Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Para além da osteoporose:
experiências e modos de levar a vida de
mulheres entre 50 e 59 anos**

Selene Regina Mazza

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos

São Paulo
2012

**Para além da osteoporose:
experiências e modos de levar a vida de
mulheres entre 50 e 59 anos**

Selene Regina Mazza

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos

São Paulo
2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Mauro** e **Rita**, pela motivação, carinho e compreensão sempre presentes.

Aos meus irmãos, **Hélio** e **Áureo**, pelo apoio em todos os momentos.

Às minhas cunhadas, **Adriana** e **Monique**, pela amizade.

E para **Amanda** e **Alice**, minhas sobrinhas queridas, pelo amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

- À **Prof.^a Dr.^a Maria da Penha Costa Vasconcellos**, minha orientadora, pelo incentivo e confiança ao longo desta trajetória.
- Aos meus pais, **Mauro e Rita**, pela compreensão e o apoio nos momentos mais difíceis.
- À **Luciane Ponte e Silva**, mais que uma amiga, uma irmã de alma, pela força e amizade sempre presente.
- À **Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento**, pelos inúmeros acolhimentos em São Paulo e amizade que perdura ao longo destes anos.
- Ao **Prof. Dr. Eurivaldo S. Almeida** e **Prof. Dr. Péricles A. Nogueira** pelo apoio no ingresso ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública.
- A todos os **Professores e Colegas do DINTER - CE**, com quem compartilhei parte das minhas buscas e aprendizado.
- À **Prof.^a Dr.^a Maria Luisa S. Schmidt** e **Prof.^a Dr.^a Augusta Thereza Alvarenga**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.
- Ao **Dr. Henrique Mota Neto**, pelo acolhimento na pesquisa de campo no Serviço de Metabolismo Osteo-articular da Policlínica Nascente.
- Às inúmeras “**Marias**” que me fizeram pensar e repensar os modos de vida das “cinquentonas”.
- Às outras “**cinquentonas**” que passaram pelo meu consultório e pela minha vida e ajudaram-me a compreender as “Marias”.
- Aos amigos de Leiria, em especial **José Santiago Lacerda Júnior**, pelo carinho e acolhimento em Portugal.
- À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** – pelo financiamento (bolsa de estudos) que possibilitou a realização deste estudo e o estágio de doutoramento (doutorado sandwich) em Lisboa.

*“A este respeito, tenho a observar que a
compreensão não é um processo
exclusivamente intelectual, porque, como
no-lo mostra a experiência, imensas coisas,
mesmo incompreendidas, intelectualmente
falando, podem influenciar e até mesmo
convencer um homem, de modo
sumamente eficaz.”*

(Carl Gustav Jung)

MAZZA, S.R. **Para além da osteoporose: experiências e modos de levar a vida de mulheres entre 50 e 59 anos.** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

RESUMO

Este estudo apresenta uma análise compreensiva das experiências e modos de levar a vida de mulheres entre 50 e 59 anos, no intuito de refletir sobre a vivência do processo de envelhecer e adoecer diante da invisibilidade sintomática da osteoporose, apresentando como referência contextual um momento específico do curso de vida destas mulheres. A abordagem teórica e metodológica apóia-se na articulação entre a sociologia do cotidiano e das emoções para exploração e interpretação de trajetórias, marcadores sociais e modos de vida que se processam na dinâmica da vida cotidiana deste grupo sociocultural. Através de histórias pessoais, das socialidades nos contextos interativos e do significado do corpo como processo narrativo e simbólico, desvelam-se categorias subjetivas que ordenam a vida e as práticas sociais destas mulheres em seu processo de envelhecimento, apresentando-as como sujeitos além da sua doença (osteoporose). Utiliza-se a conceitualização sobre curso da vida – a partir dos sistemas produtivo, social e político – para orientar a compreensão das experiências e trajetórias de vida de mulheres nesta faixa etária. O corpo é apresentado como uma tradução de formas de comer, de cuidar e de outras atividades de vida diárias, mostrando valores simbólicos e de referência conceitual sobre formas de ser, estar e fazer, onde as emoções pautam-se em processos intersubjetivos e contextos sociais diversos. No campo investigativo e analítico, utilizou-se como instrumento empírico a sala de espera de um posto de saúde em Fortaleza e entrevistas individuais para coleta e análise de informações, no intuito de apresentar singularidades e similaridades que compõem suas experiências e modos de vida. As falas retrataram a experiência de um corpo doloroso não vinculado à osteoporose, mas a situações afetivas, sociais e financeiras precárias que circunscrevem o dia a dia.

Descritores: cotidiano, modos de vida, envelhecimento, saúde pública, mulheres.

MAZZA, S.R. Para além da osteoporose: experiências e modos de levar a vida em mulheres entre 50 e 59 anos / Going beyond osteoporosis: experiences and ways of living life in women between 50 and 59 years. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012

ABSTRACT

This study presents a comprehensive analysis of the experiences and ways of taking the lives of women between 50 and 59 years in order to reflect on the experience of the process of aging and sicken against osteoporosis' symptomatic invisibility, presenting as a contextual reference specific time course of life of these women. The theoretical and methodological approach is based on the relationship between the sociology of everyday life and emotions, for exploration and interpretation of trajectories, social bookmarks and lifestyles that are processed in the dynamics of everyday life of this socio and cultural group. Through personal stories, the sociabilities in interactive contexts and meaning of the body as symbolic and narrative process, give us a subjective categories ordering the life and social practices of these women in their aging process, presenting them as subjects beyond their disease (osteoporosis). It is used on the conceptualization of the life course – viewed from the production, social and political systems – to guide the understanding of the experiences and life trajectories of women in this age group. The body is presented as a translation of ways of eating, caring and other activities of daily living, showing symbolic values and conceptual framework on ways of being, being and doing, where emotions are driven in intersubjective processes, and various social contexts. In the investigative and analytical field, as an empirical instrument, we used the waiting room of a health center in Fortaleza, and individual interviews to collect and analyze information in order to provide uniqueness and similarities that make up their experiences and ways of life. The reports portrayed the experience of a painful body not linked to osteoporosis, but the precarious emotional, social and financial situations that encompass the day to day.

Keywords: daily life, lifestyles, aging, public health, women

SUMÁRIO

Introdução	11
 Parte 1 - Percurso teórico	 19
1. O envelhecer como processo da vida	20
2. Caminhando pelo curso de vida	28
3. O envelhecer e seu contexto em mulheres “cinquentonas”	31
4. Olhares sobre modos de viver	47
4.1. Sociologia da emoção e sociologia do cotidiano: princípios à compreensão dos modos de vida	49
4.2. Modos de vida e a vida cotidiana	55
4.3. Socialidades e os modos de vida	59
4.4. Conjugalidades e os modos de vida	62
4.5. A reflexividade da vida cotidiana	65
 Parte 2 - Percurso metodológico e dinâmica investigativa	 68
5. A constituição do campo	69
6. A sala de espera	83
7. A entrevista como meio de aproximação	94
 Parte 3 – Compreendendo os modos de vida	 102
8. As “Marias”: trajetórias, falas e modos de vida	103
8.1. Maria Alencarina	104
8.2. Maria Raimunda	111
8.3. Maria Glauciene	117
8.4. Maria Honória	123
8.5. Maria Francisca	129
8.6. Maria das Graças	132

8.7. Maria Joaquina	138
8.8. Maria Faustina	142
8.9. Maria de Deus	145
8.10. Maria Neuma	148
9. Interpretando as similaridades em modos de levar a vida	152
 Considerações finais	 171
 Referências	 175
 Anexos	 182

INTRODUÇÃO

CONSTRUINDO UMA TRAJETÓRIA

Uma pesquisa começa das inquietações do pesquisador. São inquietações que constroem uma história, onde cada etapa ou momento estrutura a sua idéia sobre o que, como e porque pesquisar. O objeto de estudo ganha contornos mais precisos à medida que as inquietações transformam-se em indagações. Povoado de indagações que assolam a mente, o pesquisador cria uma indagação pertinente para aquilo que coloquialmente conhecemos como “uma pulga atrás da orelha”. Esta se torna o eixo de sua pesquisa.

A minha “pulga” apareceu entre agosto de 2003 e junho de 2004, quando fui convidada a participar de um protocolo de pesquisa sobre osteoporose/osteopenia no ambulatório de metabolismo osteo-articular do Serviço de Ortopedia de um hospital universitário no Ceará. Na época, o material disponível na literatura, em relação à osteoporose, era estritamente sobre etiologia, tratamento e prevenção da doença. Então, a proposta inicial foi realizar um levantamento do perfil psicossocial das pacientes em tratamento no ambulatório¹. Entre os resultados obtidos, um em especial chamou atenção: os relatos que norteiam o conhecimento que as mulheres possuem a respeito da osteoporose (MAZZA et al, 2004)², tais como: “os ossos ficam fracos e viram pó se não fizer tratamento”; “ossos se

¹ O objetivo deste levantamento foi colher informações sobre as características psicossociais de mulheres com diagnóstico de osteoporose e osteopenia em tratamento no ambulatório de metabolismo osteo-articular do Serviço de Ortopedia de um hospital universitário em Fortaleza/ CE. Os resultados e conclusões foram apresentados no III Congresso Internacional de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas (2004) e no X Congresso de Ortopedia e Traumatologia do Estado do Ceará (2004).

² MAZZA, S.R.; MOTA NETO, H.; LEITE, J.A.D. Osteoporose: o olhar da paciente. In: **III Congresso Internacional de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas**, 3., 2004; São Paulo, SP. Anais do III Congresso Internacional de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas. (Sessão de pôster)

desmanchando"; *"é uma doença que se não tratar a gente morre dos ossos virarem pó"*; *"os ossos se desmancham, ficam fracos, se não tratar vira câncer"*.

Com os sentidos aguçados sobre estas falas, a osteoporose, que até aquele momento era somente um campo de pesquisa, tornou-se o fator impulsionador para me debruçar de forma mais profunda sobre a vida destas mulheres, culminando com algumas indagações que possibilitassem a compreensão conceitual sobre o tema.

Acrescenta-se a isto que a saúde da mulher com diagnóstico de osteoporose é amplamente discutida, pesquisada e analisada no campo biomédico³, porém com menor ênfase sobre os aspectos que circunscrevem sua vida cotidiana, visto que estão relacionados aos elementos que permeiam o processo de adaptação ao tratamento.

Para HERZLICH (2005), o estudo minucioso da vida cotidiana de pessoas com doença crônica revela uma desestabilização irreversível, pois ocasiona a ruptura de rotinas, a reavaliação de comportamentos habituais, o conhecimento implicado e a experiência de vida (familiar e produtiva).

Por outro lado, afigura-se, diante disto, a necessidade de construção de novas perspectivas que estejam em consonância com as experiências vivenciadas diante do envelhecer, até porque o "corpo e a sua imagem são elementos simbólicos e materiais que ocupam um momento no espaço e no tempo através do conhecimento [e experiência], que é sempre renovável e translúcido." (BARROS, 2005, p. 553)

Disto emergiram algumas indagações: quem eram estas mulheres? Como eram seus modos de vida? Como a osteoporose era significada em

³ O campo biomédico oferece um modelo explicativo do processo saúde-doença oriundo de concepções técnico-científicas pautado em evidências clínicas sobre a estrutura e funcionamento do corpo humano. É a doutrina e prática hegemônica da medicina na atualidade (BARROS, 2002).

seu cotidiano? Qual a relevância da fragilidade óssea (a sensação dos ossos se desmanchando) no seu dia a dia?

