam um *ethos* corporal e um estilo de vida saudáveis.

4.3. Independência e fragilidade

Conforme discutido no capítulo 1, parte dos valores negativos associados à velhice está relacionada ao modo através do qual nossa sociedade lida com a morte (ELIAS, 2001) e valoriza a independência, o individualismo e a autonomia, colocando a precariedade como um local da abjeção (CRUIKSHANK, 2013). Assim, a associação recorrente entre velhice e precariedade está no cerne do preconceito em relação às pessoas velhas (CALASANTI, 2005), principalmente porque as marcas corporais – e não apenas os sinais como rugas, mas também a dificuldade de locomoção, por exemplo – possibilitam a “leitura”, a partir dos sentidos disponíveis na cultura, que uma pessoa está velha/doente:

Dá uma dózinha daquelas velhinhas. Eu vejo aquelas velhinhas no meio das mulheres novas, tudo nova, na faixa dos 70, nem dos 70, já tudo acabada. Sabe? Já aquele desânimo, não consegue nem andar, se arrastando. Eu nem olho. Dou uma olhada assim, até disfarço. Porque chegou nos 50, nos 60 se acabou? Não, ali que tá começando, eu já penso assim. Ali é onde a gente precisa acordar pra vida, pra viver aquilo, o restinho do tempo que tem, porque passa muito rápido. [...] Aí que cai a ficha que eu tô velha, mas é um pouco. “Não, viver bem, viver bem, não vou me entregar, de jeito nenhum!” (Luiza, grifos meus).

A narrativa de Luiza traz essa questão, assim como uma das falas de Josefa discutida mais acima. Luiza afirma ter *dózinha daquelas velhinhas* que estão *acabadas*, demonstrando desânimo e tendo dificuldades de locomoção. Aqui, novamente, a recusa em “aceitar” o

envelhecimento aparece como uma escolha a ser tomada. Na fala de Luiza, entende-se que a precariedade decorrente do envelhecimento é ocasionada por uma espécie de entreguismo de parte dos indivíduos, que aceitariam a chegada da idade sem se esforçar contra ela e, por isso, se “transformariam” em velhos, inclusive no que diz respeito a aceitar limitações e dificuldades que possam surgir nesse momento.

Segundo Cruikshank (2013), muitos indivíduos criam essa diferenciação entre si e os outros – estes considerados velhos, doentes, dependentes – como parte de uma estratégia de preservação de autoestima e respeito próprio. Afinal, em uma sociedade na qual a norma é ser feliz, saudável e jovem (nem que seja “de espírito”), não é interessante ocupar o lugar de abjeção:

Há uma rejeição social, histórica, à condição de velhice, personificada nos idosos, que nas objetivações próprias da modernidade se constitui, ao mesmo tempo, em negação do passado e do futuro; rejeição a uma figura de certo modo ambígua, que remete ao mesmo tempo ao passado (ao que já passou e se tornou “superado”, “inútil” e oneroso) e ao futuro; o futuro que ele aponta e se nos afigura à espera de cada um – doenças, perdas, dependência e fealdade; senilidade e proximidade da morte (BRITTO DA MOTTA, 2010, p. 241).

Nesse sentido, a perda de controle sob o próprio corpo, em uma sociedade em que a independência e a autonomia são valores socialmente hegemônicos, é algo humilhante. Em sociedades nas quais a definição de sujeito envolve a aprendizagem de técnicas de controle corporal (MAUSS, 2003) desde a infância e, principalmente, naquelas caracterizadas pelo individualismo exacerbado – como a nossa – essa perda de controle torna-se fruto de vergonha:

A vergonha pode ser definida como um sentimento moral porque é uma resposta à aprovação ou desaprovação de outro. Ela tem um papel importante na socialização da pessoa e na definição do pertencimento a um grupo. [...] O sentimento de vergonha exprime o desvio e a transgressão do sistema de conduta da comunidade (PIMENTA; OLIVERIA, 1999, p. 153).

O sentimento de vergonha é, então, do ponto de vista cultural, ocasionado pelo não pertencimento, por não corresponder à norma. Dessa forma, a perda de autonomia “contribui para que as pessoas idosas fragilizadas sejam reduzidas a seus corpos que, então, se tornam o foco do exercício do biopoder foucaultiano” (TWIGG, 2004, p. 66, tradução minha). A partir do momento em que o indivíduo não consegue ou não pode mais manter o controle corporal considerado socialmente adequado, ele perde parte de seu valor social:

Atualmente, o círculo de preceitos e normas é traçado com tanta nitidez em volta das pessoas, a censura e pressão da vida social que lhes modela os hábitos são tão fortes, que os jovens têm apenas uma alternativa: submeter-se ao padrão de comportamento exigido pela sociedade, ou ser excluído da vida num “ambiente decente”. A criança que não atinge o nível de controle das emoções exigido pela sociedade é considerada como “doente”, “anormal”, “criminoso”, ou simplesmente “insuportável”, do ponto

de vista de uma determinada casta ou classe e, em consequência, excluída da vida da mesma (ELIAS, 1994, p. 146).

A autonomia estende-se além do corpo, envolvendo também questões mais amplas que estão relacionadas à vida de modo geral. Essa questão aparece, em algumas das narrativas das entrevistadas, como associada diretamente às questões da independência e da fragilidade. Tereza aponta alguns desses elementos em sua fala:

Às vezes eu acho que não vou aceitar, quando eu vejo uma pessoa muito debilitada. Entendeu? Às vezes uma pessoa que depende muito do outro, aquela coisa assim. Aí eu acho que eu não vou me aceitar. Acho que esse é o único momento que eu vou achar que eu tô velha mesmo. [...] Por isso que eu não me acho velha. Eu corro. [...] Tenho medo de não poder fazer nada, nada. Eu falo sempre pra Ele [Deus], “me dê a velhice, mas me dê a coragem de continuar, de pelo menos tomar meu banho”. O dia que eu não puder, depender dos outros... Aí eu tô velha mesmo. Eu acho que a velhice só vem mesmo quando a pessoa não pode fazer nada. Porque você já está envelhecendo, e você não ter capacidade de fazer alguma coisa... Eu acho que é ruim. Porque às vezes você vê um velho tão... Às vezes quieto, sabe? Não sei se fica triste, ou se está doente (Tereza, grifos meus).

Há o medo de se tornar uma *pessoa muito debilitada, que depende muito do outro e não pode fazer nada*. Logo, depender de alguém para algumas coisas aparece como sinal de falha e, mais do que isso, como algo que implica também perda de autonomia, no sentido de tomar o próprio banho ou conversar com outras pessoas. Assim, como Tereza ainda consegue correr e fazer coisas que ela deseja, ela não se considera velha. Ou seja, como ela é independente e autônoma, difere-se daquelas pessoas que são velhas e não conseguem executar nem as tarefas cotidianas sozinhas, como *tomar banho*. Aqui, além da associação entre velhice e dependência, também nota-se o trio velhice-tristeza-doença.

Em nossa sociedade, de acordo com Elias (1994), espera-se que os adultos tenham total controle corporal (o que inclui desde regras de conduta à mesa até questões associadas à higiene). Talvez esse seja um dos fatores pelos quais comumente se diz que os velhos “viram crianças” novamente, principalmente em situações de maior fragilidade. Em uma das falas de Antônia, a dependência aparece como sinônimo de ausência de qualidade de vida, em uma narrativa na qual as pessoas que não conseguem mais ter autonomia voltam a ser crianças:

Ela também já está mais doente agora, tem até uma cuidadora pra cuidar dela, virou meio criança também. Ela tem a minha idade, mas não está com a saúde mental tão boa. Tem um começo de Alzheimer. Meu filho mesmo disse, se deixar ela sozinha assim, pode até por fogo na casa. Liga o fogão e nem sabe se as coisas estão queimando. Não está mais assim, né, centrada. [...] Onde eles vão, levam ela. Se vêm aqui, trazem ela. Onde vão, ela tem que ficar com eles cuidando, porque ela... Ela toma medicação também. Mas também não pode deixar ela só, porque ela pode fazer coisas que não deve. Tem que ficar de olho. A velhice nessa situação, eu não acho um negócio... Você tem que viver porque não pode fazer nada, né? Mas não é uma coisa boa você não ter aquela qualidade de vida, a escolha de poder fazer o que você quer.

P – Depender dos outros?

R – Dependência em tudo das pessoas. Aquela dependência... Meu filho brincava “Agora tenho uma filhinha pra cuidar”. Ele brinca. “Eu tenho que cuidar da minha filhinha” [risos]. Porque ela ficou tão dependente, assim, que nem uma criança (Antônia, grifos meus).

Ser *dependente que nem criança* significa, para Antônia, perder autonomia, uma vez que não se tem total controle sobre sua própria vida. A pessoa sobre quem ela comenta, em sua opinião, necessita de acompanhamento constante para não *fazer coisas que não deve*. Essa infantilização da pessoa idosa dependente é, de acordo com Castro (2015, p. 108), bastante comum e “atinge a dignidade do mais velho ao destituir-lhe do status de pessoa adulta”.

Essa “valorização da autonomia devolve ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde, reduzindo a pressão exercida sobre o sistema público” (ORTEGA, 2008, p. 35). Faz parte, portanto, do conjunto de práticas colocadas como inerentes pelos discursos do “envelhecimento ativo” e saudável para uma boa velhice. O discurso do risco aponta a fragilidade como uma “importante justificativa para a defesa da atividade junto aos idosos” (BARBIERI, 2014, p. 152).

Devido a esses valores, aqueles indivíduos desprovidos de autonomia e independência não são reconhecidos como sujeitos ou “vidas” que possuam algum valor, uma vez que “uma vida tem que ser inteligível *como uma vida*, tem de se conformar a certas concepções do que é a vida, a fim de se tornar reconhecível” (BUTLER, 2015, p. 21, grifo da autora). Uma vida que não permite que se exerça totalmente sua individualidade, na qual a pessoa não consegue realizar todas as escolhas – por exemplo, que roupa vestir, quando se alimentar, onde morar –, não é reconhecida hegemonicamente como uma vida – ou pelo menos, como uma vida digna.

Esse não reconhecimento como vida digna ou como um sujeito implica em determinadas questões: primeiro, o medo em relação à velhice e ao envelhecimento; segundo, a atribuição de locais específicos onde, como afirma Elias (2001), a sociedade possa afastar esses temores, restringindo-os a lugares específicos, como os asilos e hospitais. Esse enquadramento (BUTLER, 2015) da velhice abjeta, que não corresponde às normas, acarreta no isolamento:

A fragilidade dessas pessoas é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil — o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a que eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança (ELIAS, 2001, p. 8).

Rita narra seu medo de *dar trabalho para as pessoas* e, eventualmente, precisar *ir para um lugar* (ou seja, um asilo, casa de repouso, instituição de longa permanência...):

P – Para você o que é envelhecer? O que muda?

R – É só esse problema. De rugas. E de não poder trabalhar, de começar a dar trabalho pras pessoas. Eu não gostaria de dar trabalho. [...] Eu gosto das minhas coisas no lugar delas. Isso também é uma coisa ruim, né? Eu penso assim, quando eu precisar de ajuda, precisar ir pra um lugar, aí eu vou ser dependente dos outros. Eu tenho muito medo disso (Rita, grifos meus).

Nesse sentido, adentrar uma dessas instituições parece ser sinônimo da “impossibilidade de se vislumbrar no asilo um espaço de realização de novos projetos” (BARBIERI, 2008, p. 137), uma espécie de morte em vida. O asilo é visto como o lugar para onde se vai e lá só irá se tornar mais frágil e dependente até, enfim, morrer.

Também sobre a necessidade de cuidados, Rita comenta sobre seu irmão mais velho que havia sido, recentemente, colocado *em uma clínica*:

Dava muito trabalho em casa, pra cuidar. E não arrumava cuidadora. Dava muita dor de cabeça, aí teve que colocar ele lá na clínica. Aí eu vou lá visitar ele, eu fico... É o dia que eu fico mais assim, sabe, chateada. Eu venho caída. Depois passa, mas eu saio de lá detonada, de ficar olhando, vendo e pensando eu ali. Precisar dos outros, de ajuda, não ter o seu cantinho, que nem eu tenho aqui. Eu tenho minha televisão lá, deito, durmo, acordo com a televisão ligada, às vezes fica a noite toda ligada. Tenho meu banheiro tudo ajeitadinho do jeito que eu gosto. O que eu tenho medo é isso assim. Depois, mais pra frente, ser dependente. Essa é a minha preocupação. Não é envelhecer. A minha preocupação é essa. Depender dos outros. Que eu acho que é muito ruim, né? Ainda mais do jeito que eu tô tão acostumada, assim, sozinha (Rita, grifos meus).

Aqui, novamente, as questões relativas à individualidade e à independência estão muito presentes. Para quem mora sozinha, tem *o seu cantinho*, com suas coisas organizadas à sua preferência e com liberdade para viver do jeito que mais gosta, necessitar do cuidado de outros pode ser um gerador de angústias, principalmente quando acompanhada de uma imposição de mudança de moradia. Nesse sentido, para Rita, ser dependente aparece como algo intrinsecamente associado à perda de autonomia e à impossibilidade de exercer sua própria individualidade. A mudança de moradia, segundo Cruikshank (2013), que, na velhice, geralmente significa o confinamento em uma casa de repouso, é vista por muitos com receio e como um fracasso, tanto pelos valores culturais hegemônicos quanto pelo medo das condições existentes em algumas dessas casas.

Para Márcia, no entanto, a dependência parece ser um elemento que faz parte da vida, um futuro certo para as pessoas que alcançam uma idade mais avançada e, então, necessitarão de algum tipo de cuidado e/ou mudança de residência para a adequação a novas necessidades:

P – Mas a pessoa vai envelhecer e precisar de alguém que cuide dela?

*R – É, pode ser que a gente morra antes [risos]. Eu tenho uma avó de 97 anos. Chegou um momento em que não tem muito jeito. Tem um grauzinho de demência, que liga o fogo e esquece. Precisou criar um esquema: cada noite alguém dorme, cada dia alguém fica. Por uma questão de cuidado. Então **chega uma hora em que ou a gente vai morrer antes ou alguma coisa vai precisar ser pensada** (Márcia, grifos meus).*

Ou morre-se antes, ou a dependência um dia irá chegar. Ela traz o exemplo de sua avó, quase centenária, para apontar que, eventualmente, esse é um futuro que chega e que o cuidado é intrínseco a tal momento.

O asilamento é uma questão bastante delicada, uma vez que essa transferência de moradia implica, na maioria das vezes, “não só a ruptura definitiva dos velhos laços afetivos, mas também a vida comunitária com pessoas com quem o idoso nunca teve relações afetivas” (ELIAS, 2001, p. 85). Além disso, conforme a discussão elaborada por Young (2005) acerca da moradia das pessoas, essa não é apenas um espaço no qual se habita e se guardam coisas, mas sim parte fundamental de suas identidades. O espaço adquire valores e sentidos diversos, além do próprio modo como as pessoas se relacionam com ele. Abordando o exemplo de seu padrasto, que passou a morar em um asilo, a autora aponta elementos como a falta de um espaço onde se possa criar uma rotina de acordo com o que se deseja e arranjar objetos pessoais que possuam sentido, além da ausência de privacidade (YOUNG, 2005). Esses fatores são parte de um “deslocamento” do local de sujeito pelo qual esses indivíduos passam:

Podemos dizer enfaticamente que a dificuldade em lidar com as perdas é uma dificuldade humana que a velhice evidencia de forma radical. [...] Quando os entrevistados dizem: *velho é quando não serve para mais nada*, parecem se referir a esta analogia intrínseca entre o humano e o trabalho. Todavia, o nada aqui parece ter outro sentido: provavelmente indica a impossibilidade de realização de qualquer coisa, mesmo que seja apenas a demonstração de um desejo de comunicação com um outro. Isto pode ser entendido pela presença na instituição de uma maioria de idosos *dependentes* ou *semidependentes*, aqueles que não conseguem mais comer ou andar sozinhos, utilizam fraldas geriátricas e dependem do cuidado alheio para se manter e já não mais decidem ou escolhem (BARBIERI, 2008, p.150, grifos da autora).

As soluções *criativas* que envolvem outros modelos de moradia tem se desenvolvido cada vez mais. Desde repúblicas de idosos (como as que existem na cidade de Santos/SP) a *cohousings* (que nada mais são do que espaços nos quais coabitam grupos de pessoas e/ou famílias, compartilhando espaços e tarefas) e moradias assistidas (como as descritas por Márcia).

Outro elemento constituinte dessa abjeção da velhice dependente e frágil é a morte. Conforme afirma Elias (2001, p. 76), “muitas pessoas, especialmente ao envelhecerem, vivem secreta ou abertamente em constante terror da morte”. Mais do que uma ocultação da morte na vida cotidiana, circunscrevendo-a a determinados espaços (ELIAS, 2001), nossa sociedade também a transformou em “uma questão técnica, sua determinação deixada nas mãos da profissão médica” (GIDDENS, 2002, p.150). Essa determinação da morte como um assunto das ciências biomédicas também significa o desenvolvimento de um enorme aparato de intervenções, técnicas e práticas que visam prolongar a vida e adiar a morte:

O conhecimento da implacabilidade dos processos naturais é aliviado pelo conhecimento de que, dentro de certos limites, eles são controláveis. Mais do que nunca, podemos hoje esperar — com a habilidade dos médicos, a dieta e os remédios — o adiamento da morte. Nunca antes na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante em toda a sociedade como em nossos dias. O sonho do elixir da vida e da fonte da juventude é muito antigo, mas só assumiu uma forma científica — ou pseudocientífica — em nossos dias. A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com ajuda da medicina e da previdência, e pela esperança de que isso talvez funcione (ELIAS, 2001, p. 56).

Assim, tanto o adiamento da morte quando a “prevenção” do envelhecimento possuem elementos em comum: deve-se preservar o capital de saúde a todo custo, manter uma boa qualidade de vida, uma velhice com autonomia e sem doenças.

Eu tenho medo de morrer. Eu tenho sim. Mas eu não gostaria de ficar assim... Não pela velhice. Eu não quero ficar uma pessoa inútil. E sem ter o modo de você pensar... Eu fui pro interior e vi um senhor. Geralmente, quando eu ia pro interior, via só aquele homem lá. Eu falei pro menino: “Eu não quero vim pro interior pra ficar assim não. Quero vir pro interior pra viver melhor. Se for assim, eu prefiro São Paulo. Porque São Paulo pra mim é uma cidade agitada”. Aquele senhor ficava sentado lá. Estava esperando a morte chegar. Porque teve um ano que eu fui lá e ele não tava mais lá. Aí eu fico pensando, o que ele estava pensando? Então eu não quero ficar assim também. Eu quero fazer o crochê, eu quero fazer alguma coisa. Eu quero estar manuseando minha cabeça. É isso. Só tenho medo disso (Tereza, grifos meus).

A questão é que o controle total e absoluto sobre nossos corpos é impossível e a morte – pelo menos por enquanto, diriam os mais otimistas – não é evitável: um dia todos/as morreremos. Quando pergunto à Tereza sobre a morte, ela também comenta sobre a velhice. Mais do que o medo de morrer, ela afirma temer *ficar inútil*, como o senhor de seu exemplo que, ao ficar sentado sem fazer nada, estava *esperando a morte chegar*. Tal perspectiva parece ser similar a de outros indivíduos nessa idade, pois, segundo Barbieri (2014, p. 162), “o medo da dependência e de ficar submetido a um outro, estranho ou familiar, é um dos temas mais recorrentes nos atendimentos de idosos de várias idades, sendo mais temido do que a própria morte”.

O envelhecimento, então, também traz um “lembrete” aos indivíduos acerca de sua própria mortalidade (ELIAS, 2001):

P – Mas também tem alguma coisa boa, algum lado bom em envelhecer?
R – Ah, eu não acho lado bom, não. Eu acho que não, porque a gente envelhecendo, a gente vai morrer mais rápido. Eu, assim, porque eu fico fazendo as contas da idade. Então eu acho, uma pessoa, o máximo que vive é até uns 90 anos. Aí eu penso “puxa, já tô com 70, só tem mais 20 anos”. Porque com todos os problemas, todas as pedras que eu passei, tudo, eu amo a vida. Eu gostaria de viver eternamente. Então, assim, eu acho, fico preocupada com isso. Que o envelhecimento está trazendo mais perto a morte pra gente (Rita, grifos meus).

Enquanto para Rita, *envelhecendo a gente morre mais rápido*, Francisca diz não se preocupar com isso, pois a morte é algo que pode ocorrer não apenas com quem é velho, mas

com pessoas de qualquer idade:

Eu sei que vou envelhecer e sei que vou morrer. Mas eu procuro não pensar nisso. Vai chegar e “você envelheceu, ó”. Eu tenho idade pra envelhecer. Agora, morrer, todo mundo vai morrer. E tem gente muito mais nova que eu que provavelmente essa hora vai estar morrendo. Então eu não esquento com isso. Quanto mais você pensa, pior. Você sabe que vai morrer. Eu não quero saber de morte, eu quero saber de vida (Francisca, grifos meus).

Apesar de narrar que *não quer saber de morte*, mas sim *de vida*, Francisca contratou recentemente um plano de auxílio funeral⁷⁰. Sua justificativa foi: *não quero ninguém tendo que pagar o meu enterro*. Talvez isso possa ser compreendido como um modo de “retomar” uma autonomia e independência sobre uma questão da qual não se tem controle, nem que seja através da possibilidade em se planejar e contribuir financeiramente para o próprio funeral.

Um dos motivos pelos quais a morte gera ansiedade em nossa sociedade é, de acordo como Shilling (2003), a centralidade dada ao corpo. Uma vez que a morte implica o fim do corpo, que é nosso suporte identitário, a morte causa medo:

P – Você pensa muito na morte?

R – Às vezes. Mas menos do que antes. Antes era um pavor, porque o que deixa todo mundo enlouquecido? Pensar na morte. Porque é uma coisa sem nenhum dado. Você não tem nenhuma informação sobre isso. Hoje penso bem menos. Mas penso também. Não sou aquela pessoa que diz: “Ah, pra mim tá tranquilo” [risos]. Não. Eu acho confuso ainda (Helena, grifos meus).

Além disso, como narra Helena, a morte é o limite sobre o qual não possuímos informações ou dados. Em outros contextos históricos e culturais (ou mesmo no nosso, mas para pessoas que possuem crenças espirituais e/ou religiosas), as explicações religiosas ocupam esse lugar provendo sentidos para a morte e o “pós-vida”.

Neste capítulo busquei discutir os sentidos que as entrevistadas atribuíram às identidades aos modos de subjetivação relacionados ao envelhecimento e à velhice, principalmente no que diz respeito à forma como buscam se diferenciar de quem consideram velha/idosas. Pensando na questão da normalização, da classificação e das “posições-de-sujeito” (SILVA, 2000), abordei como o modelo da velhice positiva e ativa é parte dos repertórios das entrevistadas e fornece sentidos com os quais elas se identificam para se situarem e distinguirem entre uma velhice “boa” (ou “bela”) e uma “ruim”, analisando também exemplos trazidos pelas informantes. Conforme aponta Debert:

A nova imagem do idoso não oferece instrumentos capazes de enfrentar a decadência de habilidades cognitivas e controles físicos e emocionais que são fundamentais, na nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno dos direitos de cidadania. A dissolução

⁷⁰ Pela explicação da entrevistada, é um plano no qual são cobradas parcelas mensais e que garante a cobertura de custos com funeral e enterro, além de oferecer uma porcentagem de descontos em consultas médicas privadas.

desses problemas nas representações gratificantes da terceira idade é um elemento ativo na reprivatização do envelhecimento, na medida em que a visibilidade conquistada pelas experiências inovadoras e bem-sucedidas fecha o espaço para situações de abandono e dependência. Essas situações passam, então, a ser vistas como consequência da falta de envolvimento em atividades motivadoras ou da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados (DEBERT, 2012, p. 15).

Assim, no que diz respeito à dependência, à autonomia e à morte, nota-se a presença de sentidos bastante semelhantes que colocam a velhice frágil no lugar de abjeção, de “não-sujeito”. Assim, tanto o desenvolvimento de doenças quanto o de dependência aparecem como evitáveis – ou, pelo menos, adiáveis até uma velhice “mais velha”. A morte também é discutida como um elemento relacionado ao envelhecimento, principalmente em discursos hegemônicos, além de constituir-se como fonte de medo e ansiedade para algumas das entrevistadas.

5. CORPO E ENVELHECIMENTO: SAÚDE, APARÊNCIA, ENERGIA

Neste capítulo serão discutidos os sentidos atribuídos à saúde, à doença e às transformações corporais associadas ao envelhecimento.

De acordo com Turner (2008), a concepção anatomofisiológica acerca do corpo privilegia a mente como definidora da pessoa – do sujeito, da identidade – e coloca em segundo plano o corpo, concebido como objeto, uma máquina, um arranjado de partes e órgãos que funcionam mecanicamente. O “modelo mecanicista” desenvolvido pelo “pai da anatomia”, Andreas Vesalius e, posteriormente, aprofundado por Descartes, estão nas bases do desenvolvimento da concepção hegemônica (biomédica) moderna de saúde, corpo e indivíduo (UCHOA; VIDAL, 1994; BRETON, 2002).

Ao longo do Renascimento, com a popularização da dissecação de cadáveres e os estudos de anatomia humana houve também a disseminação de um entendimento específico acerca da pessoa, estabelecendo uma dicotomia entre mente/espírito e corpo. Esses saberes constroem o corpo como “objetivo, recheado apenas por um conjunto de órgãos e um amontoado de vísceras, cujo funcionamento mecânico se dá de forma impecável e quase infalível” (NOVAES, 2006, p. 52). O corpo máquina é fragmentado, objeto e não sujeito de nossa existência (BRETON, 2002; ORTEGA, 2008). Porém, embora o corpo funcione como uma máquina na qual todas as partes se interconectam, ele também é dotado de precariedade: passível de adoecimento, de envelhecimento e morte (BRETON, 2015).

A concepção anatomofisiológica e biomédica do corpo é uma entre várias, porém, tornou-se hegemônica (Idem, 2002, 2007):

É claro que na atualidade convivem diferentes racionalidades médicas e uma multidão de práticas e terapias, que não se enquadram no modelo reducionista de nossa racionalidade biomédica. No entanto, na tradição da visualização médica do corpo essa visão do corpo objetivado e fragmentado é ainda dominante e, dado seu sucesso midiático e a extrapolação do campo estritamente biomédico nos fornece continuamente modelos normativos do corpo que somos e temos (ORTEGA, 2008, p. 108).

Hoje, ao mesmo tempo em que uma gama de discursos constrói, a partir dos saberes tecnocientíficos, o corpo como um objeto, ele adquire cada vez mais centralidade agindo como fator de individuação (BRETON, 2007). Uma vez que as identidades contemporâneas não são unificadas e estáveis, mas sim contraditórias, em constante transformação (HALL, 2005), o corpo, em nossa sociedade, não é um suporte para uma identidade fixa, mas sim algo que “está a seu serviço” (BRETON, 2012, p. 16). Em um contexto que preza pelo individualismo exacerbado, o “culto ao corpo” que caracteriza a contemporaneidade não está relacionado estritamente a um caráter narcisístico, mas sim a um “projeto reflexivo da

autoidentidade” que se constitui como elemento central nas sociedades contemporâneas (GIDDENS, 2002, p. 165). O corpo deixa de ser compreendido como um “destino” para se tornar objeto maleável, passível de intervenções e transformações.

No envelhecimento, uma das dimensões a se destacar são as transformações pelas quais os corpos passam nesse processo. Essas mudanças corporais, conforme discutido anteriormente, ganham sentidos de acordo com a cultura e o contexto no qual os indivíduos se inserem. Nas atuais sociedades ocidentais, ao transformar o corpo o indivíduo busca também redefinir sua identidade. Considerando que esse trabalho corporal é informado por sentidos que circulam em sociedade, e não apenas por escolhas, valores ou preferências individuais, é relevante o modo de análise proposto por Shilling (2003), segundo o qual o corpo é compreendido como um fenômeno multidimensional, sendo tanto fonte de autorrepresentação para os indivíduos (ou seja, parte constituinte de suas identidades), quanto local de efeitos da sociedade (construído e significado pela e através da sociedade).

Assim como foi abordado em outros capítulos desta dissertação, os discursos hegemônicos, sobretudo aqueles baseados nos saberes da biomedicina, vão orientar essas intervenções sobre o corpo: deve-se buscar uma “boa forma”, uma “boa saúde”, a manutenção da juventude e o prolongamento da vida. O “discurso do risco” nos informa sobre os potenciais riscos que determinados hábitos podem trazer, juntamente às normas que devemos seguir: não fumar, evitar frituras e doces, fazer *check-ups* periódicos (ORTEGA, 2008). Trata-se do gerenciamento de corpos e da disciplinarização de estilos de vida.

Diversos(as) autores(as) (BRETON, 2002, 2007; ORTEGA, 2008) discorrem sobre esses discursos que incentivam intervenções sobre o corpo – e, conseqüentemente, também sobre o estilo de vida, saúde e práticas – visando “melhorá-lo”. Shilling (2003), por exemplo, denomina essa concepção do corpo dotado de plasticidade e sob constante intervenção de “corpo como projeto”, no qual “sua aparência, tamanho, forma e até seu conteúdo são potencialmente abertos à reconstrução” (SHILLING, 2003, p. 4, tradução minha). Para o autor, esse autogerenciamento dos corpos é possibilitado pela popularização de tecnologias e de conhecimento sobre o corpo. Somos levados a nos responsabilizarmos sobre nossa própria saúde e a seguirmos “regimes de autocuidado”:

Regimes de autocuidado requerem que os indivíduos abracem a noção de que o corpo é um projeto no qual tanto sua exterioridade quanto sua interioridade podem ser monitoradas, cuidadas e mantidas funcionando plenamente. [...] Regimes de autocuidado não são simplesmente sobre a prevenção de doenças. Eles também preocupam-se em nos fazer sentirmos bem acerca de como nossos corpos aparentam ser para nós mesmos e para outros. A saúde se tornou cada vez mais associada com a aparência (SHILLING, 2003, p. 5, tradução minha).

Para Twigg (2004), o corpo é, hoje, alvo de um escrutínio nunca antes vivenciado, graças ao desenvolvimento de tecnologias que colocam o corpo em evidência tanto no nível cotidiano e individual, quanto social e midiático. Com a popularização de fotografias, por exemplo, através dos celulares, vemos nossos corpos e os de outras pessoas através de fotos muito mais do que há trinta anos, por exemplo. Ortega (2008) aborda o ascetismo contemporâneo, já aqui discutido, que age debruçando-se sobre o corpo a fim de torná-lo belo e saudável. Lupton (2012) também aborda essa questão, discutindo o quanto o discurso do risco gera a responsabilização dos indivíduos sobre sua saúde (e doenças), associando “problemas” de saúde com falta de disciplina.

No caso específico do envelhecimento, este não é vivenciado apenas através do olhar externo (social, do “outro”), mas “envolve também uma percepção e uma interpretação de sinais corporais” (CARADEC, 2011, p. 40-41)⁷¹ por parte dos indivíduos que por ele passam. O envelhecimento do corpo é experienciado através de três dimensões: o corpo orgânico, a aparência e a energia:

O registro do corpo orgânico, para começar, remete à saúde e às capacidades físicas. Nesse registro exprime-se, por um lado, a constatação de aptidões físicas conservadas e da ausência de doenças e, por outro, a da debilitação dessas capacidades e mesmo de limitações funcionais e doenças, consideradas sinais do envelhecimento. [...] O registro da aparência, por sua vez, faz referência às dimensões plásticas do corpo. As rugas, a despigmentação dos cabelos e a “pança” constituem sinais possíveis de envelhecimento corporal. Nesse registro, manifesta-se igualmente uma preocupação que já não diz respeito à saúde e às capacidades físicas, mas é de ordem estética. [...] O registro da energia diz respeito à vitalidade do corpo. Neste registro, a sensação de estar em forma e o fato de sentir um certo bem-estar se opõem à fadiga e à fraqueza energética, percebidas como sinais de envelhecimento (CARADEC, 2011, p. 25-26).

A partir desses três eixos propostos por Caradec (2011), irei discutir os sentidos que as mulheres entrevistadas atribuíram às transformações corporais ocasionadas pelo envelhecimento, tanto em relação a si próprias quanto a outras pessoas.

5.1. A saúde e o ser/estar saudável

O ensaio de Laplantine (2010) exemplifica as diferentes abordagens e interpretações acerca do processo de saúde-doença, entre eles, o modelo ontológico e o modelo relacional ou funcional. No modelo ontológico, tanto as doenças quanto suas causas são interpretadas como sendo isoláveis em determinados locais do corpo ou em determinados agentes causadores,

---

⁷¹ É importante ressaltar que, conforme afirma Caradec (2000), o envelhecimento não se resume apenas às transformações corporais. Esse entendimento reducionista, segundo ela, pode ser problemático, pois seguiu-lo “seria correr o risco de projetar o ponto de vista sociológico sobre o discurso biomédico, que encara o avanço da idade exclusivamente no diapasão das limitações funcionais e das doenças orgânicas” (CARADEC, 2011, p. 41).

sendo que as intervenções realizadas no corpo com o fim de acabar com a doença também são localizadas. Nesse modelo, o autor afirma que, para os indivíduos “é tranquilizante saber que o que não funciona é um de meus órgãos e na verdade não eu próprio” (LAPLANTINE, 2010, p. 52). Já no modelo relacional ou funcional, a doença não é mais compreendida como resultado de um agente externo ou como um fato isolado em relação à pessoa, mas sim como resultado de um desequilíbrio no corpo:

Ao passarmos de uma interpretação ontológica a uma interpretação relacional da doença, vemos se efetuar não apenas um deslocamento das significações em jogo, mas também uma completa mudança de perspectiva que faz surgir uma percepção não apenas anatômica, mas também biológica da doença, uma vez que ela consiste, com relação a todas as representações estudadas anteriormente, em recolocar a morbidez em um espaço semântico que vai além não apenas do corpo que sofre, mas também da pessoa do doente (LAPLANTINE, 2010, p. 63).

Em sua pesquisa, o autor notou nas falas de pessoas que estavam doentes, que suas concepções e representações acerca do processo saúde-doença muitas vezes não se baseavam apenas no modelo ontológico, e, às vezes, inclusive, suas concepções acerca da doença não partiam dele, apesar desse ser o modelo hegemônico biomédico de entendimento do processo saúde-doença. As concepções dos doentes partiam do modelo funcional ou relacional (LAPLANTINE, 2010). Assim, nota-se que o discurso biomédico, embora muitas vezes adquira o status de discurso “verdadeiro” ou “oficial” acerca da saúde e da doença – e do corpo, do envelhecimento –, constitui apenas mais um modo entre outros de significar essas experiências e o mundo em si.

Assim, saúde e doença são fenômenos sociais (TURNER, 2008), ou seja, são construídos em cultura e adquirem sentidos a partir dela. Afirmar esse caráter social da saúde e da doença não significa ignorar sua materialidade, mas sim, elucidar que são fenômenos complexos que envolvem múltiplos fatores que variam de acordo com os contextos sociais, culturais, fisiológicos, econômicos entre outros (UCHOA; VIDAL, 1994). Por exemplo, de acordo com Uchôa e Vidal (1994, p. 499), os “comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir de universos socioculturais específicos”.

Pertencer à determinada classe social envolve possuir certo *ethos*, estilo de vida e visão de mundo que influenciam não apenas nas formas de atendimento médico que os indivíduos buscam, mas também em seu acesso a informações sobre saúde e o próprio modo como significam o processo de saúde-doença (BARATA, 2009). Da mesma forma que se identificar com determinado gênero – como será discutido com maior profundidade no capítulo 5 desta dissertação –, etnia/raça, orientação sexual também influenciam essas

vivências e experiências. Os sentidos atribuídos à doença e à saúde estão relacionados, portanto, aos valores, histórias de vida e marcadores sociais dos indivíduos, além do contexto social, cultural e histórico no qual estão inseridos, pois esses sentidos são informados por discursos que circulam na sociedade (CZERESNIA, 2013).

De acordo com Canguilhem (2009), o patológico pode ser compreendido como um “sentimento de vida contrariada”. No entanto, para o autor, a patologia não é algo anormal por si só, uma vez que o patológico, a doença, faz parte da vida assim como a saúde. Assim, o patológico é considerado anormal porque atribuímos sentidos e valores negativos a ele e instituímos que possuir saúde ou estar saudável é o estado normal do ser humano:

Na apresentação de seu ponto de vista, Canguilhem observou a existência de mais de um sentido do termo normal. Normal designa uma medida estatística, com o sentido de média, do que é mais frequente; e, simultaneamente, um valor que expressa a ideia de um padrão ou tipo ideal que orienta como algo deve ser. [...] Trata-se de um juízo de valor: tal comportamento é esperado, aceitável e considerado normal. A duplicidade de sentido e a ambiguidade de compreensão do estado de normalidade – como fator estatístico ou valor – estão presentes na medicina quando esta desenha a fronteira entre o normal e o patológico (CZERESNIA, 2013, p. 21-22).

O conceito de saúde é também mais abrangente do que algo limitado à ausência de doenças. Conforme discutido no capítulo 1, a OMS define saúde como um “bem-estar físico, mental e social” (WHO, 2005, p. 13). Esse entendimento acerca do que é possuir saúde, ser ou estar saudável, aparece em diversas falas das entrevistadas. Para Helena, ser saudável envolve não apenas estar bem fisicamente, mas também psicologicamente.

Diminuir a quantidade de medo. Pra mim isso é ser saudável. [...] A saúde mental, psicológica. Pra mim... A física é se cuidar bem, só. Me alimento bem, cuido bem de mim. Mas a cabeça tem que estar ótima. Essa é... Ela que comanda (Helena, grifos meus).

Outras entrevistadas deram respostas que apresentam similaridades. Márcia, que primeiramente disse que *saudável é seu corpo estar bem*, também apontou outros elementos que considera importantes e contribuem para o ser/estar saudável: *ter o mínimo de equilíbrio mental; dormir, ir ao cinema, não fazer nada*. Para Francisca, ser saudável é *sentir/possuir o bem-estar do corpo e da mente*.

A alimentação também aparece aqui. Ter “cuidado” com o que come aparece como algo que está relacionado a ser saudável. Para Luiza, *saudável é você ter uma boa alimentação*, porque *alimentação influi muito*. Para as outras entrevistadas, no entanto, essa questão não aparenta ser tão central. Tereza, por exemplo, cita a alimentação como um dos fatores relacionados à saúde, mas porque sua médica pediu que ela realizasse mudanças nessa área:

Há muito tempo a médica reclama que eu tô com colesterol. [...] Acho que [ser

saudável] é você sair... Não é tanto você ter uma alimentação boa. Mas sei lá, às vezes, você rir. Eu gosto, sabe. Às vezes na academia eu dou tanta risada [...] Eu acho que saudável é isso, é você também estar feliz [...]. Acho que é isso, a gente tá de bem com a vida, rir. Eu ir pra academia. Eu acho que é isso. Não adianta você ser perfeito, fazer as coisas tão saudável, largar tudo que tem, parar de fazer, né. Eu sei que eu tenho que fazer uma alimentação, eu tento (Tereza, grifos meus).

Apesar de *saber que tem que fazer uma alimentação* considerada adequada por sua médica, ela não segue todas as suas recomendações.

Tereza também traz outro elemento relacionado à saúde: ser saudável também é ser feliz, *estar de bem com a vida* (Tereza). Nesse sentido, a academia aparece como um local no qual há liberdade para fazer brincadeiras, se divertir e dar risada. Assim, frequentar a academia ganha outros sentidos não relacionados necessariamente a suas atividades fins – praticar exercícios físicos –, tornando-se um espaço de sociabilidade, de “divertimento”. E também por isso contribui, nessa perspectiva, para a construção de uma boa saúde.

Outras entrevistadas apontam o *bom humor* e a alegria como elementos que ajudam no estar saudável: *Saudável é você viver bem com as pessoas, é viver alegre* (Josefa); *Ser saudável é estar feliz, é estar satisfeita com aquilo que se é* (Rosa):

É buscar cuidados de corpo, mente. Corpo são, mente sã, né? Aquela coisa. Fazer coisas que gosta. Ir ao médico, né? Se programar e se organizar pra cuidar, pra ir no médico. [...] Então eu acho que além de estar bem, procurar estar bem e ficar feliz com o que se tem e buscar ser feliz. [...] Eu acho que isso é uma coisa que ajuda a gente a se manter saudável. Quando você entrega os pontos, falando que tá tudo uma porcaria... Eu acho que deixa um pouco a desejar, eu acho que é algo que vai te adoecendo. Então eu acho que a saúde também é você procurar estar bem junto com esses cuidados médicos (Rosa, grifos meus).

Ser saudável eu acho que é assim como eu sou: ser alegre, aceitar, e não deixar a peteca cair. E se cuidar também! Porque eu faço academia, estava fazendo hidro[ginástica]. Dei um tempinho, que a água tava muito gelada. Mas agora eu vou começar de novo. Então, assim, esses divertimentos meus. Tô sempre feliz, mesmo às vezes por dentro eu tô com algum probleminha, mas eu não gosto de passar pros outros. Então eu acho que isso daí é saudável, para mim (Rita, grifos meus).

Rosa e Rita trazem falas que se relacionam com outras narrativas discutidas no capítulo anterior desta dissertação, quanto aos sentidos atribuídos a uma velhice “ruim”, negativa. Rita diz que ser saudável é *não deixar a peteca cair*, manter-se feliz mesmo que isso dependa algum esforço. Já Rosa apresenta uma narrativa na qual *entregar os pontos*, desistir da vida, de ser alegre, do bom humor, causa o adoecimento das pessoas e é, portanto, algo que contribui para um mau envelhecimento. Ser saudável é sinônimo de ser feliz, é ter uma atitude positiva perante a vida e as adversidades.

Para Márcia, no entanto, a associação direta entre doença e ausência de saúde parece não ser tão explícita. Em sua perspectiva, é possível ter doenças ou estar doente e mesmo

assim ser saudável:

Então acho que você pode ser saudável mesmo tendo essas incorrências [sic] de algumas doenças que... Eu fiquei em tratamento durante sete anos. Eu tive alta agora do hormônio. Em decorrência do câncer, eu tive pressão alta. Têm já os antecedentes, minha mãe e meu pai são hipertensos, isso poderia acontecer. E aí eu lembro do cardiologista, quando ele me falou que eu ia ter que tomar um remédio pra pressão, eu falei: “Poxa vida, não tem uma alternativa? Já vou ter que tomar hormônio, remédio da pressão”. Ele falou: “Olha, você não bebe, você não come fritura, você não é gorda e a sua pressão está alta. A única coisa que eu posso fazer por você é colocar remédio”. Tá bom. Aí eu aceitei. Então eu acho que eu sou saudável, porque assim, eu poderia me recusar, falar “eu não vou tomar” (Márcia, grifos meus).