Seria necessário, então, adotar um enfoque compreensivo, que segundo BRUYNE et al, (1991, p. 139) “se justifica na medida em que a ação humana é essencialmente a expressão de uma consciência, o produto de valores, a resultante de motivações”. Todavia, compreender os modos de vida de mulheres com osteoporose seria um desafio hercúleo, pois isto implicaria na observação de pelo menos três décadas da vida de uma mulher, ou seja, a faixa etária acima dos 50 anos.

Esta investigação não tem o interesse de uma análise epidemiológica⁴, mas sim uma motivação investigativa em refletir acerca da vivência do processo de envelhecer e do sofrimento de adoecer mediante a invisibilidade sintomática da osteoporose, tendo como contexto referencial um momento específico que circunscreva o curso de vida destas mulheres e, concomitante, seja de relevância aos estudos no campo da saúde pública.

Então, porque não estudar a década que antecede a velhice, ou seja, as mulheres na faixa dos 50 aos 59 anos, em uma perspectiva social, cultural e emocional nesse momento do curso da vida? Inclusive, podemos citar alguns autores que dão ênfase à vida das mulheres nesta faixa etária GOLDENBERG (2008; 2009), SARDENBERG (2002) e KÉPÈS e THIRIET (1994).

Entre os 50 e 59 anos, associa-se a idéia do período que antecede o declínio vital. Isto acarreta pesos e sentimentos bem circunscritos e limitados, permitindo oferecer algumas informações sobre como será o processo de envelhecimento. E com a expectativa de vida cada vez mais crescente, novas realidades são impostas à mulher nesta faixa etária. Transformações ocorrem na sua condição e experiência de vida; portanto,

⁴ Os modos de vida se apresentam na vida cotidiana, então a noção de campo de pesquisa estende-se além das estruturas metodológicas clássicas; a situação é o tema e o espaço simultaneamente para a investigação. Não se perde a referência ética necessária, porém amplifica-se a análise de distintos fluxos de ação e compreensão.

explorar os seus modos de levar a vida no cotidiano envolveria traçar trajetórias trilhadas através de histórias que contextualizaram rotinas, rupturas e interações da realidade que circundaram a sua vida individual e social, priorizando a experiência subjetiva, mostrando como elas vivenciam o mundo que compartilham e constroem em interação (PAIS, 2003).

Parece-nos importante ampliar a discussão sobre a vida da mulher nesta faixa etária, em particular – neste estudo – a diagnosticada com osteoporose, no intuito de viabilizar a apresentação de subsídios que possam reforçar a importância desta temática nas políticas sociais. Mais do que defini-la como uma doente crônica, torna-se necessário contribuir com aspectos mais amplos de sua vida, compreender que situações circunscrevem seu dia a dia; como se estruturam suas socialidades e afetividades.

É buscando compreender as circunstâncias ou fatos presentes em histórias pessoais que estão ou não vinculados a essa “*sensação dos ossos se desmanchando*” que os modos de levar a vida e a significação do corpo diante da osteoporose possibilitarão examinar singularidades e similitudes nas formas de viver, extrapolando o senso comum.

Para tanto, torna-se necessário explorar categorias relacionadas à experiência de vida diante da doença e do envelhecer: as situações rotineiras, os sentimentos e percepções sobre o corpo, formas de saber e comer, socialidades, afetividades e o reconhecimento ou não da osteoporose como doença.

Diante do acima exposto, esta tese apresenta uma análise compreensiva das experiências e modos de levar a vida. Adota-se como parâmetro empírico mulheres na faixa etária entre 50 e 59 anos, com diagnóstico de osteoporose e residentes em bairros da periferia de Fortaleza - Ceará. No percurso analítico, as sociologias do cotidiano e das emoções se entrecruzam com o objetivo de produzir novas conexões entre campos conceituais de interface.

O PERCURSO⁵

Considerando a complexidade deste estudo, a proposta desta pesquisa qualitativa de natureza compreensiva sobre as experiências e os modos de vida das mulheres “cinquentonas”⁶ segue o princípio de trajetórias, de percursos.

Inicia-se o estudo com um percurso teórico – primeira parte –, com a finalidade de apresentar os temas centrais para compreensão e fundamentação metodológica e analítica.

O Capítulo 1 – *Envelhecer como processo da vida* – descreve os diversos elementos que circunscrevem o processo de envelhecimento na atualidade, apontando para as mudanças demográficas e suas repercussões conceituais no campo das ciências sociais e da saúde. Toma-se em relevância a conceitualização sobre curso da vida para orientar a compreensão das trajetórias de vida de mulheres “cinquentonas” e observar como experiências são construídas em decorrência dos sistemas produtivo, social e político.

O Capítulo 2 – *Caminhando pelo curso da vida* – apresenta, a partir de uma perspectiva sociológica, subsídios conceituais sobre o curso da vida que possibilitam apreender acontecimentos da vida social, decorrentes do processo de envelhecer, tomando esta fase da vida como processual e não um aglomerado de idades, permitindo a simbolização de grupos de pertencimento e assinalando a plasticidade de elementos nas formas de organização social.

O Capítulo 3 – *O envelhecer e seu contexto em mulheres “cinquentonas”* – discorre sobre os múltiplos significados decorrentes do

⁵ As citações textuais dos autores nesta tese não seguem o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

⁶ O termo “cinquentonas”, na língua portuguesa, é um substantivo feminino que se refere a uma mulher entre 50 e 59 anos de idade (MICHAELIS, 2008; FERREIRA, 2004). Neste estudo é utilizado para nomear o grupo sociocultural de mulheres investigadas e não como uma categoria, ou seja, o uso do termo representa um grupo de indivíduos que apresenta uma característica de semelhança (faixa etária).

processo de vida feminino entre os 50 e 59 anos, relatando a necessidade de se buscar uma autoidentidade que, no mundo atual, é influenciada por distintas posturas geracionais e também pelo movimento feminista, que conduziu a diversas representações igualitárias na família, no trabalho e nos papéis sociais. Por consequência, a dimensão deste período da vida exige que se contextualizem as experiências que envolvem os modos de viver. O corpo é tomado como uma tradução de valores simbólicos e de referência conceitual, tornando-se a representação de emoções pautadas em processos intersubjetivos de contextos sociais diversos. Atrela-se a isto a experiência de saúde e de doença como um fenômeno sócio-cultural na vida cotidiana e no corpo da “cinquentona”.

O Capítulo 4 – *Olhares sobre modos de viver* – contextualiza conceitualmente os modos de vida, estudando sociologicamente aspectos presentes no domínio da vida social – família, trabalho, autonomia, conjugalidades e, por fim, a reflexividade da vida cotidiana. Esta interlocução conceitual possibilita a explicação de aspectos comuns e incomuns, de histórias e vivências, da realidade, das práticas e saberes significando os modos de levar a vida das mulheres “cinquentonas”. Neste contexto, o cotidiano se apresenta como um grande mosaico da vida no qual as tramas tecidas na realidade social revelam valores e dimensionam normas e comportamentos apregoados nas regras sociais. Os elementos simbólicos implicados neste mosaico podem suscitar o “processo reflexivo do eu” (GIDDENS, 2002) das “cinquentonas”, instaurando disposições em decorrência deste importante período de transição de vida.

A segunda parte deste estudo envolve o percurso metodológico e a dinâmica investigativa. Neste, seguem-se as proposições adotadas por PAIS (2003; 2003a; 2005; 2005a)⁷ para o campo investigativo e analítico,

⁷ Todos estes estudos de José Machado Pais referem-se a investigações relacionadas à vida cotidiana de jovens. No entanto, aqui se adota uma perspectiva nova como campo teórico: o envelhecimento. Entende-se que a dinâmica investigativa e analítica relacionada à sociologia da vida cotidiana permanece a mesma, independente do objeto de estudo.

tomando-se como pressuposto o cotidiano como alavanca do conhecimento no intuito de retratar a realidade de maneira heterogênea.

Para tanto, apresentam-se as etapas do processo investigativo na seguinte forma:

No Capítulo 5 – *A constituição do campo* –, descreve-se a construção do campo de pesquisa, tomando como ponto de partida o Posto de Saúde Policlínica Nascente, onde se desenvolve um serviço de saúde especializado, que presta assistência médica a mulheres com diagnóstico de osteoporose.

No Capítulo 6 – *A sala de espera* –, contextualiza-se a sala de espera com a finalidade de colher indicadores objetivos e subjetivos para subsidiarem e nortear a escolha de possíveis informantes, assim como levantarem temas para a construção das entrevistas e estruturação das categorias analíticas.

O Capítulo 7 – *A entrevista como meio de aproximação* – apresenta a entrevista como procedimento metodológico na coleta de informações, visando apreender particularidades e similitudes de aspectos relacionados a situações de vida de mulheres diante da vivência do diagnóstico de osteoporose e do processo de envelhecer.

A terceira parte apresenta a análise das trajetórias, falas e os modos de vida das informantes da investigação.

No Capítulo 8 – *As “Marias”: trajetórias, falas e modos de vida* – descrevem-se, a partir das entrevistas, as distintas situações de vida de cada uma das informantes, que foram nomeadas “Marias”. Procura-se trazer a conexão entre os conjuntos discursivos e as formas de viver de mulheres “cinquentonas” com osteoporose através da trajetória de vida: os eventos significativos, características das rotinas do dia a dia, as percepções sobre o corpo, formas de cuidado com a saúde, rotina alimentar, sociabilidades e

fontes de informação e saber; além, é claro, do auto-reconhecimento ou não da osteoporose como doença.

No Capítulo 9 – *Interpretando as similaridades em modos de levar a vida* – os conceitos teóricos são articulados com as informações fornecidas pelas “Marias” através das singularidades e similaridades, permitindo a compreensão dos trajetos de vida construídos diante do envelhecer pelas mulheres que vivem seus cinquenta e poucos anos.

E, por fim, apresentam-se as *Considerações Finais* sobre a investigação, ressaltando a não desestabilização da vida cotidiana em decorrência da invisibilidade da osteoporose, a reavaliação de comportamentos habituais não evidenciadas como prioridade da vida, a significação das relações afetivas e a relevância das socialidades diante do processo de envelhecer.

Parte 1

Percurso teórico

1. O ENVELHECER COMO PROCESSO DA VIDA

“O que diz o espelho? Nada em particular, que já não sabemos – que o tempo deixou sua marca em nossos traços, em nosso corpo... seu rastro no cotidiano...” (KÉPÉS e THIRIET, 1994, p. 13).

A ampliação da expectativa de vida em decorrência da melhoria das condições econômicas e sociais em alguns países e o desenvolvimento biotecnológico levou as pessoas, particularmente em centros urbanos, a se depararem com uma nova realidade de vida – a longevidade –, criando novas referências, entre outras, ressignificação das relações afetivas, mudanças nos papéis sociais, maior permanência em atividades produtivas e, em alguns casos, períodos mais longos de aposentadorias, tensões e possíveis intolerâncias em contextos familiares.