Essa questão foi explorada por Canguilhem (2009), que afirma que adoecer faz parte de ter saúde, uma vez que estar saudável é uma condição necessária para se curar da doença: “estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar” (CANGUILHEM, 2009, p. 78). Além disso, segundo o autor, aquilo que é considerado normal ou saudável depende das percepções e experiências dos próprios indivíduos e sua relação com o meio. Assim, é possível ser considerado clinicamente doente, mas se sentir saudável e vice-versa, pois “o indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe” (CANGUILHEM, 2009, p. 71).

A fala de Márcia (e a de Rosa, mais acima, que afirma que ser saudável é também ir ao médico) traz outro elemento importante: o papel do médico. Ser/estar saudável aparece como estando relacionado a tomar os remédios prescritos pelos médicos e seguir as orientações fornecidas por esses profissionais. Aceitar as diretrizes desses profissionais de saúde é uma atitude que faz parte do cuidado de si, seguir indicações que contribuem para adquirir uma saúde melhor ou administrar questões consideradas problemáticas ou dignas de preocupação.

No entanto, nem todas as entrevistadas veem a necessidade de irem ao médico, fazerem consultas e exames de rotina, casos, por exemplo, de Luiza e Helena:

Faz uns dez anos que eu não vou. Mamografia, papa[nicolau], não fiz nada! Eu não sinto nada, porque é que vou lá? [...] Aí quando foi agora eu fiz o check up: “Nossa! Maravilha!”. Minha filha, tudo bem! Não deu nada. E tudo, tudo, de ossos, de vitamina D, de tudo. Tudo bom! (Luiza, grifos meus).

P – Você se preocupa mais com a sua saúde hoje em dia do que antigamente?

R – Não, eu acho que é igual. Eu acho que antigamente eu era mais paranoica. Atualmente eu não fico pensando em doença. Mas já pensei algum tempo. Mas não muito também. Nunca fui hipocondríaca, não. Mas não penso.

P – Então você não costuma ir ao médico?

R – Não, não vou ao médico.

P – Por algum motivo especial?

R – Eu tenho medo. Eu acho que sempre vai achar alguma coisa. Eu fiz homeopatia muito tempo e eu sempre volto na homeopatia. Mesmo que eu fique dois anos sem ir, quando eu volto, eu vou na homeopatia. E acupunturista. Sempre trabalho nessa linha (Helena, grifos meus).

Para Luiza e Helena, o médico está relacionado às doenças e a descoberta delas. Assim, não veem necessidade em se consultarem com os profissionais porque não sentem nada de “anormal” ou diferente em seus corpos que justifique tal visita (*Eu não sinto nada, porque é que vou lá?*). O medo de adoecer, de descobrir algum desequilíbrio oculto no próprio corpo também aparece como um fator relacionado (*Eu tenho medo. Eu acho que sempre vai achar alguma coisa*).

A medicina aparece, então, também como um saber que revelaria uma “verdade” sobre o corpo, a saúde e, conseqüentemente, o indivíduo contemporâneo. O especialista e o exame poderiam tornar visível aquilo que está oculto para o indivíduo (SONTAG, 1984). Outro exemplo é o de Francisca, que também não possuía o costume de ir a médicos com muita frequência:

P – Você costuma ir ao médico?

R – [risos] De vez em quando. Agora em janeiro tá fazendo um ano que eu fui no médico. Eu tava controlando a diabete... E de repente estourou esse problema. Mas eu estava tomando o remédio (Francisca, grifos meus).

Ela havia sido diagnosticada com diabetes há algum tempo, mas continuou se alimentando da mesma forma que já estava habituada. Na sua narrativa, afirma se sentir culpada por não ter acompanhado um problema de saúde (diabetes) “corretamente”, ou seja, com visitas rotineiras ao médico e a readaptação de seu estilo de vida:

P – Você está preocupada que está com diabetes? Eu cheguei e você estava lá olhando o que você pode comer...

R – É, eu tô preocupada, não por causa da diabete. Por causa da viagem. [...] Eu tô me sentindo culpada, né? Porque eu devia ter visto isso bem antes. Há um ano atrás, quando o médico me deu o remédio, eu devia estar pesquisando, o que eu tô fazendo agora. Eu devia ter pesquisado isso um ano atrás, porque foi em janeiro, tá fazendo um ano agora. Eu devia ter... Estaria comendo as comidas certas, na hora certa, tomando o remédio... Bom, o remédio eu nunca parei de tomar. Mas, porque deu esse pico? Porque eu andei comendo coisa errada (Francisca, grifos meus).

Em relação à culpa e aos “exageros” ou à “falta de cuidado” em relação à saúde, é interessante o que diz Canguilhem (2009), ao apontar a relação diacrônica existente entre saúde e doença, afirmando que, “ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as doenças como crimes, porque os interessados sempre são de certa forma responsáveis, por excesso ou omissão, [...] dizemos que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde” (CANGUILHEM, 2009, p. 79).

Ao chegar à casa de Francisca para realizar a entrevista, ela estava utilizando seu computador, com um caderninho ao lado, no qual anotava algumas coisas. Ao perguntar o que ela estava vendo no computador, ela disse que estava procurando informações sobre quais

alimentos uma pessoa que tem diabetes pode comer e quais deve evitar. Recentemente ela havia passado por dois episódios que a haviam preocupado em relação à sua saúde: primeiro, teve uma gripe forte (que achava ter sido por excesso de “friagem” tomado em uma viagem); logo em seguida, teve um mal-estar e foi ao pronto-socorro. Nessa ocasião, ao realizar um exame que mede o nível de glicose presente no sangue, constatou que estava com *a diabete alta* (como ela mesma disse).

Esses exemplos envolvem uma questão importante quando discutimos a concepção biomédica do corpo, os exames:

Através da visualização proporcionada pela imagem técnica médica, evidencia-se um aspecto constitutivo da Pessoa na sociedade contemporânea: o indivíduo pode, e eventualmente, *deve* [...] ser escrutinado, estudado e normatizado, ao mesmo tempo em que se reforçam sua especificidade, singularidade e interioridade. Constrói-se assim um novo sujeito, que tem a percepção de si mesmo reconfigurada, ao incorporar culturalmente a imagem do interior de seu organismo. O novo olhar perscrutante acarreta transformações dramáticas na prática médica, assim como na cultura visual. A imagem técnica torna-se importante instrumento para a produção de verdades, via tecnologia, sobre esse indivíduo, incorporando-se – no duplo sentido do termo – na construção do corpo (CHAZAN, 2003, p. 203).

Sejam eles imagéticos – conforme Ortega (2005; 2008) e Chazan (2003) analisam – ou realizados a partir da coleta de sangue e da obtenção de “dados”, informações e medições acerca de substâncias presentes em nosso corpo, os exames médicos criam verdades sobre os corpos dos indivíduos e suas subjetividades. Embora Francisca já soubesse ser diabética, foi a partir do exame realizado no pronto-socorro que ela pode nomear o mal-estar físico que sentiu e relacioná-lo à diabete. Assim, é através de saberes médicos-científicos construídos em determinado contexto social e histórico que essas experiências com a diabetes ganham sentido, de acordo com normas e conhecimentos hegemonicamente estabelecidos. Atestar que sua diabete estava alta para os padrões considerados saudáveis poderia ser apenas uma constatação, desacompanhada de valores e sentimentos. No entanto, tal observação ganhou um sentido negativo, vindo acompanhado de um sentimento de culpa e preocupação em relação aos cuidados considerados necessários.

Os discursos contemporâneos da promoção da saúde são centrais nesse sentido, colocando o foco no indivíduo, que deve, através de normas e regras de conduta, controlar seus corpos adequadamente:

O poder disciplinar é mantido através de procedimentos de triagem em massa, de avaliação de ameaças sanitárias, de testes de aptidão física, de campanhas de educação em saúde que invocam a culpa e a ansiedade se o comportamento que é por ela prescrito não for seguido. A retórica do discurso da saúde pública é a de que o indivíduo não tem conhecimento que o discurso é disciplinar; a saúde é considerada um direito universal, um bem fundamental e, portanto, ações tomadas com o fim de proteger a saúde da pessoa devem necessariamente fazer parte das preocupações e dos objetivos de cada indivíduo. [...] Iniciativas que encorajam

indivíduos a alterarem seu comportamento e a conhecerem riscos são, então, compreendidas como benevolentes. Assim, ao estar ciente sobre o julgamento público, o indivíduo inconscientemente exerce o poder disciplinar, tanto sobre os outros quanto sobre si mesmo, através da autorregulação. Nesse processo, as relações de poder se tornam invisíveis e dispersas, sendo voluntariamente perpetuadas por sujeitos sobre si mesmos, assim como sobre outros (LUPTON, 2012, p. 33-34, tradução minha).

A chamada “ideologia da saúde e da perfeição corporal” (ORTEGA, 2008, p. 47), o julgamento moral e a exclusão social caminham juntas. Para a concepção hegemônica, o indivíduo que fica doente tem culpa, pois não se cuidou adequadamente. Assim, “as pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença” (SONTAG, 1984, p. 73). Márcia me fala um pouco sobre isso, quando comenta sobre sua experiência após ser diagnosticada com câncer de mama e passar pelo tratamento:

P – Pra você o que é ser saudável ou estar saudável?

R – Olha, eu acho assim... As doenças, nem todas são evitáveis. Eu abomino o pessoal que fala aquela coisa “fez um câncer”. Quem é que vai fazer um câncer? Infelizmente é muito comum, porque é uma linha que aposta que você se rende ao estresse. Acho isso de uma crueldade tão grande. É chutar cachorro morto. Assim, você já está mal com o diagnóstico (Márcia, grifos meus).

Já no caso de Francisca, a culpa que ela afirmou sentir por não ter seguido os cuidados julgados adequados a alguém que tem diabetes, pode estar relacionada a diversos fatores: medo de adoecer, medo de morrer, medo de perder sua autonomia e o medo do julgamento de outros. Poderia tratar essa questão no nível da especulação, no entanto, Francisca me disse que o medo que sentia era de que não pudesse mais viajar, e por isso queria começar a “se cuidar”. Para ela, a saúde está intrinsecamente relacionada a poder executar as atividades que gosta. Por exemplo, viajar: ***O motivo é viajar. Então cada viagem que vai aparecendo na frente, eu tenho que me cuidar, senão, não vou conseguir...*** (Francisca, grifos meus).

Ser saudável/ter saúde como sinônimo de poder realizar essas atividades também aparece nas falas de outras entrevistadas, como na de Antônia:

P – E pra você o que é estar saudável? Ser saudável?

R – Ser saudável? É poder sair, andar, estar bem, assim, de organismo... É poder fazer as coisas, poder sair, passear, viajar. Eu tô com o meu organismo bom pra tudo isso. Agora, o meu marido, não pode fazer nada disso, porque ele não tá com o organismo bom (Antônia, grifos meus).

O marido de Antônia estava doente e realizando tratamentos (o que incluiria a realização de uma cirurgia em alguns meses) na época da entrevista. Como alguém doente, não está *com o organismo bom* e, por isso, não pode sair nem passear. Assim, este é outro sentido que ser/estar saudável adquire para algumas entrevistadas. Ser saudável é poder fazer

as coisas, prosseguir com os “modos de ser da vida” (CANGUILHEM, 2009).

Algumas das entrevistadas também buscam outros modelos de interpretação do processo de saúde-doença, relacionados a saberes e práticas de conhecimentos não-hegemônicos – ou, pelo menos, não adotados hegemonicamente pela biomedicina: yoga, homeopatia, acupuntura e epigenética. Como podemos apreender a partir das discussões elaboradas por Breton (2002; 2007) e Laplantine (2010), há mais de um modo de compreensão acerca desses fenômenos, e nem sempre existe uma delimitação clara entre eles. Para Ortega (2005, p. 241), “formas alternativas de medicina, novas terapias corporais e formas de modificação corporal constituem tentativas de recuperar essa dimensão subjetiva e vivida da corporeidade”.

Nas falas de Ana e Rosa, nota-se uma crítica tanto à concepção corporal mecanicista da biomedicina quanto à medicina hegemônica, caracterizadas pelo entendimento do corpo como dividido em várias partes e por uma alta especialização entre as disciplinas médicas:

*Eu acho que eu foi, assim, na década de [19]70, eu conheci a homeopatia. Então eu mergulhei, foi uma imersão na homeopatia. E eu peguei justamente uma parte em que a medicina alopática estava se especializando. **Era o mundo das especialidades. Quer dizer, o cara era pediatra, você tava com o pulmão cheio de manchas, ele não sabia te dizer nada, porque ele era pediatra.** Aquela coisa fechada da medicina, que agora, felizmente, já afrouxou um pouquinho (Ana, grifos meus).*

*Eu geralmente **vou no médico que não me vê em partes.** Eu fiz **homeopatia** durante muito tempo, aí eu comecei a ter muitas dificuldades com homeopatia, porque eu tenho uma hipersensibilidade a mudanças de tratamento. [...] Agora eu tô indo **numa médica que é clínica e trata com a epigenética**, não sei se você já ouviu falar, **que é a memória das células.** Então ela é uma médica do Hospital São Paulo **que me vê num todo, porque ela conversa, ela fica muito tempo falando comigo, pergunta da minha questão emocional, da minha vida.** Junto aos exames que ela pede e que encaminha pra cuidar (Rosa, grifos meus).*

Helena e Márcia também afirmaram que recorrem à homeopatia. Para Márcia, uma das fontes de informações sobre saúde é sua mãe, que participa de grupos de saberes populares que envolvem o uso de ervas:

*Depois do câncer, eu comecei a me cuidar ainda mais. Então **eu tenho acompanhamento homeopático.** Eu faço check up, até porque o meu médico pede isso anualmente. [...] O homeopata é uma escolha minha. **Eu faço massagem regularmente. Eu faço pilates. Eu caminho. Eu tento não comer sempre só o que eu gosto [risos]. Tento, pelo menos. Ah, eu adoro viver, então o quanto eu puder prolongar, eu vou fazer.** [...] Tem momentos que eu **recorro à mamãe também.** Minha mãe faz parte daqueles grupos que faz **xaropes caseiros, que faz pomadas com ervas. Um outro tipo de saber que eu considero mesmo e agrego também** (Márcia, grifos meus).*

A busca de algumas dessas mulheres por outros modelos de concepção da saúde e da

doença pode estar relacionada, no âmbito mais geral, à crise⁷² ética, política, pedagógica e social pela qual passa a medicina (LUZ, 2005). O desenvolvimento de medicinas e terapias “alternativas” ocorreu, segundo a autora, principalmente a partir das décadas de 1960 e 1970 e, posteriormente, “começaram a disputar espaços não apenas junto à clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde, demandando uma legitimação institucional até então não reconhecida ou concebida” (LUZ, 2005, p. 154). Ou seja, as medicinas “alternativas” vêm ganhando cada vez mais reconhecimento e espaço, popularizando-se também através do maior acesso às informações através da mídia e da internet. É importante ressaltar, no entanto, embora algumas dessas terapias estejam disponíveis no SUS, ainda não são amplamente divulgadas e o acesso a elas é bastante difícil, o que pode implicar em um recorte de classe no que diz respeito tanto ao acesso, quanto ao conhecimento sobre tais tratamentos, especialmente no que diz respeito àqueles que não se baseiam em saberes populares brasileiros⁷³.

Ana, Rosa, Helena e Márcia, embora sejam de camadas médias – e, considerando as diferenças existentes entre elas – poderiam ser consideradas de classe média alta, ou seja, possuem capital econômico relativamente maior do que as outras entrevistadas. Além disso, também possuem vasto capital cultural, grau de escolaridade alto (pós-graduação) e residem em regiões centrais da cidade de São Paulo. Todos esses fatores influenciam não apenas em suas concepções acerca de corpo, saúde e doença, mas também na busca de informações e no acesso a outras fontes e tratamentos não circunscritos, ou mesmo, não hegemônicos. De acordo com Barata (2009, p. 32), “as desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais”. A autora chama atenção para o fato de que essas desigualdades são multifacetadas, e não necessariamente ter uma renda alta, por exemplo, significa ter uma boa saúde.

Atualmente, muitos indivíduos adquirem conhecimento sobre saúde, doença,

---

⁷² “Essa crise, de acordo com Luz (2005), ocorre no plano institucional (oferta), no plano ético (relação médico-paciente) e no plano da eficácia (“a perda, pela medicina atual, de seu papel milenar terapêutico, isto é, de sua função de arte de curar em proveito da diagnose, com o avanço das ciências do campo biomédico, através da investigação cada vez mais sofisticada de patologias, sem igual consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura” (LUZ, 2005, p. 150)).

⁷³ No Brasil, é bastante comum o compartilhamento de saberes acerca de ervas e alimentos para o tratamento de determinadas doenças ou incômodos. Por exemplo, popularmente, recomenda-se o uso de chá de boldo para dor de estômago ou enjoo, chá de gengibre, mel e limão para resfriados e gripes e banho com chá de sabugueiro para amenizar os sintomas de catapora e sarampo. Apesar de serem saberes considerados mais antigos, não tão difundidos atualmente, continuam fazendo parte de um conhecimento popular, transmitido principalmente através da oralidade.

tecnologias e tratamentos através da mídia. Com a popularização e a maior facilidade de acesso à rede proporcionada por dispositivos móveis, como celulares e *smartphones* e, principalmente, com a massificação do uso de redes sociais, a internet também tem se tornado uma fonte significativa sobre esses temas. É o caso de Francisca, que, conforme dito anteriormente, passou a utilizar a internet como uma fonte importante acerca da diabete, permitindo também que procurasse indicações acerca de sua alimentação.

Outras fontes de informação, no entanto, não são descartadas pelas entrevistadas. A televisão aparece também como origem de saberes sobre saúde, doença, corpo e envelhecimento. Antônia, por exemplo, após o término da entrevista, me contou que havia assistido recentemente a uma reportagem na televisão que abordava a geriatria. Comentei com ela que também havia visto sobre o tema na mídia, inclusive sobre pessoas de idades próximas a minha (28 anos), que já frequentavam o geriatra. Quando questionei se ela já havia ido a um médico dessa especialidade, ela respondeu que não, porque ainda não tinha precisado ir, mas que considerava esse *um médico como outro qualquer* e, como ela tinha o costume de fazer *check-ups* no clínico geral, ela achava que seria a *mesma coisa*.

Márcia afirma que apreende as informações sobre saúde a partir de amigas, médicos e outros profissionais de saúde e da internet. Ela utiliza a expressão “doutor Google”, bastante utilizada atualmente por algumas pessoas, para se referir ao buscador Google, em uma espécie de brincadeira. Tornou-se popular quando sentimos algum desconforto, procurarmos no Google o que ele significa: se estamos doentes, “descobrimos” qual pode ser a enfermidade que (supostamente) nos acomete.

P – As informações que você tem sobre saúde, você consegue onde?

R – Tem o médico, que é uma informação importante. Eu vou sempre. Meu médico é super sério, usa um bigode, misterioso. Eu já levo todas as minhas perguntas anotadas pra não me intimidar. [...] A gente trabalha muito com as unidades de saúde, então na equipe tem os profissionais de saúde, tem enfermeiras. Então é um trabalho que a gente faz, levar informações de saúde pra esse grupo de mulheres, então essa é também uma fonte de informação que eu tenho. E aí conversa com as amigas. E não tem jeito, quando precisa, a gente vai no doutor Google pra saber [risos] (Márcia, grifos meus).

As informações sobre saúde nunca estiveram tão facilmente acessíveis quanto atualmente. O Google, páginas como a Wikipédia⁷⁴ e redes sociais, como o Facebook, possibilitam não só a busca personalizada dessas informações, mas também seu compartilhamento e discussão com outras pessoas (LUPTON, 2012). Nesse contexto, de acordo com Lupton (2012), o papel do médico tem sido revisto e cada vez mais questionada

⁷⁴ A Wikipédia é uma enciclopédia online e gratuita que reúne milhares de informações acerca de diversos temas, cujo conteúdo é produzido colaborativamente pelos(as) próprios(as) internautas.

a sua “autoridade” como fonte confiável e precisa de conhecimento e saberes acerca de saúde, doença e do corpo. No entanto, conforme pode ser visto nas narrativas das entrevistadas, os médicos ainda aparecem como fonte relevante sobre esses temas.

5.2. Aparência: a “*roupa de velha*” e as rugas

A aparência, outro elemento imbricado em nossas concepções corporais, também está relacionada à questão da saúde, sob a tríade “beleza-saúde-juventude” (DEL PRIORI, 2000). A associação entre beleza e juventude, de acordo com Berger (2006), surgiu com maior intensidade na década de 1920, com a valorização, no Brasil, dos exercícios físicos e da beleza corporal (em detrimento à beleza “espiritual”). Ao desenvolvimento de cosméticos que visavam acabar com as “marcas do tempo” soma-se a necessidade de investir na aparência “através de técnicas de maquiagem, cosméticos, penteados e roupas” (BERGER, 2006, p. 79). O desenvolvimento de uma norma para a aparência – sobretudo das mulheres – envolveu também a atribuição de sentidos negativos à gordura que, associada à velhice, se tornou sinônimo de feiura.

De acordo com Berger (2006), a partir da década de 1950, com a multiplicação de imagens de mulheres consideradas belas através de discursos midiáticos (como os televisivos e os de revistas), desenvolve-se um “jogo econômico-cultural” no qual “a beleza vira item de consumo e as mulheres, consumidoras potenciais de tecnologias que possibilitam a aquisição da beleza” (BERGER, 2006, p. 83). Atualmente, a norma parece se manter: a beleza (do corpo) é associada à juventude (DEL PRIORI, 2000; VEIGA, 2012):

Mais do que nunca, a mulher sofre prescrições. Agora, não mais do marido, do padre ou do médico, mas do discurso jornalístico e publicitários que a cerca. No início do século XXI, somos todas obrigadas a nos colocar a serviço de nossos próprios corpos. Essa sendo sem dúvida uma outra forma de subordinação. Subordinação, diga-se, pior do que a que se sofria antes, pois, diferentemente do passado, na qual quem mandava era o marido, hoje, o algoz não tem rosto. É a mídia. São os cartazes da rua. O bombardeio de imagens na televisão (DEL PRIORI, 2000, p. 15).

Novaes (2011) também discute a associação entre juventude, magreza e beleza, e afirma que nossa sociedade concebe o corpo como sendo um capital e a beleza como um valor social. Afirmar que o corpo é um capital significa atestar que ele “tem valor de troca ou, como bem, adquire um status a partir das insígnias que carrega” (NOVAES, p. 484). O corpo que possui valor é, portanto, o corpo jovem, magro e branco, pois, em uma sociedade como a brasileira, na qual o racismo está profundamente imbricado em nossa história e cultura, a aparência valorizada é a de quem possui cor de pele branca e traços “europeizados”, ou seja, olhos e cabelos claros, nariz fino, e etcétera. Para Sibilia (2012, p. 92), “cada vez mais, corpo

– e tão somente corpo – é tudo o que somos” e, portanto, as pessoas vão perdendo seu valor social conforme envelhecem:

Quanto menos jovens se tornarem tais organismos, mais dignos de pena ou desprezo parecerão, por serem incapazes de disfarçar sua essência tão miseravelmente humana ao madurar e decair. Mas por que tanto empenho numa luta que, sob todas as luzes e apesar de certo otimismo reinante, continua condenada ao fracasso? Uma possível resposta seria a seguinte: porque nesta “sociedade do espetáculo” que insta a obter celebridade midiática para poder “ser alguém”, e que avalia quem é cada um pelo que se vê em sua superfície corporal e em sua atuação puramente visível, a velhice é um direito negado. Ou, pelo menos, se envelhecer ainda é inevitável para todos aqueles que tiverem a fortuna de não morrer prematuramente, proíbe-se exibir o aspecto que os avanços da idade costumam denotar. Assim, em meio a essa crescente tirania das aparências juvenis, a velhice é censurada como se fosse algo obscuro e vergonhoso, que deveria permanecer oculto, fora da cena, sem ambicionar a tão cotada visibilidade. Um estado corporal a ser combatido – ou, como mínimo, sagazmente dissimulado – por ser moralmente suspeito e, portanto, humilhante (SIBILIA, 2012, p. 96).

O corpo valorizado não é, portanto, qualquer corpo. É um corpo que precisa de investimento, afinal, não se aparenta ser jovem para sempre. Dada a relevância corporal em nossa cultura, a aparência torna-se extremamente relevante e a não correspondência às normas não apenas classifica os indivíduos exteriormente – como “feios” ou “diferentes”, por exemplo – mas também se torna uma “evidência” moral.

O indivíduo que não corresponde às normas não passa ileso: pode ser excluído, moralmente julgado, considerado incapaz, preguiçoso, desmotivado e culpado pela sua “falta” de saúde e/ou “má” aparência (ORTEGA, 2008; NOVAES, 2011; BARBIERI, 2014). Como afirma Moulin (2008, p. 19-20), “o corpo é o lugar onde a pessoa deve esforçar-se para parecer que vai bem de saúde”. Por exemplo, pessoas gordas são frequentemente consideradas doentes por aqueles que as veem, baseando-se apenas em questões corporais exteriores, referentes à aparência. O mesmo pode ocorrer com as pessoas consideradas “visualmente” velhas. No caso das mulheres, para Sontag (1972), há uma “dupla moral” em relação ao modo como a sociedade percebe os envelhecimentos masculino e feminino. Enquanto há uma maior aceitação em relação ao primeiro, para as mulheres esse processo é muito mais problemático do ponto de vista social, pois elas são valorizadas socialmente por conta de sua aparência – ou seja, a beleza, está sempre associada à juventude.

Com a exceção de Ana, que afirmou já ter percebido sofrer preconceito relacionado à sua idade, nenhuma das outras entrevistadas disse ter passado por isso. Luiza comenta que algumas vezes já sentiu que a trataram de modo diferente em locais nos quais aguardava atendimento, lhe oferecendo a senha preferencial, por exemplo. Esse comportamento, para ela, não aparenta ser ofensivo, mas sim fruto de um engano acerca da sua identidade, que não é a de velha:

P – Alguém já te tratou diferente por causa da sua idade?

*R – Não. Só assim, você vai numa fila e o pessoal: “Ah, você...”, entendeu? **Você vai num médico, aí é no preferencial. Às vezes, alguém vai dar a senha pra você e dá a de preferencial.***

P – E isso te incomoda?

*R – Não. De jeito nenhum. “**Ih, tá me achando velha, mas eu não sou!**” [risos] **Saio bem assim, saio rindo** (Luiza, grifos meus).*

Luiza ri da situação em que é confundida com uma *velha* porque não se identifica com os estereótipos associados a essa categoria. Mas é provável que, para que tenha sido identificada como tal, o critério utilizado pela pessoa que distribui as senhas foi o visual, tomando como base a aparência de Luiza.

Refletindo sobre a questão do estigma gerado pela atribuição de sentidos negativos aos corpos “anormais”, torna-se difícil a manipulação da identidade – utilizando a mesma terminologia que Goffman (1988) – pois “o simples desejo de permanecer fiel à norma – a simples boa vontade – não é o bastante, porque em muitos casos o indivíduo não tem controle imediato sobre o nível em que se apoia a norma” (GOFFMAN, 1988, p. 108). Ou seja: nem sempre o corpo é dotado de tal plasticidade a ponto de transformá-lo e adequá-lo à norma ou o indivíduo não possui condições materiais para tal, ou ainda pode se ver “limitado” a seu corpo e, logo, tendo que criar alternativas para a sua adaptação. Como disse Antônia: “*Às vezes você não se acha tão velha assim, mas os outros te olhando sabem que você é velha...*”. Seja pelo olhar dos outros ou pelo olhar de si próprias no espelho, em suas narrativas é a aparência que “denuncia” a sua idade, pois *o rosto da gente muda* (Tereza). Ao serem questionadas se havia algum momento ou situação em que sentiram que estavam envelhecendo, as entrevistadas responderam:

*Quando eu tava nos 40, nos 50, eu senti. **A gente sente. No rosto, no jeito que você se olha assim: “Putz, tô ficando velha!”**. Aí depois é uma medida assim, você se firma, mas eu já to sentindo a casa dos 60. Eu tô com 58 e já to com um semblante assim, de quem já tá diferente.*

P – Mas é uma coisa mais visual?

*R – **Visual**. Visual... O rosto assim... (Luiza, grifos meus).*

*Quando eu fico olhando muito no espelho. **Aí tem dia que eu me acho que eu tô mais enrugada, aí tem dia que parece que eu tô melhorzinha**, entendeu? Então eu fico, “por que tem dia que eu tô com mais ruga?”. Porque eu acho que tem dia que eu tô com mais ruga. Um dia mais do que o outro. Aí depois volta atrás. Mas tudo isso é que **eu fico fixando muito no espelho, com medo das rugas, né?** (Rita, grifos meus).*

*Olha... Uma vez eu senti, mas achei tão engraçado, que eu nunca me senti. **Eu tô conversando com você, eu não me acho velha, nem aparentemente. Se eu me olhar no espelho, talvez eu me ache um pouco acabada** [risos] (Tereza, grifos meus).*

Luiza disse que *você vai sentindo uma caída, não tem jeito*. Novamente, o

envelhecimento aparece como algo localizado apenas no corpo, dissociado da subjetividade, de como elas se identificam. Além disso, Tereza e Rita são “lembradas” de que estão envelhecendo através de seus reflexos no espelho. Desse modo, o envelhecimento constrói-se enquanto processo dialógico que opera, através do olhar do outro e da vivência e experiências próprias, uma constante negociação de sentidos:

Para além dessas normas etárias cristalizadas nas políticas sociais e de saúde, é no contexto das relações com os outros que se impõe a consciência do avanço na idade. [...] Por um lado, não devemos perder de vista que as experiências individuais não são simples decalque das categorizações sociais e do olhar dos outros. Estes, por sinal múltiplos e potencialmente contraditórios, tanto podem levar à revisão da percepção de si anterior quanto pode ser rejeitados, pois são considerados não pertinentes. Por outro lado, essas abordagens não nos devem deixar esquecer que o envelhecimento também é vivenciado “do interior”, por meio das manifestações corporais (CARADEC, 2011, p. 24-25).

O olhar sobre os corpos envelhecidos pode ser moralizante e negativo, mas, às vezes, as entrevistadas encaram com certo bom humor e satirização essas mudanças. Tereza me conta, com divertimento, sobre as transformações corporais que ela e suas colegas de academia percebem umas nas outras e em seus próprios corpos. O corpo *detonado*, *machucado* e *estragado* pela passagem do tempo vira motivo de sarro e brincadeiras entre as amigas:

P – Você acha que uma mulher velha pode ser bonita?

R – Tem. Porque lá na academia mesmo **tem umas senhoras bonitas**, que eu acho muito bonita. Mas tem umas que não ficam não. [...] Lá na academia tem **uma senhora bonita**. Eu gosto de olhar pra ela. Mas tem umas que fica feia, feia mesmo [risos]. Eu falo, no banheiro, quando a gente faz hidro. Ah, meu deus do céu! Misericórdia de Deus! Não que eu seja bonita também, [risos] mas tem umas que tão detonadas. A gente olha, eu falo: “Gente! Como é que o corpo da gente detonou daquele jeito?” ... [risos] A menina fala: “Ali é um inferno de feio!”. Só que a gente termina, uma tira sarro uma da outra, sabe? E vamos levando a vida. Mas acho que só isso, **a velhice judia um pouco, acho que só estraga nessas coisas**. A pessoa se detona demais, o corpo da pessoa. Uma falava: “eu era magrinha, magrinha, bonitinha, igual minha filha”. [risos] “Hoje eu não sou mais”. Acho que machuca um pouco a pessoa, só essa coisa assim, que eu acho (Tereza, grifos meus).

Quando questionadas sobre a relação entre beleza e velhice, algumas mulheres afirmam que há também beleza de alma, ou seja, uma beleza não relacionada à aparência externa. Francisca é uma delas, ao dizer que *a beleza não é só o corpo*, associada ao que *tem de dentro para fora* também. Josefa também fala sobre a *boniteza por dentro*, como sinônimo de ter caráter, ser uma pessoa boa:

P – E uma mulher idosa pode ser bonita? Você falou antes: “Ah, um monte de menina bonita, menina jovem”...

R – Pois é, **pode, lógico, você tem que procurar ser bonita**. Não boniteza externa, você tem que procurar ser bonita por dentro também. Lógico, tem pessoas que tem o dom de ter a boniteza por fora, é lindo, muito bonito, mas às vezes **não adianta**

nada ser bonito por fora e por dentro a pessoa não tem caráter, não tem nada (Josefa, grifos meus).

As intervenções corporais voltadas ao adiamento do envelhecimento podem ser compreendidas como estratégias, modos de lidar com as transformações que esse processo acarreta. Porém, segundo Caradec (2011), as estratégias não se resumem apenas a intervenções diretas sobre o corpo, mas também ao modo como ele é construído na autoidentificação que os indivíduos fazem de si e das outras pessoas. É comum que essas estratégias se apoiem na “neutralização” daqueles sinais considerados negativos, no reforço dos sinais considerados positivos e na comparação favorável em relação às outras pessoas – ou seja, considerar que está envelhecendo “melhor” que outra(s). As estratégias são diversas, envolvendo roupas, acessórios, maquiagem, tintura de cabelo:

P – Você acha que uma mulher idosa pode ser bonita?

R – Ah, pode. Se cuidando bem. Se vestindo bem. Não assim, mas se vestindo direitinho, acompanhando a sua época, assim. Boniteza, né? Eu acho que é o que eu quero também. Sempre sair arrumadinha, com o cabelinho pintado. De vez em quando eu passo um batonzinho. Perfume eu gosto muito. Brinco, desse aqui maior. Brinco, se eu to sem brinco parece que eu tô pelada. É costume meu mesmo, usar brinco, e brinco grande. Não gosto de pequeninho não. Então acho que isso ajuda bastante. Eu quero ser a velhinha arretadinha. Esperta, alegre, sabe? Compartilhando assim, igual eu compartilho. Comigo não tem diferenças assim, de eu estar ali no meio. [...] Eu queria ser uma velhinha sem ruga. Isso eu já falei até pros dermatologistas. Eles: “Não, mas as rugas são consequências da idade, faz parte”. Eu não. Eu quero envelhecer. Eu acho lindo envelhecer. Mas eu queria ser uma velhinha sem ruga. Mas é impossível. Então tudo que eu pego na internet, eu procuro fazer, entendeu? Agora está saindo um negócio de bicarbonato [de sódio] com vinagre, eu já tô comprando pra passar. [...] Assim, tudo. Pra emagrecer, pra tirar barriga. Eu fico pegando da internet. O meu Face[book] é só receitas e esses produtos de beleza. [risos] Tô postando. [...] Mas assim, eu sou muito assim: curiosa, preocupada, quero andar bonitinha, bastante roupa. Às vezes eu compro roupa, não serve, aí eu quero pôr (Rita, grifos meus).

No caso de Rita, a internet e, principalmente, as redes sociais, aparecem novamente como fonte de informações, agora acerca de beleza e intervenções corporais. Ela utiliza esses recursos como estratégias para auxiliarem na manutenção corporal, buscando evitar as rugas e amenizar os sinais do tempo. Rita afirma que é impossível ser uma velhinha sem rugas, mas mesmo assim, não desiste, e cita também outros recursos importantes na luta para não se tornar uma *velhinha feinha*, buscando se cuidar, andar bonitinha, com o cabelo pintado, usar brincos e batom, estar bem vestida e perfumada; enfim *alegre e arretadinha*.

Já para Luiza, com a idade vem a flacidez e *tudo fica mais difícil*. Mas ao se cuidar, *dar uma disfarçada*, é possível fazer a manutenção corporal, administrar essas transformações e lidar com elas. Josefa também aponta o ato de se arrumar e se cuidar como fatos relacionados e necessários para a beleza (que não é para as outras pessoas, mas para si própria), para ficar *vistosa*. Ela traz o exemplo de sua mãe, que atualmente tem mais de 90

anos:

Mas a mulher idosa, ela tem que se cuidar, ela tem que se arrumar pra ela ficar bonita mesmo. E não ficar bonita pros outros, bonita pra ela mesma. Ela tem que olhar no espelho e “ah, eu gosto do meu cabelo assim e vou me pintar e vou me arrumar e vou sair”. [...] A minha mãe até hoje, ela gosta de passar batom, pentear o cabelo. Agora que ela deixou o cabelo branco, porque nós falamos: “Mãe, com a idade da senhora é bonito o cabelo branco. O rosto da senhora vai ficar mais leve, porque se a senhora deixar ele escuro, vai ficar muito pesado”. E como ela não aparenta ter a idade que tem, então, de ela deixar o cabelo branco, ficou mais leve o rosto dela, então, ela aceitou. Ela gosta de pintar a unha, ela gosta de usar brinco, anel, pulseira, tudo isso ela gosta (Josefa, grifos meus).

Para as informantes de Motta (1998), “embelezar-se” significava realizar algumas técnicas, adereços e intervenções para amenizar “flacidez, ‘pelancas’, gordurinhas localizadas e outros estigmas do envelhecimento” (MOTTA, 1998, p. 71-72). A autora também afirma que, para essas mulheres, o uso de adereços e outros que são socialmente relacionados à velhice – bengala, óculos, andador – eram evitados, por “denunciarem” ou criarem uma imagem estigmatizante acerca de si mesmas. No caso das informantes desta pesquisa, há o exemplo das *velhinhas de bengala*, abordado no capítulo anterior desta dissertação.

Um atributo estigmatizante em nossa sociedade é o cabelo branco/grisalho. Embora o uso cabelos brancos esteja sendo ressignificado – há diversas matérias na mídia que falam sobre pessoas, especialmente mulheres, que resolveram “assumi-los”⁷⁵ –, ainda é diretamente associado à velhice. Para as mulheres entrevistadas, de modo geral, o cabelo branco não aparece nas narrativas como fonte de incômodo ou desconforto. Rita, por exemplo, afirma não ter problemas com seu cabelo estar ficando grisalho, mas sim com o fato dele não ter aparência uniforme: “Porque eu gostaria dele todo branco, mas aí demora um pouquinho. Eu não tenho paciência, então eu prefiro pintar, cortar” (Rita). Josefa também utiliza tintura nos cabelos, mas afirma não ser neurótica em relação a necessidade de cobrir os fios brancos:

P – E você prefere pintar o cabelo?

R – Por enquanto eu prefiro, apesar de que eu não sou neurótica. Tanto é que eu passo dois meses, três meses sem pintar. Aí eu deixo ficar tudo branco aqui assim, porque eu gosto quando aparece os [fios] brancos, né. Aí fica o branco, aí de repente eu falo: “Vou pintar”. Aí eu pinto o cabelo.

P – Mas você pinta mais para mudar mesmo ou porque você acha...

R – Pra mudar, porque fica melhor o meu rosto com ele pintado, então, eu vou

⁷⁵ Para exemplificar, posso citar duas reportagens sobre o tema que aparecem em uma rápida busca no Google. Uma delas, publicada na Isto É, em julho de 2017, tem o título “Revolução grisalha: adeus tinturas, cabelos brancos estão na moda” e aborda o uso dos cabelos grisalhos por mulheres famosas, inclusive mais jovens, que pintaram o cabelo dessa cor, como a cantora Rihanna. (Disponível em: <https://istoe.com.br/revolucao-grisalha-adeus-tinturas-cabelos-brancos-estao-na-moda/>. Acesso em 20 jun. 2018). Outra matéria, publicada no portal R7 em janeiro de 2008, intitulada “Grisalhas da vida real dão dicas para assumir os cabelos brancos” traz relatos de quatro mulheres, discutindo sua opção por não pintarem seus “fios prateados”. (Disponível em: <https://meuestilo.r7.com/beleza/grisalhas-da-vida-real-dao-dicas-para-assumir-os-cabelos-brancos-29012018>. Acesso em 20 jun. 2018).

esperar mais pra frente um pouquinho pra ver se eu vou deixar ele todo branco. Por que até 50 anos – foi quando eu comecei a pintar o meu cabelo com 50, 50 e poucos anos -, mas dos 20 anos até essa idade o meu cabelo era, como eu posso dizer, era como se fosse grisalho. Tanto é que todo mundo achava que eu ia pro salão pra fazer o meu cabelo, era todo assim, ele era todo desse jeito. Aí todo mundo falava assim: “Ah, mas você com 20 anos, você tem cabelo desse jeito, porque você não pinta...”. Mas é bonito o meu cabelo, eu gostava dele, entendeu. Aí depois de 50 pra frente, “ah, tá bom, eu vou pintar!”. Aí eu pinte o cabelo. Aí eu pinto, vou pintando mais aleatoriamente, passo dois, três meses sem pintar, eu não sou neurótica, não, com esse negócio de fio branco, não. De jeito nenhum (Josefa, grifos meus).

Josefa conta que era questionada sobre sua aparência quando tinha vinte anos, pois já possuía alguns fios brancos e algumas pessoas a criticavam por isso. Algumas autoras afirmam que as mulheres sofrem uma maior pressão estética e têm seus corpos mais controlados do que os dos homens. Veiga (2012), por exemplo, afirma que o corpo feminino é culturalmente colocado no lugar de sensualidade e erotismo, sofrendo assim maior estigmatização ao tornar-se visivelmente envelhecido. Traçando um paralelo entre a gordura corporal e os sinais do envelhecimento, Novaes (2011) aponta a moralização dos corpos femininos, nos quais a aparência é associada ao caráter das pessoas: a beleza é compreendida como responsabilidade das mulheres, um “dever social”, uma “obrigação moral”. Uma mulher considerada jovem que possui cabelos brancos, em nossa sociedade, é julgada, considerada desleixada ou com uma aparência não tão agradável, pois não corresponde à norma “beleza-juventude”.

Francisca afirma não desejar pintar seus cabelos: *Eu não vou pintar e ponto final, eu prefiro não pintar mesmo.* Márcia traz exemplos de outras mulheres que conhece e que têm cabelos grisalhos, afirmando que *não vê a hora* dos seus também mudarem de cor:

Minhas amigas da Alemanha, todas usam o cabelo grisalho já. Há muito tempo que eu convivo com elas. Eu acho lindo. Minha família usa. Minha mãe ficou grisalha muito jovem, minha tia também. Então eu tenho uma família que curte. Eu não vejo a hora, eu tenho pouquíssimo com 50 anos, eu queria ter mais (Márcia, grifos meus).

Outra entrevistada, Rosa, afirma se incomodar com essa transformação. Ela me conta que está evitando se olhar no espelho, pois há tempos não pinta o cabelo e suas raízes estão à mostra:

P – O que você acha que mudou no seu corpo conforme você foi envelhecendo?
R – Cabelos brancos. Ah, no corpo muita coisa [risos]. A gente fica mais flácida, cabelos brancos... Ah, a pele muda, né?
P – E como você se sente com essas mudanças?
R – Olha, às vezes eu me sinto muito... Assim, às vezes eu não ligo. Mas outras vezes eu ligo. Acho que depende do dia. Então, por exemplo, hoje eu tô precisando tingir o cabelo, eu tô, urgente. Então não tô nem me olhando quase no espelho, entendeu? É uma coisa que eu não costumo deixar tanto. Como eu vou viajar semana que vem, então, eu tô deixando um pouco mais, crescer um pouco mais. Aí já marquei pra tingir (Rosa, grifos meus).

As intervenções sobre o corpo e o uso de artifícios para “disfarçar” a idade, no entanto, aparentemente não são aprovados quando realizados extensivamente. As “modificações corporais são aceitas – e muito estimuladas – desde que realizadas com *parcimônia e equilíbrio*. Ou melhor: desde que *pareçam naturais*” (VEIGA, 2012, p. 87, grifos da autora). Luiza, Francisca e Tereza trouxeram algumas falas sobre isso nas entrevistas. Luiza discute as intervenções excessivas sobre o corpo – sobretudo, no caso de cirurgias plásticas – denominando as pessoas que as realizam como *ridículas*. Para Francisca, tanto esforço despendido parece não ter finalidade efetiva, uma vez que *a idade vai chegar pra todo mundo*. Quando pergunto à Tereza se as mudanças corporais ocasionadas pelo envelhecimento lhe incomodam, ela diz:

Eu não posso falar que me incomoda. Eu falei que um dia que eu puder, eu vou tirar aqui [pálpebras], porque a pele cai muito. Mas o resto, eu falo: eu vou mudar o que? Se eu mudar o seio, vou ter que arrumar a bunda. Se eu arrumar a bunda, vou ter que arrumar a barriga. Há dinheiro pra isso? Não há. Então eu falo que a única coisa que eu vou mudar, pra não me prejudicar um pouco a visão. Só isso. Aqui também eu gostaria sim, porque eu acho que velho... Uma coisa que eu acho, que às vezes eu converso com Deus, e falo: “O Senhor também pensou mais no Senhor do que na gente”. Então, é impressão da gente. A gente não devia envelhecer e ficar tão feio. Eu acho que é um pecado isso aí, sabe? Também tudo bem, não ia envelhecer bonito, mas não precisava a pessoa, Ele detonar tanto o rosto da gente. Às vezes você vê uma pessoa que era tão bonita. Eu mesma já tenho essa impressão. Se eu pudesse eu tirava isso aqui [apontando pras pálpebras]. Só isso (Tereza, grifos meus).

Para ela, nem todos os sinais da idade incomodam ou, ainda, há diferentes níveis de incômodo provocado por eles. No entanto, intervenções que poderiam ser consideradas mais invasivas e transformadoras não são vistas como uma possibilidade – ou mesmo um desejo – pois, ao alterar uma parte do corpo, seria necessário alterar todo o resto para que elas não destoem entre si, resultando em uma aparência artificial ou incoerente. Francisca também dá a entender que seria melhor ter rugas do que realizar intervenções estéticas em excesso:

P – Você acha que uma mulher idosa pode ser bonita?
R – Lógico que pode. A beleza não é só o corpo, tem a alma também. Tem de dentro pra fora. Você pode ser feia por fora, mas bonita de dentro pra fora.
P – Mas uma pessoa que tem ruga é feia?
R – Eu não sei se é feia. Eu não acho, não. É lógico, ela não é boniita, boniita. Mas eu não acho ruga feia. Pelo contrário, esses caras, essas pessoas que fazem plástica, fica aquilo lá. Aquilo sim é feio. Mas eu não acho feio, não, acho uma coisa natural. É claro que umas têm mais do que outras, mas... (Francisca, grifos meus).

Já Luiza traz exemplos de mulheres famosas para discutir a questão:

P – E você acha que uma mulher mais velha pode ser bonita?
R – Lógico, é só se cuidar. Pode. Se for de um jeito natural, acho bonitinhas as velhinhas natural [sic], com aquelas ruguinhas, aquelas tudo enrugadinhas...
P – Natural?
R – Sim, exatamente. Aquelas que começam a repuxar, aí começa... Aquela coisa

feia. Fernanda Montenegro, é muito feinha aquela mulher, mas ela é natural. Mas vê... [...] Nathalia Timberg, que tava agora na novela, a gente tá vendo que tá natural. É bonitinho. Agora olha a cara da Glória Menezes, pelo amor de Deus! Vixe... Ridícula! E a Ana Maria Braga, mulher nova, acho que com uns 60 e poucos anos, com aquela cara puxada daquele jeito. Vai ficando uma coisa muito, muito feia, entendeu. A Fernandinha já tá véinha, mas está velhinha com as ruguinha dela normal, ela tá bonitinha. Eu acho, eu penso assim (Luiza, grifos meus).

Fernanda Montenegro, Nathália Timberg – ambas com 88 anos – e Glória Menezes – 83 anos – são atrizes conhecidas principalmente por realizarem papéis em novelas e filmes nacionais. Já Ana Maria Braga, atualmente com 69 anos, é conhecida por apresentar programas matinais na televisão. Ao pesquisar os nomes dessas mulheres na internet, uma das primeiras sugestões de busca que aparece é a sua idade. São consideradas por muitas pessoas exemplos do “bom” envelhecimento, pois continuam trabalhando e se mantêm ativas.

Ana Maria, por exemplo, em uma entrevista realizada em 2015, após a publicação de fotos suas de biquíni nas quais, de acordo com a reportagem, “mostrou que está dando banho em muita menininha de 20 anos”, afirma que se mantém saudável e bonita graças a sua rotina corrida. Ela afirma “acordar às 4h50 e parar só às 22h”, “andar mais de 20 quilômetros por dia, entre programa, produção, externas e compromissos pessoais” e passar pouco tempo sentada⁷⁶. No entanto, é comum ouvir comentários negativos sobre sua aparência, sendo julgada por ter realizado, supostamente, intervenções e cirurgias plásticas que “esticaram” sua pele excessivamente⁷⁷.

É interessante apontar uma das falas de Helena, que é atriz, acerca do julgamento social sobre a aparência das mulheres que têm essa profissão:

*P – E você acha que mulher sofre mais preconceito do que homem nesse sentido?
R – Claro! Em todos os sentidos. **Homem velho com barriga, cabelo branco, ele pode fazer até galã no mundo da arte e na vida social ele é tido como bonitão. E se acha. Esse é o grande problema. É o fodão [sic], né? Agora, as mulheres não, não podem envelhecer, não podem engordar, não podem ficar com a pele ruim, não podem ficar com o cabelo ruim. Ela tem que estar dentro desse modelo. E muita gente sofre com isso. Muita mulher fica doente com isso. A mídia, pra mim, é a principal responsável. E todas instituições têm essa visão. Ou você entra dentro do padrão ou então você vai ser uma pessoa que vai ficar dentro da sua casa, guardando sua falta de padrão, sua feiura pra outro [risos]. As mulheres fora de padrão estão interditas pra vida social (Helena, grifos meus).***

⁷⁶ “‘Me acho uma mulher bonita, em forma e me amo’, diz Ana Maria Braga”. MASELLI, Juliana. Ego – G1, Rio de Janeiro, 2 de fevereiro de 2015. Disponível em: <http://ego.globo.com/beleza/noticia/2015/02/me-acho-uma-mulher-bonita-em-forma-e-me-amo-diz-ana-maria-braga.html>. Acesso em 20 jun. 2018.

⁷⁷ Por exemplo, em matéria publicada no portal Gazeta Online, em janeiro de 2018, acerca de comentários realizados na internet sobre uma foto que Ana Maria publicou de si mesma em uma piscina, há “fãs” criticando a aparência da apresentadora por ter realizado “tanta plástica”. Disponível em: <https://www.gazetaonline.com.br/entretenimento/famosos/2018/01/fas-discutem-em-foto-de-ana-maria-feio-e-falar-da-vida-das-pessoas-1014114803.html>. Acesso em 20 jun. 2018.

Talvez essa estigmatização motive a realização de intervenções sobre o corpo para amenizar os sinais do envelhecimento. Fernanda Montenegro, em uma entrevista publicada pelo site UOL em outubro de 2017, comenta sobre essa questão:

Uma coisa bonita no ator de teatro – televisão é outra zona – é que você vai envelhecendo e tendo papéis para sua idade. O problema da TV é que o ator quanto mais se opera, mais ele fica deslocado do seu tempo de vida, da sua estrutura física, por mais ginástica que faça, compreende? Chega uma hora que não tem papel: não é jovem pra fazer personagem jovem, nem é meia-idade porque tirou todas as possíveis rugas e papos que poderia ter. E também nunca vai ter idade de chegar ao extremo número de anos... Não tem cara para idade nenhuma. A pessoa vai ficando indefinida⁷⁸.

Tanto Luiza quanto Francisca associam aquilo que é considerado artificial como sendo algo feio e o envelhecimento “natural” como bonito – ou, pelo menos, menos feio do que o outro.

Entre as manipulações corporais possíveis, o uso de determinadas roupas faz parte de como essas mulheres se apresentam ao mundo. A roupa faz parte de um *ethos*, um “jogo de identidades” composto por diversos elementos que se interseccionam em sua elaboração (MOTTA, 1998). O modo como alguém se veste pode servir para informar sentidos sobre quem essa pessoa é: seu gênero, sua classe social, sua idade. Nesse sentido, de acordo com Motta (1998), a roupa é também um marcador etário.

Os comentários criticando Ana Maria Braga também poderiam ter sido direcionados ao fato de ela ter mais de 60 anos e vestir biquíni – uma roupa considerada por muitos como inadequada para alguém nessa idade –, inclusive publicando fotos na internet. Márcia comenta sobre o uso desse tipo de roupa de banho:

P – Então, nesse sentido, você acha que, conforme uma mulher vai envelhecendo, ela tem que se vestir de um jeito diferente?

*R – Olha, tem algumas coisas que eu fico atenta, né? Então eu acho que tem algumas coisas que são meio exageradas. Então assim: **tudo bem, eu me cuido, mas o meu abdômen não é aquele de quanto eu tinha 20 e poucos anos.** Claro, se minha colega quer sair de barriga de fora, fica super à vontade. Eu não vou. Sabe, então assim, **eu não posto foto minha de biquíni. Eu até uso, porque se eu quero tomar sol é um direito que eu tenho. Mas eu não acho que eu vou por no Face[book] uma foto minha de biquíni. Por quê? Mas assim, também não vou criticar a outra que faz isso.** A gente que viveu tanta crítica à nossa estética, ao jeito de ser, **você tem duas possibilidades: ou você se rende e fica em função dos outros, ou você vai na tua direção e aprende a respeitar como as pessoas estão.** Eu tenho uma irmã obesa. Então... Mas que também sempre se cuidou. Então assim, eu cuido de mim. Eu acho que tem algumas coisas que não combina. Às vezes... Eu já usei cabelo roxo, lilás, com trança. Eu fui pra Colômbia uma vez trabalhar com um grupo de jovens, fiz trança roxa e cor-de-rosa. Hoje eu não faria mais. Eu fiz isso*

⁷⁸ “Fernanda Montenegro: ‘tomo de um a dois banhos por dia, vou ao dentista e boto um creminho na pele. Mas não faço plástica!’”. Glamurama – UOL, 16 de outubro de 2017. Disponível em: <https://glamurama.uol.com.br/fernanda-montenegro-completa-88-viciada-no-estresse-paciente-com-quem-precisa-pingar-lagrima-sem-plastica-e-sem-dar-conselho-deus-me-livre/>. Acesso em: 20 jun. 2018.

com 20 e poucos anos. Então pode ser que isso seja, olha, eu acho que tem coisas adequadas ou não à idade. Pode ser. Pra mim, não pros outros. Olha, não tem nada que me escandalize. Se a pessoa tá bem... (Márcia, grifos meus).

Em sua fala, Márcia afirma se sentir confortável com seu corpo para vestir biquíni, mas não o suficiente para publicar a foto em uma rede social, porque seu abdômen não é mais aquele de trinta anos atrás. No entanto, ela afirma não julgar as mulheres que querem fazer isso, porque o importante deve ser a pessoa se sentir bem com a situação. A regra, porém, parece ser outra quando diz respeito ao julgamento e à moralização no que diz respeito às roupas das pessoas – sobretudo mulheres – velhas. Parece haver determinado estilo que deve ser seguido ou evitado de acordo com a identidade que deseja ser construída, a partir daquilo que é considerado “roupa de velha” ou não.

A “roupa de velha”, identificada pelas informantes de Motta (1998) e também pelas minhas, é uma roupa “privada dos atributos simbólicos de feminilidade (elementos decorativos, colorido, jovialidade)” (MOTTA, 1998, p. 54):

A roupa de “velha” [...] é uma roupa discreta, neutra. Não há exageros estilísticos. Não há ‘focos ou babados’ e modismos. O corte e a padronagem de tecidos são discretos e tradicionais. Nada de transparências e decotes. Nada adere ao corpo. É uma roupa – embora feminina – onde a sedução e a ‘tensão erótica’ estão ausentes. É uma roupa neutra (MOTTA, 1998, p. 55).

Uma das entrevistadas, Tereza, dá sua definição sobre o que é a roupa de velha:

Não é qualquer roupa que eu uso. Não é por nada, mas acho que tem umas roupas que só de olhar vai de deixar... É roupa de velho. [...] Depois eu vi que... “Mas olha, é mesmo, eu já tô mudada”. Na fisionomia, assim. Mas a roupa não. A roupa até hoje eu não consigo. Eu não sou aquela pessoa de vestir assim, de exibimento [sic], querer ser comparada com a minha filha ou outra pessoa. Não. A roupa é assim: eu gosto de roupa de alça... Se você me der uma roupa de manga, estampada, coisa comprida aqui. Eu acho difícil de eu usar. Eu pego, vou tirar a manga, vou dar uma recuperada. [...] Tem umas roupas que é de senhora. Eu não uso. [...] Tem uma roupa que as pessoas de idade usam. Eu não uso. Sabe? Vamos supor, um conjunto. Eu já percebi, eu não fico bem. [...] Mas tem uma roupa que é padrão mesmo. Vamos supor, um vestido estampado de manga aqui, eu não uso. Não é porque é de velha, não sei, não fica bem. Eu acho que eu vou ficar muito velha. Eu sei que eu tô na idade, mas às vezes eu... Eu realmente, conversando com você aqui, não me acho velha. Se eu me olhar no espelho eu sei que tô na minha idade mesmo. Mas eu coversando assim, não me acho velha (Tereza, grifos meus).

A roupa de velha, para Tereza, é aquela que tem mangas, determinadas estampas, é mais comprida, ou ainda conjuntos, que são geralmente duas peças combinando (blusa e saia). Segundo ela, essa roupa pode envelhecer a pessoa, deixá-la *muito velha* e, logo, é algo a ser evitado.

A roupa “neutra” como a roupa considerada adequada às mulheres mais velhas pode estar relacionada aos discursos hegemônicos que associam a feminilidade – ou o “ser mulher” – à juventude. Esses estereótipos envolvem a construção da imagem da mulher idosa como

sendo assexuada, alguém que “deixa de ser mulher para ser ‘velha’ (um ser neutro)” (MOTTA, 1998, p. 25). A velha é alguém que não performatiza mais a feminilidade (ou seja, atributos socialmente atribuídos a ser mulher) nem a sensualidade, não é mais vaidosa ou alegre. Quem “manifesta seu gênero de maneira explícita enfrenta acusações de uma forma ou de outra. Se não é mais ‘bruxa’, como em outros contextos, é ‘infantil’ ou, simplesmente ‘ridículo’, ‘caduco’, ‘esclerosado’” (MOTTA, 1998, p. 25):

P – Você acha que o comportamento de uma mulher, quando vai envelhecendo, muda?

R – Ó, eu não sei se muda. Eu falo assim, o mudar seria o traje. Eu não posso vestir a mesma roupa que eu vesti... Como você tá vestindo, como a outra menina tá vestindo. Assim, eu falo do comprimento. [...] Tem coisa que você põe, seu corpo já não permite mais. [...] Você pensa que aquela roupa vai cair bem, o corpinho da gente não aceita, não dá mais. Mas tem gente que não liga. Eu também acho admirável, uma pessoa que tá tudo desmontada e põe aquela blusa [risos]. Isso não está me incomodando. Se eu olhei, achei esquisito. A pessoa vai em frente. Você vê que o short aumentou demais. Tem mulher que também, eu vi uma mulher, pra ela não estava bem. Mas ela queria. Vai ver era o sonho dela por um short daqueles. Como fala né, depois que o marido morre, as coisas mudam. Ela tava com short que não tinha nada a ver. Não por ela... Se ela tivesse em um outro lugar qualquer, ficaria bem, mas estar no meio das outras menina. É um short de menina. [...] Quer se aparecer, como a gente fala: cocotinha. A gente vê muita. Lá eu vejo na academia. Tem dinheiro, limpa a barriga. Aí chega de shortinho que nem as meninas lá. Meu Deus, não tem nada a ver mais. Porque o corpo da gente não permite. Por mais que você faça uma lipo, faça isso e aquilo, não dá pra enganar 100% (Tereza, grifos meus).

Na narrativa de Tereza, o corpo aparece como limitador daquilo que se “pode” usar, do que é considerado apropriado para a idade. O corpo envelhecido *não aceita mais* usar shorts curto ou top, por exemplo, correndo o risco de parecer ridículo – ou seja, destoante da norma. Uma velha com roupa de menina é uma mulher que está se achando *cocotinha*⁷⁹. Para Antônia, há uma *roupa mais adequada* para sua idade, que consiste em peças mais compridas e fechadas:

P – E conforme você foi envelhecendo, você mudou o seu jeito de se vestir, de se arrumar?

R – Ah sim, hoje em dia procuro mais roupa adequada pra minha idade, né.

P – E o que é uma roupa adequada pra sua idade?

R – Ah, porque quando era jovem gostava de decote, roupas mais ousadas, minissaia, essas coisas, né. Hoje em dia, tô usando abaixo do joelho, roupa mais fechadinha...

A – Por que você acha isso?

R – Ah, porque eu acho que não combina com a pessoa de... Com a idade, você sair toda, sei lá... Fora... Não sei, não me sinto bem (Antônia, grifos meus).

Mas, conforme já discutido anteriormente, a “roupa de velha” não é uma opção para algumas das entrevistadas, pois elas também não se identificam – nem querem ser

⁷⁹ De acordo com o dicionário Aurélio, cocota significa “menina ou jovem bonita”. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/cocota>. Acesso em: 20 jun. 2018.

identificadas – como sendo mulheres velhas. Luiza, por exemplo, me conta sobre uma blusa que ganhou de presente e que lhe gerou incômodo porque se tratava de uma *blusa de velha*, uma roupa inadequada para a sua idade:

P – Você mudou a forma de se vestir conforme foi envelhecendo?

R – [risos] Um problema. Tem muito tempo, uns 20 anos, acho que não tinha nem 40 anos, a minha cunhada me deu uma blusinha de linho, de mangueira, né. “Ai, meu Deus, minha cunhada tá me achando velha!”. Eu me senti tão mal, eu lembro até hoje. Tá lá guardadinha, foi ela quem me deu. Tá lá essa blusinha que ela me deu, ela chegou, acho que num aniversário e me deu aquela blusa, uma blusa de velha. Olhei assim, falei: “Eu não, visto sim, uma baby look apertadinha...”. [...] Eu acho bonitinho assim, ser velhinha, mas no conforme, bonitinha, arrumadinha, respeitando a idade, não aquelas velhas que fica entre as meninas lá, 70 anos, 60 e poucos, de regata, aquele... Ah não! Não, não, não... Não vai, eu não gosto de batom, de maquiagem. Acho tão feio aquelas velhas com aquelas boca cheia de prega, aquela coisa de batom que borra daqui... Ah, não é melhor sem? Tem umas coisas de velhinha que, né, eu acho que vou no natural mesmo (Luiza, grifos meus).

Ao mesmo tempo, Luiza também questiona aquelas que não se adéquam a uma apresentação correspondente às suas idades, que usam camiseta regata na academia e passam batom na *boca cheia de pregas*, novamente remetendo ao que pode ser considerado natural – aparência sem “retoques” – como sendo algo bom.

As mulheres entrevistadas aqui, mesmo que não se assemelhem às informantes de Motta (1998) em relação à classe e à faceirice⁸⁰, também constroem uma subjetividade a partir de elementos que consideram relacionados ao feminino – e, conseqüentemente, em seu entendimento, não associados à velhice –, como parte constitutiva de suas identidades ao longo de suas trajetórias de vida. A vaidade, o cuidado com o corpo, a atenção com as roupas que usam e o modo como se comportam, fazem parte dos sentidos considerados por elas positivos nesse momento da vida, e a chegada à certa idade não impede que eles continuem sendo considerados importantes e fazendo parte de suas vidas. Para a maioria delas, envelhecer implica em algumas mudanças na vestimenta e no uso de maquiagem, acessórios e cremes, porém, sem transformações drásticas daquilo que já vivenciavam/utilizavam anteriormente. Para outras, como Francisca e Tereza, esse “embelezamento” e o uso de produtos não foram significativas em suas trajetórias e assim continua sendo com o envelhecimento.

⁸⁰ “Faceirice” é o termo utilizado por Motta (1998) para nomear o *ethos* de classe e gênero de suas informantes, relacionado a uma expressão de feminilidade e sexualidade: “A jocosidade é uma modalidade de discurso capaz de revelar dimensões insuspeitadas daquilo que é ser mulher nos chamados grupos populares. A aparência, o discurso, a performance dessas mulheres parecem obedecer à mesma sintaxe – a de faceirice. A faceirice é o ‘apelido’ que eu dei para uma determinada receita de ‘feminilidade’, a qual está intimamente ligada a uma representação de si enquanto pessoa pertencente ao gênero feminino, este concebido de maneira particular” (MOTTA, 1998, p. 122).

5.3. Energia, capacidade funcional e atividade

Outro marcador corporal relacionado ao envelhecimento são as capacidades físicas, ou seja, “força, resistência e potência muscular, flexibilidade, agilidade, resistência cardiorrespiratória, velocidade, equilíbrio, e coordenação” (BÖHME, 1993, p. 54). Principalmente na perspectiva biomédica, o indicador de saúde não é mais “a presença ou não de doença, mas o grau de capacidade funcional do indivíduo” (RAMOS, 2009, p. 40), a “capacidade de continuar realizando atividades da vida diária” (BARBIERI, 2008, p. 149). Esse conceito considera as perdas funcionais ocasionadas pelo envelhecimento e que não estão necessariamente relacionadas ao adoecimento:

Nesses casos é o grau de perda da capacidade funcional que irá indicar quem terá um envelhecimento saudável ou não, independente de quais as doenças crônicas envolvidas. [...] Quaisquer que sejam as doenças, são as perdas funcionais, sejam por limitações físicas ou mentais, que irão determinar o quadro de saúde pública. É o grau de capacidade funcional que permitirá identificar a população de risco para hospitalização, institucionalização e morte (RAMOS, 2009, p. 40).

Essas perdas são sentidas pelas entrevistadas e associadas ao envelhecimento, porém, muitas vezes sem atribuírem sentidos negativos ou depreciativos a elas:

P – Para você o que é envelhecer?

*R – Olha, sem dúvida alguém já disse: “**Ai, se eu pudesse ter o corpo dos 20 e a cabeça dos 50**”, né? Seria uma delícia! Mas acho que assim, tem uma coisa que muda, que são as **limitações físicas**, né? Quando eu e meu marido **decidimos [fazer] uma trilha por semestre, é porque a gente sabe que algumas trilhas que a gente tem vontade de fazer, a gente tem que fazer agora, até os 60. Ele é dois anos e meio mais velho que eu. Então assim, a gente queria fazer a Chapada Diamantina. Tem alguns trechos que... Aos 60 e poucos não vai dar. [...]. Então acho que a coisa é saber. Tem uma questão de limitação física. Então acho que tem essa coisa do limite físico. Tem uma coisa que eu comecei a perceber. Eu gosto muito de trabalhar à noite, virar a noite. Principalmente a parte de produção de texto. É meu horário mais produtivo. Antes eu fazia isso na boa, duas madrugadas, trabalhava e tocava a vida. Hoje eu faço uma, no outro dia eu tô sentindo [cansaço]** (Márcia, grifos meus).*

Eu não sou de ficar muito parada, eu gosto de estar fazendo as coisas. Se precisa ir pra algum lugar, fazer compras, assim, eu vou na mesma hora, sabe.

P – Vai a pé mesmo?

*R – Vou a pé. Porque eu **dirigi muitos anos, mas depois não consegui mais dirigir, né, por causa do problema na vista e também esse trânsito... Desestimula, não deu mais estímulo. Acho que até... Eu tinha uns 66 anos, 67 anos quando eu parei.***

P – E você ficou triste de não dirigir mais?

*R – Ah, eu sentia falta, porque, às vezes, eu quero ir no mercado e tem que ir a pé, ir de ônibus, de taxi e tal. Dessa parte aí, mas fora isso, não. **Eu sempre gostei de dirigir, adorava, mas hoje em dia não tenho muita vontade** (Antônia, grifos meus).*

Tanto Antônia quanto Márcia trazem exemplos de atividades que gostavam de fazer, mas que tiveram que retirar de sua rotina ou modificá-las, seja por conta do cansaço ou por causa de *problemas na vista*. Márcia também diz que busca aproveitar enquanto ainda não

possui certas limitações para realizar desejos que podem vir a se tornar mais difíceis, como fazer caminhadas e trilhas. Josefa também aponta que um dos modos de “sentir” que a idade está chegando são as alterações na agilidade e na visão:

P – E o que muda conforme você vai envelhecendo?

*R – O quê que muda? Ah sim, o que muda... Vamos supor, mesmo eu fazendo todos esses exercícios, fazendo tudo, **você percebe que o seu corpo muda, que você não tem tanta agilidade como você tinha antes.** Isso é óbvio, não tem jeito. Mesmo que você faça tudo isso, **você sente que o seu corpo não tá dando mais conta do que você fazia lá atrás,** você entendeu, isso muda. O quê que muda? **A visão,** apesar de que eu sempre usei óculos, sempre usei óculos. Mas **parece que vai diminuindo** (Josefa, grifos meus).*

Ana também comenta sobre alterações que percebeu com o processo de envelhecimento, como a qualidade do sono, o que a fez deixar de tomar café, embora ela gostasse muito. Além disso, também fala sobre ter a imunidade pior do que quando era mais jovem:

*Quando você é jovem, você fica gripado três dias e depois você já melhora. Ora, agora eu fico gripada muito mais dias e a gripe não vai embora. Ela demora pra ir. E eu fico tratando pra ela ir embora. Mas é que **ela é mais forte que eu,** entende? Ela demora. **O sono, a questão do paladar, a questão da insônia.** Você vê, eu tenho um café, mas **eu não tomo um café.** Se eu tomar um gole de café expresso, não durmo. E eu fui uma pessoa que sempre amei tomar café, café forte, café italiano. E eu acho assim, que o corpo vai mudando, te traz questões (Ana, grifos meus).*

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa aparentam trazer sentidos semelhantes às de Britto da Motta (2002), que percebiam as transformações corporais pelas quais passavam como sendo normais, relacionadas à idade, e queixando-se delas de maneira moderada. Tereza faz um comentário interessante nesse sentido, ao comentar que a velhice é chamada por alguns de *melhor idade*. A velhice não é a melhor idade, para Tereza, porque ela implica a perda da capacidade funcional, dificuldades de locomoção e de execução de atividades corriqueiras. Para ela, que ainda consegue fazer as coisas que deseja, a idade ainda “está boa”; mas, para seu irmão mais velho, que tem mais de 80 anos de idade, não, pois ele sente dores na coluna, não consegue se levantar depois de abaixar, fica com as pernas *travadas*...:

P – Tem alguma vantagem envelhecer?

*R – Não. Eu não acho que tenha. Se a pessoa falar assim, “ah, tem!”. Não tem. Como a cobradora hoje falou pra uma mulher assim, “essa senhora tá na melhor idade”. Aí a senhora falou: “**Melhor idade? Pra sair de casa a gente tem que tomar remédio.**”. Isso daí eu não concordo. Falar pra mim que é a melhor idade... Não é. [...] **Eu ainda tenho prazer nas coisas. Mas e depois? Eu sei lá se eu vou ter prazer. Então eu não posso falar pra você que é a melhor idade.** Não é. Acho que a melhor idade é a sua, é a do meu filho. Eu acho que a melhor idade é até uns 40 anos, 50, 55... É a melhor idade. **Ainda posso falar que a idade está boa ainda pra mim, porque eu tô fazendo as coisas. Mas uma pessoa de 70, 80 anos, é melhor idade? Acho que não.** Se falasse que é, do lado desse meu irmão rabugento, “quem é que falou que essa idade é boa?”. Porque se a pessoa envelhecesse com **agilidade...** Como esse meu irmão, ele quer fazer as coisas e não consegue. Se ele*

abaixa demais, não consegue levantar, que as pernas dói, as perna ficam travadas. Ele não pode segurar nem minha neta muito tempo, que a coluna dói. Então não concordo (Tereza, grifos meus).

Aqui dois elementos já discutidos ressurgem: a questão da atividade, que aparece dessa vez relacionada às limitações corporais ocasionadas pelo envelhecimento, e a questão do ser/estar saudável como algo relacionado à capacidade de executar tarefas, sejam elas cotidianas ou de lazer:

Pra mim, estando com saúde e podendo fazer as coisas, acho que é a mesma coisa de ser jovem. É a mesma coisa. [...] Ter uma velhice boa, sem ficar doente, né, porque aí você perde a qualidade de vida, então, não vale a pena. Mas tendo saúde, podendo participar, conviver com as pessoas que nem meus filhos, meus netos, né... Eu acho ótimo! (Antônia, grifos meus).

A capacidade funcional é o principal pilar que orienta o programa de “envelhecimento ativo” (BARBIERI, 2014). Conforme abordado anteriormente nesta dissertação, valoriza-se quem é ativo e estigmatiza-se quem é frágil e/ou dependente. De acordo com Lupton (2012), para algumas pessoas, sobretudo de classe média, o corpo “descontrolado” (ou seja, que não corresponde à norma que, no caso, é a de ser ativo e capaz) é alvo de ridicularização e vergonha. Aqui também se nota o uso de determinadas estratégias para lidar com o envelhecimento corporal. A realização de atividades físicas – seja na academia ou fora dela – aparece como uma das principais maneiras de administrar essa perda funcional:

*P – Tem alguma coisa que você acha importante, que eu não perguntei sobre?
R – Sobre isso, não, é isso mesmo. Eu não tenho assim pra dizer: “Ah, eu tenho uma coisa negativa...”. Porque eu não tenho, minha vida é... Essas coisas aí, mas é muito bom, eu aconselho as pessoas a fazer atividade, não ser sedentária. O sedentarismo mata. Você melhora tudo, vai ver, nossa... Eu tiro pela minha menopausa, eu não senti nada, nada. Nada mesmo. Muitas calorias, eu queimei muitas calorias. “Porque, ah, na menopausa...”. Eu vou, porque gente no sedentarismo fica dentro de casa, só arruma doença. Você ficar parado, só o que você vai conseguir é dor aqui, dor lá, dor cá... Entendeu? Lógico, se a gente abusar um pouco, esses dias eu fiz, tinha um monte de crochê pra fazer, aí a idade, dependendo do que for, pesa. [...] Eu fiz tanto crochê, tanto crochê que... Uma dor no braço tão grande... [risos]. Eu falei: “Gente, alguém pra mim aqui, porque eu não vou fazer mais”. Pronto, não fiz mais (Luiza, grifos meus).*

Luiza, mesmo indo para a academia em um ritmo impressionante – ela comenta comigo, em determinado momento da entrevista, que já chegou a passar quatro horas diárias na academia –, também sente certas limitações corporais. Tendo ou não relação com a idade, essas dores e limitações parecem ser, para ela, comuns, corriqueiras. Ela atribui, em diversos momentos da entrevista, sentidos extremamente positivos à academia e à realização de atividades físicas. Nessa perspectiva, essas estratégias favorecem a percepção de longevidade e também de juventude:

Tem umas máquinas nas academias, que a gente faz os testes, pra saber. Então, eu fiz esses dias e... Foi ano passado que eu fiz, eu tô com... Assim, com 25 anos. Tudo

meu é de uma pessoa de 20, 25 anos. Tem muitas coisas 20 e outras de 25 anos. Eu digo: “Tô ótima! Tô na metade da vida ainda...”. Então, eu tenho mais 50 pra frente [risos] (Luiza, grifos meus).

É interessante pensar que há uma máquina na academia capaz de “ler” a idade do corpo, construindo assim uma “verdade” sobre ele: Luiza, então, não teria a idade por ela vivida, mas sim, 20, 25 anos.

Para algumas entrevistadas, como Rita, a academia e as atividades físicas passaram a fazer parte da rotina após certa idade, sendo a busca por uma melhor qualidade de vida a sua principal motivação:

Não fazia academia, nada. Eu fui fazer academia depois dos 60 anos.

P – Aí você foi fazer por quê?

R – Porque, com esses problemas de artrose, tudo, colesterol alto e tudo, a cardiologista pediu pra eu fazer. Falou que era melhor eu começar a fazer. Então eu comecei a fazer, comecei a sentir mais gosto. Porque aí a gente arruma também bastante amiga (Rita, grifos meus).

Já Ana afirma ter realizado diversas atividades físicas ao longo de sua trajetória, evidenciando em sua fala a aparente falta de consenso acerca dos benefícios e prejuízos causados por cada uma delas:

Eu sou de uma geração que a gente teve acesso a muitas mudanças. Você fazia ginástica, mas depois teve a antiginástica, depois teve RPG, aí depois teve as ginásticas das academias, que foram monstruosas, porque desembarcou no Brasil a moda da academia e foi todo mundo fazer. Aí depois quando tava todo mundo arrebitado da coluna, disso e daquilo, aí a gente vai pro pilates, vai pra outras técnicas. Então, eu acho que eu sempre me cuidei muito, o corpo, eu sempre gostei de fazer exercícios. Eu gostaria até de fazer mais do que eu faço. Eu já fiz muitos tipos de exercícios, muitas práticas diferenciadas. Agora eu tô envolvida com yoga outra vez. Eu já fiz yoga, e agora eu fiz meditação (Ana).

Para Tereza, que começou a frequentar a academia depois dos 50 anos, a motivação não é tanto a saúde, mas sim a necessidade de ter um espaço longe da família e das obrigações relacionadas ao cuidado da casa⁸¹. Outra estratégia de administração do envelhecimento a qual ela recorre parece ser a busca pelo bom humor e pela disposição, mesmo quando se sente cansada:

Eu sempre tenho que estar fazendo as coisas. Às vezes meu corpo... Tem hora que eu fico assim, cansada, pra baixo. Mas eu não gosto. Aí eu falo: “Mas eu não sou assim, não posso ficar”. Eu gosto de estar fazendo as coisas lá e cá, de sair. De passear (Tereza, grifos meus).

Segundo Veiga (2012), a realização de atividades físicas e a frequência nas academias podem estar relacionadas a múltiplos entendimentos, tanto como uma “sucumbência delas [as mulheres] a esses dispositivos de poder e de uma acomodação às conformações sociais,

⁸¹ Esse aspecto será abordado com maior profundidade no capítulo 5 desta dissertação.

reforçando ainda mais estereótipos e preconceitos” (VEIGA, 2012, p. 89) quanto como “uma estratégia pela qual essas mulheres se apropriam de seus corpos, usando ao mesmo tempo o poder da coletividade e da individualidade, apropriando-se da liberdade de se preocupar, agenciar e direcionar suas próprias vidas” (VEIGA, 2012, p. 89).

Partindo do entendimento de que os corpos não são totalmente dóceis e disciplinados (NOVAES, 2006) e que, embora as estratégias de administração do envelhecimento e das transformações corporais e os próprios sentidos atribuídos pelas mulheres a esses fatos são informados pela cultura – e, principalmente, pelos discursos hegemônicos –, essas estratégias também podem ser lidas como formas de agência sobre o próprio corpo e a própria identidade.

6. GÊNERO E ENVELHECIMENTO: CUIDADO, SAÚDE E GERAÇÃO

Neste capítulo serão abordadas as especificidades do envelhecimento feminino a partir das noções de cuidado e autonomia trazidas pelas entrevistadas, além das diferenças apontadas por elas entre o envelhecimento dos homens e das mulheres.

O gênero é composto por uma série de discursos que estabelecem diferenças entre os indivíduos, estas construídas como sendo *naturais* e derivadas de características biológicas. Esses discursos constroem verdades acerca do que é ser homem e ser mulher em cada sociedade e, no caso de culturas como a nossa, o gênero masculino é associado à agressividade, atividade e poder, e o feminino, à passividade, fraqueza e submissão (MOORE, 2000). As mulheres são também definidas por sua capacidade de procriação e pelo trabalho de cuidado (CONNELL, 2016).

Conforme discutido no capítulo 1, algumas autoras e autores afirmam que as mulheres enfrentam, na velhice, maior vulnerabilidade e discriminação. As mulheres continuam, nesse momento da vida, desempenhando as funções de cuidado da família e da casa, e muitas também vivem sós, seja por escolha própria ou não (BRITTO DA MOTTA, 2011). Há também um entendimento mais otimista desse momento da vida, no qual a velhice aparece também como momento de redefinição de vida para essas mulheres, de maiores “liberdade de gênero” e possibilidades de escolhas (BRITTO DA MOTTA, 2011; DEBERT, 2012).

O modo como compreendemos o cuidado é profundamente construído por e através de nossas concepções sociais de gênero, sendo que, tradicionalmente, as mulheres foram – e continuam sendo, embora muitas transformações tenham sido conquistadas nas últimas décadas – responsáveis pelo cuidado da casa e da família. Mesmo o trabalho remunerado realizado por profissões relacionadas ao cuidado (como, por exemplo, a enfermagem) é compreendido como uma prática feminina/de mulheres e, portanto, possuidor de menor valor do que o trabalho “intelectual” e especializado (TRONTO, 1997; YOUNG, 2005).

Segundo Tronto (1997, p. 188), o ato de cuidar⁸² implica assumir alguma forma de responsabilidade e compromisso, portanto, é “necessariamente relacional”. A autora analisa a dimensão moral do ato de cuidar, e distingue entre “cuidado com” e “cuidar de” para elaborar os diferentes sentidos socialmente atribuídos ao cuidado de acordo com discursos que constroem diferenças entre os gêneros. Os homens, em nossa sociedade, têm “cuidado com” –

---

⁸² Um termo bastante utilizado na literatura estrangeira é *care*. Sobre isso, a autora afirma: “*Care* significava carga; cuidar é assumir uma carga. Quando uma pessoa ou um grupo cuida de alguma coisa ou de alguém, presumimos que estão dispostos a trabalhar, a se sacrificar, a gastar dinheiro, a mostrar envolvimento emocional e a despendar energia em relação ao objeto de cuidados” (TRONTO, 1997, p. 188).

no sentido de se preocuparem com elementos relativos à esfera pública – enquanto as mulheres “cuidam de” algo ou alguém, no sentido em que “envolve responder às necessidades particulares, concretas, físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais dos outros” (TRONTO, 1997, p. 188), ou seja, questões relacionadas à esfera privada:

O cerne da divisão generificada do trabalho nas sociedades modernas é a divisão entre o trabalho “privado” e “público”. Um aspecto da estrutura básica dessas sociedades é que o trabalho de cuidar – de pessoas, suas necessidades corporais, seu bem-estar emocional e a manutenção de suas residências – acontece primariamente através de trabalho não remunerado, em ambientes privados. Enquanto, nas últimas décadas, algumas transformações foram observadas na atribuição de trabalho entre homens e mulheres, ainda é fato que o trabalho não remunerado e o doméstico ainda recaem, principalmente, sobre as mulheres. O funcionamento de toda a sociedade depende na execução regular dessa forma de trabalho. No entanto, ele é pouco valorizado (YOUNG, 2005, p. 22, tradução minha).

Para Martin (2001), essa associação decorre de outra: a de que mulheres estão mais “ligadas” do que os homens à natureza, à biologia, à reprodução e à emoção, esferas “nas quais o corpo possui primazia” (TWIGG, 2004, p. 68). Assim, as mulheres são encarregadas de cuidarem dos seus próprios corpos (principalmente na gravidez, ou ainda, para evitá-la, através do uso de contraceptivos) e dos corpos de outras pessoas (como bebês e pessoas doentes).

É importante ressaltar a intersecção entre raça, classe e o trabalho de cuidar. Márcia, uma das entrevistadas, trouxe a especificidade das mulheres negras, que, desde o Brasil Colônia, têm exercido o papel de cuidadoras:

*Tem muitas mulheres negras, pelo lugar que a gente ocupou desde a escravidão nesse país, que é o de cuidar do outro. Deixar o seu filho pro filho do outro crescer. Então você tem aí muitas mulheres negras muito sozinhas. Elas tiveram que abandonar seus filhos, a sua família, pra cuidar de um outro de quem ela também não virou família*⁸³ (Márcia, grifos meus).

De acordo com Hooks (1995), o racismo e o sexismo estabelecem, para as mulheres negras, o lugar de servidão, como se fossem “inatamente mais capazes para cuidar dos outros” (HOOKS, 1995, p. 469). Além disso, nessa leitura social, elas são fortemente associadas à natureza e reduzidas à sua dimensão corporal. A autora aponta, por exemplo, o estereótipo da “mãe preta”: “essa imagem registra a presença feminina negra como significada pelo corpo, neste caso a construção de mulher como mãe, ‘peito’, amamentando e sustentando a vida de outros” (HOOKS, 1995, p. 468). A fala de Márcia aponta para essa dimensão: o cuidado – muitas vezes de outras famílias que não as suas – como um trabalho socialmente determinado às mulheres negras.