A questão da longevidade remete o envelhecer como processo da vida e, portanto, sempre presente, mas não necessariamente percebido no dia a dia das pessoas. Contudo, o envelhecimento, hoje, é temática da vida social, aguçando o interesse de diversos campos profissionais e acadêmicos, porém com perspectivas interpretativas distintas.

Para SANTOS (2002, p. 2),

A delimitação teórica quanto ao início do envelhecimento é um ponto que tem suscitado (...) discordâncias entre pesquisadores, legisladores e também entre as próprias pessoas que o vivenciam. Ocorreram modificações nos conceitos e parâmetros adotados através dos tempos. (...) O que se evidencia nos critérios estipulados, no que tange ao envelhecimento (...), é que não se considera o processo orgânico, o qual não segue regras estanques variando de maneira significativa de um indivíduo para outro, de acordo com uma série de variáveis, como hereditariedade, estado emocional, condições econômicas e culturais.

Em termos demográficos, o Brasil computou no censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, em 2010, um aumento da população idosa – com idade superior a 65 anos – de 4,8% em 1991 para 7,4% em 2010. Isto representa uma reconfiguração dos indicadores sociais e, conseqüentemente, a reavaliação das políticas públicas do país em médio prazo.

Diferentemente de países da comunidade européia, como Portugal, França e Espanha, que vivenciam uma realidade complexa diante do envelhecimento populacional, o Brasil não está tão distante deste panorama, pois o índice de fecundidade do país está caindo, a mortalidade diminuindo e a população idosa crescendo.

Foi no final do século XIX que o processo de envelhecimento populacional teve início em alguns países da Europa Ocidental e, a partir do final dos anos de 1960, se expandiu no Brasil (CARVALHO e GARCIA, 2003). Para estes autores, o processo de envelhecimento no Brasil será mais rápido e com mudanças estruturais demográficas mais profundas do que as observadas nos países de Primeiro Mundo.

Diante deste possível quadro e da demanda por políticas públicas direcionadas à velhice, o Brasil promulgou a Lei nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994, com a finalidade de garantir os direitos sociais do idoso⁹, no intuito de possibilitar condições de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010).

Isto desencadeou um direcionamento de investigações, práticas e políticas sociais e públicas que substanciassem a finalidade da lei. Com vistas a tentar abarcar os contextos envolvidos, a velhice foi protocolada como objeto de estudo de diversas áreas e disciplinas, porém a geriatria e a

⁸Dados obtidos:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1.

⁹ Perante esta lei é considerado idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 2010)

gerontologia tornaram-se agentes ativos na promulgação de práticas para o “bem estar” na velhice e na análise dos fatores a ela circunscritos.

No entanto, para compreender as várias dimensões que compõem as imagens do processo de envelhecimento, é preciso levar em conta a configuração dos campos de saberes científicos e seus processos interventivos (DEBERT, 1999), pois cada um, à sua maneira, enfatiza um ou outro aspecto de relevância no intuito de um entendimento conceitual específico, que dará provimentos às práticas a ele associadas.

Por influência da medicina e das áreas específicas da geriatria e da gerontologia, além de uma “dose” de observação cotidiana, é frequente a caracterização do processo de envelhecimento através da situação de saúde dos sujeitos, enfocando a prevalência de padrões crônicos de adoecimento, sejam eles decorrentes de condições clínicas, econômicas ou sociais.

Esta associação frequente entre envelhecer e adoecer, percebida no cotidiano e no trabalho de boa parte dos profissionais, marca este processo da vida de forma depreciativa, produzindo estereótipos que se refletem na forma de viver dos indivíduos.

SANTOS (2002, p. 3) salienta que

Na realidade, o ser humano não sabe como administrar a velhice e não tem certeza se realmente a almeja, pois ela sempre vem associada à idéia de doença, que é um conceito carregado pela dor, pela dependência e, principalmente, pela vergonha da fragilidade, que atinge uma esfera individual na qual o indivíduo se sente solitário diante da trajetória que precisa trilhar nesta fase da vida.

DEBERT (1999) assinala que o envelhecimento em nossa sociedade está associado, também, ora à pobreza e invalidez, refletindo uma passagem indesejada de perdas de papéis sociais, ora, ao contrário, criando contextos e situações distintas entre homens e mulheres. E, especificamente, em relação às mulheres, a tendência contemporânea é de que o envelhecimento esteja associado a uma maior capacidade de

autonomia, uma vez que as percepções de decadência e perdas se reverterem em possibilidades de novas conquistas e projetos que podem ser alcançados em estágios mais avançados da vida. A autonomia feminina decorre de contextos sociais relacionados à conjugalidades (viuvez, separação), à não obrigatoriedade de cuidados com os filhos e à diminuição de responsabilidades domésticas, permitindo a escolha de atividades relevantes a circunstâncias atuais de vida, retratando o empoderamento da mulher na sociedade moderna.

Deste modo, constroem-se concepções que podem redundar em forte significação sócio-cultural, econômica e subjetiva (emocional), constituindo elementos representativos e valorativos sobre o processo de envelhecer. Assim como, é preciso se levar em conta o processo no qual o envelhecimento é construído como problema social, pois este orienta práticas tendo em vista um envelhecer “bem sucedido”, redefinindo atitudes, valores e influenciando o público que está ligado a estas práticas (profissionais) e construções (teóricos) (DEBERT, 1999).

É neste contexto que uma análise social do envelhecimento, através de dados de condições culturais, financeira, estruturação familiar, convívio social, espiritualidade e religiosidades e modos de viver permitem inferências de ordem política e econômica, pois representa parâmetros à redefinição das atividades sociais e laborativas e, conseqüentemente, à melhora da condição de vida no curso do processo de envelhecimento.

No entanto, mais do que uma representação numérica sobre os idosos e projeções quantitativas do envelhecimento populacional, as pesquisas qualitativas revelam uma assimetria nas questões de gênero¹⁰, a reestruturação da dinâmica familiar e a modificação nos “ciclos de vida”.

¹⁰ Precisamente no que se refere à feminilização da velhice, ou seja, uma maior incidência de mulheres na população idosa, gerando implicações nas políticas sociais em decorrência da maior longevidade feminina, caracterizada por um alto índice de debilitação física decorrente de doenças crônicas, uma maior dependência familiar, financeira e de políticas públicas de saúde. BERQUÓ e BAENINGER (2000) salientam que a feminilização do

É certo que a análise mais veiculada pelas mídias tem estado muito mais a serviço de uma perspectiva biomédica do envelhecimento, onde este é entendido como um processo degenerativo orgânico, oriundo de processos de adoecimento corporal, culminando com a morte, do que direcionado a outras perspectivas de cunho sociocultural.

GROISMAN (2002) salienta que a degeneração orgânica no envelhecimento, associada à passagem do tempo, torna-se um problema, pois não há como marcar precisamente o início deste processo. Mesmo sendo o critério cronológico o definidor mais frequentemente utilizado para definição do envelhecimento, este se mostra falho, pois é vivenciado de maneira heterogênea pelas pessoas.

É dito, corriqueiramente que o envelhecimento começa no dia do nascimento, ou seja, é um processo contínuo e natural. A sociedade tem nomeado este processo em fases: infância, juventude, vida adulta e velhice. Meramente classificatórias, elas não referendam o que realmente se passa na vida das pessoas, porém, tem relevância, pois institui representações e significados que norteiam comportamentos, atitudes e valores no decorrer da vida.

Dessa forma, a década que antecede a fase nomeada de “velhice”, o período dos 50 aos 59 anos, torna-se um prefácio que apresenta representações sobre o papel chave do envelhecimento na vida das pessoas e possibilita refletir sobre possíveis construções individuais e sociais sobre o envelhecimento. Afinal, “a afirmação do eu não significa apenas um conhecimento de si próprio, mas um reconhecimento de si por parte dos outros. São os outros que falam de mim sem que eu o saiba, que me objectivam encerrando-me numa imagem que é mais real do que a realidade de quem sou.” (PAIS, 2007, p. 30)

envelhecimento procede de uma diferenciação da situação de mortalidade por sexo prevalecente na população brasileira desde 1950, uma vez que às mulheres tem apresentado uma maior esperança de vida ao nascer, e conseqüentemente, um número maior de anos por viver.

Assim, as percepções acerca do envelhecimento fundam-se em experiências de vida. Trata-se, então, de considerar o quão relevante é compreender as trajetórias de vida¹¹ de mulheres “cinquentonas”, no âmbito desta investigação, para o entendimento do envelhecer como fenômeno. Refere-se a trajetórias, pois se considera que a vida não representa uma sucessão de fatos, mas constitui-se de ramificações e desvios mutáveis no decorrer do tempo e interligados a um mesmo eixo, ou seja, a um curso de vida.

Essencialmente, no estudo do desenvolvimento humano, orienta-se teoricamente a partir de duas perspectivas: a de ciclo de vida e a de curso de vida. A noção de cada uma fundamenta-se em paradigmas distintos, que possibilitam uma abertura analítica diferenciada dentro da amplitude de cada área do conhecimento.

A noção de ciclo de vida perpassa pela circularidade de eventos que se repetem de forma ordenada, com estágios temporais que apresentam uma periodicidade (começo – meio – fim), interligados pela ocorrência de crises (implícitas ou não), nas quais as experiências vitais são peculiares ao contexto evolutivo cronológico. A noção de curso de vida refere-se a eventos decorrentes da inter-relação individual, familiar e sociocultural na estruturação etária, repercutindo em expectativas comportamentais que correspondem a papéis sociais a serem desempenhados, criando crenças e valores socialmente construídos (NERI, 2001).

Estas duas proposições colocam a idéia de trajetória de vida¹² sobre duas perspectivas distintas: a primeira salienta a previsibilidade de uma etapa e o que pode ser esperado dela. A segunda apresenta uma linearidade que se estabelece no decorrer da própria vida através de contextos socioculturais vigentes, ou seja, uma institui o que é esperado da

¹¹ “A **trajetória de vida** pode ser descrita como um conjunto de eventos que fundamentam a vida de uma pessoa.” (BORN, 2001, p. 243)

¹² PAIS (2005a, p.313) assinala que o “conceito de trajetória de vida inclui o conceito de vida familiar, o de vida escolar, o de vida profissional, etc. A cada uma destas esferas de vida podemos remeter distintos feixes de trajetórias, embora conectados entre si.”

vida de uma mulher com cinqüenta anos e a outra abre possibilidades compreensivas sobre o “ser mulher com cinqüenta anos”.

Ambas disponibilizam informações relevantes, mas é através do curso de vida que se observa subjetivamente como as experiências podem ser construídas, individualmente, a partir de matrizes dos sistemas produtivo, social e político.

Para DEBERT (1997), por outro lado, o Estado Moderno seria a instituição que orientaria o curso da vida, validando as suas etapas desde o nascimento até a morte, assim como a entrada no mercado de trabalho e a aposentadoria. Ou seja, o envelhecimento, nesta perspectiva, implicaria em novas formas de lidar com a vida cotidiana socialmente, ultrapassando a esfera privada e familiar.

Neste contexto, haveria uma legitimação de direitos sociais associados à velhice e, concomitante e contraditoriamente, um processo de reprivatização do processo de envelhecimento, de transformação em responsabilidade individual. (DEBERT, 1999). As representações sobre o envelhecimento, então, recaem sobre expectativas de vida, consumo, carências afetivas e padrões econômicos.