⁸³ Sobre esse tema ver, por exemplo, Gonzalez (1984).

6.1. Cuidado é “coisa de mulher”

Os discursos hegemônicos que tratam da relação entre gênero e cuidado/saúde constroem diversos estereótipos: as mulheres, dizem, cuidam-se mais e são mais dispostas a reverem comportamentos ou adotarem medidas que visem à melhoria de sua saúde; os homens, ao contrário, não se preocupam com tais questões (LUPTON, 2012). Essas construções estão relacionadas às noções hegemônicas sobre feminilidades e masculinidades.

Não há apenas um sistema de gênero exclusivo em cada cultura, mas sim, múltiplos sistemas e discursos em disputa, a partir dos quais os indivíduos constroem suas identidades de gênero e suas posições de sujeito. Existem múltiplas feminilidades e masculinidades⁸⁴. Masculinidades e feminilidades podem ser definidas como características, valores, atitudes, crenças e preferências que são socialmente construídos como sendo “naturalmente” relacionados ao gênero masculino ou feminino. Há, entretanto, modelos e discursos hegemônicos que criam normas de gênero (MOORE, 2000; CONNELL, 2016). Essas normas de gênero não apenas influenciam os modos como os sujeitos vivenciam o processo de saúde-doença e seus corpos, mas também como as instituições e os discursos biomédicos “leem”, analisam e constroem essas questões.

No que diz respeito ao envelhecimento masculino e, de modo mais geral, ao modo como os homens agem em relação ao cuidado, essa percepção generificada está presente nas falas das entrevistadas. Os homens são por elas percebidos como indivíduos que, de modo geral, não se cuidam – seja em relação à saúde ou à aparência. As motivações que as entrevistadas acreditam que orientam esses valores e práticas também são fortemente marcadas por construções de gênero:

Pra muitas mulheres o envelhecimento significa cuidar dos pais. Pros homens, não. A expectativa é que a filha mulher vai cuidar, que uma outra pessoa vai cuidar. Meu marido é alemão, ele é ligadíssimo com a mãe, porque ele é o filho caçula. Mas ele escolheu viver na terra da esposa, né? E a mãe está lá. Então essa eu acho que é uma diferença grande, porque eu vejo minhas amigas envelhecendo e não tendo um alívio tão grande como outras pessoas têm, porque elas têm que cuidar dos pais que estão envelhecendo. Acho que tem uma coisa, né, você tem muitos homens envelhecendo e achando que é adolescente. Então ele acha que é a hora, agora ele pode começar a fazer tudo. É uma loucura. Eu acho que a gente tem envelhecido e cuidado mais de como a gente quer envelhecer do que os homens, eles envelhecem doentes. E a gente conta com a gente mesma, né? Então

⁸⁴ Sobre isso, Moore (2000, p. 35-36) afirma: “A feminilidade e a masculinidade não podem ser tomadas como características singulares, fixas, que são exclusivamente localizadas em mulheres e homens. Temos que concordar com isso se reconhecermos que a subjetividade não é unitária e é múltipla, e que é produto, entre outras coisas, dos variados discursos e práticas relativos a gênero e à diferença de gênero. Mulheres e homens vêm a ter diferentes entendimentos de si mesmos como pessoas marcadas por gênero porque têm posições diferentes em relação aos discursos relativos a gênero e sexualidade, e elas e eles assumem posições diferentes dentro desses discursos”.

assim, você não está fazendo a conta de quem é que vai ficar cuidando de você. E os homens, eu acho que eles já dão garantido, “alguma mulher vai cuidar de mim” (Márcia, grifos meus).

Márcia traz, em sua fala, sua percepção de que há uma falta de cuidado por parte dos homens consigo mesmos, quase como uma atitude de displicência em relação a si, pois, na velhice, eles poderão contar com outras pessoas para que exerçam esse cuidado não realizado por eles – geralmente, alguma mulher da família, como a filha ou a esposa –, inclusive, sabendo que não serão responsabilizados pelo cuidado de outras pessoas. Márcia também aponta uma questão fundamental nessa discussão: a saúde. E, “assim como qualquer instituição nas sociedades modernas, o sistema de saúde possui um regime de gênero – um conjunto interno de arranjos de gênero – que demarca lugares para homens, assim como para mulheres” (CONNELL, 2000, p. 177, tradução minha).

Segundo Connell (2000), esse regime de gênero na saúde está relacionado à já discutida divisão sexual do trabalho – na qual determinadas profissões são consideradas “coisa de homem”/“coisa de mulher” – e um conjunto de ideologias de gênero através das quais se interpretam questões de saúde, doença e corpo. Apesar dos sujeitos vivenciarem diferentemente essas questões de acordo com seu gênero, é necessário problematizar discursos que implicam generalizações e tentativas de naturalização de determinadas condições, sendo que, conforme discutido no capítulo 4 desta dissertação, elas dependem de múltiplos fatores e contextos.

Por exemplo, Connell (2016, p. 105) afirma que diversas pesquisas na área da saúde apontam adversidades como “morte prematura por acidente, homicídio e suicídio; acidentes ocupacionais; níveis mais altos de abuso de drogas, principalmente álcool e tabaco; em alguns países, a relativa resistência dos homens de procurar assistência médica quando necessária” como sendo mais associadas ao gênero masculino. Além disso, os discursos de gênero hegemônicos têm construído narrativas nas quais os homens são concebidos como sendo negligentes com sua saúde e alheios a preocupações relativas ao corpo (LUPTON, 2012).

As falas trazidas por outras entrevistadas também apresentam similaridades com esses sentidos relativos à masculinidade hegemônica em nossa sociedade, afirmando que os homens não se cuidam tanto quanto as mulheres e, por isso, envelhecem “mal”. Tereza me conta sobre uma visita que fez ao hospital onde seu irmão estava internado após ter um acidente vascular cerebral (AVC). Ela comenta que ficou surpresa ao ver que a maioria dos outros pacientes internados com condições semelhantes eram homens:

*Quando o meu irmão sofreu um AVC, ele ficou quase 20 dias no hospital. Eu fiquei ajudando minha cunhada. **O que tinha de homem com AVC**, essas sequelas assim...*

AVC e estava em estado de coma. Sabe? Tinha mais homem do que mulher. Chegando lá, homem, acontecendo isso. É porque não se cuida (Tereza, grifos meus).

Na percepção de Tereza, essa seria uma consequência ocasionada pelo comportamento masculino de não cuidar de sua própria saúde. Ana faz uma afirmação semelhante:

Os homens se cuidam menos. Então é muito comum você ter os homens depois dos 70 anos mais debilitados, porque eles não estão tão atenciosos com a saúde (Ana, grifos meus).

Josefa também traz esse entendimento, ao dizer que acredita que os homens aparentam ser mais velhos. Ao comparar o envelhecimento masculino e o feminino, as mulheres parecem ter maiores cuidados com seus corpos e sua saúde, o que permite que envelheçam melhor do que a maioria dos homens:

P – E você acha que tem alguma diferença do envelhecimento do homem do envelhecimento da mulher?

R – Tem sim, eu acho que tem. O homem, assim, me dá a impressão de que envelhece mais rápido do que a mulher. A minha impressão. Dá a impressão de que ele envelhece mais rápido, eu não sei se é porque ele não... Agora, atualmente, muitos homens se cuidam, mas, assim, eles não se cuidam muito, não. Então, às vezes, o envelhecimento é muito na aparência, que eles não se cuidam muito, então, a velhice é muito na aparência deles. E muitos na cabeça também, muitos aí são muito antigos e tal. Mas assim, eu acho que o homem envelhece mais, eu acho (Josefa, grifos meus).

Ainda, segundo ela, na cabeça também muitos homens são antigos, ou seja, têm valores e crenças considerados ultrapassados ou antiquados, o que contribui para um envelhecimento mais severo. Luiza traz uma fala análoga a de Josefa, quando diz que os homens são mais cabeça dura, teimosos:

P – E você acha que tem diferença no envelhecimento de homem e no de mulher?

R – Tem! Lógico que tem. O homem é muito acomodado. Ah, gente, como o homem é lesado! O homem é lesado. Porque chega naquela idade, eles são muito ignorantes, principalmente, na parte da comida. Você vai dizer: “Pô, isso aí faz mal”. “É, e o que é que tem? Eu vou deixar de comer as minhas coisas, que eu gosto de comer, pra comer essas porcarias, que não tem gosto de nada”. Tudo bem, mas quando chega os oitentinha, estão tudo ferrado. É problema de rins, problema de pressão. Minha mãe é uma ignorante, minha mãe é mulher, né [risos], mas o meu pai é um ignorante também. Eu tenho um vizinho também, um baita de um velho ignorante. O médico mandou ele não comer carne vermelha, “e eu vou deixar de comer a minha carne...” Ô, meu Deus do céu! “Ah, mas que diabo essa carne faz mal, eu vou deixar de comer carne vermelha...”. Então, eu acho o homem mais cabeça dura (Luiza, grifos meus).

Essa teimosia é acompanhada, para ela, da acomodação e leseira, ou seja, de um desânimo, falta de disposição, uma atitude displicente perante a saúde. Luiza comenta sobre homens que conhece e afirma que eles se recusam a seguir orientações médicas (como, por exemplo, realizar alterações na dieta), privilegiando seus costumes ou prazeres (em comer determinado alimento), o que demonstra ignorância e falta de cuidado consigo mesmo.

Tereza traz outra dimensão da falta de cuidado, em relação à higiene e à aparência:

P – Você acha que tem diferenças entre o envelhecimento dos homens e das mulheres?

*R – Ah, tem. Os homens, acho que envelhecem... Assim, **eles têm uma mania, que eu acho. Eles não gostam de tomar banho. Eu acho que eles se apegam muito a roupa velha, roupa usada** deles, sabe? Tô falando isso não pelo meu marido, porque **eu não deixo**. [...] Eles se apegam assim, eu tô percebendo, alguns... Essa mania de querer guardar dinheiro. Às vezes não guardou o tempo todo, aí quer ficar economizando. O caso não é o meu, talvez mais tarde. Acho que é mais isso, esse negócio de roupa. Eles se apegam muito à roupa deles. **Não gostam de tomar banho. Tem uns que eu sinto aquele cheiro de cabelo sujo. A roupa, chega perto da gente assim aquela roupa que foi usada, usada e usada. Isso aí eu acho que nos homens é diferente** (Tereza, grifos meus).*

Assim como Francisca, que também associa os homens e a masculinidade à falta de preocupação com a aparência, afirmando que eles, conforme envelhecem, não *estão nem aí se criou barriga, se ficou com ruga*. Em contraposição, a mulher, *a primeira ruguinha já fica em cima, já está passando creme*. Essa aparente falta de preocupação consigo mesmos também surge como uma atitude de displicência com a higiene e a vestimenta:

P – Você acha que homem se cuida menos?

*R – Dependendo da situação, talvez financeira, não sei. Acho que se cuida menos sim. Mas eu acredito que **o homem dá uma relaxada legal. Pelo fato de eu achar que eles não fazem mais [sexo]... Acho que não levanta mais, sabe? Então ele acha que acabou tudo pra eles**. [...] Então eu acho que é essa mudança que eu vejo, **os homens não tomam banho**. Eu vejo dentro do ônibus, né. Não sei se não troca a roupa, aquela roupa fedida. Acho que tira a roupa e põe no outro dia. Então eu acho que eles são meio... Bem diferente de mulher. [...] **A gente ainda está tentando se cuidar mais do que eles** (Tereza, grifos meus).*

A narrativa de Tereza deixa implícita a sensação de desconforto e nojo. Como a norma social determina que as pessoas sigam certas regras de higiene, “não tomar banho, não lavar o rosto, não lavar as mãos [...], provoca mal-estar nas pessoas que entram em contato com aquele que não pratica sua higiene” (PIMENTA; OLIVEIRA, 1999, p. 130).

Tereza também associa essa falta de cuidado à questão sexual. A impotência sexual em homens velhos é recorrentemente lembrada quando discutimos o envelhecimento masculino. Basta ligar a televisão em algum canal aberto e provavelmente veremos algumas propagandas que vendem tônicos, suplementos vitamínicos e outros remédios “naturais” que prometem fornecer vitalidade, energia e uma melhor vida sexual. Outro alopático bastante conhecido que trata a disfunção erétil é o Viagra. Assim, ao discutirmos essas questões, novamente tornam-se presentes estereótipos de masculinidades. Esses discursos constroem uma associação direta entre homem e virilidade, homem e potência sexual. Uma vez que o homem não consiga mais manter uma relação sexual com penetração, essa situação necessita de interferência médica para “reestabelecer” a situação “normal”. Ou então, caso isso não ocorra, não há mais necessidade de cuidado corporal ou com a saúde:

P – Você vê alguma outra diferença entre você envelhecendo e seus amigos envelhecendo?

*R – Eu acho que eles têm mais dificuldade pra envelhecer. Até porque eles têm um problema seríssimo, que é, a partir dos 40 anos eles não têm, vão perdendo... Acho que o grande lance do machismo está nisso. **Eles perdem o poder de transar. Eles se propõem a transar com mais de 20 mulheres, mas eles não conseguem. É uma coisa física, biológica. Está lá dada pra eles. Acho que eles têm dificuldade, mas... Eu acho que não conseguem perceber a vida fora da questão sexual** (Helena, grifos meus).*

Nas percepções de Tereza e Helena, a identidade masculina está profundamente relacionada ao exercício da sexualidade. Nesse sentido, “perder” essa função parece ser extremamente problemático para os homens que estão envelhecendo.

Enfim, seja em relação à saúde de modo geral, à aparência, à higiene ou ao sexo, nas narrativas das entrevistadas, o “não se cuidar” como algo masculino aparece imbricado com diversas questões já discutidas anteriormente: o discurso do risco, a criação de um bom e um mau envelhecimento, a estigmatização e o julgamento moral. E se os homens são vistos como pessoas que não se cuidam, as mulheres aparecem como o oposto nos discursos das entrevistadas. O cuidado de si aparece relacionado principalmente com questões de saúde da mulher, a rotina de exames preventivos e ginecológicos realizados anualmente e as constantes intervenções realizadas sobre esses corpos:

Acho que tem essa coisa da cultura dos exames preventivos, as mulheres fazem mais. [...] Acho que nós, mulheres, nos cuidamos mais. Tem uma coisa assim, que a gente quer saber desse tal de... Como é que tão as mamas, como é que tá o aparelho reprodutor, como é que fica o nosso útero depois, com a menopausa. Eu acho que são assuntos que fazem parte da cultura feminina, claro que muito sempre ligado à questão de classe. Mas mesmo hoje, essa questão da saúde da mulher é muito mais presente na vida de quase todas as mulheres (Ana, grifos meus).

A realização de exames preventivos, para Ana, faz parte de uma *cultura feminina*. Conforme discutido anteriormente, o trabalho corporal (“conservar” o corpo, evitar rugas, flacidez, ganho de peso e, aqui também, o adoecimento, cânceres, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo a gravidez), faz parte da feminilidade socialmente hegemônica (SONTAG, 1972). Aqui, o corpo-objeto criado nos discursos da biomedicina se faz presente:

Há uma superexposição a discursos de “cuidado” e “prevenção” em saúde, que alternam o apelo ao amor (“quem se ama, se cuida”) e à culpa (“câncer tem cura, só depende de você! Previna-se”). Tomando como análise os chamados “exames preventivos” de câncer, em mulheres, a saber, o exame citopatológico e a mamografia, minha inquietação é a de pensar como um corpo feminino aparentemente saudável é caracterizado socialmente como um objeto a ser controlado, de que formas observamos isso e quais as implicações dessas práticas. [...] Frente ao sobretratamento decorrente de um sobrediagnóstico, a medicina produz verdadeiros mitos de vidas que foram salvas, como se a pessoa que habita o corpo-objeto dessas intervenções só pudesse assegurar sua sobrevivência através da realização contínua de exames e tratamentos de quaisquer alterações observadas (BOEIRA, 2017, p. 1-2).

Ana foi a única entrevistada que especificou os exames preventivos ginecológicos como parte do cuidado com a saúde. Entretanto, é bastante comum que as mulheres, a partir da primeira consulta ginecológica – que costumeiramente ocorre logo após a primeira menstruação –, realizem esses exames anualmente, por indicação dos(as) próprios(as) médicos(as) (MARTIN, 2001). De todo modo, não é possível generalizar, porque os recortes de classe, geração, sexualidade e etnia/raça têm influência em relação ao acesso, demandas e procura por esses serviços⁸⁵.

O discurso do risco age sobre todos os indivíduos, mas no caso das mulheres parece interpelar de modo mais abrangente suas vidas, de acordo com as normas de gênero, através do controle dos corpos e da sexualidade feminina. Foucault (1988) analisou como o dispositivo da sexualidade incidiu sobre as mulheres a partir de discursos médicos e institucionais diversos (econômicos, políticos, pedagógicos, religiosos). De acordo com o autor, nos séculos XVIII e XIX, os corpos e o sexo tornam-se alvo de vigilância e regulação por um “bem maior”, o bem-estar do Estado e da nação. A chamada histerização das mulheres “levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (FOUCAULT, 1988, p. 136). Nesse momento também, para o autor, a mulher passa a ser definida por seu corpo e pelo sexo, ou seja, “ordenando-o inteiramente para as funções de reprodução” (FOUCAULT, 1988, p. 142).

Embora essa questão já tenha sido abordada a partir do referencial teórico de Vieira (2002) e Rohden (2001; 2006), é relevante tomar um ponto da discussão, que diz respeito à ginecologia e à saúde da mulher e que também será elaborado, especificamente no caso da menopausa, no próximo capítulo dessa dissertação. No momento, retomando a questão do cuidado como algo considerado parte da identidade/cultura feminina pelas entrevistadas, é fundamental revisitar o papel desempenhado pelos discursos hegemônicos acerca do corpo, da saúde e da sexualidade das mulheres. Ao tornarem-se objeto de conhecimento da medicina, as

---

⁸⁵ Barbosa e Facchini (2009) apontam que há um grande número de mulheres que fazem sexo com mulheres que não recebem atendimento adequado no sistema de saúde ou ainda tem maior dificuldade de acesso a ele: “Fica evidente o quadro de escasso conhecimento existente no Brasil relativo às necessidades de saúde dessa população. [...] A literatura internacional indica menor frequência de realização de exames ginecológicos, de exames de Papanicolaou e de prevenção de câncer de mama entre as mulheres que fazem sexo com mulheres. Indica também que essas mulheres nem sempre procuram cuidados quando necessários ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde; e que os profissionais de saúde solicitam menos a realização desses exames a essas mulheres. A literatura aponta ainda que a menor procura pelos serviços de saúde está associada à existência de discriminação nos serviços de saúde, ao despreparo dos profissionais para lidar com as ‘especificidades’ desse grupo populacional e às dificuldades das mulheres em revelar a homo ou a bissexualidade aos profissionais de saúde” (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p. 292).

mulheres tiveram seus corpos esquadrihados a partir de uma série de normas elaboradas como definidoras de uma sexualidade – e feminilidade – considerada saudável:

A transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento, a formulação de discursos normativos para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais, bem como a produção de representações científicas, nos permitem pensar em um processo de gerenciamento dos corpos femininos sem precedentes até meados do século XIX. [...] O gerenciamento do corpo feminino completou-se com a ginecologia, ao racionalizar a sexualidade feminina e ao transformar seu corpo em um objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação. Também o gerenciamento está presente nos esforços dos médicos para convencer as mulheres a se tornarem pacientes, a confiarem nos especialistas, a pautarem suas vidas pela higiene e pelos conselhos médicos, a procurarem desempenhar as funções de esposa e mãe como um dever sagrado e natural e, por fim, a se definirem como mulher, tomando seus corpos como fundamento de identidade e de devir. Ao iniciar o século XXI, vemos que esse mesmo gerenciamento dos corpos femininos não se alterou. [...] Nossos corpos continuam a forjar nossos destinos, a nos pregar peças, seja porque o nível de serotonina esteja muito baixo nos levando à depressão, seja porque ficamos “diferentes” antes e durante a menstruação, ou então porque simplesmente não conseguimos nos adequar aos padrões de beleza... (MARTINS, 2004, p. 15-16).

Para Boeira (2017), os discursos médicos que afirmam a necessidade de acompanhamento ginecológico com a realização anual de exames invasivos indica a “necessidade” de monitoramento e regulação das sexualidades das mulheres. Assim, “os órgãos sexuais e reprodutivos da mulher são objetos dessa vigilância, mesmo em casos onde a ciência acadêmica já encontra evidências para não-realização de tais procedimentos” (BOEIRA, 2017, p. 9). Seria o caso, por exemplo, de mulheres abaixo de 40 anos, sem histórico familiar de câncer de mama e sem outras alterações em outros exames, mas que, muitas vezes, são submetidas à mamografia, um procedimento doloroso e que, se realizado sem necessidade, pode acarretar mais riscos do que benefícios. A autora também afirma que, para muitas mulheres, o diagnóstico de câncer acarreta também o sentimento de culpa “por ‘não terem se cuidado direito’” (BOEIRA, 2017, p. 9). Entre as informantes de minha pesquisa há o exemplo de Márcia. Abordado no capítulo 4, no qual ela comenta sobre pessoas que afirmam que “se faz um câncer” e o quanto esse tipo de posicionamento pode ser impiedoso para a pessoa que está doente.

Duas entrevistadas, Luiza e Helena, afirmaram terem ficado durante bastante tempo sem ir a um ginecologista e realizar os exames preventivos. Elas me contam sobre o fato, porém sem aparentemente demonstrarem sentimentos de inquietude ou culpa. Ou seja, nem sempre os discursos do risco e da prevenção agem com tanta contundência sobre os indivíduos. Elas, no entanto, eventualmente foram ao médico e realizaram os exames. O caso de Helena é interessante, pois, por questionar determinadas concepções médicas, optou por procurar um serviço conhecido por prestar um atendimento que diverge do convencional

modelo biomédico:

Eu fui há pouco tempo numa ginecologista porque já tinha 15 anos que eu não ia. Aí eu fui nessas ginecologistas, bem legal, do Coletivo. Ela me fez chorar, assim, muito boa. Porque precisava ver. Eu tinha que em algum momento fazer alguma coisa [risos].

P – Exames preventivos?

R – Não, eu não fiz nenhum. Eu precisava que ela me visse e me mostrasse como que eu tava. E foi super legal, porque ela não me amedrontou em nada, falou que tava tudo bem, e pronto. Porque não tenho nada, não sinto nada. Acho que a hora que você sente, você tem que procurar alguém. Mas não... Lá é muito legal. Isso foi uma coisa incrível na minha vida. Porque eu nunca tinha me visto. Com 40 anos, eu feminista... [...] Eu fui olhar e falei, “nossa, que coisa mais incrível e linda!”. Porque eu nunca tinha me visto. As mulheres nem sabem que tem três buracos. Elas não sabem disso, gente. Isso é uma coisa... É muito cruel com as mulheres, né. Não conhecer o próprio corpo. [...] Onde, o que eu tenho, porque eu tenho, que função que tem cada coisa, né? Com 40 anos, eu vi, achei bem bonito. [...] E depois eu vi com ela, agora há pouco tempo, ano passado eu fui no Coletivo e foi muito legal (Helena, grifos meus).

O serviço ao qual Helena se refere é o Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade, uma ONG que existe desde a década de 1980 e presta atenção primária à saúde das mulheres que prioriza a participação e a autonomia das mulheres durante as consultas. O que Helena relata, a experiência de ter visto a própria vagina, faz parte dessa prática do Coletivo, segundo o qual tem menos o papel de “ter o corpo feminino fiscalizado e esquadrinhado por uma figura de autoridade, mas o de oferecer uma oportunidade para a compreensão conjunta (atendente e atendida) daquele corpo em particular, com sua história e suas características”⁸⁶.

É importante ressaltar que, assim como para Martins (2004, p. 13), “não se trata de negar o bom e necessário cuidado consigo mesmo, mas de ressaltar a transformação do cuidado do corpo em uma prisão e até mesmo em uma obsessão que pode levar à doença e à morte”. Nesse sentido, os discursos hegemônicos que privilegiam o cuidado de si como norma criam também classes distintas de indivíduos: aqueles reconhecidos como sujeitos (que se cuidam) e os não reconhecidos como sujeitos (que não se cuidam ou não o fazem de acordo com o estabelecido pela norma). Tais modelos geram expectativas e padrões a serem alcançados que interpelam todos os indivíduos diferentemente. Martins (2004) dá o exemplo da bulimia e da anorexia, distúrbios alimentares ocasionados por problemas de autoestima e imagem, elementos informados também pela cultura. Ainda para a autora, esses discursos podem agir como “mecanismos de controle social” que visam reforçar o laço entre mulher e corpo, ou seja, entre as mulheres e um “destino” biologicamente dado.

Outra dimensão do cuidado associado ao gênero diz respeito não ao “cuidar de si”,

⁸⁶ Fonte: “Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde”. Disponível em: http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/saude_das_mulheres.pdf. Acesso em 10 jul. 2018.

mas ao “cuidar do outro”, sendo esse “outro”, muitas vezes, a família. Luiza, por exemplo, me conta que tinha o desejo de ter começado a realizar atividades físicas antes – no caso, natação –, mas que não pode, pois, ao acompanhar o filho até as aulas de natação, ele pedia para que ela ficasse observando a aula e cuidando dele, mesmo que à distância:

Eu comecei na natação, levando o meu menino pra natação. Então, ele começou ali pequenininho, querendo um pouquinho, fofinho, eu comecei com ele na natação. E eu ficava olhando, né, só observando todo mundo e eu dizia: “Ah, deixa a mamãe ali fazer alguma coisa”. E ele: “Não!”. Tinha que ficar lá no vidro, olhando ele nadar. Nisso eu acho fiquei uns cinco anos ou mais, só olhando. Quando ele fez dez anos, onze anos, eu falei: “Ah não! Eu vou fazer alguma coisa. Eu vou fazer alguma coisa e você fica aqui”. “Não...”. “Não, você já tá muito grande, eu não vou ficar olhando você em vidro, não. Eu vou começar” (Luiza, grifos meus).

Deixar de executar alguma atividade por conta da necessidade de cuidar de outras pessoas ou da casa é uma narrativa presente na vida de diversas mulheres. Helena traz um relato sobre sua mãe, que cuidava do trabalho doméstico, da criação das irmãs e, posteriormente, dos filhos:

Dona de casa. Inteligentíssima, fez... Ela fez até o colegial, na minha época era o colegial. Escrevia bem, falava bem, estudou em boas escolas. Mas ela também teve que criar as irmãs, depois teve que criar os filhos. Então foi uma figura que tudo que ela queria ser, ela não conseguiu. Ela gostava de cantar, mas mal abria a boca, assim. Então eu acho que ela envelheceu muito diferente de mim e... Acho que, se ela tivesse estudado, ela teria feito muitas coisas legais. [...] É isso que eu faço. Eu busco meu prazer, não o prazer dos outros. Porque as mulheres foram todas, todas se criaram pra dar prazer ao outro. Quantos anos da vida da minha tia ela viveu pra marido, filho? Minha mãe... Pra dar satisfação aos outros. Não permitir que ninguém viesse dar regras de moral pra quem ela educava. Então eu acho que as mulheres, quando descobrem que elas podem ter prazer, que elas não têm obrigação de dar prazer ao outro, quedar prazer pros outros é uma consequência do prazer dela, ela consegue envelhecer muito melhor, ser mais feliz (Helena, grifos meus).

Quando Helena afirma que tudo que sua mãe desejou ser, não conseguiu, há uma questão geracional implícita, pois esta viveu em outro momento histórico, no qual muitas mulheres não tinham escolha sobre seus estudos, profissão e modo de vida. No entanto, em sua perspectiva, essa dificuldade perdura, de alguma forma, até hoje, pois parte do “ser mulher” ainda consiste em ser criada para “dar prazer ao outro”, ou seja, priorizando os cuidados com outras pessoas que não de si própria. Para Helena, um modo de ter um envelhecimento mais feliz seria se “desprender” desses discursos hegemônicos que criam para as mulheres o lugar socialmente designado de cuidadoras.

Já Ana comenta sobre as dificuldades e medos que enfrentou após um divórcio:

Acontece que quando eu me separei, logo depois eu fiz 50 anos. E de novo a gente esbarra nos preconceitos em relação às mulheres. Um cara de 50 anos é um bonitão. Uma mulher de 50 anos é uma velha, caindo aos pedaços, de preferência. O negócio é esculhambar. Então eu me separei, fiz 50 anos, fiquei com um menino de nove pra dez anos. Eu acho que as mulheres se enfiam na questão da

maternidade de forma diferenciada. Especialmente na minha geração, hoje eu não sei como os casais são, me parece que são diferentes. Essa questão um pouco mais equilibrada. Mas eu fiquei muito assustada de ter que cuidar do crescimento de um garoto, um garoto que ia ter a adolescência logo ali. Ajudá-lo a se tornar um homem. Então eu me ocupei muito disso (Ana, grifos meus).

Essa fala aponta duas questões: a maternidade vista como um destino “natural” para a maioria das mulheres⁸⁷ e o cuidado dos filhos após o fim de um relacionamento como algo socialmente delegado às mães. Ana diz que *se enfiar na questão da maternidade* talvez seja algo de sua geração, pois acredita que hoje a divisão do trabalho relacionado aos filhos e a própria opção pela maternidade são questões mais elaboradas pelas mulheres. De qualquer modo, *ajudar a tornar um homem*, ou seja, cuidar – no sentido mais amplo: físico, emocional e financeiro – não é um trabalho simples ou tarefa que não empenhe grande dedicação e, por isso, é algo que assusta e dificulta as possibilidades de desenvolvimento de novos relacionamentos amorosos. A isso, somam-se os discursos que valorizam a juventude, sobretudo das mulheres, colocando em lugar de abjeção aquelas que são mais velhas.

Josefa lista uma série de tarefas que precisa cumprir cotidianamente, todas relacionadas ao ato de cuidar: da casa, da mãe, do marido, do filho, das contas:

P – E você mora só com o seu marido agora?

R – E com o meu filho. Moro com o marido... Por isso que tem um monte de coisa pra fazer. Aí tenho um marido, tenho um filho e uma casa. Agora, no momento, não tem cachorro, mas teve cachorros, eu tive três cachorros e no momento não tenho, não. Só tenho dois passarinhos. [risos]. Só dois passarinhos que eu cuido. Mas o resto é cuidar da casa mesmo, é cuidar da casa, de tudo. Tudo mesmo. Lavar, passar, cozinhar, limpar, pagar contas, resolver problemas de um e de outro, cuidar da minha mãe, levar no médico (Josefa, grifos meus).

E há algum momento que permita escapes a essa rotina? No caso de Josefa, ela costuma frequentar as atividades de lazer ofertadas pelo Serviço Social do Comércio (SESC) e me conta que estava indo a uma aula de alongamento duas vezes por semana.

Tereza também faz uma fala que apresenta pontos semelhantes aos de Josefa. Ela narra sua rotina, na qual ajuda a filha e o genro com os cuidados dos netos e outras tarefas domésticas:

P – Você vai todo dia pra academia?

R – Vou. Tem exercício que eu não gosto, mas a gente tem que fazer. [...] Então pra ela [minha filha] não sair, porque ela não tem a agilidade de andar com duas

⁸⁷ Ana fala a partir de sua experiência, que é de mulher cisgênera e heterossexual. Embora as mulheres sejam socializadas a partir de determinadas normas – entre elas, as que incluem a maternidade compulsória – isso não implica que há uma homogeneidade de experiências. Essa percepção pode ser diferente para outras mulheres, por exemplo, as lésbicas, conforme aponta Gomes dos Santos (2002, p. 130-131) ao analisar a literatura existente acerca da menopausa: “O término da função reprodutiva também é sentido como uma das perdas negativas, [...] sendo a capacidade de reprodução definida como a primordial função feminina. Mas de que mulheres se está falando? Certamente não das que se relacionam sexualmente com mulheres”.

crianças... Ela não aprendeu ainda a andar. Então eu volto pra ficar com uma criança e ela ir levar o outro. Mas se eu não tiver compromisso, eu gosto muito de sair, nem que seja pra ficar andando por aí. Se não precisarem de mim, de lá eu saio, fico andando na rua, vendo qualquer coisa, sei lá. Eu me distraio bastante. E como agora também tá dentro de casa eu não consigo arrumar minha casa. Então, pra eu não me estressar que a minha casa tá muito bagunçada, eu prefiro ficar na rua andando, sabe (Tereza, grifos meus).

Não conseguir arrumar sua casa do jeito que deseja – pois tem crianças pequenas em casa – aparece como uma frustração que ela prefere evitar. Nesse sentido, ir para a rua, passear e frequentar a academia aparecem como momentos que ela reserva para si própria, longe das tarefas de casa. Ela também comenta sobre a necessidade de pensar mais em si própria e se cuidar mais, para além do cuidado com a saúde e com o corpo:

P – Você se preocupa mais com a sua saúde hoje do que antigamente?
R – Ah, sim! Hoje eu penso... Antigamente não. Acho que tanto pela gente ser nova, e como a gente tem tanta coisa... Como agora, eu fui no médico, eu esqueci o que foi, eu não sei onde eu coloquei a guia. Aí a mulher disse bem assim, uma senhora: “A gente tem que pensar mais na gente”. Porque eu nunca penso mais em mim. Eu penso mais nos outros. Eu acho que eu sempre fico por último. Eu nunca fui egoísta, pra dizer assim, “Ah, imagina! Primeiro eu”. Não consigo, de jeito nenhum. Eu tenho que mudar. Mas talvez agora, conforme eu ficar mais sozinha, eu acho que eu vou pensar um pouco mais em mim. Mas eu nunca pensei. [...] Eu acho que agora, em matéria de saúde, sim. Eu sempre tive cuidado, sempre fui de fazer meus exames todo ano. Eu faço o acompanhamento. Mas tem coisa que eu ainda piso na bola, assim. Acho que eu ainda tô pondo mais gente na minha frente e eu tô ficando pra trás. Mas acho que chega uma hora que eu penso mais em mim (Tereza, grifos meus).

É dessa outra dimensão do cuidado que irei tratar a seguir, que não está associada necessariamente ao corpo e à saúde – pelo menos, à primeira vista – mas sim a buscar atividades e espaços nos quais elas podem vivenciar outras subjetividades que não a hegemônica, de mulher-cuidadora.

6.2. Sociabilidade e lazer

Em um contexto no qual os discursos hegemônicos visam positivar a velhice, ressignificando-a como um momento ativo e feliz, para as mulheres entrevistadas, a velhice como um momento propício à reinvenção de si se constitui como uma noção bastante relevante, já que muitas não tiveram chance de conduzirem suas vidas de acordo com seus desejos, graças às “responsabilidades familiares, pressões do trabalho, limitações impostas pelo sexismo” (CRUIKSHANK, 2013, p. 19, tradução minha).

Essas novas subjetividades e vivências são possíveis graças às transformações pelas quais a sociedade brasileira vem passando nas últimas décadas, principalmente a partir das mobilizações e lutas protagonizadas pelos movimentos feministas nos anos 1970 e 1980, que

envolveram uma série de revisões nos discursos hegemônicos de gênero. É importante ressaltar que, embora haja mudanças, não houve uma revisão total dos sistemas de gênero que permita o fim das desigualdades, conforme discutido anteriormente neste capítulo. Como afirma Judith Butler, em entrevista concedida à Knudsen (2010):

Eu certamente não acho que estamos vendo o fim da discriminação econômica contra a mulher, não acho que vimos o fim da desigualdade ou da hierarquia de gênero. Não acho que vimos o fim da violência contra a mulher, não acho que vimos o fim de certas concepções profundamente arraigadas sobre quais são as fraquezas das mulheres ou sobre a capacidade das mulheres na esfera pública, ou sobre uma série de outras coisas. Portanto, essas lutas ainda estão muito vivas. Suponho que, para algumas pessoas muito estabelecidas e economicamente seguras, o feminismo já não é tão forte, já não é mais um atrativo, porque elas podem muito bem ser mulheres que hoje ocupam postos de poder e privilégio, ou de segurança econômica, mas isso, com certeza, não é verdade globalmente. Se a gente olha para diferentes níveis de pobreza, diferentes níveis de escolaridade, vê que o sofrimento das mulheres é incomensurável (KNUDSEN, 2010, p. 162).

Logo, tais conquistas e direitos adquiridos atingiram de modo bastante diverso as mulheres, de acordo com a classe social e a raça/etnia (BRITTO DA MOTTA, 2012; COUTO; SCHRAIBER, 2013).

Barros (2009), por exemplo, em sua pesquisa com três gerações de mulheres moradoras do Rio de Janeiro, afirma que aquelas da geração intermediária – composta, na época, por mulheres que tinham entre 50 e 60 anos – “experimentaram um conjunto de mudanças sociais que redefiniram o lugar da mulher nos contextos público e privado e contribuíram para a construção de novos significados a estas mesmas dimensões da vida social” (BARROS, 2009, p. 48). No entanto, tratam-se de mulheres pertencentes às classes médias, que tiveram acesso a maiores oportunidades de estudo e acesso ao mercado de trabalho, permitindo que rompessem com “o modelo familiar de relações assimétricas de gênero e geração” (BARROS, 2009, p. 49) e vivenciassem maior liberdade sexual. Estudar, fazer parte do mercado de trabalho e seguir uma carreira são elementos que constituíram a “construção de uma subjetividade pautada por ideais de autonomia e de independência econômica” (BARROS, 2009, p. 50).

Enfim, são transformações como essas que permitiram a revisão de determinados discursos hegemônicos associados à feminilidade e ao “ser mulher”, que oportunizaram a essas mulheres, na meia-idade/velhice, maior liberdade. Essa “reinvenção de si” aparece nas narrativas das entrevistadas de maneiras variadas. Rita, por exemplo, decidiu retomar os estudos e concluir o ensino fundamental com 60 anos:

P – E além de ir pra academia e fazer hidro[ginástica], você faz alguma outra coisa?
R – Não. Eu fazia... Já fiz uns cursinhos de culinária na Chocolândia. Sabe, à noite. Já estudei também, fiz até a oitava série, à noite. Porque quando eu era pequena,

mais nova, não consegui terminar os estudos. Então eu terminei agora depois, com 60 anos, que eu terminei.

P – Legal! E o que fez você querer terminar?

R – A vontade de continuar, assim, de aprender. Porque eu sou assim: quanto mais eu sei, mais eu quero aprender. Porque na minha cabeça, assim... Nunca eu vou morrer sabendo tudo. Ninguém consegue isso. Mas assim, pra mim, eu adoro, quanto mais saber, procurar saber, procurar investir. Que nem, eu queria mexer com negócio de informática, aí eu fiz curso de informática. O pessoal lá do trabalho também ficou me ajudando bastante, ensinando. Então eu já sei bastante coisa. Já consigo mexer e tal. Então assim... Eu sou muito curiosa, né? Então quanto mais eu tô sabendo, eu quero aprender mais, quero entrar em todos assuntos (Rita, grifos meus).

Também adquirem extrema relevância os “grupos de idosos”, de terceira idade, e demais atividades frequentadas por esse segmento populacional, constituindo-se, para muitas pessoas, em locais/momentos que permitem o desenvolvimento da sociabilidade entre outras pessoas com os mesmos interesses e/ou a mesma faixa etária. Diversas autoras apontam que as maiores frequentadoras desses grupos e atividades voltadas para a terceira idade são mulheres⁸⁸. Motta (1998) aponta a importância que suas informantes atribuíam à participação na Legião Brasileira de Assistência (LBA), pois possibilitou que elas desenvolvessem atividades e relações fora do ambiente doméstico/privado no qual, inclusive, essas mulheres mobilizavam outras identidades diferentes daquelas performatizadas no ambiente familiar:

O que agrada seus frequentadores é a mera possibilidade de exercício de sociabilidade com pessoas da mesma geração. O ingresso no grupo de idosos é, para muitas das informantes, um marco em suas vidas, uma espécie de divisor de águas, que substitui o período de solidão e abandono seguinte à viuvez ou separação por um outro, de novas amizades, festas, encontros e passeios. É como se “renascessem das cinzas” para uma nova vida (MOTTA, 1998, p. 84).

Britto da Motta (2012) também aponta o caráter “ressocializador” desses programas voltados à terceira idade, que propiciam também “uma significativa mudança na condição de gênero das mulheres idosas” (BRITTO DA MOTTA, 2012, p.7). Assim, conforme afirma Alves (2006), realizando um comparativo entre suas informantes e as de Motta (1998), para essa geração de mulheres “a constituição da identidade feminina na velhice [...] está calcada na valorização da sociabilidade” (ALVES, 2006, p.79). É interessante ressaltar que grande parte do público que frequenta esses programas e atividades é composta por idosas “jovens”. Ou seja, há duas questões que interseccionam essa sociabilidade: a geracional – mulheres que têm maior liberdade e autonomia em comparação a gerações anteriores – e a corporal – “têm capacidade funcional para se locomover pela cidade, fazer excursões, ir a bailes ou a passeatas” (DEBERT, 2013, p. 28).

⁸⁸ Ver, por exemplo: DEBERT, 1994, 2012; BRITTO DA MOTTA, 1997, 2011, 2012; MOTTA, 1998; ALVES, 2006.

Para as mulheres entrevistadas na presente pesquisa – com exceção de Antônio, que afirmou estar saindo menos de casa – a sociabilidade aparece também como central para suas vidas nesse momento, principalmente aquela extrafamiliar. Márcia comenta, por exemplo, que compreende as visitas regulares aos amigos e aos pais como uma dimensão do cuidado que realiza para consigo mesma e para com os outros:

*Aí eu me pus uma meta, de **todo mês tomar café com duas amigas que eu não vejo faz tempo**. Tomar café, sabe, de **se encontrar**. Ou a gente almoça, ou a gente toma café. E eu fiz uma coisa ativa mesmo assim, de ligar, de chamar. Porque gente, não é possível que o contexto político e econômico e as adversidades nos distanciem das pessoas que a gente quer bem. Não dá, é assim inadmissível (Márcia, grifos meus).*

Além de marcar encontros regulares com os amigos e amigas, Márcia também me contou que procura visitar seus pais com regularidade, pois eles moram sozinhos. A rede social de Márcia também inclui diversas pessoas mais jovens, amizades que são fruto de seu retorno à faculdade para concluir uma segunda graduação. Tanto Tereza quanto Luiza – com a sua turma de jovens, já comentada aqui no capítulo 4 –, que frequentam academias, e Josefa, que frequenta atividades no SESC, afirmam que frequentar esses locais possibilitou que fizessem novas amizades, de diversas idades:

*Minha rotina é essa, vou pra academia. Gosto das minhas meninas, as meninas da minha idade. **A gente se dá muito bem. A gente tem uma turminha**. Fora a turminha, eu tenho uns outros pessoal lá, os meninos, jovens, assim da idade do meu filho. [...] **É um momento meu. Aquele ali, eu dou risada, falo muita besteira**. [...] **Eu gosto quando eu saio. Eu vou pra academia. Às vezes me dá preguiça, mas eu vou. Eu chego lá e faço exercício, às vezes quando não faço exercício, eu converso um pouco** (Tereza, grifos meus).*

P – E você usa bastante o equipamento do SESC?