Embora a velhice seja designada, no senso comum, como uma fase da vida, é preciso entender que, para se chegar a ela, todo um trajeto foi percorrido e, portanto, traz em si informações contextuais relevantes. São aspectos heterogêneos que caracterizam “modos de levar a vida”. Além disso, “são os indivíduos quem, no dia a dia, tomam consciência de determinadas características específicas de um período da sua vida”. (PAIS, 2003a, p. 38)

São nestas particularidades que se compõem as concepções sobre o curso da vida no processo de envelhecer que se pode tentar compreender o que representa a década que antecede a institucionalização da velhice. Ao se enfatizar o período dos 50 aos 59 anos, explicitam-se histórias que

influenciam comportamentos, emoções e valores que compõem os modos de viver diante do envelhecer, que foram incorporados no decorrer do curso da vida, portanto, implicando em condições sociais, econômicas, de saúde e afetivas.

2. CAMINHANDO PELO CURSO DA VIDA

“As direções do olhar dependem das diferentes posições a partir das quais se olha.” (PAIS, 2006. p. 77)

GIDDENS (2002) salienta que a modernidade alterou a natureza da vida social cotidiana, comprometendo os aspectos mais pessoais da existência das pessoas. Com estas profundas transformações que estão a ocorrer no mundo, diversos contextos de vida são expostos, acabando por imprimir um relevante significado ao processo de envelhecer dos indivíduos.

Neste contexto, as explicações sobre as representações deste processo na vida das pessoas podem advir de múltiplas perspectivas disciplinares, porém, a proposição teórica sobre curso de vida apresentada pela sociologia e antropologia constitui modelos com fortes subsídios conceituais, permitindo captar fatos da realidade social que envolve o fenômeno do envelhecimento.

PAIS (2003a), em uma análise sociológica, menciona que as teorias do curso da vida compreendem uma fase da vida como um processo, ou seja, este período não é considerado como estado ou categoria referente a um agregado de idades, mas sim uma sequência de trajetórias biográficas¹³. As transformações pautam-se na interconexão da vida individual e coletiva.

Esta forma de olhar o processo de envelhecer possibilita o compartilhamento de significados que permitem simbolizar determinados grupos de pertencimento, tais como: a “idade do lobo” (ou da loba), as “cinquentonas”, os da “terceira idade” (ou melhor idade), os que “já dobraram o Cabo da Boa Esperança”, entre outros.

¹³ “Uma trajetória biográfica pode ser descrita como um conjunto de percursos ao nível de diferentes quadros institucionais, de diferentes espaços sociais, eles mesmos em constante mudança.” (PAIS, 2003a, p. 43)

Esta simbolização não implica em um ordenamento social, mas representa grupos nomeados a partir de um recorte de seu tempo de vida, trazendo consigo um conjunto de significados compartilhados, com experiências, linguagens e rituais específicos e que necessitam ser contextualizados no tempo e no espaço processual que foram constituídos.

A partir de uma perspectiva de curso de vida, PAIS (2003a) sugere que não se observe isoladamente as trajetórias, mas sim em relação a contextos de socialização, pois os “cursos de vida são *caminhadas* nas quais os caminhos percorridos, conforme são percorridos, se vão enrolando sobre si mesmos, carregando-se nos dorsos dos caminhantes – de caminhos transformam-se em bagagens, em capital adquirido.” (PAIS, 2003a, p. 72-73).

Ao recorrer a esta perspectiva, PAIS (2003a) procura captar a convergência de certa ocasião da existência dos indivíduos, oriunda de determinantes (econômicos, sócio-culturais, etc.) distintos que conduzem à composição de conjunturas biográficas caracterizadas por certa singularidade, que se encontram alicerçadas em trajetórias pessoais e sociais.

Esta maneira de conceber o curso da vida referenda uma compreensão dinâmica do processo de envelhecimento, já que a categorização etária é construída socialmente e fundamentada em contextos históricos específicos, representando o tempo pessoal em articulação com o social – coletivo, mediante o qual os efeitos das ações do passado interagem com o presente. Sendo assim, “por efeito de diferentes posicionamentos no curso de vida, reagimos de modo diferente aos dilemas de vida” (PAIS, 2010, p. 24). Esta reação se reflete em processos subjetivos e coletivos distintos, constelando singularidades específicas a cada pessoa, época e contexto.

Paralelamente, DEBERT (1999), em um enfoque antropológico, assinala que a plasticidade do curso da vida, assim como as especificidades

das idades, torna-se elemento nas formas de organização social. E complementa que a institucionalização do curso da vida envolveria tanto a dimensão familiar quanto do trabalho, estando presente no sistema produtivo, no mercado de consumo e nas políticas públicas, tendo como alvo grupos etários específicos. Portanto, a “institucionalização do curso da vida, própria da modernidade, não significou apenas a regulamentação das sequências, mas também a constituição de perspectivas e projetos, por meio dos quais os indivíduos orientam-se e planejam suas ações, individual e coletivamente” (DEBERT, 1999, p. 52).

Assim sendo, costumes e comportamentos alicerçariam trajetórias de vida a partir de experiências rotineiramente vividas e, conseqüentemente, introduziriam novos mecanismos de auto-identificação.

Na modernidade, a trajetória de vida é estruturada pelas instituições que influenciam os planos de vida individuais, portanto, apresenta distinções de gênero. A trajetória de vida de uma mulher é diferente da de um homem, assim como as percepções que os mesmos têm de suas vidas. (BORN, 2001). A ação individual é percebida nos modos de levar a vida e como estes atuam.

Nesta direção, contextualizar a vida da mulher entre 50 e 59 anos possibilita particularizar formas de viver, ao mesmo tempo em que desvela realidades universais nas quais estas são inscritas, possibilitando observá-la além da doença, em acontecimentos singulares que pluralizam redes de saberes sobre o envelhecer e que estão inseridas na vida cotidiana.

3. O ENVELHECER E SEU CONTEXTO EM MULHERES “CINQUENTONAS”

“a riqueza de sentidos reside na diversidade das expressões simbólicas, e não na sua uniformidade de significação.” (JUNG, 1998. p. 183)

“Cinquentonas”: expressão referente a mulheres entre 50 e 59 anos, que apregoa mais do que uma simples faixa etária, contém significados múltiplos a processos de vida femininos, independente de seus marcadores sociais. Isto decorre de uma cultura que preconiza a eterna juventude, onde os modos de viver representam singularidades e universalidades decorrentes da sociedade contemporânea.

Palavra de peso para uma mulher ser chamada de “cinquentona”, visto que deflagra vários sentidos e significados; e criam-se estereótipos. Contudo, é um termo reconhecido socialmente por representar uma fase da maturidade feminina¹⁴. Rosana Hermann, em 2003, publicou um livro intitulado *Maturidade revista*¹⁵, onde apresenta vários depoimentos de mulheres (famosas e anônimas) sobre os sentimentos e as experiências na maturidade. Esta autora desvela, através de depoimentos, alguns dos significados e sentidos que se dá à maturidade feminina, entre eles a representação que os cinquenta anos têm para a mulher, conforme exemplo abaixo:

A sociedade tem regras diferentes para o homem e para a mulher. Quando o homem fica grisalho todo mundo diz: “Como ficou lindo!” Quando é a mulher: “Que pessoa mais mal cuidada”. Não é assim? O homem quando começa a ter rugas: “São as marcas da vida”. A mulher: “Credo, que velha!”. Do homem não se cobra nada. Pode

¹⁴ Compreende-se como maturidade feminina o período no qual a mulher vivencia eventos associados à diminuição da capacidade reprodutiva e biológica, mudanças psicossociais (por exemplo: saída dos filhos de casa, cuidado ou perda dos pais, reconfiguração de laços afetivos) e aposentadoria.

¹⁵ HERMANN, R. **Maturidade revista**: depoimentos de corpo e alma sobre a feminilidade da mulher madura. São Paulo: Editora Gente, 2003.

ser gordo, velho, enrugado e ainda assim é considerado charmoso. Essa é a ótica da sociedade em que vivemos. (Regina Bucco, p.152)

Só agora, com a chegada da maturidade, tenho conseguido superar certas dificuldades e me realizar com eficiência em diversas áreas. (Wanderléa, p. 126)

Se no passado não muito longínquo, ter cinquenta anos era início de velhice, hoje já não se pode pensar da mesma forma. A melhoria das condições econômicas e sociais e o desenvolvimento biotecnológico possibilitaram a ampliação da expectativa de vida, criando novos critérios que colocaram em evidência novas formas de viver, ressignificando relações afetivas, mudando papéis sociais e aumentando a permanência em atividades produtivas.

Contudo, o aumento da longevidade criou também uma lacuna vital entre a juventude e a velhice. Em decorrência disto, KÉPÈS e THIRIET (1994) indagam, sobre as mulheres “cinquentonas”, se seria aceitável pensar em declínio quando o momento da vida reflete plenitude e vitalidade, apesar de existir um corpo que começa a evidenciar mudanças, enfraquecimentos; que suscita a perda de confiança.

Outro ponto importante a se refletir é que as experiências vivenciadas no decorrer da vida das mulheres “cinquentonas” têm como parâmetros constitutivos movimentos políticos, econômicos e sociais que redundaram de contextos oriundos do término da segunda guerra mundial, do surgimento da televisão, da descoberta da pílula anticoncepcional e do movimento feminista, o que impôs uma realidade repleta de desafios e mudanças que culminaram com a inserção da mulher no mercado de trabalho, a difusão midiática sobre o corpo, a liberação sexual e a busca de direitos igualitários.

GOLDENBERG (2008) apresenta, através da trajetória de vida de Leila Diniz, uma compreensão relevante sobre estas novas configurações do papel feminino, de forma geral, mediando a experiência de vida e os elementos sociais.

Assim, a vivência das mulheres de cinquenta e poucos anos traz especificidades que a particulariza em um momento temporal específico, como também revela a necessidade de olhares singulares para este período lacunar da vida, pois entre os 50 e 59 anos, a vida da mulher é marcada, para algumas, por situações intensamente significativas: menopausa, solidão ou autonomia (decorrente saída dos filhos de casa; morte dos pais, se solteira), proximidade da aposentadoria e desconstrução da imagem corporal em consequência do processo de envelhecimento (rugas, flacidez, perda da agilidade motora). Isto remete a mulher a uma condição de vida especial, exigindo estudos específicos sobre as questões relacionadas a este período.

Acrescenta-se a isto que, com o advento do cinema e da televisão, regras foram culturalmente transmitidas através da normalização de imagens visuais da mulher (BORDO, 1993), gerando distintos perfis que oscilam de um padrão mais tradicional (casar, ter filhos e ser dona de casa) até posicionamentos mais liberais (não casar, ter ou não filhos, autonomia financeira e prestígio profissional), particularmente dependendo da classe social onde se situa.

Ainda na procura de sua autoidentidade, as “cinquentonas” na atualidade deparam-se com posturas geracionais distintas, decorrentes da evolução temporal da trajetória feminista, tendo em vista que a idade

é um componente bio-sócio-histórico estruturador na organização das sociedades, inclusive com definição simbólica forte, e as gerações são parte essencial da dinâmica coletiva que as impele ou lhes imprime continuidade social (...). Impossível, portanto, ignorá-las ou menosprezar sua importância analítica (BRITTO DA MOTTA, 2002, p.37).

Isto quer dizer que a dimensão de idade precisa ser contextualizada mediante as experiências que circunscrevem modos de viver. Certos posicionamentos somente conseguem ser percebidos à luz da produção cotidiana diária, pois explicita articulações e formas de viver. Na medida em que a idade expressa o tempo de vida dos indivíduos, construído

socialmente, ela também institucionaliza categorias e grupos, nomeados para dar significado e legitimar a ação social (ex.: velhos, idosos, jovens, adolescentes, cinquentonas, quarentões, etc.)

A respeito disto, DEBERT (1997, p. 122) aponta para o fato de que “o processo de individualização, próprio da modernidade, teve na institucionalização do curso de vida uma de suas dimensões fundamentais. Estágios da vida foram claramente definidos e separados e a fronteira entre eles passou a ser dada pela idade cronológica”, ou seja, na modernidade institucionalizada, a vida passa a ser entendida como etapas, perdendo a idéia da experiência contínua como referência construtiva do sujeito, como decorrente de um processo em curso.

BRITTO DA MOTTA (2002) salienta que envelhecer é uma *situação* vivida diferencialmente segundo o gênero, a classe social e a etnia. Por isso, a trajetória de vida de mulheres distingue-se em relação a atitudes, sentimentos e representações acerca das idades, incluindo também as classificações e prescrições sociais, assim como o entendimento sobre a forma como as transformações da vida sucederam. Esta autora (2002, p. 44-45) ainda alerta que

Na modernidade ocidental ser velha é, sobretudo, ter perdido uma importante e não-falada condição social de reprodutora. (...) Mas é, também, ir conseguindo (ou ter conseguido) a libertação de certos controles societários que se referiam justamente à reprodução e a tolheram durante toda a juventude.

O que deve ser considerado é que este fato já vem ocorrendo entre as mulheres “cinquentonas”; basta recordar os seguintes pontos: menopausa, saída dos filhos de casa e aposentadoria; pois é o início de um tempo em que as experiências se consolidam e libera-se das obrigações reprodutivas; é o tempo favorável para mudanças, mediante as quais novos modos de vida podem ser vivenciados e ressignificados. (BRITTO DA MOTTA, 2002)

Contudo, é a lacuna evidenciada por KÉPÈS & THIRIET (1994) que possibilita um não detalhamento mais aguçado sobre este período específico da vida das mulheres. De maneira semelhante, SARDENBERG (2002) ressalta que este período é um problema ligado a questão de gênero, idade e geração. Há uma regulação sócio-cultural que transmite diferenças, define padrões de comportamento e autoriza ações individuais.

A existência de uma realidade social objetiva reproduz similaridades e evidencia singularidades. Isto exigiu revisões conceituais acerca da psicologia do desenvolvimento que coloca o processo vital em períodos sequenciais etários, de forma evolutiva linear, criando características de caráter universal a todos os indivíduos (DEBERT, 1997).

Isto porque a universalidade presente neste tipo de contexto evolutivo reproduz um envelhecer que aparenta semelhança a todos os observadores e independe do lugar e da significação que este representante ocupe histórica e culturalmente. Considerado assim, traz em si um período de vida pré-definido por estereótipos e padrões comportamentais que negam a experiência da vida determinada pela realidade econômica, social e cultural e que fundamenta as mudanças apropriadas a cada momento vital de cada trajetória de vida.

Vale salientar também que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, podendo ocorrer de diferentes formas nos indivíduos que vivem em contextos históricos e sociais distintos (NERI, 2001). Assim sendo, a identificação dos aspectos que circunscrevem este processo precisa ser realizada dentro de enfoques que considerem a construção social da realidade dos indivíduos.

Segundo DEBERT (1999), o curso da vida se transforma no lugar de experiências abertas, ao contrário de passagens ritualizadas. Cada fase de transição é interpretada pelo indivíduo como uma crise de identidade; e na necessidade de confrontar e resolver essas fases de crise, o curso da vida é construído.

Então a representação de envelhecer, para as “cinquentonas”, passa a ser um processo heterogêneo, que se define nas particularidades entre o individual e o coletivo. E nas situações cotidianas se explicitam formas de posicionamento diante do outro que se refletem na consciência de si mesmo e rearticulam modos de viver e de ser, pois a historicidade que configura a vida destas mulheres perpassa por mudanças caracterizadas pela experiência contextualizada na realidade, adquirindo valores propícios e significativos do momento conjectural da sociedade atual. Até porque o envelhecimento entendido a partir de determinismos enrijece a concepção de desenvolvimento humano e, consequentemente, a plasticidade da vida, dificultando a compreensão do curso da vida através de fenômenos que compõem as trajetórias naturais do envelhecer.

Essa noção é ressaltada por FEATHERSTONE (1994, p. 51), que salienta “que a **vida é um processo**. Isso quer dizer que se deve focalizar o tempo de vida vivido pelas pessoas e o modo pelo qual ele é social e culturalmente organizado. Precisamos dar ao tempo de vida um sentido de processo total e não apenas isolar as partes dele”.

Outro ponto que este autor também evidencia é que a vida não é um processo único para todos, portanto, faz-se necessário uma análise diferenciada e interdisciplinar em decorrência dos distintos conjuntos e contextos que abarcam o envelhecimento, que exige ser observado a partir das diferentes metáforas que conceituam o processo da vida humana, no intuito de nortear valores, explicitarem tendências e significar representações que levam ao desenvolvimento de possibilidades variadas de trajetórias de vida e referenda o indivíduo como ser corpóreo, sujeito às vicissitudes do corpo no espaço e no tempo.

Assim sendo, é preciso olhar para as “cinquentonas” a partir do tempo vivido: que sentido foi dado a ele e que metáforas são elaboradas no presente e no futuro; entender como se processou a consciência da passagem do tempo, visível no corpo e com significados sobre o viver e

olhar para as associações feitas ao envelhecer referentes às imagens de fragilidade, falência física e destituição de relações sociais.

As imagens posicionam o indivíduo na realidade e marcam sua subjetividade de significados múltiplos. Para MOREIRA e NOGUEIRA (2008), estes significados emergem da experiência de envelhecer, conjugando ambiguidades positivas e negativas, revelando uma transição de estranhamentos e dicotomias, onde há uma desarmonia entre o interno e o externo, mente e corpo, pois as transformações no envelhecimento impõem desafios e adaptações diante de tantas mudanças, podendo gerar reações de negação e resistência decorrentes dos medos, anseios e preocupações com o futuro, pois ao envelhecimento também está associado o estigma do declínio, da doença e da decadência. Reações positivas são percebidas quando se “rejuvenesce” o velho, mudando-se estilos de vida, comportamentos e hábitos.

CINQUENTA E POUCOS ANOS, *C'EST LA VIE!*

O período dos 50 aos 59 anos representa, comumente, a tarefa de se deparar com a velhice. Inúmeras mulheres submetem-se cotidianamente e trabalhosamente a rituais e disciplinamentos corporais no intuito de “exorcizar” a imagem constelada diante do envelhecer (SARDENBERG, 2002).

Ainda segundo esta autora, os problemas, dilemas e frustrações que a mulher “cinquentona” vivencia em relação ao seu corpo não são apenas da alçada individual, mas sim um fato comum a todas as mulheres que se vêem expostas aos mesmos discursos, portanto decorrentes de um contexto social específico, o que vem a referenciar formas distintas de significação da vida.

Seguindo este mesmo princípio, KÉPÈS e THIRIET (1994, p. 16) salientam que as possibilidades de vida das mulheres

não são iguais, e que os cinquenta anos, (...) colocam cruelmente em destaque as desigualdades sociais: [ou seja] os traços conservados dos corpos de algumas não podem ser comparados àqueles dos corpos utilizados para o trabalho ou àqueles expostos ao excesso de maternidades. Algumas mulheres vivem do sucesso de suas carreiras, enquanto outras não cansam de repetir os mesmos gestos que entorpecem seus talentos e seus desejos.

Certas representações são consteladas a partir da vivência particularizada destas mulheres, porém alicerçadas em significados e valores dominantes na sociedade contemporânea. O desafio está na análise do universo simbólico que circunscreve esta fase da vida, sem cair no reducionismo individualista ou no desmerecimento do contexto histórico circunscrito.

Neste mesmo âmbito, DEBERT (1999, p. 29) assinala que, “as categorias de idade são construções sociais, o que não significa que elas não tenham implicações concretas na vida das pessoas”, por isso, observa-se ainda, em relação às “cinqüentonas”, uma configuração de estereótipos pré-definidos e estanques, que circulam nos discursos e práticas de diferentes áreas de estudo sobre a mulher.

GOLDENBERG (2008) propõe que se compreenda a identidade feminina como socialmente produzida, explorando-se como são construídos e destruídos os padrões de comportamento da mulher. Ou seja, é necessário olhar a singularidade da trajetória de vida e a configuração social e familiar na qual ela vive, mediante diferenças e semelhanças.

Entre a juventude e a velhice, a década dos cinquenta anos não precisa ser compreendida como uma calamidade. Apesar dos significados outorgados pela medicina e o mundo social através da menopausa, que marca a “ferro e fogo” a vida da mulher “cinqüentona”, para algumas é um problema que repercute fisicamente, socialmente e afetivamente, mas faz parte da vida: *c’est la vie!*

A idéia da “velha senhora”, que se firma aos cinquenta anos, decorre de vivências que procedem de uma década atrás na trajetória de vida da

mulher, ou seja, aos quarenta e poucos anos, quando “tia” e “senhora” tornam-se vocábulo comum nos processos interativos. Não se pode crer nisto como uma etapa preparatória para a década seguinte, mas preconiza a estrutura social que envolve o processo de envelhecer na sociedade moderna. Então, ser “cinquentona” faz parte de um cenário no qual a sociedade produz e reproduz papéis, posicionamentos e interações.

Assim sendo, “tomo as palavras como roupagem de realidades por descobrir. (...) As palavras são o superficial que nos pode dar acesso ao essencial. Da mesma forma, através do manifesto podemos chegar ao latente. Do consciente ao inconsciente” (PAIS, 2006. p. 48).

A primeira roupagem advém da rede de relações intrafamiliares, permeando acontecimentos da vida individual da mulher “cinquentona”. Em situações de vida corrente, contradições são instauradas e legitimadas. Criam-se representações estratégicas para satisfazer a todos, mas e ela?

Esta questão tem esboçado configurações distintas de saber sobre a “cinquentonas”, estruturando corporalidades, socialidades e subjetividades.

A “CINQUENTONA” E SEU CORPO

É inegável a força que uma imagem social tem sobre um indivíduo, principalmente quando ela está pautada na idéia do corpo jovem, belo. Segundo BORDO (1993), o corpo é uma metáfora da cultura; através dele definem-se formas de comer, vestir e todas as atividades diárias de vida, tornando-se uma forma simbólica poderosa, capaz de desenhar diagnósticos e visões da vida social e política. Isto ocorre não só de forma textual, mas também prática, mediante costumes e maneiras aparentemente triviais de rotinas e regras habituais.