*R – Uso, uso. O SESC eu uso bastante mesmo, frequento. Assim, **tanto pra fazer os exercícios, como pra diversão. Eu vou sozinha**. Sempre fui sozinha no SESC. **Agora os amigos que eu tenho do SESC, são amigos do SESC que eu fiz lá. Aí eu tenho, como agora, tenho amizade com as outras senhoras, outras moças** – não é só senhoras, tem moças, rapazes. Porque eu falo muito, né, então eu faço amizade com todo mundo. Então, todo mundo, eu tenho amizade com o pessoal. [...] **Eu saio bastante**. Mas assim, pra ir até o SESC ou pra ir em algum lugar pra me divertir, **se não tiver ninguém, eu vou sozinha**. Até prefiro, porque aí eu vou, volto a hora que eu quero, converso com quem eu quero, faço logo amizade e vou embora [risos] (Josefa, grifos meus).*

As três têm o hábito de realizarem essas atividades físicas e de lazer sozinhas. No caso de Tereza e Josefa, ambas comentaram que seus maridos não as acompanham em nada. O fato, que anteriormente parecia incomodá-las, agora aparenta ser mais um fator que possibilita certa autonomia e liberdade em relação ao uso de do tempo de cada uma e propicia a vivência de uma sociabilidade que talvez não ocorresse caso não estivessem sozinhas. Tereza, por exemplo, disse que gostaria de sair muito mais, mas seu marido é *meio pacato* e que ela *vai na frente* e ele *vai atrás*. Já Josefa comenta que, agora que seu marido está aceitando sair

mais, eles têm realizado mais viagens, especialmente para visitar familiares que moram em outras cidades. No entanto, o fato de saírem sozinhas não se mostra, em nenhum momento, como um empecilho.

A academia é, para Tereza, um local que permite que ela viva outra subjetividade, assuma uma identidade diferente daquela que vive em casa – de avó, mãe, cuidadora –, uma espécie de “respiro” das responsabilidades do ambiente doméstico-familiar:

Agora não vou perder mais nada. Porque o tempo nosso é curto, não sei o dia de amanhã. Tô sempre falando pra ele [esposo]. O que aparecer pra mim, eu saio. Domingo eu fui sozinha almoçar com a turma também da academia. A gente fez um almoço comunitário lá. Então tudo que eu puder fazer, eu vou. Eu fico aqui sozinha, aí eu vou. [...] Eu falei pra ele: “Se você não quer me acompanhar, você não pode fazer nada”. Porque eu acho que é um direito que eu tenho agora. Eu falei pra ele: “Eu tenho, eu me dediquei muito pra vocês”. Eu já falei que da academia eu não saio. Eu falei pra ele: Se nós tiver [sic] que separar pela academia, você vai separar”. Porque não é por nada... Eu não tô fazendo nada de errado. É uma coisa que eu acho que me faz bem. Tanto bem pra minha saúde, pra cabeça, pra gente, sabe? Porque é um momento meu, delas. A gente fala mal do marido, a gente ri, a gente dá risada. É um momento que eu acho que até... Não só eu, como elas também. Se distrai, sabe? [...] Porque eu falo uma coisa: se eu sair da minha casa, eu não penso na minha casa, nos meus filhos (Tereza, grifos meus).

A viagem a qual Tereza se refere foi realizada com as amigas que fez na academia. Ela também comenta, durante a entrevista, que as mesmas amigas estavam participando de atividades de uma Universidade Aberta para a Terceira Idade e insistindo para que ela também fosse, mas ela ainda não havia se decidido sobre o assunto.

A academia foge, então, de seu principal objetivo – que seria o de realizar exercícios e demais atividades físicas –, constituindo-se para Tereza como um lugar importante para *mexer* sua cabeça. Para ela, a importância maior parece não estar nas atividades físicas, mas sim no fato de ter se tornado um espaço no qual pode viver uma vida pública, em contraposição à vida privada e doméstica. Ela diz que se cobra de ir todo dia, *nem que só converse com o pessoal e volte para casa*, um lugar no qual sempre há *serviço* a ser realizado.

A academia também aparece com essa dimensão para Luiza, que não tem tanto foco na sociabilidade, apesar de exercê-la, mas sim nos exercícios e no espaço como uma espécie de refúgio da vida doméstica:

Quatro horas da tarde eu não estou pra ninguém. Telefone tocando eu não atendia. Às quatro horas, quatro e meia, me preparava e ia pra academia. Das quatro horas e aí chegava às onze, dez e meia da noite. Todos os dias. Essa rotina tem uns dez anos.

A - E aí na academia, você...

R – Tudo! Tudo que tem na academia eu fazia. Tudo. Jump, step, dançava todos os dias e... Só não fazia natação. Mas o Muay Thai, boxe, musculação, tudo eu fazia na academia. Fazia tudo, todo mundo ficava só me esperando [...] Aí eu comecei a morar na academia (Luiza, grifos meus).

Ao passar diversas horas por semana na academia, Luiza realizava diversas atividades de seu interesse. A rotina, embora puxada, também parece ser extremamente satisfatória para ela, talvez porque, como me contou durante a entrevista, se pudesse voltar atrás e escolher uma profissão, gostaria de ter sido atleta.

Além disso, frequentar a academia e conhecer pessoas, fazer amizades, são atividades que permitem que essas mulheres transitem também em outros espaços, como o exemplo citado acima, no qual Tereza passou a viajar e considera frequentar outro local com atividades específicas para a terceira idade. Rita também aponta a academia como um lugar de sociabilidade importante, além da hidroginástica e as excursões que faz regularmente:

Tem uma agência de excursão que eu sempre vou. [...] Então, eu vou muito nas excursões também. E aí, cada vez que eu vou, faço umas duas, três amizades. Aí já pego Whatsapp, a gente vai se falando, e já forma mais um grupinho. Na hidro[ginástica] também, tinha bastante amizade. A gente fazia festinha pra professora. [...] E aí eu ficava, que eu sou a que mais me envolvo com elas e faço elas se conhecerem, vou apresentando. A minha filha às vezes fala que eu sou muito assanhada. “Você é uma velha assanhada, mãe”. Não, não é. É que eu sou extrovertida, né? Então eu gosto. Eu não sei ficar quieta. [...] Saio pra dançar. Vou em bastante excursões da terceira idade. Gosto muito de ir em barzinho. Assim, até com rapazinhos mais novos. Lá da empresa, eu sou sempre a mais velha de todos de lá. Mas eles cuidam de mim, me respeitam bastante. Eu gosto de farra ainda. Farra, assim, comportada ainda (Rita, grifos meus).

Embora a constituição de espaços e grupos voltados à terceira idade desempenhe papel importante no desenvolvimento dessas novas sociabilidades, as informantes não frequentam espaços necessariamente associados a esse público e a esses discursos de posituação da velhice. Algumas frequentam academias – embora, pelo menos Tereza, tenha comentado que participa do desconto da terceira idade oferecido pelo local, o que já demonstra que há preocupação da academia em angariar esse público específico –, outras vão a cursos e atividades ofertadas pelo SESC. As *excursões da terceira idade* também aparecem como foco importante de sociabilidade tanto para Rita e Francisca quanto para outras mulheres que as entrevistadas conhecem.

Assim, os espaços de sociabilidade são aqui múltiplos, incluindo também o local de trabalho, como é o caso de Ana e Márcia, ou ainda outros espaços que nada têm a ver com a idade, como é o caso de Rosa – o que talvez até implique em uma recusa consciente em participar desse tipo de atividade/grupo, pois ela não se identifica com o “público-alvo”; é o caso do exemplo citado no capítulo anterior acerca do bingo.

Como afirma Britto da Motta (2010, p. 229), uma das interpretações do conceito de geração é a de “um coletivo de indivíduos que vivem em determinada época ou tempo social, têm aproximadamente a mesma idade e compartilham alguma forma de experiência ou

vivência, ou têm a potencialidade para tal”. As mulheres entrevistadas na presente pesquisa estão, nesse sentido, inseridas em um mesmo recorte geracional⁸⁹, tendo vivenciado uma série de valores, comportamentos e transformações sociais em comum⁹⁰.

Seja um modo de negar a velhice, positivá-la ou ressignificar os sentidos a ela atribuídos, a sociabilidade – intrageracional e intergeracional – constitui-se, então, como um elemento bastante importante em suas subjetividades. Por exemplo, é pela sociabilidade e circulando em espaços outros que não o doméstico que Rita se permite ser uma “velha assanhada” e, assim como para as informantes de Motta (1998), viver uma “identidade faceira”. O comentário de sua filha sobre o comportamento de Rita pode ser entendido como uma crítica ao seu comportamento ou uma mera brincadeira. De qualquer forma, a interferência da família e dos relacionamentos amorosos na vida das mulheres mais velhas é também pertinente a essa discussão, sobretudo no que diz respeito às autonomias e liberdades dessas mulheres.

6.3. A “liberdade de gênero” e os relacionamentos

Conforme já pontuado anteriormente nesta dissertação, Britto da Motta (2011) elaborou o conceito de “liberdade de gênero” para se referir às transformações vivenciadas pelas mulheres na velhice, no que diz respeito aos discursos prescritivos que constroem uma feminilidade baseada na passividade, na maternidade e em outros estereótipos de gênero. Essa “liberação” pode envolver os(as) filhos(as) terem se tornado independentes e o falecimento do(a) companheiro(a) ou o fim de um casamento. Ou seja, um momento no qual, uma vez terminadas as maiores “obrigações” familiares, “a vida, na velhice, pode agora tornar-se mais leve, mais livre, nesta sociedade pós-revolução feminista, em rápida mudança de valores e costumes” (BRITTO DA MOTTA, 2011, p. 20).

Entre as idosas pesquisadas pela autora, há muitas viúvas. Muitos(as) autores(as) apontam que os homens costumam morrer mais cedo do que as mulheres – aquelas que são viúvas e ou que terminaram relacionamentos, não desejam, em sua maioria, casarem-se novamente. Para Britto da Motta (2011, p.18), isso indica “que a apreciada liberdade que quase todas proclamam refere-se, no âmago, à libertação da histórica subordinação de gênero vivida individualmente [...] no interior de cada casa e casamento”. Essa questão está

⁸⁹ As mulheres entrevistadas nasceram entre o final da década de 1940 e o final de 1960.

⁹⁰ Isso não significa que todas vivenciaram o mesmo contexto social da mesma forma, pois entre (e intra) gerações há também diferenças e interpelações por outros marcadores sociais (BRITTO DA MOTTA, 2010).

imbricada em outros elementos, como a moradia, a família e os relacionamentos.

Assim como as entrevistadas de Britto da Motta (2011), muitas das mulheres desta pesquisa não pensam em se casar novamente. Entre as informantes, Luiza, Rosa e Ana moram com seus filhos e não estão em relacionamentos no momento. Rosa havia se separado de seu marido; reataram o relacionamento e, em seguida, ele acabou falecendo:

*Depois de um ano [que o esposo faleceu], eu namorei com uma pessoa e aí você percebe que você não tem tanta... Eu, pelo menos... **Não tem tanta paciência.** [...] Do que eu conheço de mim, **eu não gostaria de casar de novo. Eu acho que a minha liberdade, eu não sei nem se foi conquistada. É uma liberdade que eu sempre me apropriei. Acho que até quando eu estava casada. Eu acho que eu valorizo mais.** Então se eu ficar pensando que eu estou envelhecendo e talvez seja por isso que eu talvez não tenha mais tanta paciência com novos relacionamentos, posso dizer que talvez tenha alguma coisa a ver com envelhecer. Entendeu? Porque **eu tinha muito mais ímpeto de ficar com namorado, de gostar, de fazer planos e planos pro futuro. Agora eu não faço isso mais.** [...] Um relacionamento teria que ser muito especial pra valer a pena (Rosa, grifos meus).*

A solidão não é entendida como necessariamente negativa nem atrelada inevitavelmente a um relacionamento amoroso. Rosa afirma se sentir sozinha em alguns momentos, mas uma solidão que não é consequência de uma ausência de relacionamentos, mas sim de companhia. Esta, que pode ser suprida por outros tipos de laços, como os que ela tem com uma amiga.

A filha de Rosa e o filho de Ana são adultos, o que permite também que elas tenham uma maior liberdade e independência em relação a eles. Rosa fala sobre sua filha ter realizado dois mochilões⁹¹ nos últimos anos e o quanto isso contribuiu para que ela também se sentisse mais autônoma em relação à filha e buscasse aproveitar seu tempo livre: *“Aproveitar que a minha filha está mais independente e que eu tô elaborando a minha independência. Acho que caminhamos paralelamente. Eu acho que tô tentando me oportunizar mais viagens”* (Rosa). Já Ana expressa essa questão afirmando que *chega um momento da vida da mãe que a gente não precisa ser tanto mãe*, pois é possível *dar um espaço* e um tempo livre, porque ela não precisa, por exemplo, *ficar sabendo onde o filho está durante o dia*.

O filho mais novo de Luiza (a mais velha mora em outra cidade, com sua neta) mora com ela. Ela, que é viúva, afirma que não se sente solitária, pelo contrário: gosta de estar no seu *cantinho* e fazer aquilo que tem vontade, *sem ninguém encher o saco*:

Eu gosto de estar no meu cantinho, adoro. Chegar, tomar um banho, relaxar, sem ninguém pra me encher o saco. Mas... Não agora⁹², mas eu gosto de sair,

⁹¹ “Mochilão” é um tipo de viagem no qual o objetivo é conhecer vários países e/ou cidades em um determinado período de tempo, normalmente curto. As viagens também costumam ser feitas com baixo orçamento, evitando os roteiros turísticos mais comuns.

⁹² O marido de Luiza havia falecido há menos de um ano. Ela me contou que, por sentir que ainda fazia pouco

tanto é que eu falo que eu vou dançar, vou pra dança de salão, porque no final de semana a gente sai. **Sai pra dançar, curtir, fazer as coisas que eu gosto.** Não em si, não de homem. Isso aí eu não quero. **Eu quero sim, curtir a vida, fazer as coisas que eu gosto. Viajar, dançar, essas coisas que eu gosto.** Gosto mesmo de dançar, isso aí é meu ponto fraco.

P – Seu marido saía com você?

R – **Imagina, era solta! [...] Ele era chato, era sonso, sempre foi.** Saía esse horário pra academia, voltava e ele nunca falou nada, chegava e ele já estava dormindo. [...] Mas assim, em respeito a ele, nunca queria. Dançava lá zumba, *zouk*, esses negócios de dançar sozinha. Mas **a dança de salão, não, a dança de salão você tem que ter um par**, às vezes via lá as meninas, elas iam, saíam, e tinha que sair pra praticar num clube, num salão mesmo de dança. “Lá, eu não vou entrar nessa, não”. **Não posso, então, não dá você ficar, conseguir o seu par e depois não poder sair.** Eu falei “não, não, isso aí eu não quero”. **Um dia eu vou fazer, um dia eu faço! [risos] Vou soltar a franga, dançar. Eu gosto** (Luiza, grifos meus).

O marido de Luiza, segundo ela, era *chato* porque não a acompanhava nas atividades que gostava de fazer. Por exemplo, sair para dançar, o que a fazia evitar praticar dança de salão, pois nessa modalidade *você tem que ter um par* e não faria sentido, para ela, formar dupla com alguém com quem não poderia confraternizar depois, pois era casada. Aparentemente, seu marido não apresentava objeções ao fato de Luiza frequentar a academia, sair, viajar... No entanto, pela sua fala, sua atitude também não era de aprovação: ele era *sonso* e não comentava suas saídas. Quando ele estava em casa, ela evitava ficar fora por tantas horas, talvez pela necessidade de prestar maiores cuidados ao marido e à casa.

Britto da Motta (2005, p. 12) afirma que a viuvez é “uma questão avassaladoramente de gênero”, tanto pelo número expressivo de mulheres viúvas – em comparação ao de homens na mesma condição – quanto pela negligência que o tema tem sido tratado na literatura. Embora ainda persista no imaginário social o estereótipo da viúva vestida de preto até o restante da vida, nunca mais expressando sua sexualidade e para sempre relacionada ao nome do marido falecido, “delineiam-se modelos mais novos de atuação, de crescente vigência, das viúvas mais ativas e livres” (BRITTO DA MOTTA, 2005, p. 12).

Uma das falas de Tereza é bastante elucidativa acerca desse contraste geracional e das transformações nos costumes:

Mudou bastante. Menina, e como mudou. Hoje eu sei, como eu falo pra você. Tem uma senhora lá, eu acho até engraçado. O marido, quando ela entrou lá na academia, ela falou que o marido dela tinha morrido, e ela agora estava vivendo. “Quero mais nem saber de diabo de homem!” [risos]. “Eu tô vivendo, tô indo passear, tô indo toda semana no baile”. Realmente, ela chegava toda emperiquitada. Aí quando foi no domingo, ela chegou com um namorado”. [...] Ela apareceu com esse namorado lá, estava lá. [...] Porque elas, hoje, quando o marido morre, muitas estão podendo viver. Gostam muito de dançar, vão pra baile, pra isso, pra aquilo. Vão em excursão. Gostam muito de excursão. Hoje elas fazem muita excursão. Lá também tinha outra que falou assim: “Ai, depois que meu

---

tempo, estava evitando sair tanto e fazer determinadas atividades, como dançar.

marido morreu, faz um ano e pouco, eu tô indo muito pra excursão”. [...] Elas estão vivendo mais. Essa excursão que eu fui, das senhorinha que fazem faculdade, só pra mexer com a mente. Aquela da terceira idade, que elas tão me chamando pra eu ir também. Aí é pessoa que sai pra ter contato com outra pessoa, pra ver palestra, pra conversar. Antes elas não podiam fazer nada disso. Elas curtiam a viuvez, tinha anos pra curtir aquela viuvez. Hoje não. Hoje não tem mais nem luto. Antes tinha. Minha mãe ficou viúva, nossa. Ficamos anos [de luto]. [...] Aqui não, hoje elas vivem bastante. Têm muitas que Deus me perdoe. Quem tem uma vida de doida com o marido, não vê a hora dele ir pro outro lado pra poder se divertir. Te juro (Tereza, grifos meus).

Essas narrativas de mulheres que Tereza conhece evidenciam alguns pontos. Primeiro, a viuvez não tem mais um papel definidor identitário: se é viúva, mas não só isso, assim como se pode ser velha, mas também mulher, estudante etcétera. Segundo, embora a morte do companheiro possa acarretar – e no geral realmente o faça – tristeza a luto, esses sentimentos não são mais compreendidos como “eternos” por essas mulheres, no sentido de que precisam viver socialmente o luto e se retirarem da vida extrafamiliar. A opinião de Tereza é que já não se respeita o luto como antigamente, pois ele dura pouco tempo, ao seu ver. Mas não é possível generalizar uma vez que, devido ao contexto e às próprias trajetórias de vida das mulheres, o luto é vivenciado de modos diferentes (ainda que seus sentidos sejam informados culturalmente). Luiza, por exemplo, relata ainda não se sentir pronta para voltar a sair ou ir dançar com a frequência que gostaria.

Os dois casos que Tereza traz como exemplos de viuvez em seu círculo social também elucidam um terceiro ponto, que vai de encontro com a pesquisa de Britto da Motta (2005). A autora afirma que a viuvez era, para suas informantes, muito menos triste do que o socialmente esperado. Quando Tereza diz que *quem tem uma vida de doida com o marido, não vê a hora dele ir para o outro lado para poder se divertir*, ela está se referindo a relações de gênero embasadas em um sistema hegemônico que determina e constrói lugares específicos para as mulheres e para os homens, não só dentro do casamento mas de modo geral:

Comentei como as revelações desse tipo de dificuldade, tanto quanto as de contentamento pela viuvez, não chegavam a surpreender dadas as peculiaridades do casamento tradicional na sociedade capitalista e as relações de poder, com subordinação explícita da mulher, construídas ou continuadas nele. Não seria de admirar-se, então, que mesmo situações que se iniciaram como amorosas fossem transformando-se, naquele clima e na vivência e desgaste cotidianos, em desconfortáveis ou até sofridas, a ponto de seu término produzir algum alívio (BRITTO DA MOTTA, 2005, p. 16).

Rita aponta questão semelhante ao comentar sobre seus relacionamentos:

P – Você comentou que está solteira. Não quis mais namorar ninguém?

R – Não quis mais. Porque assim, eu falei, “não, chega de eu ser dominada”. Porque como eu fiquei bastante tempo sozinha, eu não aceito ser dominada. Aí eu penso, se eu for arrumar uma pessoa, eu vou ter que falar onde eu vou, falar o

que eu vou comprar, tem que estar mostrando. Eu não gosto. Às vezes eu saio do serviço, eu invento e vou dormir na casa das minhas amigas. Tem dia que eu já saio, já vou, pego uma roupa e de lá da casa da minha amiga eu ligo pra minha filha, “ó, to aqui na casa de fulana, só vou amanhã”. Então se eu já tô com uma pessoa, já vou ter que vir pra casa. Mesmo se não morar junto, já vou ter que dar satisfação. E eu não aceito isso mais, entendeu? Não quero ninguém me dominando. Não consigo mais, eu fiquei muito liberada. Aí eu gosto do jeito que eu sou, do jeito que eu tô. Eu acho uma delícia do jeito que eu tô assim.

P – Você acha que começou a se sentir melhor quando?

R – Quando meus filhos cresceram, que aí já passaram de 18 anos, já não tinha mais... Arrumaram namorados e tudo, então eu já tive menos preocupação com eles de cuidar, ficar muito em cima. Depois já casaram. [...] Mas eu... Gosto muito da vida. Já passei muitas necessidades. Muitas consequências... Que meu esposo não foi muito bom. [...] Preferi ficar sozinha. E assim eu me sinto mais à vontade. Porque quando eu tenho vontade de estar sempre viajando, tô mais livre. Eu gosto demais de me divertir (Rita, grifos meus).

Ao afirmar que seu marido *não foi muito bom*, Rita se refere a fatores do relacionamento que não lhe fizeram bem. Então, ela se tornou chefe de família e criou seus dois filhos. Depois, casou-se novamente, enviuvou e, agora, por escolha, não deseja se envolver com ninguém porque não quer mais ser dominada, não gostaria de dar satisfações sobre sua vida para outra pessoa (exceto para a filha). Assim, para Rita, estar em um relacionamento com um homem implica necessariamente uma relação de dominação, na qual ele vai querer ditar condições sobre sua vida com as quais ela não concorda, porque *ficou muito liberada*. Assim como Ana, ela também fala sobre a questão da liberdade adquirida com o crescimento dos filhos: na medida em que não é mais necessário se preocupar com eles constantemente nem prestar cuidados, adquire-se autonomia.

Parte dessa autonomia conquistada envolve poder escolher como e onde morar. Rita mora sozinha em um apartamento no mesmo prédio que sua filha. Segundo ela, a filha pediu que a mãe mudasse para lá, também para que Rita e a neta fiquem próximas. Na ocasião da entrevista, Rita estava com visitas no apartamento e comenta um pouco sobre essa questão:

P – Você falou que mora sozinha. Você se sente sozinha?

R – Não, eu adoro. Eu prefiro morar sozinha. Eu acostumei, né? Então, assim, eu gosto muito de ficar sozinha. Porque muita gente fala “você não sente solidão?”. Nem sei o que é isso. Graças a Deus, nunca soube o que é solidão. Às vezes até meu filho... Ele veio trabalhar aqui no SESC, ficou um mês aqui, começou a me incomodar. Só dormiu. Eu não via a hora dele ir embora. Porque... Eles [as visitas] estão aqui há uma semana já. Eu faço as coisas no meu horário, gosto de tomar banho, sair pelada, ir para o quarto, aí esquece. E assim, as coisas tudo no lugar certinho. Aí eles quando estão aqui, guardam uma coisa separada, procuro ali e não consigo achar (Rita, grifos meus).

Pelo relato é possível afirmar que não é a visita das pessoas em si que a incomode, mas sim, quando isso começa a interferir em sua rotina, no seu modo de fazer as coisas e viver, na arrumação da casa. Uma rotina construída ao longo dos anos que morou sozinha.

Essa configuração de moradia tem se tornado cada vez mais comuns entre os

indivíduos mais velhos, por conta de inúmeros motivos, como afirmam Cerqueira e D’Alencar (2013, p. 27): “desenlaces, perda dos pais, inexistência de filhos, falecimento dos mesmos ou, ainda, um exercício autônomo e independente da vontade daqueles que são providos de recursos para o próprio sustento”. No entanto, essa possibilidade de escolha quanto ao lugar e condição de moradia está bastante relacionada a fatores como renda e saúde. Ser de classe média e ter autonomia financeira – seja por ter exercido ou ainda exercer trabalho remunerado ou receber alguma pensão ou aposentadoria – permite que isso seja uma opção (CERQUEIRA; D’ALENCAR, 2013), como é o caso das informantes desta pesquisa.

Além de Rita, Francisca também mora sozinha e afirma não se sentir solitária nem desejar casar de novo:

P – Você pensa em namorar alguém?

R – Não. Nunca mais na minha vida.

P – Por quê?

R – Por quê?! Ô... Dar satisfação pra onde eu vou. Fazer a comida que ele gosta e não a que eu gosto. “Ah, não, não vai, não sei o quê”. Não...

P – Seu marido era assim com você?

R – Não, mas a maioria dos homens é. O meu medo não é arrumar... Quer dizer, eu penso assim, em arrumar companhia pra mim. Mas o meu medo é: pega uma companhia, pega um cara, ele entra aqui, não quer sair, fica nas minhas costas e ainda vai me bater. Então eu prefiro ficar sozinha.

P – Você acha que, depois que você ficou sozinha, você tem mais liberdade de fazer suas coisas... Você se sente sozinha?

R – Não, não me sinto sozinha não.

P – Por quê?

R – Eu tenho amigos. E as viagens me suprem essa [falta]... (Francisca, grifos meus).

Novamente, engajar-se em um novo relacionamento tem o sentido de entrar em uma relação na qual há desigualdade, opressões e, possivelmente, violências. Essas opressões também se configuram, assim como no caso de Rita, na necessidade de adaptar sua rotina de acordo com a de outra pessoa, *dar satisfação* e *cuidar* – fazer comida, por exemplo – desse novo parceiro. Uma vez adquirida a liberdade dessas tarefas consideradas socialmente como femininas, não há desejo de retorno. Embora Francisca diga que pensa em ter uma nova companhia, essas condições aparecem como impeditivas. Aqui também a companhia de amigos é pontuada como importante.

Helena também optou por outro arranjo de moradia: divide o apartamento com mais dois amigos. Essa forma de moradia compartilhada tem se popularizado entre pessoas mais velhas. É o cenário retratado, por exemplo, no longa francês “E se vivêssemos todos juntos?”, de 2011, no qual cinco amigos idosos decidem dividir a mesma casa quando as condições de saúde de alguns deles começam a se deteriorar. Esse arranjo aparece como uma alternativa para quem não quer ou não pode morar sozinho(a) e não tem filhos que possam auxiliar em

potenciais dificuldades relacionadas à saúde. Márcia, que diz que *tem alguns filmes mostrando* esses arranjos, afirma brincar com amigos, falando que: “*Na velhice a gente precisa morar todo mundo no mesmo prédio. Porque aí a gente paga uma enfermeira que sobe dando remédio e desce dando banho*”.

Algumas transformações culturais e históricas em relação aos discursos de gênero podem estar relacionadas às narrativas aqui apresentadas. Para as mulheres entrevistadas, estar em um relacionamento amoroso não implica necessariamente a possibilidade de um casamento ou de morarem na mesma casa. O próprio “estar ou não” em um relacionamento aparece como uma escolha que demanda reflexão acerca dos prós (ter uma companhia) e contras (a perda da liberdade, da autonomia através da imposição de regras de outra pessoa ou de prestar satisfações). Além disso, há também a dimensão da vivência da própria sexualidade:

Se eu encontro uma pessoa que eu me encanto e eu acho que vale a pena ter uma experiência afetiva... Às vezes só sexo. Porque também transar é bom. E eu batalhei muito na minha cabeça. E ainda batalho. Porque eu acho que a gente, nós, as mulheres, a gente tem uma relação muito pouco clara. Muito pouco percebível pela gente da questão do bom do sexo, do bom do amor, do bom da paixão, do bom de você ter um orgasmo, de se permitir a ter o encanto do orgasmo. Porque a gente não é treinada pra isso. [...] Eu sou uma pessoa que eu tô muito bem sozinha. Não sei se eu seria capaz de me casar de novo, de dormir todos os dias com a mesma pessoa na mesma cama. Acho que eu não consigo mais, não sei [risos]. Não diria isso né, que “não faço”, a gente não sabe. [...] Não sei se os homens que estão por aí tão dispostos a conviverem com mulheres de mais idade, ter uma convivência muito mais de companheirismo e bem-estar (Ana, grifos meus).

A fala de Ana aponta que nem sempre o ato de se relacionar com outra pessoa implica em formar laços ou sentimentos: é possível ter *só sexo*. Essas dimensões do desejo (sexual ou não) e de maior liberdade para se permitir vivenciar outras experiências (*se permitir a ter o encanto do orgasmo*) talvez não estivesse presente em outras gerações de mulheres.

Helena, que escolheu não ter filhos e não se casar, afirma não ter interesse em novos relacionamentos:

P – Teve alguma ocasião que foi marcante pra você, que você sentiu que estava envelhecendo?

R – Eu acho que muda a relação dos prazeres. Por exemplo, eu não namoro mais. Eu sempre namorei muito e... Não é a melhor coisa pra mim. Hoje o que me dá mais prazer é criar. [...] Eu acho que a partir dos 57 anos, assim, eu comecei a diminuir meu ritmo de vida noturna. Já não me dá mais prazer. Não é porque eu não consigo ir. É que não me dá mais prazer. Meu prazer é criar. Os homens são muito problemáticos também. Eu acho que qualquer relação, te tira um pouco a criatividade, te tira a sua produção. [...] Eu gosto muito da solidão. Eu tenho gostado muito da solidão. Eu fui sempre uma pessoa de grupos grande, de fazer festa. Eu vejo que isso é uma mudança. E não é uma mudança nem pra melhor nem pra pior, né? Porque muita gente pensa que ficar velha é uma questão moral. Não tem nada a ver com isso. Tem questão com os meus prazeres. O que me dá prazer. Hoje eu tenho muito mais liberdade de escolher as coisas que me dão prazer. Eu quero isso, eu quero ficar sozinha aqui. Quer dizer, encarar a solidão qualitativa.

Porque todo mundo tem medo da solidão. Pra mim não. Ela é criativa, qualitativa. Ela me deixa bem. Eu consigo pensar, estudar. Gosto muito de estudar. Então são essas coisas que eu gosto de fazer agora. As rugas eu não gosto. Mas eu dou jeito nelas (Helena, grifos meus).

Novamente o envolvimento em um relacionamento amoroso aparece como algo restritivo e, portanto, indesejado. Também reaparece aqui a questão do desejo e da liberdade de escolhas: Helena opta por estar sozinha e gosta dessa solidão, permitindo-se focar em sua carreira e seus projetos, continuar *criando*.

Assim como Ana e Rosa, algumas das informantes de Britto da Motta (2005) também afirmaram que se relacionariam – namorariam, “curtiriam” – novamente, mas não se casariam. A velhice aparece como o momento para vivenciar “uma liberdade que suas mães nem pensariam – uma comparação que sempre fazem” (BRITTO DA MOTTA, 2005, p. 18). Márcia traz uma fala sobre essa questão e sua percepção acerca da velhice como momento de reinvenção e libertação para as mulheres, devido também às transformações nas relações familiares:

*P – Você acha que o comportamento de uma mulher muda conforme ela envelhece?
R – Só se for pra melhor. [risos] É aquilo que a gente falou até um pouco antes. O jeito de se vestir... Acho que tem gente que às vezes vai atrás do tempo perdido. Fala “**poxa, nunca usei minissaia porque meu marido não deixava, agora ele morreu, tô com 70, vou usar minissaia**”. [...] Eu acho que como comportamento **você pode ter mais liberdade, né?** Imagina, minha mãe nunca conversou conosco sobre sexualidade. Hoje ela pode se sentir mais confortável, mais velha. **Você começa a olhar pros seus filhos, suas filhas, mais como parceiras, e não como aquelas que você tem que ter um monte de segredos com elas, temas proibidos. Então eu tenho percebido uma mudança no acréscimo de liberdade** (Márcia, grifos meus).*

Ainda sobre essa liberdade (re)descoberta com o envelhecimento, ela parece estar atrelada a um sentimento de autoconhecimento e amadurecimento. Várias entrevistadas, ao serem questionadas acerca dos pontos positivos de envelhecer, afirmaram que se sentiam mais maduras e seguras do que desejam. Talvez essa segurança se expresse através de escolhas sobre com quem ou como passar seu tempo:

*Essa situação toda, **ela dá tempo pra gente. Você escolhe. Você pode dizer “Olha, no domingo vou ao cinema às duas da tarde”**. Porque tu pode fazer almoço ou não, tu pode comer fora, como pode comer em casa. Pode comer depois do cinema. Então isso é muito... **Isso eu acho que é uma conquista. Saber viver e saber envelhecer** [...] Agora, hoje, com 64 anos, eu sou uma pessoa que acha muito bom ser sozinha. **Eu sou muito autônoma da minha pessoa. Ir e vir, fazer e não fazer** (Ana, grifos meus).*

Ou ainda na busca por uma vida mais feliz, revisitando prazeres e escolhas que, quando mais jovens, poderiam ser motivo de preocupações ou vergonha:

*O envelhecer pras mulheres feministas, que descobrem seus direitos, seus prazeres... Eu acho que é muito diferente. **Eu acho que quem nasce, envelhece e morre sem se descobrir e nem descobrir o que pode ser felicidade pra ela mesma, é***

muito triste. A liberdade tá aí, você tem que conquistar. Eu acho que muitas mulheres nascem e morrem num estado de interdição total (Helena, grifos meus).

P – Você acha que é uma coisa que tem que mudar? O comportamento de uma mulher conforme vai envelhecendo?

*R – Acho que a mulher, quanto mais velha, ela tem que perder a vergonha. Tem que começar a perder a vergonha. É lógico, não é radical, né? Você vai perder vergonha de uma coisa... Eu não colocava shorts até um tempo atrás. Eu ia na praia, eu ficava de calça, ou então de bermuda. **Hoje eu ponho shorts. Até mais curto, se eu quiser.** Em Paraty mesmo eu pus um curtinho. E não senti vergonha, o pior de tudo é isso. Ou o melhor de tudo, né? Porque eu acho que você tem que perder a vergonha. Ah, eu não sei. Porque **você vai envelhecendo, a vergonha te impede de ser feliz, de fazer coisas que você provavelmente gostaria de fazer e não faz** (Francisca, grifos meus).*

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa, no momento em que vivem, “passaram a ter aquela experiência apreciadíssima de liberdade e a se divertir: passeios, festas, danças, novas amizades, até namoro” (BRITTO DA MOTTA, 2005, p. 18). Muitas dessas possibilidades só se tornaram viáveis, conforme discutido anteriormente, devido às transformações sociais ocorridas nas últimas décadas. Ao discutir os sentidos que essas mulheres atribuem ao “ser mulher” hoje e ao “ser mulher” na época de suas mães e avós, tais mudanças ficam evidentes.

6.4. Velhice feminina ontem e hoje

As transformações nos sentidos atribuídos a identidade feminina e ao envelhecimento aparecem em falas de todas as entrevistadas, nas quais a velhice de mulheres de gerações passadas (mães e avós) é considerada um momento difícil e de reclusão (ainda maior) ao espaço doméstico. Algumas, como Márcia e Helena, acreditam que, antigamente, envelhecia-se mais cedo e/ou mais rápido:

P – Além disso, você acha que tem alguma diferença? Porque você falou, “ah, com 50 anos minha mãe era uma senhora já”.

*R – Total. **Eu com 50 anos, eu estava no auge, assim [risos]. Era tudo. Eu falo pros meus amigos: “Que isso, tão triste por quê? O que acontece?”.** Tem que usufruir dessa liberdade que a gente conquistou, dessa autonomia, inclusive de pensamento. Mas ela, em tudo, era bem diferente de mim. Ela era muito preocupada com o que o outro pensava (Helena, grifos meus).*

***Minha mãe era uma senhora com 50 anos. Trabalhando feito louca dentro de casa e fora. Minha mãe foi empregada doméstica, depois foi cabeleireira. Uma vida maluca, mas era uma senhora. [...] Então assim, eu acho que uma diferença grande né, nós hoje, mulheres mais velhas, e mesmo as idosas, a gente ainda consegue fazer escolhas. Minha mãe não pode. Não pode fazer escolhas. Minha avó menos ainda** (Márcia, grifos meus).*

Para elas, como já discutido nos capítulos anteriores, ter 50 anos não é mais sinônimo de velhice, podendo inclusive ser um momento no qual se *está no auge*. Uma vez que velhice não está relacionada à idade e sim ao comportamento, e que as mulheres *mais velhas*, conforme fala Márcia, possuem hoje maior liberdade e autonomia, é possível envelhecer de

modos diferentes daquele que era considerado o modelo antigamente. Grande parte dessa “velhice prematura” que mulheres de gerações anteriores vivenciavam parece estar relacionada às prescrições de gênero que constituíam a norma. Esses contrastes estão presentes em diversos momentos nas narrativas das entrevistadas sobre suas mães e avós, que aparecem como mulheres que não tinham escolha sobre quase nenhum aspecto de suas vidas (número de filhos, divisão das tarefas domésticas e casamento):

P – Como ser uma mulher da sua idade hoje em dia é diferente da época da sua mãe/avó?

R – Ah, sim, sim. Em todos os sentidos. Fisicamente... Da minha avó, por exemplo, fisicamente. Ela faleceu com 72 anos. Ela já era bem... A imagem que eu tenho dela é de uma velhinha, meio acanhadinha. E assim, como ela se cuidou pouco, os recursos eram menores em relação à saúde, ela acabou morrendo porque ela não se cuidou tanto. Teve um pico de pressão e teve infarto. E socialmente também, né? As mulheres ainda estão conquistando espaços, então o que a gente faz hoje, por exemplo, e o que você se permite hoje, as mulheres não se permitiam há 30 anos. Em relação a tudo, né? Desde entrar num bar sozinha, sair sozinha à noite, ir ao cinema sozinha. Era mais raro, né? Então eu vejo assim, uma contenção maior das mulheres antigas (Rosa, grifos meus).

A autonomia aparece também, na fala de Rosa, com relação às escolhas sobre a própria saúde e ao cuidado de si: sua avó não se cuidou tanto, seja pelos costumes da época, seja por conta da disponibilidade de serviços, informações e tempo. Rosa aponta também para a conquista de espaço pelas mulheres no âmbito público. Francisca também comenta sobre essa dimensão:

Minha avó era uma dona de casa. Ela tava ali ó, ela não tinha voz ativa. Só tinha voz ativa com os filhos. Ela não tinha voz ativa com o que o marido ia fazer, ia comprar, ia deixar de fazer, dinheiro. E hoje eu sou, né? Não sei se é porque agora eu tô sozinha. Não sei se é por causa disso. Porque eu faço o que eu quero, do jeito que eu quero, a hora que eu quero. Viajo quando eu quero, não dou satisfação pra ninguém. Então eu acho que eu tenho uma vida diferente da minha avó e da minha mãe também, apesar de que minha mãe morreu cedo, mas ela tinha uma vida puxada também (Francisca, grifos meus).

Ser dona de casa, ou seja, realizar o trabalho doméstico de cuidado com a família e a casa era o “destino” comum de diversas mulheres. Conforme apontado por Debert (1986, p. 143), é importante ressaltar que as narrativas que as entrevistadas trouxeram em relação às outras gerações e às suas juventudes estão profundamente relacionadas “à leitura que faziam de sua experiência de vida atual e ao contexto a partir do qual eram solicitadas a acionar elementos do passado ou do presente”. Assim, a dedicação a casa e à família, que “no passado pode ter sido vivida como natural [...] é hoje vivida como uma relação de opressão” (DEBERT, 1986, p. 143). Essa relação aparece mais como uma imposição do que uma escolha na fala das entrevistadas, como uma submissão socialmente normalizada das mulheres aos maridos, algo que hoje em dia tem mais espaço para ser questionado:

P – E como que é diferente ser uma mulher da sua idade hoje em dia e na época da sua mãe ou da sua avó? O que você acha que tem de diferença?

R – Tem muita diferença. Na época da minha mãe, com 50 anos ou até menos, a mulher já tinha que ficar era só dentro de casa. Apesar de que naquela época já era assim, que não trabalhava fora, né, então já era dona de casa mesmo, pra cuidar dos filhos, fazer comida, tudo. O jeito de se vestir tinha que ser daquele jeito, porque imagina: “Você não pode se vestir assim ou assado, porque você já tá com essa idade”. Porque falavam mesmo, na cara: “Você já tá com essa idade, você já é casada, então, não pode”. Então, a diferença é essa, o pessoal cobrava muito e a pessoa se sentia já idosa. Com 50 anos, com 40 anos, a mulher já era, já se sentia assim, idosa, entendeu (Josefa, grifos meus).

Para as entrevistadas, não só as vivências de gerações passadas destoam dessa maior liberdade, mas também as suas de quando eram mais jovens:

P – Como é pra você ser uma mulher hoje em dia? Mudou muito em relação a quando você era mais nova?

R – Nossa, mudou muito. Eu sempre falo. Às vezes, a mulher é mais independente hoje. A mulher hoje, eu não sei... Não pode. Eu acredito que a mulher hoje não pode ser dependente do marido, tanto. A mulher é muito independente. Ela se valoriza muito, assim. Até no trabalho [...] Você, minha filha e tudo, trabalham. Trabalha e sabe que duas pessoa juntas é pra dividir. Você vai ser uma pessoa independente, o rapaz independente. É assim. Eu não sei, hoje em dia é bem diferente. Antigamente eu falo que o homem sustentava a mulher. Hoje, o homem não sustenta a mulher, é muito difícil. Tanto também porque muitas não querem. [...] Eu acho que elas têm que mudar mesmo. Não pode ser submissa de ninguém, não (Tereza, grifos meus).