As desordens do corpo feminino recheiam os compêndios médicos desde o âmbito fisiológico até o psicológico. Os contextos sociais e culturais

entram como variáveis que demarcam historicamente a ocorrência de sintomatologias específicas na vida da mulher.

O que se sabe é que esse corpo revela valores simbólicos. Como cenário vivo, desvenda fragilidades e potenciais, especificidades e generalidades, suscitando o desejo de controle e intervenção sobre o mesmo.

Na medicina hipocrática, a vida pessoal, a alimentação, o sono e as tarefas cotidianas compunham as informações sobre o estado do corpo e a natureza criava meios de curá-lo. O cristianismo instituiu as regras morais sobre o corpo. A modernidade trouxe os avanços tecnológicos (cosmética, cirurgias, próteses, dietas, etc.). Cada época expressa, à sua maneira, o conhecimento e o controle sobre o corpo (SANT'ANNA, 2001).

Os avanços tecnológicos advindos com a modernidade invadiram corpos e modos de vida através do impacto social da idealização do corpo perfeito da mulher. Assim, formas de viver outorgam diferentes perspectivas corporais, delineando práticas que enlaçam o dia a dia feminino.

Para GOMES (2002), a organização e a representação de tarefas e hábitos corporais que constituem a vida cotidiana expõem princípios ideológicos, sendo necessária a observância de práticas corporais através da interpretação e do sentido dado a elas. Mais do que uma existência biológica, o corpo é um acontecimento antropológico.

Mais do que uma entidade discursiva, ele pode ser tomado como referência conceitual de formas de ser, estar e fazer. Apresenta visões que foram elaboradas no decorrer do tempo individual e coletivo, constituindo-se em valor simbólico para a compreensão de modos de viver.

Apoiando-se no pensamento antropológico, GOMES (2002) orienta-se em um sistema de representações onde interagem discursos, saberes e ideais e, sobretudo, toma o corpo como recurso privilegiado de compreensão sobre as estruturas sociais e simbólicas e a sua relação com a ação

individual, considerando-se como ele é percebido e vivido através das dimensões de tempo, espaço, sexo, identidade, alimentação e movimento, ou seja, que “a vida é uma experiência que se tem com e no corpo” (GOMES, 2002, p.85).

O corpo passa a ser a representação de emoções observadas no processo intersubjetivo de contextos sociais diversos. Apresenta-se como elemento fundamental para análise de experiências singulares que são vividas e sentidas pela mulher “cinquentona”. Como corpo individual, representa as variantes decorrentes do processo de envelhecer, abarcando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Entendido como corpo social, revela uma estruturação simbólica que carrega em si códigos de pertencimento e, contraditoriamente, de exclusão. CERTEAU (2008, p. 223) pontua que “antinomias postulam o princípio de uma origem única (uma arqueologia fundadora) ou de uma conciliação final (um conceito teleológico), e, portanto um discurso baseado nessa unidade referencial.”

Isto implica dizer que as mulheres “cinquentonas” vivenciam através do seu corpo, seja ele individual ou social, uma ambivalência que as coloca em condições distintas e que se alternam em função do cenário interativo de suas vidas. Marcadas pela idéia da velhice que se aproxima, seus mundos são construídos sob a égide de códigos e papéis outorgados pela sociedade.

A aparência física determina padrões de relacionamento e códigos de conduta, definindo atitudes que implicam diretamente no pertencimento ou não a um grupo social. No caso das “cinquentonas”, evidencia-se um posicionamento em suas relações sociais, instituindo no imaginário coletivo a idéia de um corpo em decadência.

Oriundas de pontos de vistas predominantemente masculinos¹⁶, surgem representações ora degradantes, ora não, sobre esta fase da vida da mulher, com associações que valorizam o avançar da idade e que a

¹⁶ Existe a origem e o reforço destes pontos de vista a partir de uma perspectiva feminina também, porém em grau menor.

situam em um contexto cercado de especificidades associadas diretamente ao seu corpo.

É através e neste corpo que emoções¹⁷ serão particularizadas e subjetivadas. Nesta perspectiva, a análise da vida cotidiana das “cinquentonas” exige o entendimento dos fenômenos micro e macro sociais, pois moldura a experiência que é socialmente construída. Dito de outro modo, compreender a vida das “cinquentonas” implica em olhar os seus processos interativos, os códigos simbólicos impetrados em seu corpo e a repercussão de representações promulgadas social e culturalmente.

Tendo como princípio que o corpo é o instrumento dialógico dos processos interativos e das representações socioculturais, as “cinquentonas” “falam” através dele, seja para ocultar/revelar a idade, significar a saúde/doença ou libertar/aprisionar as afetividades/socialidades.

Para SANT’ANNA (2001, p.3), “o corpo talvez seja o mais belo traço da memória viva. Verdadeiro arquivo vivo. Inesgotável fonte de desassossego e de prazeres, o corpo de um indivíduo pode revelar diversos traços de sua subjetividade e de sua fisiologia, mas ao mesmo tempo, escondê-los.”

O que deve também ser considerado é que o corpo é intensamente afetado pelas experiências sociais, normas e valores dos grupos de pertencimento, fornecendo possibilidades de escolhas dos modos de viver o dia a dia e de cuidados a saúde (GIDDENS, 2005).

¹⁷ Emoções aqui entendidas como elemento interativo orientador das relações sociais no espaço-tempo de lugares institucionais (KOURY, 2004).

A “CINQUENTONA” E SEU CORPO: EXPERIÊNCIA DE SAÚDE OU DE DOENÇA?

Nos dias atuais, a fase de transição entre a vida adulta (pós-juventude) e a velhice demarca claramente o estágio dos cinquenta anos. As experiências são significadas pelo declínio corporal e ressignificadas social e culturalmente, constituindo situações que oscilam entre experiências de saúde e de doença.

A experiência de saúde ou de doença é um fenômeno sócio-cultural que se institui em um corpo significado na e pela realidade da vida cotidiana e referendado a partir do coletivo. A singularidade da experiência se processa na intersecção da relação do indivíduo com sua subjetividade e com a sociedade através dos seus processos interativos.

Assim, as experiências vivenciadas pelas “cinquentonas”, ou seja, seus modos de agir, sentir e pensar terão referências a partir de sua história de vida na sociedade à qual pertencem. Se este pertencimento valorizar a fase dos cinquenta anos como período de decadência, de instauração de experiências de doença, de tal modo ele será compreendido e, conseqüentemente, subjetivado, conjugando realidade psíquica e social. Por outro lado, se o valor estiver nos aspectos saudáveis desta fase da vida, valorizando conquistas sociais, crescimento psicológico e amadurecimento relacional, o significado será totalmente distinto.

Diante desta ambiguidade e para uma compreensão mais minuciosa, a noção de experiência apresentada por DUBET (1996) oferece fundamentos para a compreensão da constituição dos modos de vida das “cinquentonas”. Este autor salienta que a experiência é simultaneamente um objeto teórico e um conjunto de práticas sociais que caracterizam a sociedade. Para tanto, ele se apóia em três pontos: a heterogeneidade de elementos sociais e culturais na organização de condutas; o distanciamento

crítico do indivíduo na ação social e, por fim, a construção da experiência coletiva, que toma lugar na idéia de alienação¹⁸ na análise sociológica.

Sustentada nesta concepção, a experiência da “cinquentona” com seu corpo e, conseqüentemente, com sua vida, define-se, primeiramente, a partir do campo social que constitui os elementos de organização de suas condutas. A sua condição social¹⁹ apresenta variâncias significativas no que diz respeito à heterogeneidade de suas concepções de vida. Soma-se a isto que a adesão a papéis é mediada a partir do que é vivido e sentido internamente (subjeto) e externamente (social). Assim, há uma diversificação, uma heterogeneidade da experiência social.

A experiência social, para DUBET (1996), possibilita a construção do mundo de forma fluida, através da incorporação de emoções e da atividade cognitiva, onde fenômenos são construídos através do “experimental”²⁰. Ao se ter a fase dos cinquenta anos como um fenômeno que compõe a vida da mulher na maturidade, há de se compreender que emoções e cognições serão significadas através da forma como ela “experimenta” a vida.

Trata-se, então, de considerar

Desta maneira, a experiência individual, ao mesmo tempo que se torna subjectiva, torna-se mais social. Ela é, então, mais ‘manipulada’, mais controlada, mais aberta aos olhos dos outros. Mas, simultaneamente, esta experiência só pode ser legítima aos olhos dos actores na medida em que ela continue a ser uma experiência ‘autêntica’, vivida como a expressão de uma personalidade. (DUBET, 1996, p. 103)

Isto fundamenta os sentidos e significados que são dados às mulheres “cinquentonas”, ou seja, a experiência de saúde ou de doença é vivenciada subjetivamente, porém fortalecida socialmente. Ao se imprimir uma forma de vida depois dos cinquenta anos, a prerrogativa de

¹⁸ Para WAUTIER (2003) a alienação, nesta perspectiva, ocorre porque as relações de dominação evitam que os atores tenham domínio sobre sua experiência social.

¹⁹ Condição social é entendida aqui como um conjunto de características que definem determinada classe social e que condicionam determinadas práticas sociais.

²⁰ DUBET (1996) assinala “experimental” como uma maneira de verificar e construir o real.

manutenção da juventude será legitimada ou não, na medida em que isto seja entendido como experiência de saúde ou de doença, estruturando de forma dinâmica a personalidade da mulher.

Encontra-se na incorporação das emoções e na atividade cognitiva individual o princípio que fundamentará a experiência, no entanto, a validação somente ocorrerá na ratificação coletiva, ou seja, na confirmação do outro. Um exemplo disto é a osteoporose, que se constitui na realidade de vida de algumas “cinquentonas” como um fator que pode tanto ser experienciado como saúde quanto como doença.

Há uma dupla implicação neste contexto que, contraditoriamente, apresenta a categoria de envelhecimento sob duas perspectivas: uma patológica (fragilidade) e outra de autonomia / liberdade. A idéia central gira em torno de que a osteoporose é concebida²¹ como um problema de saúde e não um fato natural do curso da vida.

Então, apregoa-se a noção de início de perdas produtivas, desvalorizando esta fase da vida. Isto leva a pensar que “o indivíduo não pode ajuizar acerca da sua experiência senão em relação a outros e aos debates normativos surgidos na situação [de vida]”. (DUBET, 1996, p. 106).

Na década de 1960, Claude Herzlich realizou um estudo sobre as representações coletivas de doença e saúde. Ele observou que as pessoas estabeleciam uma equivalência e um sentido entre a fragilidade corporal e as exigências e funcionalidade anormal da sociedade moderna (HERZLICH, 2005). Apesar da época do estudo, há de se considerar a sua atualidade, pois a significação da saúde e da doença no escopo social insere formas de compreensão e análise sobre a posição do indivíduo diante de si mesmo.

²¹ A literatura biomédica e as políticas de saúde brasileiras adotam como referência investigativa e interventiva (clínica e epidemiológica) o potencial risco de fratura diante da fragilidade óssea decorrente da osteoporose, tomando como princípio o período pós-menopausa como a ocasião propícia para manifestação do quadro patológico e, conseqüentemente, prevenção. (SOUZA, L. B. et al, 2010; CARVALHO, 2006; GUARNIERO e OLIVEIRA, 2004)

Assim, é esperado que as mudanças biopsicossociais operem de forma semelhante entre as “cinquentonas”, porém a ressignificação é um processo individual que requer a observação de particularidades sobre os modos de viver.