De acordo com Couto e Schraiber (2013), as transformações ocorridas nos discursos de gênero, ocasionaram uma “(re)configuração da identidade feminina”. Essa reconfiguração faz parte da experiência de vida das mulheres velhas na contemporaneidade. Ser mulher hoje em dia é, para as informantes desta pesquisa, *buscar os seus direitos* (Josefa), *não aceitar o destino dado, fazer escolhas e não cumprir roteiros* (Márcia). Essas narrativas acompanham as transformações culturais que vêm acontecendo: a revisão da divisão do trabalho doméstico como uma tarefa unicamente das mulheres, o aumento no número de mulheres que concluem o ensino básico e o superior, a maior discussão sobre as violências de gênero que afetam as mulheres e o feminicídio, a inserção delas no mercado de trabalho.

Para as gerações anteriores, a referência era a família e o ambiente doméstico, pois muitas não exerceram atividades remuneradas ou tiveram alguma profissão (ALVES, 2006). Já as entrevistadas nesta pesquisa, assim como as informantes de Alves (2006, p. 80), “são mulheres que tiveram atividades fora do âmbito doméstico durante quase toda a vida adulta”, o que contribuiu para que tivessem mais autonomia do que as gerações passadas. Helena, por exemplo, ressalta a importância de se ter uma profissão ou um trabalho remunerado:

Então eu fui ver umas fotos da minha mãe. Super bonita ela. As roupas sérias, assim, umas coisas... Quando eu morava lá, ela ainda... Eu pintava meu cabelo de vermelho, ela também. Mas depois ela foi envelhecendo, assim, até por falta de opção. Eu acho que o fato de você não ter uma profissão te tira de cena muito

rápido (Helena, grifos meus).

Essas escolhas também estão relacionadas à decisão de ter ou não filhos. Por exemplo, Helena, Márcia e Francisca, que decidiram não serem mães. Embora ainda haja estigmatização das mulheres que não desejam a maternidade (SCAVONE, 1985), acredita-se que, até algumas décadas atrás, essa seria uma escolha impossível ou improvável – o que poderia estar relacionado a vários fatores, inclusive à falta de acesso a métodos anticoncepcionais:

P – Você acha que é muito diferente estar envelhecendo agora do que na época em que a sua mãe envelheceu?

R – Ah sim... Bem diferente, bem diferente. [...] É outra, outra geração, a geração da minha mãe. É muito complicado falar sobre minha mãe. Ignorância era grande... E também não tiro o jeito dela, a razão dela, porque ela perdeu a mãe, ela tinha um ano e três meses, foi criada com a avó, bisavó e mandava e era tudo que não presta. Mas ela foi criada. Então, ela tinha uma cabeça, teve filho em cima de outro filho, e eu era a mais velha e a gente sabe que não é fácil. E minha mãe [teve] muito filho, muito filho. Todo ano, todo ano, filho. Acho que teve uns dez... Muito filho, muito, muito filho... Trauma. Eu só tive só dois e olhe lá [risos] (Luiza, grifos meus).

P – Bom, e você acha que ser uma mulher da sua idade hoje em dia é diferente... Por exemplo, na época da sua mãe e da sua avó? Em que sentido?

R – Total. Primeiro assim, minha mãe teve cinco filhas, né? Ninguém perguntou pra ela se ela queria ter cinco filhas. Então assim, ela foi tendo. Casou com 18 e foi tendo filhas (Márcia, grifos meus).

A convergência dos discursos da positivação da velhice/do “envelhecimento ativo” e de transformações sociais e culturais que permitiram a revisão de estereótipos de gênero – a partir também de suas trajetórias de vida e capitais cultural e econômico – oportuniza a vivência de um modo de envelhecer que prioriza a autonomia, a liberdade e as escolhas individuais, principalmente para aquelas entrevistadas que são viúvas ou divorciadas. Conforme Debert (1988, p. 551), as mulheres “se veem vivendo uma experiência de independência nunca experimentada anteriormente. Independência da opressão do pai, do marido, do trabalho com os filhos, da sociedade que considerava que velho deveria ficar em casa”.

Sem dúvida, muitas transformações ocorreram nas últimas décadas, questionando estereótipos e beneficiando as mulheres de modo geral, redefinindo a associação da mulher com a maternidade e possibilitando que elas usufríssem de maior autonomia e liberdade de escolha para viverem suas vidas de acordo com suas próprias subjetividades. No entanto, há ressalvas, principalmente ao considerarmos o modo como a categoria gênero se intersecciona com outros marcadores sociais como raça/etnia, por exemplo. Por exemplo, as mulheres

negras ainda são, entre todos(as), as que recebem salários mais baixos⁹³.

De modo mais geral, nossa sociedade ainda está estruturada de modo patriarcal os discursos hegemônicos ainda constroem normas sexistas e misóginas, nas quais resistem múltiplas violências e desigualdades de gênero que perpassam cotidianamente as mulheres (LOPES, 2013).

Embora as mulheres também tenham integrado o mercado de trabalho e sua determinação como cuidadoras da casa e da família esteja sendo revista, na prática o que se acompanha é o crescimento da quantidade de trabalho que as mulheres desempenham, constituindo uma dupla – ou tripla – jornada, na qual o trabalho remunerado (fora de casa) se acumula ao não remunerado (dentro de casa) (ÁVILA, 2013). Como é possível observar a partir das falas das entrevistadas, ainda persiste a associação entre cuidado e feminilidade/ser mulher, seja esse cuidado consigo mesma ou com outras pessoas.

---

⁹³ Fonte: “Brasileira negra ganha menos de 40% do salário de brasileiro branco, diz Ipea”, Alile Dara Onawale, Geledés Instituto da Mulher Negra, 13/03/2016. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/brasileira-negra-ganha-menos-de-40-do-salario-de-brasileiro-branco-diz-ipea/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

7. CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO

Neste capítulo serão discutidos os sentidos que as entrevistadas trazem ao climatério/menopausa e à presença ou ausência de relação entre esse fenômeno e o envelhecimento, na perspectiva dessas mulheres. De acordo com a OMS, a menopausa é o último ciclo menstrual, que ocorre por volta dos 50 anos e faz parte de um processo mais longo denominado de climatério, que inclui também a pré e a pós-menopausa (BRASIL, 2008). Nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011, p. 42), define-se climatério como sendo “a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade”. Haveria, então, alguma relação entre envelhecimento e menopausa?

Outra dimensão dos discursos biomédicos que constroem o que é ser mulher em nossa sociedade estabelece uma relação “natural” entre as mulheres, a menstruação e as capacidades reprodutivas (VIEIRA, 2002; ROHDEN, 2008). Isso implica que somente sejam reconhecidas socialmente como mulheres aquelas que possuem útero, ovário e vagina, construindo mulheres trans, travestis e aquelas que tenham realizado cirurgias como a histerectomia como seres abjetas, que seriam “menos mulheres” ou ainda não reconhecidas pela identidade de gênero com a qual se identificam. Essa concepção das mulheres como dotadas de uma “natureza feminina”, uma essência comum a todas, associada a uma determinação fundada sobre a biologia – ou melhor, o modo como as ciências biomédicas concebem os corpos – tem também, em suas bases, “uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico” (VIEIRA, 2002, p. 25).

A menstruação, conforme discutido no capítulo 1 desta dissertação, é alvo de atenção e intervenção desde o final do século XIX, “por se tratar de um fenômeno que, segundo a visão médica, colocava a mulher no limiar da fisiologia e da patologia durante toda a sua vida reprodutiva” (MARTINS, 2004, p. 163). Como a menstruação é apresentada como elemento definidor de feminilidade em muitos desses discursos, o climatério e a menopausa, quando passaram a ser estudados, foram compreendidos como patologias. No entanto, por significar o fim da vida reprodutiva das mulheres e, portanto, constituir-se como objeto de menor interesse biopolítico (FOUCAULT, 1988), essa fase não foi alvo de tantas intervenções quanto a menstruação, a gravidez e a sexualidade feminina de modo mais geral (VIEIRA, 2002; MARTINS, 2004).

A menopausa aparece nos livros médicos do final do século XIX e início do XX como sendo “um momento de tranquilidade e de sabedoria” (MARTINS, 2004, p. 168), que redefinia o local das mulheres, passando a serem comparadas a “homens disfarçados”, pois, “se pela definição médica do sexo feminino a mulher era assim concebida por causa da menstruação e da maternidade, como definir a mulher que deixara de menstruar, já tendo criado seus filhos?” (MARTINS, 2004, p. 168).

Desde então, a menopausa e a menstruação não são mais definidas como patologias – pelo menos abertamente nos discursos biomédicos hegemônicos. Tanto no Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008) quanto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011), diz-se explicitamente que o climatério/menopausa não são doenças. Ambos os documentos apresentam definições que buscam naturalizar esse período como apenas mais uma fase da vida das mulheres, reconhecendo que seus sintomas e sentidos variam de acordo com a experiência subjetiva e o contexto sociocultural de cada uma. Além disso, constituem referências importantes no que diz respeito ao direito de acesso à saúde e ao atendimento humanizado que respeite as equidades⁹⁴.

7.1. Menstruação, menopausa e sexualidade

Conforme Menegon (1998) aponta em sua pesquisa, os temores em relação à menopausa parecem bastante associados aos sentidos negativos compartilhados com/entre mulheres. Para suas entrevistadas, “o que fica mais explícito é a preocupação e incerteza frente aos riscos que a menopausa possa representar para a saúde e aparência física, principalmente a médio e longo prazos” (MENEGON, 1998, p. 141).

Na presente pesquisa, esses sintomas relatados por outras pessoas geram medo e expectativas negativas em relação à menopausa. As entrevistadas apontam a família (mães, avós, tias e cunhadas), as amigas e os ginecologistas como principais fontes de informações sobre o climatério/menopausa; em menor parcela, a leitura de jornais e revistas e a televisão também aparecem como fontes de conhecimento. Assim como as informantes de Trench e Rosa (2008), as mulheres entrevistadas por mim ouviram relatos nos quais a menopausa é

---

⁹⁴ A equidade em saúde é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e implica “a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a suas necessidades” (BRASIL, 2008, p. 10).

construída como algo horrível, com muitos sintomas desagradáveis – principalmente os calores – e transformações corporais consideradas ruins:

P – E o que você sabia sobre menopausa, você já tinha ouvido a sua mãe falar, suas tias...?

R – Eu ouvia a minha mãe falar e amigas, né, que sofriam muito por causa da menopausa. Eu tinha uma amiga minha que, nossa, ela ficava assim, eu observando ela: “Ai meu Deus, porque calor, porque isso, porque aquilo...”. E eu falava: “Gente, não sei de nada dessas coisas, não sei o quê que é isso, não sei o quê que é isso...”. E, então, ficava sabendo por isso e também por ler, por me informar das coisas, então, eu sabia isso aí só (Josefa, grifos meus).

P – E você acha que a menopausa marca a vida das mulheres? É um momento marcante?

R – Marca, marca muito, muita gente. Eu vi minha mãe, minha mãe quase morria, era tanta doença, só vivia nos médicos. Era queimação, era inflamação, era bexiga não sei o que, era isso, era calor... Ô... Todo mundo que falava, todo mundo falava. Minha cunhada lá [fazendo som de pessoa ofegante], morrendo, na minha casa, pra dentro e pra fora. Na mesma hora: “Ai, tô morrendo de frio, tô morrendo de frio”. E colocava a blusa. Todo mundo que eu convivía era uma loucura dessas e eu disse: “Ah não, não quero isso, não!” (Luiza, grifos meus).

Rita, por exemplo, diz que suas amigas a *assustavam*, falavam *que tinha aquilo, tinha isso, ia passar isso...* Já Tereza teve medo da chegada da menopausa, pois ouvia que “*Quando a menstruação acabar vai aparecer um monte de coisa, [...] um monte de doença*”. Assim, acreditava que seu *problema de pele* – como ela mesma se refere à psoríase – iria piorar muito e se alastrar pelo rosto assim que entrasse na menopausa. No entanto, ela relata que não houve diferença nesse aspecto.

Ao discutir a menopausa, inevitavelmente a menstruação aparece como parte do debate. Os sentidos atribuídos à menopausa parecem estar relacionados à percepção das entrevistadas em relação à menstruação e a tudo que ela envolve – a ausência ou presença de gravidez, o lidar com o sangue, as cólicas e a tensão pré-menstrual (TPM). A associação da menstruação a sentidos negativos faz com que a menopausa seja vivenciada, para algumas mulheres, como um alívio. Em algumas culturas, o sangue menstrual aparece como potencialmente perigoso ou impuro, fonte de vergonha, chateação, nojo e repulsa (SARDENBERG, 1994; MARTIN, 2001).

Outras pesquisas também apresentam sentidos similares, apontando certa tranquilidade que algumas mulheres vivenciam com a chegada da menopausa, entendendo-a como uma “liberdade dos martírios mensais que as menstruações provocavam” (COSTA, 2007, p. 209). *Nojo, tortura e encheção* são as palavras utilizadas por elas para descrever o que sentiam em relação à menstruação:

P – E pra você como foi? Você sentiu sintomas?

R – Não, eu achei muito bom. Achei bom, porque assim, eu nunca gostei de menstruação. Eu sentia até nojo de mim, sabe? Quando eu ficava menstruada

era uma tortura até acabar a menstruação, sofria e tal. Ficava incomodada. E depois, quando parou de vez, eu achei uma delícia. Porque também eu não tive calores, não tive problema nenhum (Rita, grifos meus).

P – Pra você parar de menstruar foi bom, foi ruim...?

R – Pra mim, foi bom.

P – Por quê?

R – *Porque assim não me atrapalhava... [risos] Aquela encheção que você tem de ficar comprando as coisas. Não, pra mim foi bom, não atrapalhou em nada, não, pra mim continua normal* (Josefa, grifos meus).

O nojo associado ao sangue menstrual pode ser compreendido como um dos instrumentos da regulação corporal, uma vez que "o nojo, o asco, a repugnância, cumprem portanto uma função social: a de impor ao indivíduo regulações e autocontroles com uma reação ‘natural’ diante dos processos naturais do corpo e dos impulsos com os quais deve lidar, mas que na realidade é socialmente construída" (PIMENTA; OLIVEIRA, 1994, p. 152).

Assim, para algumas mulheres entrevistadas nesta pesquisa, a menstruação carrega sentidos bastante negativos. Para Francisca, entrar na menopausa significou o fim de um desconforto mensal. Rita e Josefa trouxeram sentidos semelhantes. Seja por causar nojo ou por apresentar uma *encheção* em relação aos cuidados que a menstruação implica, a menopausa adquire valores positivos, representando o fim dessas experiências ruins. Márcia também apresenta uma narrativa que contém alguns desses elementos negativos, ao lembrar o que sua mãe dizia sobre o tema:

P – O que você sabe sobre a menopausa você aprendeu com quem?

R – *Então, com a minha mãe o que eu aprendi da menopausa é que era um horror. “Se prepara”, né? Então era quase o mesmo drama da menarca, né. Então assim, “Agora você está menstruada, precisa se cuidar. Não pode chegar perto dos meninos. Precisa olhar se a roupa está manchada. Precisa carregar sempre um absorvente. Não pode chegar...”. Todo aquele drama, aí vem de novo com a menopausa* (Márcia, grifos meus).

Ela aprendeu que a menopausa, assim como a primeira menstruação, seria desagradável, *um horror* para o qual as mulheres precisariam se preparar. Menstruar aparece como algo cercado de técnicas, segredos e diretrizes: não se deve chegar perto dos meninos porque agora se está em uma fase reprodutiva e há o risco de gravidez; não se pode andar com a roupa manchada de sangue, para não “denunciar” o que seu corpo está passando, o que seria vergonhoso; é preciso andar com absorventes em todas as ocasiões para evitar surpresas e lidar com o sangue menstrual de modo “correto”. Assim como o nojo, a vergonha aparece como um aparato regulatório, constituindo-se como “um instrumento de disciplina, o regulador primário da socialização, que, embora não seja inata no homem, pode ser internalizada a ponto de a julgarmos natural” (PIMENTA; OLIVEIRA, 1994, p. 153). A vergonha sentida aponta que houve “o desvio e a transgressão do sistema de conduta da

comunidade” (PIMENTA; OLIVEIRA, 1994, p. 153). No caso da menstruação, a norma é escondê-la, interditá-la da esfera pública.

Esses sentidos negativos atribuídos ao sangue menstrual e à menstruação têm relação com discursos que hegemonicamente constroem essas noções, fazendo com que mulheres se sintam compelidas a tratar a menstruação e tudo a ela relativo quase como um segredo: é vergonhoso que vejam que você está segurando um absorvente ou tenha manchado sua roupa de sangue (MARTIN, 2001). Um exemplo de como essas construções culturais abordam a questão pode ser observado nas propagandas e comerciais de absorventes, nas quais assistimos mulheres desfilando na rua com vestidos brancos esvoaçantes, orgulhosas de suas roupas sem manchas, além de absorventes sendo preenchidos com misteriosos líquidos azuis que em nada lembram sangue.

No entanto, a menstruação e a menopausa são questões dotadas de sentidos ambíguos (SARDENBERG, 1994; COSTA, 2007; TRENCH; ROSA, 2008), evidenciando também os diversos discursos que circulam em nossa sociedade sobre os temas. Rosa aponta o desconforto que sentia ao menstruar, associando-o à TPM, algo considerado cansativo de se vivenciar durante tantos anos. Ao mesmo tempo, isso não quer dizer que entrar na menopausa foi visto por ela como algo totalmente positivo, pois também veio acompanhado de alguns sintomas:

P – E parar de menstruar foi algo impactante?

R – Não. Porque não dá tempo de sentir muito. Tem uns sintomas que vem junto com essas paradas. Se por um lado é bom, porque menstruar, às vezes, também já estava me cansando... Eu tinha TPM. Por outro lado você também vive uma nova realidade que tem coisas positivas também e coisas que não são tão positivas. Nem diria “negativas”, porque passa (Rosa, grifos meus).

Para Rosa, apesar dos sintomas, a entrada na menopausa não gerou grandes abalos ou consequências no sentido emocional. Não menstruar mais, para ela, foi apenas mais uma transformação pela qual seu corpo passou. Tereza também demonstra essa ambiguidade de sentidos ao me contar que *nunca gostou de menstruação*, porém, ao entrar na menopausa, passou a sentir falta de menstruar e a ter receio das mudanças que essa fase poderia acarretar:

P – E a menopausa foi marcante pra você?

R – Não, não foi marcante não. Foi só essa coisa que eu falei pra você. Mas não foi coisa de me deixar assim... Marcante, não. Eu nunca gostei de menstruação. Mas quando eu passei a saber que eu não ia ter mais menstruação e que sem a menstruação, muita coisa poderia vir, eu senti falta da menstruação. Não gostava dela, vou falar pra você, mas aí eu achava que a mulher tinha menstruação, pra não ter muitas coisas que acontece com ela. Na pele, esse problema de calor, hormonal, aquelas coisa toda. Eu achava que isso daí já... Eu queria ter continuado na menstruação (Tereza, grifos meus).

As transformações corporais que podem vir a acontecer no climatério/menopausa – ou seja, os sintomas, as doenças comumente associadas a esse processo (como osteoporose e insuficiência cardíaca) e outras alterações (como mudanças na elasticidade da pele e ganho de peso) – também parecem estar bastante relacionadas ao modo como as informantes vivenciaram/vivenciam esse momento. Essas questões serão retomadas com maior profundidade mais adiante; no entanto, é relevante pontuar essa relação entre os valores e sentidos atribuídos à vivência da menopausa e essas alterações corporais.

Para outras mulheres a menopausa pode ser sinônimo de crise (VEIGA, 2012), uma vez que a menstruação – e/ou a capacidade de engravidar – ainda é tida socialmente como um elemento definidor da identidade feminina, “que faz parte do cotidiano de ‘ser mulher’” (SARDENBERG, 1994, p. 340). Algumas das entrevistadas de Martin (2001), por exemplo, dão esses sentidos à menstruação, considerando-a como algo compartilhado por todas as mulheres. As informantes de Costa (2007) também apresentam esses sentidos, pois, para elas, a menopausa implicava uma “inversão de gênero”, um “deixar de ser mulher”, pois a fertilidade era tida como definidora de suas identidades femininas. Menegon (1998, p. 107) também apresenta informações similares em sua pesquisa, na qual a “menstruação é colocada como vital para sentir-se mulher”.

Já para minhas informantes, essa relação parece não existir ou ao menos não ser relevante a ponto de ser mencionada durante as entrevistas. Se hegemonicamente ainda se observa essa associação, em contrapartida não há, para elas, uma associação direta entre a identidade feminina e menstruação ou as capacidades reprodutivas. A feminilidade ou o “ser mulher” parecem estar relacionados a outros aspectos subjetivos e identitários, conforme foi discutido no capítulo cinco desta dissertação. Mesmo Ana, que evidencia em algumas falas o quanto considera os hormônios importantes, afirma que mesmo após a menopausa ela ainda sente seu corpo *se mexendo*, no sentido de que ainda há “algo” relativo à *organização do feminino* que funciona sem problemas, mesmo com menor quantidade de hormônios sendo produzidos: “*É muito forte essa coisa nas mulheres, essa organização aí do feminino, da reprodução, dos hormônios. Eles são muito vivos, os hormônios*” (Ana).

Há ainda, em algumas falas, uma relação implícita entre menstruação e saúde. Para Helena e Ana menstruar mostra que seus corpos estavam funcionando corretamente, realizando uma limpeza *de excessos* ou uma *renovação*:

P – Pra você, parar de menstruar significou alguma coisa, mudou alguma coisa?

R – Não. Mas eu não achava ruim menstruar. Pra mim era legal, assim. Era como se eu tivesse tirando algumas coisas de excesso (Helena, grifos meus).

P – Para você, parar de menstruar significou alguma coisa?

R – Então, aí vai também um pouco das histórias de cada um, né? Porque eu, por exemplo, **sempre gostei muito de menstruar. Eu sempre achava que, mensalmente, eu me renovava. Era uma... “Tô nascendo de novo”**. Então percebia que eu tinha um pouquinho de dores lombares, um pouquinho de seios intumescidos. E às vezes uma cólica aqui e ali, mas não era uma coisa forte, assim. **Eu achava que era sinal de que o meu corpo estava se mexendo, que era ele que se mexia.** Eu não tenho nenhuma intervenção nisso. Ele é maior que eu. Então eu sempre gostei muito de menstruar (Ana, grifos meus).

A menstruação e o sangue menstrual aparecem, nessas narrativas, como dotados de um poder simbólico que envolve a purificação e a renovação do organismo, através da qual ele pode *nascer de novo*. Para Menegon (1998), que observou sentidos similares nas falas de suas entrevistadas, estes podem estar relacionados a elementos remanescentes de determinadas crenças religiosas⁹⁵ e da teoria dos humores – que via o sangue menstrual como parte do “equilíbrio para a saúde (purificação das impurezas)” (MENEGON, 1998, p. 104). A menstruação mostrava que o corpo *estava se mexendo*, ou seja, funcionando de acordo com o esperado e *se renovando mensalmente*, purificando-se daquilo que estava excedente. Outras pesquisas apontam sentidos semelhantes que caracterizam o sangue menstrual como um elemento repleto de impurezas ou como, ele próprio, capaz de exercer a limpeza de excessos do organismo, contribuindo para sua boa saúde (COSTA, 2007).

Entre as entrevistadas que veem a chegada à menopausa como algo positivo, Márcia traz outra questão, a da sexualidade. Para ela, esse foi um momento libertador principalmente por significar o fim da necessidade do uso de métodos contraceptivos, que ainda hoje são, comumente, considerados responsabilidade das mulheres (VEIGA, 2012):

P – Para você mudou alguma coisa não menstruar mais?

R – Olha, além da economia em absorventes [risos], tem uma tranquilidade pra ir embora sem a gente... Aí quando eu fiquei menstruada a gente levou um sustinho. Porque **uma coisa boa também foi poder abrir mão da camisinha, então deu um alívio.** Então foi uma festa. Aí quando eu menstruei a gente levou um susto e voltou a usar a camisinha. **Pra mim deu uma situação muito de liberdade.** Talvez por essa coisa de eu ter decidido muito cedo na minha vida que eu não queria ser mãe, então, pra mim, foi um sentido de liberdade. **“Pronto, agora eu não preciso me preocupar”** (Márcia, grifos meus).

Não ter mais que enfrentar a possibilidade de uma gravidez indesejada constitui-se em um alívio que permite vivenciar a sexualidade nesse momento com maior tranquilidade, com *liberdade* e menos preocupações. Antônia também apresenta sentidos similares ao contar que

⁹⁵ “Na cultura ocidental o conceito de contaminação tem fortes raízes na tradição judaico-cristã, cujas filosofias religiosas acham-se impregnadas de restrições e interdições à mulher menstruada, incluindo-se várias esferas: preparo de alimentos, relações sexuais e participação em determinadas cerimônias religiosas. [...] Associando-se o conceito de contaminação à saúde da mulher, a retenção do sangue poluído é vista como causa de grandes males, justificando, portanto, a necessidade de curar casos de retenção, que ocorressem fora do período considerado natural” (MENEGON, 1998, p. 57).

ficou feliz com o fim da possibilidade de engravidar, uma vez que todas as suas gravidezes haviam apresentado complicações:

P – E como foi pra você parar de menstruar? Foi bom, foi ruim?

*R – Ah, **eu achei bom**, porque na época que eu tive o meu filho mais novo, foi com 35 anos. **Aí depois a médica falou que eu não devia ter mais filhos.***

P – Por quê?

*R – Porque teve problemas. Em todos eles, eu fiquei de repouso. A dele foi a gravidez mais difícil de todas. Eu fiquei muito tempo na cama e... Até ele nascer, eu fiquei na cama. E depois eu peguei e **marquei uma cirurgia pra não ter mais filhos e, nesse meio tempo, aconteceu a menopausa...** [risos].*

P – Foi um momento marcante da sua vida entrar na menopausa?

*R – Não, não, **foi uma felicidade! Me senti libertada** [risos] (Antônia, grifos meus).*

Assim, para algumas das entrevistadas, o fim das capacidades reprodutivas e da menstruação também acarreta momentos de felicidade, além de permitirem a construção de outra relação com o corpo e com o exercício de sua sexualidade.

Em relação à menopausa como fenômeno, para algumas das mulheres, mais do que suas próprias percepções, parece ser o discurso médico que define como é a menopausa, como ela é vivenciada e quando ela começa ou acaba:

P – Quando você entrou na menopausa?

*R – Na menopausa, eu entrei... Acho que agora, tem pouco tempo, pouco tempo. Porque eu pensei que ia chegar nos sessentinha, mas foi agora, agora em setembro. Porque **faz um ano que não veio agora em setembro.** Que eu passei, fiz os exames tudo. Aí na médica, eu falei assim: “Ó doutora, desceu pra mim em setembro...”. **Aí ela falou: “Ah, então você não está em menopausa, só depois que completar um ano, você...”.** Ih... Então, só em setembro. Então, agora em setembro foi [a menopausa] (Luiza, grifos meus).*

*E aí com a questão do câncer e o uso de hormônio, a minha menopausa foi meio adiada. Então ela foi... Foi um processo diferente. [...] **Ele [o médico] falou: “Não, é menopausa”, porque eu fiquei já mais de um ano sem menstruar.** Mas aí quando a gente retirou o hormônio, que é o tamoxifeno, pra quem teve câncer de mama... Retirou o hormônio, **eu menstruei de novo. Ai ele falou “Agora a gente tem que esperar mais um ano”** (Márcia, grifos meus).*

Nos relatos de Luiza e Márcia, são os médicos que informam quando começa a menopausa: somente após um ano sem menstruar. No caso de Rosa temos um acontecimento similar. Era a médica que atribuía uma relação entre a menopausa e os sintomas que lhe eram relatados:

P – E você entrou na menopausa com 50 anos, então?

*R – Eu entrei com uns 46 anos. Começou... **Já eram sintomas que eu não identificava como, mas a médica falava que poderia ser.** Eu tinha um trabalho muito desgastante. Eu comecei a ter menstruação hemorrágica, muita perda de sangue. E aí foi indo, eu fui fazendo exames. **Aí ela falava que estava associado já ao início da menopausa. Até que a menstruação parou.** [...] Quando eu vou na médica ela fala “**isso é sintoma de menopausa**”. Entendeu? Quando eu me queixo, assim... Se eu tô com alguma preocupação de alguma coisa que eu preciso decidir, **eu fico com mais calor do que o normal. E ela falou que isso é associado à baixa dos hormônios** (Rosa, grifos meus).*

Ana também aponta outra dimensão dessa questão: os exames ginecológicos, sobretudo o ultrassom, que permitem a visualização – e consequentemente, a construção de sentidos – dos órgãos reprodutores internos:

Tem um momento que aí a gente começa a perceber as mudanças. Aquela coisa de você faz um exame de ultrassom e vê que o útero está bonitão, e daí um ano ele está se encolhendo, e vai encolher, vai encolher. Os cabelos que começam a ficar grisalhos, agrisalhados. E você não manda nisso. Mas é que eu acho que também tem que ser pelo outro lado. É um novo momento em que o corpo se põe pra fora (Ana, grifos meus).

A menopausa é tida como algo que atinge o corpo tanto interna quanto externamente, em um processo no qual o corpo não pode ser controlado. Além disso, sua fala evidencia a construção de uma subjetividade e de sentidos sobre o corpo a partir de exames. Observar o *útero encolhendo* faz parte da subjetivação e da elaboração de uma nova identidade incorporada, que dá indícios de que algo em si está se transformando. Para Chazan (2003), a popularização das tecnologias médicas visuais contribui para a constituição de um novo tipo de corpo e de pessoa, uma vez que permitem uma observação constante do interior dos corpos, exercendo uma espécie de panóptico foucaultiano reelaborado através do biopoder:

Neste processo, não apenas a vigilância constante é essencial – um panopticismo disseminado, por assim dizer –, como também a visualidade e a veiculação de imagens exercem relevante papel constitutivo e normativo. [...] A tecnologia ocupa, portanto, lugar estratégico nesse processo, sendo uma das principais vias de produção desse corpo totalmente vigiado e reconfigurado. Desse modo, o corpo e a Pessoa também são remodelados, mantendo vínculos bastante peculiares com a tecnologia, dentro de uma vasta gama de possibilidades. [...] A verdade sobre a saúde e a doença do sujeito não se encontra mais no relato da experiência vivida de sofrimento, mas nas imagens produzidas do interior de seu corpo, como se tratasse de “corpos sem Pessoa” (CHAZAN, 2003, p. 208).

Assim, através da visão do interior do corpo, constrói-se um conhecimento de si (ORTEGA, 2008), elaborado também através do olhar técnico do médico e dos discursos biomédicos acerca do que seria um organismo normal – no sentido de algo normativo (CANGUILHEM, 2009).

Percebe-se, então, que os sentidos da menopausa são múltiplos e informados tanto por experiências anteriores de outras mulheres – sejam de diferentes gerações ou não –, quanto por profissionais de saúde – aqui, em todos os exemplos, são médicos. Esses sentidos são compartilhados em nossa cultura, porém, principalmente informados pelos discursos biomédicos hegemônicos. Considerando que tais discursos não são totalmente coerentes e apresentam visões heterogêneas – embora embasadas no mesmo conjunto de disciplinas e saberes –, os modelos explicativos da menopausa apresentados pelas entrevistadas também apresentam certa diversidade.

No entanto, parece haver certa regularidade de sentidos relacionados ao entendimento da menopausa como algo negativo ou como doença, em uma compreensão similar ao modelo funcional/relacional, que entende a saúde e a doença em “termos de harmonia e desarmonia, de equilíbrio e desequilíbrio, e a doença não é mais considerada como uma entidade inimiga e estranha [...], mas como um desarranjo, por excesso ou por falta” (LAPLANTINE, 2010, p. 55). A falta de hormônios nos corpos das mulheres – assim como a ausência da menstruação – aparece, nesses discursos, como gerador de desequilíbrios.

De acordo com Martin (2001), para aquelas mulheres que não vivenciam desconfortos que estariam associados à menopausa, esta costuma ser descrita como apenas mais um momento da vida, que apenas marca o fim da menstruação. É o caso das outras entrevistadas, que afirmam não terem sentido nenhum sintoma. A menopausa aparece para Francisca como algo *normal, que terminou [com a menstruação] e ponto final*. Helena afirma que não sentiu *nada* e que *nem viu ela [a menstruação] ir embora*, só foi *sumindo aos poucos*. Já Tereza, embora associe a *irritação* e a *vontade de chorar* à menopausa, afirmou que, para ela, foi algo que não apresentou *diferença nenhuma* em sua vida. Luiza diz que a menopausa foi algo que nunca a incomodou, *uma coisa que passou* e ela *não sabe o que é*.

7.2. Sintomas e transformações corporais

Os sintomas do climatério/menopausa variam não apenas de acordo com as subjetividades de cada mulher, mas também com o contexto sociocultural no qual elas vivem (LOCK, 1993; TRENCH, ROSA, 2008; TRENCH, MIYASHIRO, 2011). Assim, cabe o questionamento sobre como a cultura influencia a vivência desses sintomas e do processo de climatério em si, tanto em relação ao modo como ele é experienciado corporalmente quanto aos sentidos que as mulheres atribuem às transformações vivenciadas nesse momento.

O climatério/menopausa é, por tudo que envolve, uma “marca no corpo feminino, [...] servindo para classificar, descrever, rotular e com o poder de produzir determinadas identidades para as mulheres” (MEDEIROS, 2004, p. 268). Nesse sentido, os discursos que constroem os corpos das mulheres como hormonais também os descrevem como sintomáticos (MEDEIROS, 2004) – seja em relação à TPM, à gravidez ou à menopausa. Depressões, problemas de saúde mental ou mesmo comportamentos considerados desviantes ou inadequados pela sociedade foram comumente associados à questão corporal e hormonal das mulheres. Antônia narra o modo como foi tratado o *problema de menopausa* de sua mãe:

A minha mãe teve um problema de menopausa, mas eu era jovem quando aconteceu. Ela ficou de cama uns seis meses. A menopausa... Ela teve um problema, assim, físico e, como que fala, de estafa, de nervoso, assim. Até o

médico cogitou de por ela no sanatório pra fazer um tratamento, ficar de repouso, aí meu pai não quis. A gente tratou ela em casa. Ele cuidava dela, eu cuidava, a gente arrumou uma empregada pra cuidar do serviço, as coisas. E ela passou uns seis meses, foi fazer o tratamento e sarou. Mas acho que esse também é o problema da menopausa, que, às vezes, causa em algumas mulheres. Tipo depressão, né... (Antônia, grifos meus).

À menopausa, nessa narrativa, associada à *estafa* e ao *nervoso*, fez com que a mãe de Antônia ficasse acamada por meses e fosse considerada sua internação em um *sanatório*⁹⁶. Embora muitos desses sentidos estejam sendo revistos, “a crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, embora muito antiga, persistiu em nossos tempos” (BRASIL, 2008, p. 12).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011, p. 42), os sintomas que podem ser vivenciados nessa fase ocorrem “devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios” e também ao estilo de vida praticado pelas mulheres. O Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa é um documento técnico publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde do Brasil, que apresenta diretrizes e orientações para profissionais de saúde, com foco no cuidado humanizado e integral das mulheres nessa fase. Inserindo o climatério como parte de uma “série de eventos endócrinos [que] acontece de forma natural, com sua gama de sintomas e sinais semelhante à menarca, sendo também necessária como nesta, uma fase de adaptação” (BRASIL, 2008, p. 31), são apresentadas as alterações fisiológicas ocasionadas nesse processo a partir da “gradativa diminuição da produção estrogênica” (BRASIL, 2008, p. 31). O sintoma mais recorrente nas mulheres ocidentais é, de acordo com o Manual, os fogachos ou ondas de calor⁹⁷ (BRASIL, 2008). Algumas pesquisas realizadas no Brasil, como as de Trench e Rosa (2008) e Costa (2007) apontam que as ondas de calor constituem grande parte das reclamações das mulheres no climatério, envolvendo também “o desconforto, as noites não dormidas, a suadeira e a vergonha” (TRENCH; ROSA, 2008, p. 214).

Algumas das mulheres entrevistadas afirmam terem sentido sintomas que relacionam à menopausa; outras, não. Antônia, por exemplo, experienciou incômodos físicos como *muito mal estar e muito calor*. Rosa foi acometida por enxaquecas *depois dos 50 anos, que vieram*

⁹⁶ Sobre a construção da medicina nos séculos XIX e XX, de uma relação entre menstruação, hormônios e/ou corpos femininos e distúrbios psicológicos ver, por exemplo, Rohden (2001), Vieira (2002) e Martins (2004).

⁹⁷ “Manifestam-se como sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face [...]. Além disso, pode ocorrer palpitação e mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde muito leves a intensos, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia” (BRASIL, 2008, p. 34-35).

com a menopausa. Já Tereza afirma ter passado por momentos de *irritação* geral com todos, principalmente seu marido:

P – E pra você como foi a menopausa? Você teve sintomas?

*R – Eu tive. **Eu tive muita irritação.** Muita mesmo, assim, de querer sumir. Mas eu não me liguei. Depois eu fui me ligando. **Vontade de chorar. Uma solidão, um vazio, sabe. Uma coisa esquisita que dá.** Eu não sei. **É que ela chega e deixa a gente meio isolada se não tiver cuidado.** Eu falo isolado, porque os outros, do lado da gente, não percebem. Ou talvez não tenha falado: **“Eu tô entrando numa fase ruim, disgramada. Preciso de uma orientação, preciso que vocês me entendam”.** Porque a gente fica brava com facilidade. A gente pega birra do marido. [...] Às vezes, talvez por eu não ter falado... **“Ó gente, eu tô com a menstruação assim, tô entrando na menopausa”** (Tereza, grifos meus).*

É interessante refletir sobre a motivação que fez com que ela não compartilhasse com outras pessoas o que ela estava vivenciando. Tereza afirma não se sentir confortável para discutir a menopausa, principalmente com a família, talvez porque, assim como a menstruação, ela se constitua como um assunto cercado de tabus, algo da dimensão do não-dito em nossa sociedade. Em outro momento, Tereza conta sobre uma conhecida que está na menopausa e começou a tomar *tarja preta*⁹⁸:

*E ela está entrando nessa menopausa, e na casa dela são quatro homens. O marido... Então ela vai sentir muito. Porque é difícil do homem perceber. [...] Nossa senhora! Se ela não tiver cuidado, detona. E do jeito que ela ficou manhosa com qualquer coisa, e não vai ter um filho pra perceber o que ela tem. Pelo que ela falou, não sei se ela tem alguma mãe, irmã, assim por perto. Ela fala mais dela e dos filhos. Então sofre bastante mesmo, se a pessoa não perceber e se ela não conversar. Eu não conversei com ninguém. Eu conversava era com a ginecologista. Eu tinha muita... Eu tinha minhas dúvidas, eu falava com ela. Porque às vezes aqui eu não vejo ninguém pra eu conversar e falar **“ah, como é a menopausa?”.** Ninguém vai explicar também. A melhor pessoa era ela mesmo (Tereza, grifos meus).*

Parte do não-dito em torno da menopausa também está relacionado às configurações sociais de gênero: *é difícil do homem perceber*, porque ele não passaria por isso. Com a ausência de outras mulheres com quem possa conversar sobre o assunto (*alguma mãe* ou *irmã*), parece que resta a essa mulher “sofrer calada” em casa, sem poder compartilhar o que está sentindo, pois seria um assunto estritamente do mundo feminino. Novamente, o médico também aparece como referência, uma fonte de informação segura com quem se pode conversar sobre o assunto. A menopausa, assim, parece sofrer de um interdito que impede que esses assuntos circulem sem constrangimento em determinados espaços e com determinadas pessoas.

Em relação aos sintomas, Ana afirma ter vivenciado *os calores* e que *não é uma sensação agradável*, e sim parte de um desconforto generalizado, uma *insegurança* sobre se

⁹⁸ Remédios controlados, geralmente utilizados para tratar problemas de saúde mental como a depressão.

sentir mal e não saber qual o motivo. Ela trouxe o exemplo dos calores que sentia durante reuniões no trabalho, fazendo com que se abanasse e fosse questionada pelos colegas como ainda estava com calor se o ar-condicionado estava ligado. Embora Ana não afirme ter se sentido constrangida nessas situações, é possível compreender como tais indagações e experiências sejam causadoras do sentimento de vergonha para algumas mulheres, novamente pelos tabus que ainda cercam a menopausa e a menstruação.

Há também outras transformações que hegemonicamente são associadas à menopausa. Algumas pesquisas apontam que muitas mulheres passam por mudanças relacionadas à libido depois da menopausa e/ou sentem dificuldades em vivenciar sua sexualidade (BRASIL, 2008; TRENCH; ROSA, 2008). Contribui para isso também o fato de que “a sexualidade da mulher no climatério é carregada de muitos preconceitos e tabus” (BRASIL, 2008, p. 25), com discursos que instituem a mulher após a menopausa – e isso inclui também as mulheres mais velhas – como sendo assexuadas (MOTTA, 1998). Helena relata ter sofrido alterações no que diz respeito à libido:

P – Para você essa questão sexual mudou?

R – Pra mim, minha libido é nada. Eu poderia trabalhar pra voltar a ter. Mas eu nunca dei muita importância a isso. Eu sempre dei muita importância pra minha liberdade, minha criação. Mas mulher pode fazer o que quer, transar quando quer, a hora que quer, com quem quer. Não tem idade pra isso. A minha libido é uma questão de hormônio. E uma questão que eu não mexi nela. Não tive interesse de mexer nela (Helena, grifos meus).

Em relação à menopausa, há novamente a recorrente concepção dos corpos das mulheres como sendo hormonais. Assim, o fim ou a diminuição da produção de hormônios implicaria o fim da libido e, logo, o desinteresse em vivenciar a sexualidade, como é colocado por Helena na fala acima.

Cabe o questionamento sobre até que ponto se trata de uma questão de valores e estereótipos ou se a questão hormonal realmente influencia na libido e no exercício da sexualidade quando o próprio Manual (2008) afirma que tais “alterações fisiológicas que ocorrem pouco influem sobre a sexualidade” (BRASIL, 2008, p. 26). O texto coloca que outras mudanças corporais podem diminuir “qualitativa e quantitativamente a resposta erótica” (BRASIL, 2008, p. 26), principalmente por conta da menor irrigação sanguínea e lubrificação dos órgãos genitais. Além disso, afirma-se que não é somente o estrógeno que influencia essa questão, mas também os outros hormônios produzidos pelo corpo – ou seja, novamente a sexualidade denota a dependência de uma “resposta” hormonal.