4. OLHARES SOBRE MODOS DE VIVER

“para a compreensão das práticas simbólicas (...) requer uma aproximação aos modos de vida a partir dos quais essas práticas simbólicas e respectivos significados adquirem uma aceitação social. Esses modos de vida são, por sua vez, específicos de determinados contextos.” (PAIS, 2003a, p. 79)

Os modos de viver de uma mulher no período dos 50 aos 59 anos expressam-se de múltiplas formas, delineando aspectos comuns e incomuns de histórias e vivências. Esta multiplicidade expressiva, percebida na vida cotidiana, possibilita a contextualização simbólica das experiências destas mulheres, evidenciando a ancoragem de significados que são construídos rotineiramente.

Nestes termos, os modos de viver evidenciam

o estabelecimento de um mundo comum [que] não se limita a constituir o quadro do sentido ou a definir as razões da experiência vivida; além de conferir sentido ao desenrolar das ações e dos discursos que os indivíduos trocam entre si, define igualmente a identidade dos papéis que representam. (RODRIGUES, 1993, p.122)

Assim, a diversidade de experiências compõe um quadro de representações identitárias, efetivadas através dos modos de levar a vida no cotidiano, visíveis em uma dimensão interativa, a uma apresentação diante dos outros, incorporando valores comuns e reconhecidos socialmente e que, mediante a isto, certos aspectos da vida cotidiana acabam sendo regulados, limitados e mitificados.

A regulação ocorre pela própria realidade, estruturando práticas e saberes que mitificam a vida de forma homogênea, dando-se a impressão de que todo dia se faz sempre igual. Todavia, a vida cotidiana é um espaço revelador da realidade social.

Neste prisma, PAIS (2003) salienta a dificuldade em se isolar a vida cotidiana da realidade social que a compõe, até porque, para se conceber analiticamente o cotidiano, há a necessidade de se extrapolar o senso comum, indo além da repetição categorial das atividades de vida diária, ou seja, é necessário ver que a “*vida quotidiana* pede sempre um complemento circunstancial. Vida quotidiana *de quem?*, em que *situação?*, em que *contexto?*” (PAIS, 2003, p.115)

Isto remete ao desenvolvimento de percursos de entendimento alicerçados em uma perspectiva histórica de espaços e tempos de existência, ou seja, modos de viver, o que implica em mostrar a constituição do cotidiano através de contextos que se estruturam na ação e no desenvolvimento de acontecimentos circunscritos a partir de posições, emoções, relações e vinculações de acordo com a situação que ocupam em certa realidade.

Por isso, a vida cotidiana, vista como objeto de conhecimento científico, é tema da consciência social contemporânea, pois oferece concepções peculiares e próprias sobre o modo de viver e de ser dos indivíduos, indo além de aspectos rotineiros da vida individual e social, de usos e costumes, tendo qualidade própria e historicidade (MARTINS, 2008).

Cabe, então, olhar em direção ao que se passa na vida das “cinquentonas” para abstrair os meandros presentes na vida social e considerar formas de conhecimento presentes no seu cotidiano diante do envelhecer.

4.1. SOCIOLOGIA DA EMOÇÃO E SOCIOLOGIA DO COTIDIANO: PRINCÍPIOS À COMPREENSÃO DOS MODOS DE VIDA

“Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais.” (DUARTE, 2002, p 140.)

Para poder significar os modos de vida das mulheres “cinquentonas”, torna-se necessário, antes de tudo, clarificar o escopo teórico em que pode se assentar a análise dos mesmos: a sociologia do cotidiano e a sociologia da emoção.

A sociologia do cotidiano apresenta fundamentos nos quais se assentam várias correntes teóricas, no entanto, aqui se tem como foco o percurso de itinerários conceituais que incorporem, em uma perspectiva metodológica, o cotidiano como alavanca do conhecimento (PAIS, 2003). A sociologia da emoção, com seu escopo teórico, contribui na compreensão dos sentimentos e expressões do sentir, que, sociologicamente estudados, possibilitam aprofundar questões do domínio da vida social – família, trabalho, gênero, valores culturais, além das categorias de cuidado, saúde, crenças e emoções, necessárias para a análise constitutiva dos modos de vida dos indivíduos, pois respalda a compreensão da sociabilidade entre os sujeitos, referendando diversos aspectos intervenientes da análise social.

Apesar de constructos teóricos distintos, dentro do campo sociológico ambos apresentam uma referência epistemológica de base compreensiva, nas quais é possível visualizar uma lógica produtora de modos de viver que permeiam a realidade social das mulheres “cinquentonas” diante do seu processo de envelhecimento.

O conceito de cotidiano apresenta diversas vertentes explicativas e compreensivas, delineando distintas formas de observação da realidade, o que suscita a determinação de um referencial teórico a partir do fator ou critério a ser representado. Isto implica que a pesquisa do cotidiano pode estar pautada em linhas teóricas de disciplinas distintas, sem deixar de possibilitar um campo analítico amplo.

A perspectiva sociológica aqui adotada apóia-se na interpretação da vida cotidiana, não a associando a um mero processo repetitivo de costumes, que utiliza o senso comum de forma banalizada, pois “o senso comum não é apenas instrumento das repetições e dos processos que imobilizam a vida de cada um e de todos.” (MARTINS, 2008, p.52); muito menos estabelecendo itinerários rígidos para observação da vida.

PAIS (2003, p. 15) assinala que “a sociologia da vida cotidiana introduz um novo objecto de estudo: o das *situações de interação*”. É através da observação *do que e como* está acontecendo o contexto à volta das pessoas que se percebe o cotidiano. Este autor (2003) propõe uma sociologia da vida cotidiana que observe as relações dialéticas em meio à micro e macro análises, conjugadas ao estudo dos comportamentos e estruturas sociais, buscando articular analiticamente a sociedade no plano dos seus indivíduos e como esta se traduz na vida dos mesmos.

Assim, possibilita-se percorrer a vida dos indivíduos preservando lapsos significativos de constituição do dia a dia rotineiro²², onde impressões fugazes da realidade se revelam de forma interina, integrada e experiencial.

Uma realidade que se dá a entender, demonstrando, conseqüentemente, que o que deve ser considerado é que o cotidiano se produz e reproduz nas relações sociais de forma processual, por meio de mediações simbólicas e materiais que ocorrem no campo da experiência e

²² PAIS (2003, p.28) salienta que “A idéia de rotina é próximo da quotidianeidade (...) o cotidiano manifesta-se como um campo de ritualidades. A rotina é, aliás, um elemento básico das atividades sociais do dia a dia.”

constrói significados peculiares, incorporando distintas implicações e podendo ser analisado nos modos de levar a vida. Assim, “o quotidiano seria o que no dia a dia se passa quando nada se parece passar (...) numa transitoriedade que não deixa grandes marcas de visibilidade”. (PAIS, 2003, p. 28).

Dentro desta idéia, pode se considerar que o cotidiano representa um grande mosaico da vida que contém múltiplos aspectos expressivos que se desvendam na vida social através de ações e práticas reveladoras de um significante comum. Em suas dimensões, detalha um status ontológico que se torna o objeto do conhecimento da vida cotidiana.

Deste modo, “a sociologia da vida quotidiana vê-se na contingência de recuperar saberes e linguagens comuns” (PAIS, 2003, p. 52), privilegiando o simbólico, o camuflado, o particular. Considera-se, então, a existência de uma trama social que entrelaça o comportamento dos indivíduos e constitui saberes que instrumentalizam o processo compreensivo histórico da realidade.

A esta realidade, exige-se um desmascaramento dos *lugares-comuns invisíveis* (PAIS, 2003). Acredita-se, nesse caso, que

um dos objectivos da sociologia da vida quotidiana consiste em entender a realidade social como aquela que é experimentada pelos indivíduos no seu quotidiano e se este é caracterizado por contextos de intersubjectividade nos quais as interpretações do senso comum têm lugar, então a compreensão sociológica do quotidiano exige categorias e construções adequadas de entendimento desses contextos de intersubjetividade. (Ibidem, p. 101).

Partindo desta perspectiva, a sociologia da emoção torna-se um contraponto para o entendimento desses contextos de intersubjetividade e, conseqüentemente, para a compreensão dos modos de vida produzidos na vida cotidiana, assinalando a relevância da vida emocional dos indivíduos como atores da ação social, ou seja, das “cinquentonas” diante do envelhecer.

KOURY (2004) apresenta a emoção como uma categoria analítica da sociologia, que objetiva estudar expressões individualizadas da emoção através da compreensão das configurações sociais da subjetividade do indivíduo em seu processo experiencial como sujeito social, compartilhada coletiva e temporalmente. Ele toma como pressuposto a necessidade de entendimento dos fenômenos emocionais como fenômenos sociológicos mediante o estabelecimento de dimensões micro e macro sociológicas.

Nesses termos, as emoções são situacionais e contextualizadas social e culturalmente, oriundas de processos interativos decorrentes de experiências privadas e singulares, pois a sociologia da emoção “salienta que as preocupações embasadas nos diferentes olhares epistemológicos dos clássicos fundadores da sociologia partiram de um suporte comum, a preocupação com a identidade fragmentária que emergiu com a modernidade ocidental e as rupturas com as bases sociais vigentes” (KOURY, 2004, p. 45).

Ainda segundo este autor (ibidem, 2004), a emoção como objeto de análise na sociologia apresenta uma configuração teórico-metodológica a partir de três pressupostos analíticos:

Em primeiro lugar, contém a questão da intersubjetividade e do papel social que as emoções desempenham. Os sentimentos são elaborações sociais e simbólicas que integram socialidades e modos de vida, estabelecendo redes sociais e instituindo a ritualização da vida, redimensionando a interface entre indivíduo e sociedade.

Em segundo lugar, a intersubjetividade envolve o compartilhamento de estados subjetivos entre pessoas e instituições. A emoção é construída socialmente, dentro de um campo interacionista, onde se priorizam processos sociais, morais e culturais, procurando compreender a inter-relação entre os elementos subjetivos e objetivos decorrentes do processo interativo. Não haveria ritualização, mas sim interconexão das situações de vida.

E, em terceiro lugar, a emoção não é tratada de forma abstrata, mas pelo aprofundamento analítico de uma emoção específica (vergonha, medo, etc.). A partir de uma análise compreensiva, cada emoção, no coletivo, é mapeada em seu processo construtivo, a fim de se tecer resultantes de conexão subjetiva e objetiva no social.

Distintos entre si, cada um dos pressupostos advém de uma abordagem teórica sociológica específica, que respalda o campo metodológico da sociologia da emoção. São estudiosos²³ considerados precursores do campo da sociologia da emoção, com semelhanças e distinções no desenvolvimento de cada linha de análise, porém, apontando para um denominador em comum: a emoção na análise social.

Aproximar-se disto implica observar a tensão instaurada entre a vida cotidiana e os processos subjetivos. As tramas tecidas na realidade social expõem valores e normas que dimensionam um sistema de comportamentos individuais que se propagam como regras sociais.