Ana também narra essa questão, apontando uma mudança em sua disposição sexual, quando lhe pergunto se a menopausa, para ela, havia alterado alguma coisa em relação à vivência de sua sexualidade:

Eu, particularmente, me dou conta que a energia pro sexo diminui. Então, por exemplo, quando eu era jovem, eu podia, por exemplo, ir transar, ter uma relação sexual, e depois descansar, quem sabe dormir um pouquinho ou não, e talvez no meio da noite ou no meio da tarde ter outra relação. E talvez outra, ou então seguidas. E hoje eu não sou essa pessoa. Eu não tenho essa energia, eu me canso. Então eu acho que o corpo muda. Ainda a gente tem aquela... Como é que eu vou dizer? Aquela fleuma, aquela chama. [...] Mas isso é uma coisa que... Sabe fadiga? A gente cansa. Eu não sei como é isso com muitos velhinhos, mas eu converso um pouco com outras mulheres velhinhas que me dizem que tem um determinado momento em que o apetite sexual muda. A gente fica sem apetite sexual, em que então você, por exemplo, gosta do seu parceiro, do seu companheiro, do seu amor de tantos anos, aquele bem, aquela companhia, aquela convivência de pele, ela te dá prazer. Mas você não tem mais um apetite, uma vontade de sexo. Então você pode, por exemplo, dormir juntinho, pode se agradar, pode caminhar de mãos dadas, fazer as coisas juntos, e isso dá prazer (Ana, grifos meus).

A falta de libido, que aparece na narrativa como *apetite sexual*, também aponta uma alteração relacionada à menopausa e, mais ainda, ao envelhecimento. Embora Ana afirme ainda sentir a *fleuma*, para *outras mulheres velhinhas*, segundo ela, em determinado momento da vida não há mais esse apetite. Então, a solução seria voltar-se a outras formas de prazer, não necessariamente sexuais. Fica clara, nessa percepção, a ideia de que a sexualidade acompanha transformações ocasionadas pelo envelhecimento.

No entanto, cada vez mais o estereótipo de assexualidade na velhice vem sendo revisto (MOTTA, 1998). A continuidade da atividade sexual nessa etapa foi, inclusive, incluída em discursos gerontológicos, no âmbito das políticas de “envelhecimento ativo”, integrando parte das prescrições para ter um envelhecimento saudável e manter a saúde. Esse processo, denominado por Debert e Brigeiro (2012) de “erotização da velhice”, apesar de defender a “desgenitalização” do sexo – e, nesse sentido, haveria até certa similaridade entre a fala de Ana e essas outras formas de obter prazer –, não parece fazer parte do cotidiano de grande parte das pessoas velhas entrevistadas em etnografias. Pode-se problematizar também esse modo de lidar com a sexualidade na velhice, pois ele pressupõe uma leitura heteronormativa das experiências e orientações sexuais das pessoas velhas, além de desconsiderar que, para algumas delas, “uma experiência de envelhecimento bem-sucedida é independente de uma vida sexual gratificante” (DEBERT; BRIGEIRO, 2012, p. 49).

Não seria possível generalizar e afirmar que, para as mulheres entrevistadas na presente pesquisa, a vivência da sexualidade após a menopausa não é algo considerado importante ou relevante. Enquanto Ana afirma que essa continua sendo uma parte relevante

de sua vida, embora seja vivenciada com algumas diferenças em relação a quando era mais nova, Helena diz que não possui interesse na questão, mas também que se houvesse essa vontade, não veria o menor problema, pois *mulher pode fazer o que quer, transar quando quer, a hora que quer, com quem quer e não tem idade pra isso*. Já para as outras informantes, a sexualidade foi um tema raramente citado ou explorado, talvez por vergonha ou desconforto de conversar sobre o assunto com uma pessoa – no caso eu, a pesquisadora – que muitas estavam vendo pela primeira vez.

A sexualidade apresenta-se, nas narrativas das entrevistadas, como uma questão relacionada aos hormônios e a transformações corporais que são por elas significadas como parte do envelhecimento e/ou do processo associado à menopausa. Assim, o tema parece estar, para elas, carregado de sentidos que o associam ao campo do biológico, com centralidade na fisiologia e no funcionamento hormonal do corpo.

7.3. Menopausa, hormônios e medicalização

A terapia de reposição hormonal (TRH) é o tratamento comumente empregado na supressão dos sintomas relacionados à menopausa e à diminuição da produção de hormônios, visando “combater os sintomas vasomotores, o ressecamento vaginal (que causa a dispareunia) e da pele, preservar a massa óssea, melhorar o sono, impedir a deteriorização da função cognitiva e estimular a libido” (BRASIL, 2008, p. 136).

Na década de 1960, o médico americano Robert Wilson publicava seu livro “*Feminine Forever*” – no Brasil, o título foi traduzido como “Eternamente feminina”. Diversos autores e autoras apontam a importância dessa obra que, ao discutir a menopausa, a associou ao envelhecimento e “vendeu” a terapia de reposição hormonal (TRH) como “cura” e intervenção contra os efeitos indesejáveis do tempo (MCCREA 1983; FAUSTO-STERLING, 1992; CONRAD, 2007; FREITAS, 2008; TRENCH, ROSA, 2008). Para Nissim e Araújo (2001, p. 6), “o texto prometia uma pílula da juventude”.

Tratando-se ou não de “uma operação publicitária bem montada com o financiamento dos laboratórios Searle, Ayerst e Upjohn” (NISSIM E ARAÚJO, 2001, p. 6), a obra de Wilson tornou-se referência e ganhou grande repercussão, fosse para concordar, discordar ou simplesmente comentar suas proposições. O livro foi um dos grandes propagadores da TRH, responsável também pela medicalização da menopausa e a criação de discursos que a concebem como marco do envelhecimento feminino, devido à relação estabelecida entre

prevenção, hormônios e rejuvenescimento (TRENCH, ROSA, 2008). A realização da reposição hormonal é, em tal perspectiva, uma espécie de “poção” da juventude:

Ainda que as proposições de Wilson tenham sido duramente criticadas, especialmente por autoras feministas, e alguns dos benefícios atribuídos à terapia de reposição hormonal (TRH) serem alvo recentemente de extensa polêmica, observa-se que continuam sendo estas as principais premissas, ainda que modernizadas, que norteiam o discurso médico hegemônico sobre a mulher na menopausa (TRENCH; ROSA, 2008, p. 208).

Na mensagem escrita na capa da publicação brasileira da obra (Imagem 1) é possível notar três grupos de discursos anunciados pela capa: primeiro, os que definem a menopausa como uma doença, embora “curável e totalmente prevenível”; segundo, a associação entre feminilidade e juventude, um “ideal” almejado pelas mulheres; e, por fim, a concepção dos corpos das mulheres como corpos hormonais, definidos por e para os hormônios (principalmente o estrógeno). Nesse sentido, o corpo que não tem mais capacidades de produzir estrógeno aparece como abjeto, deficiente. A solução apresentada é o consumo de hormônios para suprir a necessidade desse corpo abjeto, evitando assim a “doença” menopausa e o envelhecimento, tornando-se “eternamente feminina” (FREITAS, 2008). A menopausa aparece como uma “enfermidade que ameaçava a ‘essência feminina’” (SEPARAVICH, 2010, p. 69).

Imagem 1 – Capa brasileira do livro “Eternamente feminina”, edição de 1966

Fonte: Estante Virtual. Disponível em: <https://www.estantevirtual.com.br/>. Acesso em 13 jul. 2018.

A ausência dos hormônios – aqui chamada de “castração” – é compreendida, nesses discursos, como geradora de descontrole corporal e, em certo grau, do envelhecimento:

Todos os tecidos tornam-se secos, os músculos flácidos, a pele cede. Os ossos, por causa da deficiência hormonal, tornam-se frágeis e porosos, facilmente fraturáveis. O enfraquecimento dos ossos leva a uma gibosidade progressiva, conhecida como “corcunda da velhice”, à medida que os anos passam. Ademais, enquanto as mulheres, durante seus anos férteis, são virtualmente imunes às doenças coronarianas e à hipertensão sanguínea, na menopausa – sem hormônios femininos – elas perdem logo esse privilégio e tornam-se tão propensas às afecções cardíacas e aos derrames cerebrais como um homem da mesma idade. Estes são os efeitos secundários da castração. Quanto aos efeitos primários, eles são muito simples. Destituída de suas secreções fluidificantes naturais, pelo dessecamento geral dos tecidos, **todo o aparelho genital seca. Os seios tornam-se caídos e murchos, e a vagina, seca e retraída. A fragilidade causa, com frequência, inflamação crônica e fissuras da pele, que infeccionam, e tornam a união sexual impossível** (WILSON, 1966, p. 42-43 apud FREITAS, 2008, p. 115-116, grifos meus).

Essa relação entre hormônios e juventude/envelhecimento é parte de uma interpretação mais ampla elaborada a partir de discursos que colocam os hormônios como centrais na vida dos indivíduos, sobretudo das mulheres. De acordo com Rohden (2008, p. 134), tanto discursos biomédicos quanto midiáticos têm sido “dedicados a tratar da importância dos hormônios no bem-estar e na saúde dos indivíduos e na determinação de certos comportamentos”. Aqui, não só o corpo é concebido como uma estrutura regida por hormônios, mas principalmente o cérebro e os órgãos sexuais – ou seja, as diferenças hormonais existentes entre homens e mulheres determinariam o gênero dos indivíduos. Para a autora, as mulheres têm uma longa história de associação aos hormônios e a discursos que atribuem a eles comportamentos considerados socialmente problemáticos ou desaprováveis:

Fenômenos como a tensão pré-menstrual (TPM) ou as transformações percebidas com a menopausa têm sido usados como chaves explicativas para as mais variadas formas de comportamento e têm alimentado uma grande indústria de tratamento dos “problemas femininos” (ROHDEN, 2008, p. 134).

Rohden (2008) aponta uma transição nos discursos biomédicos acerca da “essência” feminina: no século passado, prevalecia o entendimento de um excesso (como é o caso, por exemplo, da “mulher histérica” discutida por Foucault em 1988). Posteriormente, “o que se destacava era uma imagem da falta, da chamada insuficiência ovariana, que representaria uma carência ou ausência de feminilidade, expressa de várias formas, do desejo sexual à capacidade de procriar” (ROHDEN, 2008, p. 145). Assim, alguns corpos das mulheres são concebidos através da ausência ou da falta de elementos que os tornam “normais” e, conseqüentemente, normatizam também suas identidades e comportamentos de acordo com o que é culturalmente adequado.

O Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008) apesar de apresentar um discurso em defesa da desmedicalização do climatério/menopausa, pois esse seria um momento natural da vida das mulheres, ao mesmo tempo também indica diversas mudanças ocasionadas pelas “alterações hormonais” relacionadas à menopausa:

As alterações hormonais que levam ao fim do período reprodutivo, marcado pela menopausa, exigem adaptações físicas, psicológicas e emocionais. Antigos conflitos podem emergir e são revividos nesta fase. **O metabolismo como um todo sofre algumas alterações, especialmente relacionadas às funções do sistema endócrino e diminuição da atividade ovariana. O órgão genital assim como o restante do organismo mostra, gradualmente, sinais de envelhecimento.** Assim, **o evento da menopausa pode ser vivenciado, por algumas mulheres, como a paralisação do próprio fluxo vital. Se insatisfeitas e desmotivadas, podem colocar em dúvida tudo o que têm feito,** com a sensação de que tudo está errado, sem saber bem o quê. É uma sensação de que tudo se desorganizou, **que a vida é um caos. Muitas se referem a uma “sensação de tragédia eminente”** (BRASIL, 2008, p. 21, grifos meus).

Ao longo de três páginas do Manual (BRASIL, p. 31-33), são discutidas alterações hormonais de estrogênios e androgênios (estrone, androstenediona, testosterona, estradiol, progesterona) que ocasionam essas alterações. Como uma solução aos sintomas que podem ou não acometer as mulheres nessa fase, defende-se “a adoção de medidas promotoras de qualidade de vida com hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física adequada, postura pró-ativa perante a vida, capacidade de fazer projetos, atividades culturais, sociais, profissionais, lúdicas” (BRASIL, 2008, p. 33).

Nessa narrativa, a ausência de determinados hormônios está diretamente associada ao envelhecimento dos órgãos genitais e do organismo como um todo. Além disso, afirma que essa ausência também acarreta transformações “psicológicas e emocionais” que podem levar a sentimentos de insatisfação com a vida e mudanças comportamentais, a uma sensação de “tragédia eminente”, de que “a vida é um caos”, insatisfação e desmotivação generalizadas.

Conforme discutido no capítulo 5, as mulheres também são concebidas como dotadas de maior atenção e cuidado para consigo mesmas e para com os outros. O autocuidado em saúde aparece em diversos momentos do Manual como importante não só para a saúde, mas também para a autoestima. São citados, além de precauções relacionadas à alimentação, exercícios físicos e consumo de drogas, cuidados em relação à pele (por exemplo, com que frequência e como o rosto deve ser lavado). Também se afirma a importância das mulheres seguirem hábitos saudáveis, pois “elas estão em posição privilegiada, para influenciar mudanças de atitude e estilo de vida para seus filhos, para toda a família e pessoas de sua convivência” (BRASIL, 2008, p. 87).

O livro de Wilson é citado no Manual (BRASIL, 2008) em meio a críticas sobre a prescrição extensiva e indiscriminada da TRH por alguns profissionais de saúde, uma questão que envolveria “dilemas éticos” que implicam em tomar decisões que levem em conta os benefícios e os malefícios do tratamento de acordo com cada caso individual (BRASIL, 2008). Assim, aponta-se que “a medicalização do corpo das mulheres, com o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na medicina” (BRASIL, 2008, p. 12). Também critica-se o uso indiscriminado da TRH, prescrita por muitos médicos como único tratamento possível para os sintomas da menopausa, apontando também outras terapêuticas (como acupuntura, por exemplo) que podem contribuir para diminuir os desconfortos que as mulheres possam vivenciar nesse momento.

Sardenberg (1994) descreve a ambiguidade dos discursos biomédicos acerca da menstruação e da menopausa: ao mesmo tempo em que a indústria farmacêutica coloca a menstruação como um empecilho para a vida das mulheres, defendendo sua supressão através do uso de hormônios, também defende que as mulheres no climatério/menopausa precisam da reposição hormonal para evitarem “os males do não menstruar” (SARDENBERG, 1994, p. 342). A adoção e defesa da TRH como melhor tratamento, além de generalizar a experiência da menopausa (sem considerar as especificidades das mulheres que por ela estão passando), contribui para sua construção como doença e/ou anormalidade (BRASIL, 2008). Logo, o uso de hormônios está profundamente relacionado à medicalização dos corpos das mulheres e à associação entre menopausa e envelhecimento:

Os hormônios passariam a ser indicados com objetivos profiláticos, e como uma espécie de antídoto contra o envelhecimento. Neste caso, identifica-se que a atual construção da menopausa pressupõe dois movimentos, associa-se menopausa a envelhecimento e simultaneamente possibilita-se por intermédio da intervenção hormonal que tal associação seja desfeita. Para que os hormônios sejam consumidos pelas mulheres na menopausa, não só a associação hormônios-rejuvenescimento, hormônios-prevenção deverão estar em constante circulação no imaginário, como os médicos terão que ser parte integrante desta cadeia associativa e constituir-se no mais importante vetor para sua disseminação (TRENCH, 2004, p. 197).

Conforme apontado por Trench e Rosa (2008), seriam três atores principais responsáveis por essa construção da TRH como antídoto para o envelhecimento: os(as) médicos(as), os laboratórios farmacêuticos e as próprias mulheres, estas com determinado capital cultural e financeiro, que permitiria tanto a possibilidade de aquisição dos medicamentos quanto a oportunidade de acesso ao acompanhamento médico. Além disso, também relacionada à questão de classe, são mulheres que têm condições de adotar um estilo de vida considerado saudável, necessário para o alívio dos sintomas e um “bom” envelhecimento.

Assim como a classe médica é referência para algumas mulheres no “diagnóstico” da menopausa, também é ela que irá propor seu “tratamento”, prescrevendo o uso de TRH, aparecendo novamente como uma fonte confiável de informação, como mostram as entrevistadas:

Naquela época, a questão de tomar hormônios era muito... Ela caía mais de paraquedas em cima da gente e tinha, vamos dizer assim, você tinha poucas opções. Eu tive uma ginecologista que era também homeopata. Então ela me tratou muitos anos com uma reposição hormonal de homeopatia, de manipulação (Ana, grifos meus).

Eu confio nesse médico, se ele falar que tem que fazer, eu vou fazer. Senão eu vou tomar chá de pitanga. Mas eu não tenho nada dos sintomas, não tenho tido calor, não tive aumento de peso. Ainda não, né? Vamos ver o que vai acontecer (Márcia, grifos meus).

Eu tomei uma época um remédio, uma reposição que ela [a médica] me deu. Eu tomei com uma médica que eu passei, e ela me deu um remédio pra tirar um pouco essa irritação. [...] “Na sua idade eu não aconselho mais você tomar a reposição”. Eu tenho um pouco de calor. Eu procuro sempre tomar um chá. [...] Eu tomo chá de amora. Com hibisco. E assim, só de amora, porque diz que é bom, né? (Tereza, grifos meus).

Ao mesmo tempo, a busca por terapêuticas que não envolvem o uso de medicação alopática também está presente. Tereza, após não continuar com o uso do hormônio por recomendação médica, passou a consumir chá de amora *porque dizem que é bom* para os sintomas da menopausa. Márcia também afirma que, a não ser que seu médico diga que ela tem necessidade de usar a TRH, vai tomar *chá de pitanga*. Já Ana, embora afirme que *a questão de tomar hormônios caía de paraquedas em cima* das mulheres, ou seja, não eram utilizadas ou prescritas muitas alternativas que não a TRH, fez uso de homeopatia para tratar os sintomas. De acordo com o Manual, essas seriam opções “mais saudáveis” do que a TRH. No entanto, a maioria dos médicos “ignora ou não considera outras opções de tratamento disponíveis para alívio dos sintomas” (BRASIL, 2008, p. 19).

O caso de Josefa é bastante interessante no que diz respeito à prescrição generalizada da TRH como tratamento. Ela relata as perguntas constantes do médico com quem se consultava sobre a necessidade de utilizar a TRH, as quais ela respondia com questionamentos acerca da utilidade da terapia:

P – E você sentiu algum sintoma?

R – Não, nunca senti sintoma nenhum. [A menopausa] parou, fui no médico, aí como todos ginecologistas, eles falam que precisa tomar hormônio. Mas aí esse médico, há muito tempo eu já me tratava com ele, aí eu falei pra ele assim: “Olha, me fala os prós e os contras”. Aí ele explicou. Eu falei: “Então não vou tomar, por que eu não tô sentindo nada!”. E ele falou: “E eu não posso obrigar você a tomar. Se você tiver algum problema, aí você volta e fala pra mim”. Mas assim, os médicos geralmente aconselham a tomar. Eu falei: “Mas eu não vou tomar. Se eu for por na balança, eu vou perder, porque eu não tenho esses sintomas que você falou que tem que ter. No dia que eu tiver, aí eu te procuro e falo”.

P – Ele falou que os contras eram quais? Você lembra?

R – Ele falou, eu não sei se é verdade, mas naquela época falaram era da probabilidade de ter câncer no seio. Ele falou que aumentava isso daí. Então, esse foi um dos fatores que eu parei e “não quero tomar, não quero tomar”. Então, não tomei. Agora não sei se... Todos os anos eu voltava nele, fazia todos os exames, todo ano sempre fazia a mesma pergunta. E eu falei: “Eu ainda não vou tomar, não vou tomar”. E ele perguntava: “Você não está sentindo, isso, isso e aquilo?”. E eu respondia: “Eu não estou sentindo nada disso. Não tenho nada disso, não tenho”. E realmente não sentia e até hoje, tô com 71 anos, eu nunca tomei hormônio nenhum (Josefa, grifos meus).

A percepção de Josefa é a de que *todos ginecologistas falam que precisa tomar hormônio*. Apesar de ela afirmar não sentir nenhum sintoma e, logo, não ver necessidade em realizar esse tratamento, ela conta que em suas visitas anuais ao médico, *todo ano ele sempre fazia a mesma pergunta*, ou seja, a questionava se não desejava fazer reposição hormonal. Ao mesmo tempo, ela também era indagada sobre a ausência de sintomas que o médico *falou que tem que ter*, como se isso ocasionasse estranheza ao profissional: *E ele perguntava, “você não está sentindo, isso, isso e aquilo?”*. Josefa tinha informações que a permitiram tomar uma decisão consciente sobre a necessidade ou não e a relevância ou não, para ela, do uso da TRH.

Entre as outras informantes que não utilizaram TRH, há também essa percepção de que o uso de hormônios sintéticos era dispensável. De acordo com Rita e Luiza, os exames de rotina que realizavam nunca apontaram uma dosagem de hormônios abaixo da “normalidade”, o que por si só não indicava uma imposição do uso da TRH:

Não tem necessidade. Eu passo no médico e eles fazem... Faz a dosagem, eu faço todos os exames, de hormônio e tudo. Porque de ano em ano certinho eu passo nos médicos. Ginecologista... Faço todos os exames (Rita, grifos meus).

P – Você pensa em tomar reposição hormonal?

R – Eu não! De jeito nenhum. Eu fiz [exames], os meus hormônios está tudo bom, não sinto nada. Porque quem tem esses problemas, esses negócios de hormônio, acho que sente um monte de problema, né? É falta, né. Eu não senti nada, outra sente segura, outra sente não sei o quê... (Luiza, grifos meus).

Aqui novamente os exames aparecem construindo uma verdade sobre o corpo menopausado, a partir da medição e quantificação dos hormônios presentes nesse corpo.

Há ainda Helena, que afirma ser contra a TRH, porque *a reposição hormonal é uma coisa que você repõe quimicamente, que introduz coisas no seu corpo que não são naturais*. Já Antônia, apesar de ter utilizado a reposição hormonal por algum tempo, afirma que *não se sentiu bem com aquele negócio* e, por isso, decidiu parar de usá-la.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher aponta que a prescrição de TRH por um período longo não é recomendada, devido principalmente a seus possíveis efeitos colaterais. Assim, essa forma de uso, “para prevenir o envelhecimento, como é

prescrita comumente no nosso meio” (BRASIL, 2011, p. 44), torna-se problemática, principalmente “por falta de consenso na literatura sobre a terapia” (BRASIL, 2011, p. 44).

A TRH é, em nossa sociedade, uma tecnologia de gênero no sentido proposto por Lauretis (1994), uma vez que é utilizada para materializar no corpo determinadas características consideradas femininas e/ou associadas a uma feminilidade, além de adequar os corpos das mulheres “à tríade beleza, juventude e saúde” (MEDEIROS, 2004, p. 281). A TRH é, então, uma intervenção que permite “normalizar” um corpo abjeto (que está envelhecendo e perdendo suas funções e seu valor socialmente reconhecidos). Uma biotecnologia, parte da biopolítica, exercendo poder sobre a construção de subjetividades a partir de “camisas de força hormonais que tem como objetivo a manutenção do biopoder” (PRECIADO, 2013, p. 118, tradução minha). De acordo com Preciado (2013), o uso de hormônios, como o estrogênio, denominados de “hormônios sexuais”, faz parte, em nossa sociedade, da construção da biofeminilidade.

Segundo Oudshoorn (1994), que traça um panorama do desenvolvimento e dos usos dos hormônios sexuais, a criação de uma nova categoria de doenças, as designadas como deficiências hormonais – entre as quais, durante muitos anos, foi enquadrada a menopausa – gerou a utilização de hormônios como medicamentos, utilizados principalmente para suprir uma “falta” nos organismos. Em relação à menopausa, os hormônios são compreendidos como a resolução para “muitas experiências corporais negativas durante o envelhecimento” (OUDSHOORN, 1994, p. 149, tradução minha).

7.4. Entrelaçando envelhecimento e menopausa

Enquanto a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011) dedica apenas três páginas ao climatério/menopausa, o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008) apresenta uma visão multifacetada desse processo, considerando também os aspectos de humanização no atendimento das mulheres e problematizando a prescrição indiscriminada de reposição hormonal como solução para os problemas – de saúde física, mental ou outros – que são, pelo menos nos discursos biomédicos, associados a essa questão. Também aponta diretrizes importantes para os profissionais de saúde que envolvem a escuta qualificada e atendimento humanizado. Ao mesmo tempo, em alguns momentos também adota a percepção hormonal do corpo das mulheres e utiliza o discurso do risco como base para a prevenção e promoção da saúde, tendo como foco também o estímulo ao autocuidado:

A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de **medidas para incorporar hábitos saudáveis** na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, **evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.** [...] **O investimento no autocuidado, com medidas simples como não fumar, garantir um sono adequado, tomar sol pela manhã ou cuidar da pele fazem bem para a autoestima em qualquer fase da vida, especialmente no climatério,** onde as pequenas mudanças, se bem conduzidas, proporcionam resultados bastante positivos (BRASIL, 2008, p. 48-49, grifos meus).

Há também a valorização da atividade nessa fase da vida, em discursos prescritivos que apresentam seus benefícios “quer seja no cuidado com plantas, como no exercício das funções profissionais e sociais” (BRASIL, 2008, p. 48). Assim como os discursos do “envelhecimento ativo” que constroem a velhice como fase promissora para novas experiências e reinvenção de si, o climatério/menopausa é aqui apontado como “uma fase da vida importante para a incorporação de novos hábitos, em que a mulher tem mais tempo para dedicar-se a si” (BRASIL, 2008, p. 48).

Esse paralelo entre o climatério e o envelhecimento/velhice como momentos de transição e transformação não é, a princípio, tão óbvio. No entanto, está presente na literatura. O próprio Manual aponta uma possível relação entre ambos. A menopausa, diz-se, pode ser fruto de inseguranças pelos sentidos hegemonicamente a ela associados, “pelo medo de adoecer ou pela maior consciência do processo de envelhecimento” (BRASIL, 2008, p. 15):

No climatério, as alterações hormonais, acompanhadas pela desvalorização estética do corpo e por toda uma sintomatologia de intensidade variável – que no limite aparece como sofrimento depressivo – sinalizam o envelhecimento inevitável. Nesta etapa, as mulheres se dão conta que a vida tem um fim. Trata-se de um tempo vivido com muita contradição, pois diante da percepção do limite de tempo cronológico, certezas podem ruir e dúvidas aumentarem (BRASIL, 2008, p. 23).

As pesquisas de Mendonça (2004) e Veiga (2012) apontam que muitas mulheres percebiam uma relação entre a menopausa e o envelhecimento, principalmente por questões culturais que classificam a mulher nessa fase como sendo velha (MENDONÇA, 2004) ou do fim da ovulação como uma marca da “morte da juventude” (VEIGA, 2012, p. 78), nesse sentido, relacionado também ao final da possibilidade de engravidar. Há, então, pelo menos para as informantes das duas autoras, a vivência do envelhecimento perpassado por questões de gênero, estas profundamente relacionadas às transformações associadas à menopausa. Ainda, para Costa (2007), as mulheres entrevistadas pela autora apresentam sentidos negativos atribuídos ao envelhecimento que são, também, relacionados à menopausa.

No caso das mulheres entrevistadas na presente pesquisa, Luiza traz uma narrativa bastante parecida com outras falas suas em relação ao modelo por ela almejado de “bom” envelhecimento:

P – Você acha que menopausa tem a ver com envelhecimento?

R – É, depende da cabeça. Porque tem gente que está com a menopausa, pronto! Ficou lesada lá no sofá, sentada, se abanando o dia inteirinho, não faz mais nada. Só sentada, assistindo televisão, se abanando e o ventilador em cima, porque não aguenta. Ah não, eu acho que tem muito a ver, muita gente, muitas mulheradas se entrega nisso aí e fica com essa preguiça por causa da velhice, da menopausa. Olha quantas tinha aí. Dona Fulana⁹⁹, que vivia morrendo com esse calor, aí se acomoda, não consegue mais fazer nada. Se fazia uma costura, não faz mais, porque não consegue. E vai se acomodando, se acomodando e morre tudo nova. Umas velhas que por causa disso, se acomoda e tudo engorda, começa todo mundo a engordar, só crescer a barriga e pronto. Ah não, isso não é vida, não. Eu acho que elas se acomodam muito... (Luiza, grifos meus).

Rosa também traz uma fala com pontos semelhantes:

P – Você acha que a menopausa tem a ver com envelhecimento?

R – Olha. Têm algumas pessoas e médicos até que dizem que tem, dizem que tem a ver com envelhecimento. Mas... Olha, eu não sei te falar se tem ou não. Eles dizem que tem a ver com o envelhecimento. Se você for procurar pessoa por pessoa, assim, até pode ser. Porque tem gente que fala assim: “Ah, eu tô na menopausa. Pronto, agora eu vou ficar aqui e acabou minha vida, eu já tô velha!”. Entendeu? Eu não pensei assim, eu pensei ao contrário, eu queria era viver, melhorou mais ainda porque eu não tinha aquela preocupação. Mas tem gente que pensa assim, que já ficou velho, entendeu (Josefa, grifos meus).

Aqui a menopausa aparece como uma doença da qual só é acometida quem quer. Assim como em relação ao envelhecimento, as mulheres não podem se acomodar, *se entregar e ficar com essa preguiça*. O esforço e a força de vontade parecem o “remédio” para a manutenção da juventude e de um corpo sadio durante e após a menopausa. Nessa percepção, não se pode adotar uma atitude negativa em relação à vida, “aceitar” que a menopausa significa a chegada da velhice. Novamente a velhice aparece como um estilo de vida.

Já Márcia acredita que, para muitas mulheres, a menopausa torna-se um momento marcante de transição para o envelhecimento por significar o fim das capacidades reprodutivas:

P – Você acha que a menopausa tem a ver com o envelhecimento?

R – Eu acho que sim. Acho que ela tá muito ligada a essa pressão da maternidade, né? Essa pressão de que a gente tem que ser mãe. [...] Então eu acho que a menopausa acaba sendo ligada ao envelhecimento por isso, porque fala “e agora, que você não pode mais ser mãe?” (Márcia, grifos meus).

⁹⁹ O nome real foi trocado para respeitar a privacidade da pessoa.

Em uma sociedade que estabelece a norma como mulher-mãe-reprodução, o local de abjeção parece recair sobre quem não pode engravidar. Nesse sentido, é quase como se as mulheres abandonassem seu local de mulheres e se tornassem velhas (MOTTA, 1998).

Rosa também aponta uma relação entre menopausa e envelhecimento, no sentido de que sua entrada nessa fase a fez rever questões relacionadas a seu modo de vida, principalmente no que diz respeito à finitude:

Ganhou um peso algumas coisas. Sabe? Algumas ideias de alguma coisa. Por exemplo, de futuro. Ganha um peso. [...] Eu acho que mudou bastante minha mentalidade em relação a futuro. Em relação a coisas que eu queria fazer, sabe? Eu acho que não adio mais tanto. Não fico adiando mais, como eu antes... Punha mais pro futuro. [...] A gente revê valores, questões que a gente via talvez um pouco diferentes. Mas eu acho que a gente aprende, é uma fase de grandes aprendizagens. Porque você aprende a entender que é aquilo lá que eu te falei: o estar bem é aqui, agora. Não adianta ficar adiando. [...] “Agora é hora, vamos mudar agora, vamos viver onde você quer, vamos fazer do jeito que é melhor”. Sem deixar de mexer com o corpo, caminhar. Porque não dá, né? Depois dos 50 anos, se você para, você para cada vez mais (Rosa, grifos meus).

Essa diversidade de sentidos em relação à dupla menopausa-envelhecimento também está presente na pesquisa de Trench e Rosa (2008). Como mostram as autoras, a idade aparece como um fator importante para essa percepção. Diferente do que acontece com Antônia e Rita, que entraram na menopausa com 38 anos e talvez, por isso, não vejam uma relação entre ela e o envelhecimento. Antônia ainda aponta uma associação, subentendida, entre menopausa, velhice e doença:

P – E você acha que a menopausa tem a ver com o envelhecimento?
R – Não, porque na época que eu tive era bem nova, né. E... O meu envelhecimento foi normal como qualquer mulher. Rugas, esses negócios, foi com mais de 20 anos que começou. Antes disso, eu tava com corpo bom, tudo bom, não tinha problema da menopausa. Não me atacou nessa parte (Antônia, grifos meus).

Como Antônia não teve *problema da menopausa*, para ela, não parece haver uma relação entre esta e o envelhecimento, um momento no qual o corpo começaria a se fragilizar e ficar mais suscetível a doenças.

Francisca também não acredita que um fenômeno está relacionado a outro por conta da questão etária, *porque têm umas [mulheres] que começa (sic) [a menopausa] aos 40, outras aos 50*. A menopausa seria só mais uma etapa *natural da vida*. Helena faz uma fala bastante similar, afirmando que *a menopausa é um estado de espírito, de passagem de uma idade pra outra* e que, por isso, não tem vínculo com o envelhecimento, apesar de fazer parte de etapas da vida. Ou seja, novamente, a menopausa surge em contraposição ao envelhecimento como sinônimo de doença, pois ela não significaria nenhum problema de saúde. Tereza também parece pontuar essa questão:

P – Você acha que a menopausa tem a ver com o envelhecimento?

R – Não, isso não mexeu não. O que mexeu é... Eu posso te falar a verdade [risos]. Eu ainda não me sinto velha. E eu acho que não. Não mudou pra mim nada. Mudou assim, que eu não tenho mais a menstruação, não tenho aquela coisa de ficar... Mas não. Pra mim não teve mudança não (Tereza, grifos meus).

Ana aponta uma série de alterações corporais que ocorreram logo após a menopausa e que, para ela, estão relacionadas a essa questão:

Então essa história da minha menopausa... Ela não foi diferente do que ela é, pelo menos pra maioria das amigas que eu conheço: é um susto, né? É um contravapor na tua vida feminina. Porque muda-se muita coisa, né? O seu corpo muda. O cheiro da gente muda. A disposição, a energia. A energia sexual. A energia do corpo mesmo. [...] Eu também vejo assim, que algumas preocupações com o corpo, sabe? Tem uma época que você não tem dinheiro, mas paga pra fazer drenagem linfática. Olha, depois da menopausa é uma corrida pior que corrida de cavalo em jockey club. Porque é o seguinte: fica tudo mole, fica tudo caindo. Você arruma a panturrilha que está cheia de estrias, e aí fica cheia de rugas no rosto, e aí você tem problemas nos dentes, e aí o cabelo fica branco, e aí a gente tem que trocar a lente dos óculos de seis em seis meses. [...] A idade madura, ela te traz coisas (Ana, grifos meus).

Aqui a menopausa aparece como *um susto*, algo pelo qual não se esperava e que “ataca” o corpo de diversas maneiras: mudam os cheiros e as *energias* do corpo. Ao referir-se à menopausa como *um contravapor na vida feminina* e *uma corrida pior que corrida de cavalo*, Ana aponta o climatério/menopausa como uma interferência em seu corpo, um elemento que ocasionou uma série de transformações contra as quais precisa lutar, em uma verdadeira corrida contra o tempo que não parece ser possível vencer: por mais que você *arrume* uma parte do corpo, outras irão se transformar e também precisarão de ajustes. Nessa narrativa em que *a idade madura traz coisas*, fica implícito que, para Ana, há uma profunda relação entre a menopausa e o envelhecimento, a primeira vista como uma passagem para o segundo – ou, pelo menos, um marco inicial a partir do qual muito começa a se transformar.

Segundo Costa (2007, p. 209), “as imagens negativas do envelhecimento, que acompanham a construção do significado da menopausa, sustentam o preconceito e encontram-se explícitas nas falas das mulheres”. Os discursos do “envelhecimento ativo” e positivo parecem se estender, para algumas das mulheres entrevistadas, à menopausa. Para elas, a menopausa não é ligada ao envelhecimento também porque não se consideram velhas. A velhice como sinônimo de doença e inatividade não corresponde às suas percepções de si mesmas. Logo, a menopausa não aparece como marcador ou delimitador de uma fase para outra.

8. CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES

Esta pesquisa objetivou colaborar para a discussão do envelhecimento e da velhice feminina a partir de uma perspectiva interdisciplinar, refletindo acerca de suas especificidades. Conforme afirma Osório (2006, p. 14, tradução minha), a dimensão de gênero, nas pesquisas sobre o envelhecimento, ainda é “caracterizada por ausências”. Britto da Motta (2013) também aponta essa questão, indicando que muitos trabalhos não articulam satisfatoriamente gênero e envelhecimento. Nesse sentido, é importante refletir acerca da questão a partir das trajetórias e experiências de mulheres, pensando sobre como os sentidos são culturalmente atribuídos por discursos que agem em uma intrincada rede de saber-poder (FOUCAULT, 1988).

Atualmente, no Brasil, temos uma importante legislação que visa garantir um conjunto de direitos às pessoas idosas¹⁰⁰ (GOMES et al., 2009). Nas últimas décadas, também assistimos à proliferação de programas voltados à “terceira idade”, como as UnATIs (Universidades Abertas à Terceira Idade), hoje presentes em diversas cidades brasileiras, incentivando a reinserção social desse grupo e oferecendo diversas atividades. O assistencialismo não é mais a principal diretriz das políticas públicas voltadas à população idosa, consoante com o novo retrato que vem sendo construído sobre ela: os velhos estão cada dia mais bem dispostos, felizes e saudáveis. A mídia participa desse movimento, apresentando cada vez mais propagandas, filmes, séries e novelas¹⁰¹ nos quais pessoas velhas interpretam papéis diversos, distintos daqueles que, antigamente, lhes apresentavam apenas como frágeis vovós e vovôs.

Poderíamos afirmar, então, que o atual cenário é bem mais otimista do que aquele retratado por Beauvoir na década de 1970: em vez de silenciamento acerca da velhice, temos a proliferação de discursos; a delimitação da pessoa velha a determinados espaços (privados) contrapõe-se ao estímulo de participação ativa na esfera pública e na sociedade, de modo mais geral; a exclusão social e a violência dão lugar, nos jornais, às reportagens sobre feitos admiráveis de pessoas que, com mais de 60 anos, se tornam atletas, doutores, mochileiros.

---

¹⁰⁰ De acordo com Gomes et al. (2009, p. 33), algumas das leis que amparam os idosos, afora a própria Constituição, são: Código de Defesa do Consumidor (1990), Estatuto do Ministério Público da União (1993), Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), Política Nacional do Idoso (1994), Estatuto do Idoso (2003) e Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa (2006).

¹⁰¹ Para citar apenas alguns exemplos, há dois programas que ganharam bastante atenção do público nos últimos anos: o seriado de comédia americano “Grace & Frankie”, que conta com Jane Fonda e Lily Tomlin como protagonistas e aborda temas como sexo, família e emprego; e a novela Babilônia (2015), exibida na Rede Globo em horário nobre, que contou com um casal homoafetivo de mulheres velhas, representadas por Fernanda Montenegro e Natália Timberg.

Essa seria, no entanto, uma análise simplista acerca do tema que, na verdade, é complexo, múltiplo e perpassado por uma miríade de discursos.

Que houve mudanças é indiscutível: acompanhamos muitas reelaborações de sentidos associados à velhice e ao envelhecimento, que ensejam novas subjetividades e modos de vivenciar esses fenômenos. Porém, os discursos atrelados ao “envelhecimento ativo” e saudável, ao mesmo tempo em que trazem benefícios, revisam estereótipos e proveem sentidos positivos à velhice, também constroem normas e ditam regras de conduta. Nesse sentido, o sujeito construído – e reconhecido enquanto sujeito – é aquele que se cuida ao longo da vida, planejando-se para um “bom” envelhecimento, uma “bela” velhice e que, ao atingir tal momento, continue participando ativamente da sociedade. A construção dessa normatividade implica na exclusão social e no apagamento de outras experiências que divergem da norma, apontando para a responsabilização dos indivíduos acerca de sua própria saúde e a moralização daqueles que não seguem o estilo de vida considerado adequado.

Nesse sentido, o “discurso do risco”, um dos pilares dos discursos de prevenção e promoção de saúde, atua transferindo a responsabilidade do Estado para os indivíduos (MARHÁNKOVÁ, 2011), não apenas no que diz respeito à saúde, mas também, de modo mais geral, disseminando que “os próprios idosos [...] devem liderar a criação de uma imagem nova e mais positiva da terceira idade” (WHO, 2005, p. 44). Do mesmo modo, instaura-se a questão da atividade como um dos pilares desse exercício, sendo essa apresentada como “tanto um caminho para a saúde quanto para o envelhecimento feliz” (MARHÁNKOVÁ, 2011, p. 13, tradução minha). Esse movimento – denominado por Debert (2013) de “reprivatização da velhice” – ofusca questões implicadas na velhice “mais velha” ou vivenciada com alguma forma de fragilização, dependência ou necessidade de cuidados, desresponsabilizando o Estado também em relação à assistência e garantia de direitos a esses indivíduos.

Um exemplo disso é a mobilização do discurso demográfico de modo alarmante para justificar a suposta necessidade de revisão de determinados direitos conquistados, como a questão previdenciária. A partir do momento em que as pessoas envelhecem “melhor” porque se cuidam (segundo as prescrições dos discursos hegemônicos), poderiam se manter ativas e participantes na sociedade, o que permitiria a aposentadoria tardia. Assim, é importante refletir sobre como os discursos servem a determinados propósitos e são mobilizados de acordo com as relações de saber-poder. A “verdade” acerca do envelhecimento não é construída por discursos puramente objetivos e neutros, mas sim políticos.

Também por tal razão, o presente estudo não se propôs a elaborar mais “verdades” acerca do tema estudado nem um conhecimento definitivo e generalizável a todas as experiências de mulheres que estão envelhecendo. Uma vez que o conhecimento sempre está aberto a reinterpretações e ressignificações, (re)construído a partir de múltiplas interpelações, o objetivo foi, então, problematizar discursos culturalmente hegemônicos acerca do envelhecimento, especialmente no caso do feminino. Essa problematização foi desenvolvida a partir de narrativas elaboradas por um grupo heterogêneo de mulheres – quanto à origem e trajetórias de vida –, mas que também possui elementos em comum – no que diz respeito ao recorte etário, à menopausa, à classe social e ao local de residência. Às narrativas, costurou-se a análise e discussão de exemplos de discursos midiáticos (reportagens e entrevistas com elementos apontados pelas entrevistadas como importantes ou como exemplos) e institucionais, que envolveu a discussão de alguns pontos da Política do Envelhecimento Ativo (WHO, 2005), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011) e do Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008).

O conjunto de discursos que compõem o que, ao longo da dissertação, identificamos como parte da política de “envelhecimento ativo”, informa muitos dos sentidos presentes nas narrativas das mulheres aqui entrevistadas, muitas vezes constituindo determinados estereótipos negativos em relação a certos comportamentos e estilos de vida. A abjeção ao envelhecimento que não corresponde à norma pontua também falas e percepções acerca de suas próprias velhices: há o medo da marginalização, da solidão, da fragilidade, da dependência.

Assim, também em relação à identificação com os discursos hegemônicos sobre o envelhecimento e a construção de subjetividades – ou identidades –, as narrativas das entrevistadas apresentam múltiplos sentidos no que diz respeito a serem *velhas*, *idosas*, *um pouquinho velhas*, *jovens*, *velhinhas assanhadas*... Em uma perspectiva na qual as identidades são, elas mesmas, “celebrações móveis” (HALL, 2005, p. 13), ou seja, estão constantemente em deslocamento, interpeladas por discursos que produzem inúmeros sentidos, nem sempre coerentes entre si, tanto ser velha quanto não-velha são identificações multifacetadas, que não possuem um único sentido “fechado”. Pelo contrário, esses sentidos se mostram “móveis”, passíveis de reformulação e ressignificação – dentro de determinados limites contextuais.

Nesse sentido, para muitas das entrevistadas há também uma diferenciação entre a “idade sentida” e a “idade vivida” (no sentido cronológico, de tempo de vida) (OSORIO, 2006), composta pelo sentimento de si versus o olhar dos outros. Essa percepção acerca do

próprio envelhecimento aparece como uma construção a partir de suas vivências corporais, que indicam mudanças em termos de energia, saúde ou aparência, além da experiência do olhar e percepção externa, vinda da sociedade. Desse modo, nota-se uma constante negociação de sentidos, uma relação dialética entre o que é externo e o que é vivenciado de modo subjetivo (mas que, no entanto, só ganha significado a partir da cultura), a partir das interpelações dos discursos.

Ao não se reconhecerem nos estereótipos negativos associados à velhice, a maioria das entrevistadas evita ser associada a eles. No entanto, isso não implica necessariamente uma recusa ou negação do próprio envelhecimento, pois “manter distância em relação a esse ‘ser velho’ não impede a aceitação do envelhecimento, desde que se tomem cuidados consigo mesmo e se saiba interpretar positivamente os sinais do próprio envelhecimento, comparando-se favoravelmente aos outros” (CARADEC, 2011, p. 41). Assim, são adotadas estratégias de administração do processo do envelhecimento, seja através da manipulação do corpo ou das identidades, seja estabelecendo certo distanciamento daquilo ou daqueles considerados *velhos*.

Nesse sentido, as estratégias que visam à manipulação de características estigmatizantes (GOFFMAN, 1988) incluem intervenções, práticas e técnicas, e podem ser compreendidas como uma forma de performatividade identitária (BUTLER, 2000), pois compõem um modo de inscrever sobre o corpo determinadas normas de gênero e envelhecimento. Daí a importância do cuidado de si, para elas, que envolve saúde, aparência e, principalmente, se manterem ativas, seja indo à academia ou realizando outras atividades de lazer (como ir ao cinema). Ser *velha* é algo que parece poder ser adiado, caso elas se mantenham ativas e se cuidem. Mais do que isso, a apropriação dos sentidos que advém dos discursos do “envelhecimento ativo” parece ser uma forma de garantirem suas autonomias (sobre a vida e/ou sobre o corpo) e liberdades (frequentar espaços públicos e/ou ter sociabilidade para além da família). É relevante notar que essa apropriação só é possível por serem, em sua maioria, mulheres saudáveis – sem nenhum problema de saúde, condições imobilizantes ou que necessitem de tratamentos invasivos¹⁰².

Uma vez que onde há poder, há resistência; ou seja, as resistências fazem parte do

---

¹⁰² Com a exceção de Márcia, que teve câncer de mama (porém já não está mais em tratamento), algumas entrevistadas têm condições crônicas como diabetes e pressão alta e outras não têm nenhuma doença. De qualquer forma, não são condições consideradas por elas como sendo debilitantes ou dificultadoras em relação ao modo como vivem, nem que expressem alguma condição de fragilidade.

funcionamento das relações de poder (FOUCAULT, 1988)¹⁰³, os discursos atravessam os sujeitos, sendo por eles mobilizados, apropriados e reelaborados. Essas mobilizações são interpeladas por elementos como gênero, classe social, orientação sexual, raça/etnia, geração etc. Logo, os indivíduos não são uma “tabula rasa” que “absorve” esses discursos acriticamente, sem nenhuma reflexão. Conforme afirma Lupton (2000, p. 46), “as exigências relativas à saúde são assumidas, mas também frequentemente contestadas, ignoradas, negociadas”. Nesse sentido, nem sempre essas “práticas do *eu* privilegiadas pelos discursos da saúde pública e da promoção da saúde” (LUPTON, 2000, p. 34) são “constrangedoras e opressivas”, pois podem trazer prazer, felicidade e outras contribuições consideradas positivas pelos indivíduos, sem que isso signifique a adoção acrítica de determinados discursos. Seriam, então, as estratégias de gerenciamento do corpo e do envelhecimento sempre “normatizantes”, produtoras de “corpos dóceis”?

No caso das mulheres entrevistadas, o cruzamento entre determinados discursos de gênero e as questões geracional e de classe constroem as possibilidades de vivências mais positivas do envelhecimento e da velhice. Os discursos hegemônicos que vêm circulando sobre o envelhecimento, visando positivá-lo, em conjunto com uma série de transformações relacionadas às construções de gênero, parecem possibilitar – pelo menos para a maioria das interlocutoras da pesquisa – novas vivências da velhice e do envelhecimento como um momento mais positivo do que foi para as gerações passadas (DEBERT, 2012). Um ponto central em suas concepções acerca do que é ser mulher parece ser a questão do cuidado (de si e, especialmente, dos outros), porém, o papel de cuidadora da família não é mais dado como destino ou certeza.

Aqui gênero e geração aparecem fortemente marcados, também, pela questão de classe. As transformações sócio-históricas que permitem esses novos modos de envelhecer enquanto mulher estão relacionadas a valores e comportamentos incorporados pelas camadas médias populacionais (BARROS, 2008)¹⁰⁴. De modo mais amplo, parece tratar-se de uma

¹⁰³ Esses “pontos de resistência” são, no geral, isolados, “móveis e transitórios” e “introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos” (FOUCAULT, 1988, p. 106).

¹⁰⁴ “Para mulheres que nasceram entre o final da década de 40 e o fim da década seguinte, há um entorno cultural de mudanças na ordem dos valores e das práticas da vida cotidianas suficientemente significativas para se estabelecer um marco geracional, e esta distinção geracional é particularmente vívida para as mulheres das camadas médias. As mulheres desta faixa etária experimentaram, no momento de formulação de projetos de vida para a passagem para vida adulta, um conjunto de transformações sociais que abarcam diferentes campos da vida como a sexualidade, a família, as relações entre homens e mulheres e entre gerações na vida familiar, no trabalho e em distintas esferas de sociabilidade como as definidas por laços de amizade. Vivenciaram também mudanças de ordem societária, com a reestruturação do perfil do trabalhador, com a entrada crescente das mulheres no mercado de trabalho, a profissionalização de mulheres de segmentos médios urbanos, o controle de natalidade e,

geração de mulheres que, devido a determinadas circunstâncias – seja por terem exercido trabalho remunerado ao longo da vida e, logo, conquistarem a aposentadoria; ou pelo divórcio ou a viuvez; ou pelos filhos já serem adultos –, compreende o processo de envelhecimento como relacionado ao amadurecimento e a maior possibilidade de escolhas. Para a maioria dessas mulheres, o projeto do “envelhecimento ativo” adquire um enorme atrativo, pois veem o atual momento de suas vidas com extremamente propício para a realização de desejos, projetos e atividades que gostam; uma chance de, finalmente, serem “elas mesmas”.

Nesse âmbito, a sociabilidade e a atividade, além das práticas de cuidado de si, despontam como elementos centrais e inter-relacionados. A autonomia também aparece como elemento dotado de importância, principalmente no que diz respeito à diferenciação entre quem pode ou não pode ser considerada velha ou, ainda, na construção do que significa uma velhice “*de bengala*” e uma “*bela*” velhice.

Outro elemento relevante para o debate do envelhecimento feminino foi a menopausa. A menstruação aparece, nas narrativas, como relacionados ao funcionamento do corpo feminino. Nesse sentido, enquanto para algumas das entrevistadas a menopausa era um elemento que “denunciava” a passagem do tempo e o envelhecimento, para outras se tratava de mais um momento considerado natural e parte da vida das mulheres. Assim, de modo geral, a menopausa não parece, em suas falas, constituir-se como um fato marcante ou que represente algum “deslocamento” identitário em relação a ser mulher e/ou velha/não-velha. Ela surge, então, como parte uma transformação mais ampla, constituinte de parte de suas trajetórias de vida e relacionada a outras mudanças vivenciadas, principalmente, em seus corpos.

É importante ressaltar que não se objetivou construir uma interpretação maniqueísta acerca dos discursos sobre a velhice e o envelhecimento, como se estes se inserissem em dois extremos, um com valores positivos e outro, negativos, ou mesmo preconizando um julgamento moral, estabelecendo quais discursos são bons e quais ruins. Ao longo desse estudo, foi realizado o esforço de explorar os múltiplos sentidos que circulam em nossa sociedade acerca desses temas. Em alguns momentos, para fins de análise, foi explorada a dicotomia entre dois grandes grupos de discursos acerca do envelhecimento ou dois grandes modelos de velhice. O modo como os discursos operam, no entanto, é muito mais complexo e intrincado.

---

portanto, a diminuição do número de filhos especificamente nestes segmentos sociais além do aumento do divórcio, levando à reconfiguração da família e da conjugalidade” (BARROS, 2008, p. 3-4).

Nesse sentido, também não foi pressuposto dessa pesquisa elaborar uma análise totalmente objetiva – pois, se tratando de uma investigação como esta, não há como “descolar” o objeto de pesquisa do mundo social – e nem acrítica – já que grande parte das contribuições dos Estudos Culturais (e de outros campos que contribuíram para a discussão, em especial as Ciências Sociais) envolve o estímulo à reflexão, à problematização e à revisão de conceitos e de ideias que são dados como verdadeiros e irrefutáveis. Não tomar a ciência como portadora das verdades é também reconhecer que o conhecimento não é neutro, mas sim construído a partir da interpelação histórica, cultural e política. Esse é um importante passo para redefinirmos o modo como “fazemos ciência” e refletimos acerca da sociedade.

Por fim, a seguinte passagem parece-me apropriada para o encerramento deste texto:

Não nego os benefícios da dieta, do exercício e de outras formas de ‘administração’ do corpo. Mas vejo nossos corpos como um local de luta, onde temos de *trabalhar* para manter nossas práticas diárias a serviço da resistência à dominação de gênero e não a serviço da ‘docilidade’ e da normatização” (BORDO, 1997, p. 36-37, grifos da autora).

Logo, pensando especificamente no objeto em questão, o envelhecimento feminino, não se trata aqui de negar a importância ou necessidade de políticas públicas voltadas à população idosa, mas sim de refletir sobre as consequências da hegemonia de discursos generalizantes como os do risco, do “envelhecimento ativo”, da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Ao constituírem a base através da qual políticas públicas são elaboradas e proverem sentidos hegemônicos através dos quais compreendemos certos fenômenos – como o envelhecimento e a menopausa –, estabelecem determinados valores e estilos de vida como os únicos moralmente corretos e apropriados, assim como outros ganham o status de abjeção ou invisibilidade.

É preciso problematizar esses modelos explicativos generalizantes. Uma solução seria, conforme proposto por Ranzijn (2010), a o estabelecimento de outros paradigmas, através dos quais o envelhecimento fosse compreendido como um processo que envolve, inevitavelmente, transformações. Ou seja, há mudanças envolvidas no envelhecimento que envolvem variáveis que, muitas vezes, não são “remediáveis” através de intervenções ou da adoção de esse ou aquele comportamento. Essa parece ser uma opção interessante para retirar parte da grande carga de responsabilização e moralização que atualmente paira sobre os indivíduos acerca da administração desse processo. Quem sabe assim, a partir de problematizações e reflexões que levem em conta também as perspectivas subjetivas dos indivíduos que passam por essas questões, possamos construir outros discursos que elucidem a multiplicidade de formas existentes de se vivenciar o envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. Mulheres, corpo e performance: a construção de novos sentidos para o envelhecimento entre mulheres de camadas médias urbanas. In: BARROS, M. L. (Org.). **Família e gerações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 67-90.

ANDRADE, S. A. A entrevista narrativa ressignificada nas pesquisas educacionais pós-estruturalistas. In: MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. p. 173-194.

ANTUNES, P. P. S. **Travestis envelhecem?** 2010. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=11719. Acesso em: 26 fev. 2018.

ARAGAKI, S. S.; LIMA, M. L. C.; PEREIRA, C. C. Q.; NASCIMENTO, V. L. V. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual). p. 57-72. Disponível em: http://www.bvce.org/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_A_producao_de_informacao.pdf. Acesso em: 01 fev. 2018.

ARIÈS, P. O sentimento da infância. In: _____. **História social da criança e da família**, Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981. p. 29-164.

ATTIAS-DONFUT, C. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, C. E. (Org.). **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 85-108.

ÁVILA, M. B. M. A dinâmica do trabalho produtivo e reprodutivo: uma contradição viva no cotidiano das mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Edições SESC SP, 2013. p. 231-246.

BARATA, R. T. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2018.

BARBIERI, N. A. **O Dom e a Técnica: o cuidado a velhos asilados**. 2008. 207 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23858>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. **Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da**

velhice. 2014. 199 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/11600/41274/1/Tese-14578.pdf>. Acesso em 13 ago. 2018.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, s. 2, p. 291-300, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BARROS, M. L. Gênero, cidade e geração: perspectivas femininas. In: _____. (Org.). **Família e gerações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 17-38.

_____. Três gerações femininas em famílias de camadas médias: trajetórias de vida e o projeto de autonomização. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26, 2008, Porto Seguro. **Anais eletrônicos...** Porto Seguro: Universidade Federal da Bahia. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/mesas_redondas/trabalhos/MR%2002/myriam%20moraes%20lins%20de%20barros.pdf. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. Três gerações femininas em famílias de camadas médias. In: VELHO, G.; DUARTE, L. F. D. (Orgs.). **Gerações, família e sexualidade**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2009. p. 46-62.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENTO, B. O que pode uma teoria? Estudos transviados e a despatologização das identidades trans. **Florestan**, São Carlos, n. 2, p. 46, 2014. Disponível em: www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/download/64/pdf/25. Acesso em 26 fev. 2018.

BERGER, M. **Corpo e identidade feminina**. 2006. 312 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-22112007-150343/pt-br.php>. Acesso em: 26 mai. 2018.

BOEIRA, L. S. A manipulação do corpo feminino na construção do conceito de prevenção em saúde: reflexões sobre os exames de rastreamento de câncer em mulheres. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11, 2017, Florianópolis. **Anais Eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: <http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/site/anaiscomplementares>. Acesso em: 07 jul. 2018.

BÖHME, M. T. S. Aptidão física: aspectos teóricos. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 7, n. 2, 1993, p. 52-65. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rpef/article/view/138757/134090>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BOLTANSKI, L. Os usos sociais do corpo. In: _____. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 109-185. (Biblioteca de Saúde & Sociedade, vol. 5).

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: BORDO, S. R.; JAGGAR, A. M. (Orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Coleção Gênero, n. 1. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 19-41.

BOURDIEU, P. Capital simbólico e classes sociais. **Novos estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 96, p. 105-115, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n96/a08n96.pdf>. Acesso em 15 out. 2017.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos pagu**, Campinas, v. 26, p. 329-376, 2006. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n26/30396.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em 14 dez. 2017.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 14 dez. 2017.

BRETON, D. **Antropologia del cuerpo y modernidad**, Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.

_____. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Corpo e simbolismo social. In: _____. **As paixões ordinárias: antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009. p. 15-37.

_____. Individualização do corpo e tecnologias contemporâneas. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. **O triunfo do corpo: polêmicas contemporâneas**. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 15-32.

_____. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 2015.

BRITTO DA MOTTA, A. Palavras e convivência – Idosos hoje. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 129-139, 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12565>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 13, n.13, p. 191-221, 1999. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327/3129>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 37-50. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em 10 ago. 2017.

_____. Viúvas: o mistério da ausência. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 7-24, 2005. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4754/2669>. Acesso em: 12 jul. 2018.

_____. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. Brasília, **Revista Sociedade e Estado**, v. 25, n. 2, p. 225-250, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922010000200005. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Feminismo, gerontologia. In: BONNETI, A.; LIMA E SOUZA, A. M. F. (Orgs.). **Gênero, mulheres e feminismos**. Salvador: EDUFBA/NEIM, 2011 (Coleção Bahianas; 14). p. 71-91. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6921/3/bahianas-n14_repositorio%20Copy.pdf. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. A geração pivô, intermediária na família. In: ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE E NORDESTE E PRÉ-ALAS BRASIL, 15., 2012, Teresina. **Anais eletrônicos...** Teresina: UFPI, 2012. Disponível em: <http://www.sinteseeventos.com.br/ciso/anaisxvciso/resumos/GT10-08.pdf>. Acesso em 02 mar. 2018.

_____. Apresentação: as idades da mulher. *Revista Feminismos*, v. 1, n. 3, p. 1-20, 2013. Disponível em: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/79/77>. Acesso em 13 mar. 2018.

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “teoria/filosofia pós-moderna”. **Cadernos Pagu**, Campinas, n 11, p. 11-42, 1998. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634457/2381>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 151-172.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato

Aguar. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Regulações de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 42, p. 249-274, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n42/0104-8333-cpa-42-00249.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2018.

_____. Introdução: vida precária, vida passível de luto. In: _____. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. p. 13-55.

CALASANTI, T. Ageism, gravity, and gender: experiences of aging bodies. **Generations**, v. 24, n. 3, p. 8-12, 2005.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. J. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 51-71. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p.177-201, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>. Acesso em 13 ago. 2017.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARADEC, V. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. In: GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 21-44.

CARDOSO, A.; PRÉTECEILLE, E. Classes médias no Brasil: do que se trata? Qual seu tamanho? Como vem mudando? **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 977-1023, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v60n4/0011-5258-dados-60-4-0977.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível...saúde, risco e tecnobiociências** [online]. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 14 nov. 2018.

CASTRO, G. G. S. Precisamos discutir o idadismo na comunicação. **Comunicação & Educação**, São Paulo, p. 101-114, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/102306>. Acesso em: 11 mai. 2018.

CERQUEIRA, M. B. Digressões Sobre saúde, envelhecimento e vida saudável na contemporaneidade. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 26-40, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/14019/11830>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Míticas do envelhecimento: em busca de uma vida saudável. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 53, n.1, p. 148-157, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/938/93851195016/>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CERQUEIRA, M. B.; D'ALENCAR, R. S. Experiências femininas de morar só na velhice. **Memorialidades**, UESC, Santa Cruz, n. 19, p. 25-46, 2013. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/download/13/10>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CHAZAN, L. K. O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da pessoa contemporânea. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 193-214, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n1/a09v13n1.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

COLLINS, P. H. It's All In the Family: Intersections of Gender, Race, and Nation. **Hypatia**, New Jersey, v. 13, n. 3, p. 62-82, 1998. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.457.6652&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

CONNELL, R. **The men and the boys**. Sydney: Allen & Unwin, 2000.

_____. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, 2016.

CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CORTELLA, M. S. Estado de atenção e o desafio de mudar. In: _____. **Educação, escola e docência**: Novos tempos, novas atitudes. São Paulo: Cortez, 2014. [livro eletrônico]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=79WWBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 12 abr. 2018.

COSTA, G. M. C. **Deixar de ser mulher**: conhecimento e significado cultural da menopausa. 2007. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-04042007-141230/pt-br.php>. Acesso em: 16 jul. 2018.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Machismo no Brasil hoje: uma análise de gênero das percepções dos homens e das mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Edições SESC SP, 2013. p. 47-63.

DEBERT, G. G. Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral. In: CARDOSO, R. (Org.). **A aventura antropológica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 141-

156.

_____. Envelhecimento e representações sobre a velhice. In: VI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, 1988, Olinda. **Anais eletrônicos...** Olinda: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1988. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/451>. Acesso em 02 mai. 2018.

_____. Gênero e envelhecimento: os programas para a terceira idade e o movimento dos aposentados. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 33-51, 1994a. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16288/14829>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: _____. (Org.) **Antropologia e Velhice**. (Coleção Textos Didáticos, 13). Campinas: IFCH/ UNICAMP, 1994b. p. 7-30. Disponível em: <http://www.mirelaberger.com.br/mirela/download/td13-guita.pdf>. Acesso em 18 nov. 2016.

_____. O velho na propaganda. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 21, p.133-155, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n21/n21a07.pdf>. Acesso em 22 abr. 2018.

_____. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 49-70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v16n34/03.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

_____. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012.

_____. Feminismo e velhice. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 15-38, 2013. Disponível em: http://www.sesc.com.br/wps/wcm/connect/aa3fe0d5-61a4-43e7-9e7d-b0c74bffa2a3/Revista+-+Sinais_Sociais_22_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=aa3fe0d5-61a4-43e7-9e7d-b0c74bffa2a3. Acesso em: 13 mai. 2018.

_____.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 80, p.37-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v27n80/v27n80a03.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

DEL PRIORE, M. Introdução. In: _____. **Corpo a corpo com a mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Editora SENAC, 2000. p. 9-16.

ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

_____. **A solidão dos moribundos**, seguido de Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge

Zahar Ed., 2001.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, Natal, n. 4, p. 131-158, 2009. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/entre%20compassos%20e%20descompassos.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2018.

FAUSTO-STERLING, A. Hormonal hurricanes: menstruation, menopause, and female behavior. In: _____. **Myths of gender**: biological theories about women and men. New York: Basic Books, 1992. p. 90-122.

FEATHERSTONE, M; HEPWORTH, M. The mask of ageing and the postmodern life course. In: _____.; TURNER, B. S. (Eds.). **The Body**: social process and cultural theory. Londres: Sage Publications, 1991. p. 371-389.

_____. Images of positive aging: a case study of Retirement Choice magazine. In: FEATHERSTONE, M.; WERNICK, A. (Edit.). **Images of aging**: cultural representations of later life. London: Routledge, 1995. p. 27-46.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.1-14

_____. Truth and power. In: RABINOW, P. (Org.). **The Foucault reader**. New York: Phanteon, 1984. p. 51-75.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**, Martins Fontes: São Paulo, 2005, p. 285-315.

FREITAS, P. Quando a menopausa transformou-se em doença: considerações sobre a menopausa e Dr. Robert Wilson, precursor da Terapia de Reposição Hormonal. **Revista Alpha**, Minas Gerais, v. 9, p. 113-122, 2008. Disponível em: <http://alpha.unipam.edu.br/documents/18125/22328/menopausa.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

FREITAS SILVA, L. R. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, n. 15, p. 155-168, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100009. Acesso

em 14 mai. 2018.

GALEANO, E. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2008.

GAY, R. **Fome**: uma autobiografia do (meu) corpo. São Paulo: Globo, 2017.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIBSON, H. B. It keeps us young. **Ageing and Society**, Cambridge, n. 20, p. 773-779, 2000.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

GOELLNER, S. V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F. e. GOELLNER, S. V. (Orgs). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes. 2003. p. 28-40.

GOFFMAN, I. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

GOMES, S.; MUNHOL, M. E.; BARROSO, A. E. S. (Coord.). **Políticas públicas para a pessoa idosa**: marcos legais e regulatórios. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009. Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume2_Politicas_publicas.pdf. Acesso em: 14 out. 2017

GOMES DOS SANTOS, C. Onde estão as histórias de lésbicas? In: VILLELA, W. V.; KALCKMANN, S.; PESSOTO, U. C. (Org.). **Investigar para o SUS**: construindo linhas de pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. p. 129-134.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GREER, G. **Mulher**: maturidade e mudança. São Paulo: Augustus, 1994.

GUIMARÃES, A. S. A. Como trabalhar com "raça" em sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.1, p. 93-107, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v29n1/a08v29n1.pdf>. Acesso em 22 mai. 2018.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. **Educação e Realidade**, v. 22, n. 2, p. 15-46, 1997. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71361/40514>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 13, p. 11-35, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634964>. Acesso em: 13 out. 2017.

HENNING, C. E. **Paizões, Tiozões, Tias e Cacuras: envelhecimento, meia idade, velhice e homoerotismo masculino na cidade de São Paulo**. 2014, 422f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/281147/1/Henning_CarlosEduardo_D.pdf. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. **Horizontes Antropológicos**, vol.23, n.47, p. 283-323, 2017. [online]. Disponível em: <https://journals.openedition.org/horizontes/1513>. Acesso em: 26 fev. 2018.

HOOKS, B. Intelectuais Negras. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 464-478, 1995. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/10/16465-50747-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

KNUDSEN, P. P. S. Conversando sobre psicanálise: entrevista com Judith Butler. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2018.

KELLNER, D. Cultura da mídia, política e ideologia: de Reagan a Rambo. In: _____. **A cultura da mídia – estudos culturais: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno**. Bauru: EDUSC, 2001. p. 75-122.

LACOMBE, A. Sobre saias, calças e bonés: expressão de gênero, geração e sedução entre mulheres que “gostam de mulher”. **Antropolítica**, Niterói, n. 34, p. 53-68, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.uff.br/index.php/antropolitica/article/view/169>. Acesso em: 13 ago. 2017.

LALANDA, P. **Análise Social**, Lisboa, v. XXXIII, n. 148, p. 871-88, 1998. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224154176E1jDU8rb4Nc15SI4.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, H. B. (Org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

LIANG, J.; BAOZHEN, L. Toward a discourse shift in social gerontology: from successful aging to harmonious aging. **Journal of Aging Studies**, v. 26, p. 327–334, 2012.

LOCK, M. M. **Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America**. Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 1993. 439 p.

LOPES, I. O caminho da invisibilidade ao empoderamento feminino. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Edições SESC SP, 2013. p. 393-402.

LOPES, F. H. Agora, as mulheres são outras: travestis e envelhecimento. In: JESUS, J. G. (Org.). **Transfeminismo: teorias & práticas**. Rio de Janeiro: Editora Metanoia, 2014. p. 157-180.

LORBER, J.; MOORE, L. J. If a situation is defined as real: premenstrual syndrome and menopause. In: _____. **Gender and the social construction of illness**. Walnut Creek: Rowman Altamira, 2002. p. 71-92.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. O “estranhamento” queer. **Labrys: estudos feministas**, janeiro/junho, 2007 [online]. Disponível em: https://www.labrys.net.br/labrys11/libre/guacira.htm#_ftn1. Acesso em: 25 abr. 2018.

LUPTON, D. Corpos, prazeres e práticas do eu. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 15-49, 2000. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/46831>. Acesso em: 09 abr. 2018.

_____. **Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies**. London: Sage, 2012.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em 13 jan. 2018.

MANNHEIM, K. O problema sociológico das gerações. In: FERNANDES, F. (Ed.). **Karl Mannheim: sociologia**. São Paulo: Ática, 1982. p. 67-95.

MARHÁNKOVÁ, J. Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. **International Journal of Ageing and Later Life**, v. 6, n. 1, p. 5-32, 2011.

MARTIN, E. Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause. In: CONBOY, K.; MEDINA, N.; STANBURY, S (Orgs.). **Writing on the Body: Female Embodiment and Feminist Theory**. Nova York: Columbia University Press, 1997. p. 15-41.

_____. **The woman and the body: a cultural analysis of reproduction**. Boston: Beacon Press, 2001.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. _____. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. p. 399-422.

MEDEIROS, P. F. A diversidade em saúde para corpos femininos. In: STREY, M. N.; CABEDA, S. T. L. (Orgs.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 267-287.

MENDONÇA, E. A. P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 155-166, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2018.

MENEGON, V. M. **Menopausa: imaginário social e conversa do cotidiano**. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17244>. Acesso em: 26 jul. 2018.

MCCREA, F. B. The politics of menopause: the “discovery” of a deficiency disease. **Social Problems**, v. 31, n. 1, p. 111-123, 1983. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/800413.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MOORE, H. L. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 14, p.13-44, 2000.

MOTTA, F. M. **Velha é a vovozinha: identidade feminina na velhice**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. (Orgs.). **História do corpo: as mutações do olhar – o século XX**.

Petrópolis: Vozes, 2008. p. 15-82.

MOUNTIAN, I. Aspectos sobre travestilidade e envelhecimento: história, corpo e imigração. **Quaderns de Psicologia**, Barcelona/Espanha, v. 17, n. 3, 31-44, 2015. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/viewFile/303187/392823>. Acesso em: 26 fev. 2018.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. Co. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F; OSELKA, O.; GARRAFA, V. (Cord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/include/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIautonomia.htm. Acesso em 14 nov. 2018. p. 53-70.

NASCIMENTO DOS SANTOS, T.; CARMO, Q. S. Lesbiandade, envelhecimento e autocuidado entre lésbicas feministas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 3, 2013, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: Universidade do Estado da Bahia, 2013. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/Lesbiandade-envelhecimento-e-autocuidado-entre-lésbicas-feministas-com-mais-de-50-anos.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

NERI, M. C. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: Editora FGV/IBRE, 2008. Disponível em: http://www.cps.fgv.br/ibrecps/M3/M3_TextoFinal.pdf. Acesso em: 03 fev. 2018.

NISSIM, R.; ARAÚJO, M. J. O. **Dossiê Menopausa**. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/012.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

NOVAES, J. V. A dimensão simbólica do corpo: corpo, agenciamento e regulação. In: _____. **O intolerável peso da feiura**: sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio/Garamond, 2006. p. 43-74.

_____. Beleza e feiura: corpo feminino e regulação social. In: AMANTINO, M.; DEL PRIORE, M. (Org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp, 2011. p. 477-506.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 93-102, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/10.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. Trabalho adolescente: a experiência de uma ocupação regular. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)**, São Paulo, v. 14, p. 43-57, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ORTEGA, F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 15, n. 1, p. 237-257, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n2/v15n2a04.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OSORIO, P. Abordaje antropológico del envejecimiento y el alargamiento de la vida. Trabajo desarrollado en el marco del Proyecto CONICYT-Banco Mundial Anillos en Ciencias Sociales ACS-33 “Observatorio Social del Envejecimiento y la Vejez en Chile: Hacia una sociedad para todas las edades”. Disponível em:
http://uom.uib.cat/digitalAssets/309/309386_cecilia1.pdf. Acesso em: 24 mar. 2018.

OUDSHOORN, N. **Beyond the natural body**: an archeology of sex hormones. New York: Routledge, 1994.

PEIXOTO, C. E. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.... In: BARROS, M. M. L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 69-84.

PIMENTA, M. M.; OLIVEIRA, R. C. Os constrangimentos do corpo na interação social: o nojo. In: MARTINS, J. S. **Vergonha e decoro na vida da metrópole**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 137-155.

PRECIADO, P. **Testo junkie**: sex, drugs, and biopolitics in the pharmacopornographic era. New York: Feminist Press, 2013.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 24, p. 27-57, 2006. Disponível em:
<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>. Acesso em: 15 jul. 2017.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, 2009, p. 40-41. Disponível em:
http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2018.

RANZIIN, R. Active Ageing – another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study. **Journal of Health Psychology**, v.15, n. 15, p. 716-723, 2010.

REIS, A. P. Inscrições corporais e menopausa: signos da meia-idade em uma perspectiva antropológica. In: BARBOSA, R.; AQUINO, E.; HEILBORN, M. L.; BERQUÓ, E. (Orgs.). **Interfaces: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva**. Campinas: Ed. Unicamp, 2002. p. 207-243.

RIBEIRO, O. O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Portugal, n. 2, 2012, p. 33-52. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10580.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher** [livro eletrônico]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

_____. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA, N. A.; PITANGUY, J. (Orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. UFRJ, 2006. p. 157-180.

_____. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p. 133-152, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3861/386138040007/>. Acesso em 20 jul. 2018.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & realidade**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 33-57, 2001a. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/41313>. Acesso em 13 jan. 2018.

_____. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b. p. 137-204.

_____. The Politics of Life Itself. **Theory, culture and society**, v. 18, n. 1, p. 1-30, 2001c.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful Aging. **The Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.

RUSO, J. Do corpo objeto ao corpo pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, N. A.; PITANGUY, J. (Orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. UFRJ, 2006. p. 207-220.

SALIH, S. **Judith Butler e a teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

SANTOS, N. M. C. **Negras velhas: um estudo sobre seus saberes nas perspectivas de envelhecimento, trabalho, sexualidade e religiosidade**. 2016.138 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/142030>. Acesso em: 22 set. 2017.

SARDENBERG, C. M. B. De Sangrias, Tabus e Poderes: a menstruação numa perspectiva sócio-antropológica. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 314, 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16215/19709>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 54, p. 37-49, 1985. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1392/1392>. Acesso em 02 ago. 2018.

SEPARAVICH, M. A. A. **Uma reflexão socioantropológica sobre o corpo na menopausa**. 2010. 115 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2010. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000770317>. Acesso em: 10 out. 2016.

SHILLING, C. **The body and social theory**. Londres: Sage Publications, 2003.

SIBILIA, P. O corpo velho como uma imagem com falhas. **Comunicação, mídia e consumo**. São Paulo, ano 9, vol. 9, n.26, p.83-114, 2012. Disponível em: <http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/345/pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

SILVA, T. T. A produção social da identidade e da diferença. In: _____. (Org.). **Identidade e diferença**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000. p. 73-102.

_____. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

SILVEIRA, R. M. H. A entrevista na perspectiva em educação – uma arena de significados. In: COSTA, M. V. (Org.). **Caminhos investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007. p. 117-138.

SIMÕES, J. A. 2000a. **Entre o lobby e as ruas**: movimento de aposentados e politização da aposentadoria. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280370?locale=es>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. Solidariedade em cheque: as mudanças na seguridade social e o movimento de aposentados e pensionistas no Brasil. In: DEBERT, G. G.; GOLDSTEIN, D. M. (Orgs.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Editora Sumaré, 2000b. p. 267-299.

SONTAG, S. **Doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUZA, J. Introdução: uma nova classe trabalhadora brasileira? In: _____. **Os batalhadores brasileiros**: nova classe média ou nova classe trabalhadora? Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012. p. 19-60.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em

<http://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>. Acesso em: 06 out. 2016.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (edição online), 2013. p. 22-41.

Disponível em:

https://www.dropbox.com/s/8doiylqqvef7z0s/SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVA.pdf. Acesso em: 01 fev. 2018.

SWAIN, T. N. Velha? Eu? Autorretrato de uma feminista. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 261-270. Disponível em: <http://www.tanianavarrowswain.com.br/brasil/anahi1.htm>. Acesso em: 15 mar. 2016.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. **Revista Kairós**, São Paulo, v.11, n.1, p. 21-38, 2008. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/2509/1593>. Acesso em: 10 set. 2016.

TRENCH, B. Saúde da mulher. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. (Orgs.). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu. 2004. p. 189-202.

TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 2, p. 207-216, 2008.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2018.

TRENCH, B.; MIYASHIRO, R. T. O fim do sangue: menopausa e envelhecimento entre as índias guaranis no Rio Silveira. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C (Orgs.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**, São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 97-118.

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Record, 1997. p. 186-203.

TURNER, B. S. **The body and society: explorations in social theory**. Londres: Sage Publications, 2008.

TWIGG, J. The body, gender, and age: feminist insights in social gerontology. **Journal of Aging Studies**, v. 18, p. 59-73, 2004.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mai. 2018.

VEIGA, P. P. S. **Mulheres na meia-idade**: corpos, envelhecimentos e feminilidades. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em:

<http://repositorio.ufsm.br/handle/1/6222>. Acesso em: 26 abr. 2018.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 f.

VIEIRA, E. M. Apresentação. In: _____. **A medicalização do corpo feminino**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 15-68.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. (Org.). **Identidade e diferença**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000. p. 6-68.

WHO (World Health Organization) [OMS]. **Research on the menopause in the 1990s**: report of a WHO scientific group. Geneva; World Health Organization; 1996. 107 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-a49991>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.

YOUNG, I. M. **On female body experience**: “Throwing like a girl” and other essays. Nova York: Oxford University Press, 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa **“Ser mulher na velhice: gênero, corpo e menopausa”**. Meu nome é Aline Ângela Victoria Ribeiro e sou a pesquisadora responsável, vinculada ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Estudos Culturais da EACH-USP. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine cada folha deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável.

É garantida à entrevistada: a liberdade de decidir participar ou não do estudo; responder à entrevista no local marcado, horário e data em que possa se sentir confortável; tirar suas dúvidas acerca da pesquisa; o direito de ser mantida atualizada e informada sobre os resultados do estudo em todas as suas fases. A sua identidade será tratada com sigilo absoluto, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). As informações obtidas na pesquisa serão utilizadas somente para fins acadêmicos e científicos. Não há despesas para a participante. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, as participantes terão acesso à pesquisadora responsável para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se possuir alguma consideração acerca da ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EACH-USP. As informações de contato de ambos estão localizadas na última página deste termo. De acordo com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, entende-se que toda pesquisa com humanos apresenta algum nível risco ou desconforto aos participantes. A pesquisa aqui referida possui grau mínimo de risco e, caso seja necessário, a pesquisadora responsável estará à disposição das participantes que necessitarem de qualquer tipo de atendimento ou auxílio, se comprometendo a tomar todas as medidas cabíveis. A pesquisadora também se compromete a adotar as providências necessárias para evitar e/ou reduzir as possíveis condições que possam causar qualquer forma de dano ou desconforto às participantes.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Informações sobre a pesquisa

O objetivo desta pesquisa é compreender o que mulheres acima de cinquenta anos pensam sobre envelhecimento feminino, investigando questões relativas à saúde, à menopausa, às transformações corporais e ao processo de envelhecimento em si. A pesquisa se justifica pelo aumento significativo da parcela da população brasileira com mais de sessenta anos, sendo em sua maioria composta por mulheres, o que torna a temática relevante para a sociedade. Além disso, a pesquisa pode contribuir para o melhor entendimento das necessidades e demandas desse segmento populacional, sobretudo no que diz respeito à sua saúde e bem-estar. Para esta pesquisa será adotada, como procedimento metodológico, a realização de entrevistas individuais com mulheres acima de cinquenta anos, que serão registradas através de um gravador de áudio. A gravação tem o único objetivo de registrar as respostas das participantes e facilitar a realização da análise dos dados da pesquisa.

Consentimento como participante da pesquisa

Eu, _____, portadora do documento de identidade nº _____, declaro que concordo em participar da pesquisa em questão, tendo sido informada dos objetivos de maneira clara e detalhada. Também declaro que autorizo a divulgação dos resultados da pesquisa, incluindo as informações prestadas por mim, em publicações e eventos acadêmicos e científicos. Por fim, declaro ainda que recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Contatos

Pesquisadora responsável: Aline Ângela Victoria Ribeiro

Telefone: (11) 2965-4613 / (11) 99117-7997; e-mail: aline.angela.ribeiro@usp.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da EACH-USP

Endereço: Av. Arlindo Bértio, 1000 (prédio I1), Ermelino Matarazzo, São Paulo/SP

Telefone: (11) 3091-1046; e-mail: cep-each@usp.br.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Introdução

1. Me fale um pouco sobre você.
2. Como é a sua rotina?
3. Você fazia/ainda faz o serviço doméstico?
4. Você cuida de alguém (pai, filhos, netos) no cotidiano?
5. O que você gosta de fazer no seu tempo livre?

Saúde

6. O que é ser ou estar saudável?
7. Quais cuidados você tem com a sua saúde?
8. Você tem algum problema de saúde ou doença? Qual?
9. Você se preocupa mais com a sua saúde hoje do que no passado? Por quê?
10. Você costuma ir ao médico? Em quais ocasiões?
11. Você se considera uma pessoa ativa? Por quê?

Envelhecimento

12. Teve alguma situação ou momento marcante no qual você sentiu que estava envelhecendo?
13. Para você, o que é envelhecer? O que muda?
14. Qual a maior vantagem de envelhecer? E a desvantagem?
15. Você já sofreu preconceito por causa da sua idade?
16. Tem algum momento na vida de uma pessoa no qual ela pode ser considerada velha?
17. Você se considera idosa? Por quê?
18. (caso a resposta da pergunta anterior seja afirmativa) Como é pra você ser uma mulher idosa?

Menopausa

19. O que você sabe sobre menopausa, aprendeu com quem?
20. Com que idade você entrou na menopausa?
21. Você foi a algum médico para falar sobre a menopausa? Como foi essa experiência?
22. Como foi para você parar de menstruar?
23. A menopausa foi um momento marcante da sua vida? Por quê?

24. Você sentiu algum sintoma ou desconforto durante a menopausa? Se sim, como lidou com ele?
25. Você usa ou já usou terapia de reposição hormonal? Por quê?
26. Você acha que a menopausa tem a ver com o envelhecimento? Como?

Corpo

27. O que mudou no seu corpo depois da menopausa?
28. O que mudou no seu corpo conforme foi envelhecendo?
29. Como você se sente em relação a essas mudanças?
30. Você se compara com outras pessoas em relação a sua aparência? Se sim, como acha que está em relação a elas?
31. O que você usa e faz para cuidar da sua aparência? Por que você usa/não usa?

Envelhecimento feminino

32. Os homens envelhecem igual as mulheres?
33. Você acha que ser uma mulher da sua idade hoje em dia é diferente do que era na época da sua mãe e da sua avó? Como e por quê?
34. Para você, o que é ser uma mulher hoje? O que mudou desde quando você era mais nova?
35. Quando você pensa em uma mulher idosa, que imagem lhe vem à cabeça?
36. Conforme foi envelhecendo, você mudou o jeito de se vestir? Por quê?
37. Você acha que o comportamento de uma mulher tem que mudar conforme a idade dela? Por quê?
38. Gostaria de falar alguma coisa que você acha importante e eu não perguntei?