KOURY (2004), ao citar Gilberto Velho como autor importante para a sociologia da emoção no Brasil, destaca que, para a compreensão da realidade social dos brasileiros de classe média urbana, é preciso pressupor uma diversidade de padrões comportamentais dentro de uma lógica individualista, na qual emergem os modos de vida, os re-arranjos familiares e as relações de amizades.

Acrescenta-se que “a literatura sociológica e antropológica recente tem dispensado bastante atenção ao corpo e às emoções nos processos de transformação da sociedade contemporânea, permitindo, desta forma, a percepção da relação existente entre as forças sociais e a expressão da afetividade e do corpo femininos” (CAMPOS et al, 2004, p. 7).

²³ Como: Durkheim, Mauss, Marx, Simmel, Weber, George Mead, Schutz, Goffman e Norbert Elias.

Nesta perspectiva, a conexão entre emoções e corpo feminino produz efeitos na vida cotidiana que envolvem os cuidados corporais como refúgio emocional das tensões e conflitos provocados pelo dia a dia, potencializando processos de socialização (CAMPOS et al, 2004). Ao mesmo tempo, institui deveres e obrigações individualizadas como contraponto de exigências coletivas.

A construção da subjetividade da mulher “cinquentona” perpassa, então, pelo olhar do outro, de forma intersubjetiva e sociocultural. De maneira perversa, a individualidade exige e a sociedade determina. Isto se torna relevante, pois impõe um possível sofrimento em curso que cabe a estas mulheres administrarem.

Crê-se, então, que

As preocupações com a velhice, entretanto, vão além de preocupações estéticas, estendendo-se às doenças próprias da degeneração do corpo biológico. A limitação física, diminuição da produtividade, agilidade e performance causam medo e preocupação. Se por um lado, tais preocupações revelam um certo pessimismo quanto ao lugar reservado na sociedade ao corpo doente e idoso, essas mulheres em face a essa projeção trabalham seus corpos para ter um futuro melhor. (CAMPOS et al, 2004, p. 13)

Nas experiências que se desenrolam no curso da vida das “cinquentonas”, cabe examinar como a vida cotidiana é subjetivada e que propósitos estão implicados. Os modos de vida representam a estruturação social e emocional como elemento fundamental ao processo compreensivo de suas trajetórias de vida.

4.2. MODOS DE VIDA E A VIDA COTIDIANA

“Os hábitos fazem parte de uma memória que se sedimenta fora da memória, nos ritos quotidianos que se perdem na memória do hábito.” (PAIS, 2006. p. 86)

As trajetórias de vida apresentam múltiplas formas de expressão e traduzem modos de viver perceptíveis através da força simbólica do cotidiano. Através de traços de vida, se constroem significados que definem contextos e estratégias de viver e, até, de adoecer, pois

Um traço instaura (por inclusão) um lugar de escrita – a vida que se escreve, inscreve e descreve – lugar de execução e gestão de desejos e vontades, ansiedades e frustrações, expectativas e desilusões. (...) preenchendo modos ou quadros de vida que ajudam a moldar, combinando diferentes estilos e usos, acentuando singularidades, estabelecendo códigos. (PAIS, 2005, p. 14)

A contextualização social aparente nas trajetórias de vida, que são delineadas através de relatos biográficos, identifica estilos de vidas e de pertencimentos grupais significativos, possibilitando conhecimentos que integram sentidos de vida, aspectos comuns e incomuns de histórias e vivências.

Em consequência disto, os modos de vida ancoram uma gama de significados construídos rotineiramente, expressando componentes que particularizam as formas reais de se viver, seja esta com ou sem sofrimento, interagindo com todo o significado de vida produzido.

Associado a isto, KOURY (1999) salienta que a experiência de algum conteúdo doloroso (de sofrimento) impregna o indivíduo com um significado novo a partir do significado coletivo que é expresso, atualizando sempre o conceito cultural inconsciente, permitindo sua expressão, continuidade e presença.

A visibilidade desta experiência se faz através de modos de vida que se contextualizam no cotidiano. É através do cotidiano que se conhece e reconhece a realidade, ou seja, por entre o deambular, vaguear, bisbilhotar a vida; acreditando na transformação que se processa explicita e implicitamente nos traços, significados e relatos de vida.

É nos modos de vida que se permitem alusões sobre representações que compõem o campo simbólico da mulher “cinquentona”, desvendando cursos que construíram a subjetividade e a intersubjetividade de um ser que, hoje, traz em si o corpo marcado por metáforas relacionadas ao seu viver diante do envelhecer.

GUERRA (1993) destaca que o conceito de “modos de vida” recebe referências contraditórias por não ser um fenômeno novo no campo sociológico²⁴, exigindo uma definição clara e precisa quanto ao seu aspecto empírico.

Torna-se, primeiramente, distinguir “modos de vida” de “estilos de vida”. O primeiro representa, conceitualmente, o conjunto das práticas sociais do indivíduo e o segundo sugere a existência de uma orientação a uma determinada prática social. Pode-se dizer que os estilos de vida são proposições de posicionamentos que a sociedade faz ao indivíduo e, nos modos de vida, os indivíduos configuram formas e maneiras de viver diante da sociedade, suscitando práticas sociais específicas. Nos estilos de vida, a sociedade estrutura o sujeito; já nos modos de vida, o indivíduo subjetiva suas práticas.

o que se deve ter presente é que o conceito de modo ou estilo de vida não é mais do que a agregação das acções individuais com base numa combinação múltipla de condições sociais: classe, trajectória, idade, sexo, entre outras. Assim, para a análise das práticas é fundamental fazer uma articulação entre o actor e o sistema, tendo presente que aquele participa na criação deste e é, simultaneamente, influenciado por ele. (MACHADO, 2004, p. 52)

²⁴ Ressalta-se que este conceito é também amplamente usado pela Antropologia e Psicologia social e, da mesma forma que na sociologia, apresenta uma amplitude conceitual, possibilitando diversas compreensões sobre o mesmo.

WIRTH (1938) aponta que os elementos urbanos que compõem uma cidade parecem definir modos de vida e de grupos de pertencimento peculiares, alicerçando fatores que condicionam a vida social, produzindo variâncias entre cidades. A heterogeneidade de indivíduos propicia formas de ação e organização social para se perceber características associadas aos modos de vida existentes dentro da vida urbana.

Há de se salientar que, ao se analisar a vida de mulheres com mais de cinquenta anos, variações nos modos de vida ocorrem em termos de estruturação urbana, pois, a partir desta, define-se sua condição social de vida e, conseqüentemente, processos interativos, ocupações, socialidades e expectativas de vida.

Existe uma heterogeneidade presente na vida destas mulheres, decorrente da própria estruturação social, o que diversifica as formas de compreensão da vida. A performance é ajustada à realidade da vida diária e cotidiana através do tempo e do espaço.

O interpenetrar do tempo e do espaço possibilita que sistemas individuais dialoguem com sistemas coletivos, criando historicidades que referendam modos de viver cotidianos, pois os modos de vida são estabelecidos ao nível da vida cotidiana, que, por sua vez, remete para a esfera privada e familiar, as atividades de lazer, consumo, etc. (GUERRA, 1993)

É neste âmbito que PAIS (2003) apresenta a noção de *contextos dos indivíduos* e *contextos analíticos*. O primeiro está correlacionado ao compartilhar cotidiano de idealizações normativas, mas que não é determinado pela ação individual, ou seja, os indivíduos interpretam seus contextos no intuito de condicionar o rumo das suas ações a partir de aspectos relevantes ao seu exercício de interação, tendo como referência normas e condutas das práticas cotidianas. O segundo considera o contexto social como instrumento analítico de utilização e observação do espaço da realidade, da percepção de acontecimentos e da estrutura explicativa rígida.

Ele toma os referentes simbólicos para a leitura e construção do social através do retalhamento da realidade marcado nos discursos, trajetórias e histórias que dão contornos aos modos de vida.

A articulação de elementos objetivos e subjetivos nos modos de vida coloca as dimensões emocionais e sociais no campo de análise e compreensão dos mesmos. Isto rompe com determinantes estruturais e coloca o indivíduo como construtor da sua vida e partícipe do processo social. Isto irá refletir em um posicionamento efetivo diante da realidade, que será tencionada em direção à autorrealização (GUERRA, 1993).

Por isso que “a análise das trajetórias, não apenas no seu percurso, ritmo e direção, mas também como expressão de um projeto em evolução, é um elemento determinante de análise” (GUERRA, 1993, p. 71). Através desta análise, têm-se uma perspectiva mais dinâmica e heterogênea dos modos de viver de um indivíduo.

As atividades desenvolvidas rotineiramente são ações da vida cotidiana, com repetições e rupturas. Associam estas regularidades à modernidade. Consiste em atos ordinários que se reproduzem de forma contínua e que são determinados socialmente pela posição social, pelos recursos e capacidade temporal ou são autorregulados e coproduzidos pelas formas institucionais (JUAN, 2008).

Envolvem ações simples como: comer, relacionar-se, conhecer, andar, dançar, dormir. Como se percebe, os elementos que compõem a rotina são indissociáveis da dinâmica social e do curso da vida pessoal. Um modo de vida institui um uso comum que unifica diferentes indivíduos. Como atividade, é regulada por um sistema social, contudo, para sua realização, está associada a outros modos de vida e na dependência da cultura, do tempo e de recursos individuais (JUAN, 2008).

4.3. SOCIALIDADES E OS MODOS DE VIDA

“as palavras acabam por nos dizer o que o mundo é quando acreditamos que o mundo é a realidade que as palavras nomeiam.” (PAIS, 2006. p. 76)

Na labilidade da vida social, encontram-se expressões corriqueiras de um cotidiano que se constrói dia a dia. As situações da vida diária são reflexos de processos interativos oriundos de banalidades, ações, rupturas e rastros sedimentados ao longo do curso da vida. Como experiências sociais, fundam-se em representações, emoções e condutas que sustentam expectativas e papéis.

MAFFESOLI (1998, p.101) refere que “A valorização da experiência vital induz à socialidade”, isto porque a experiência está ligada ao outro, àquele ou àquilo que se toma como referência. Na vida cotidiana, os processos interativos ocorrem entre pessoas e situações, alimentando vivências que estruturam os modos de viver.

O conceito de socialidade foi inicialmente apresentado ao campo da sociologia por George Simmel, que a entendia como algo construído pelos indivíduos em processos recíprocos de interatividade, que aconteciam de forma “lúdica arquetípica”, sem interesses ou propósitos específicos, ou então, através da “conversação”, onde a troca de palavras não almeja a exacerbação das individualidades. A Escola de Chicago re-significa o conceito no contexto urbano, abordando-o empiricamente, circunscrevendo espacialidades e territorialidades nos processos relacionais. (FRÚGOLI JR., 2007)

Para FRÚGOLI JR. (2007), a definição de socialidade é abrangente em termos de usos e significados, aludindo a vários domínios: relações cotidianas / familiares, costumes, rituais, encontros, entre outros; tendo em voga os processos interativos e reflexivos. Para tanto, este autor institui dois

tipos básicos de sociabilidade: a primeira incidiria sobre a construção temporal e relacional entre diversos atores sociais que interagem em espaços comunicacionais, definindo e redefinindo simbolicamente semelhanças ou diferenças socioculturais configuradas em situações específicas; o segundo ocorreria a partir de certa homogeneidade relacional que seria praticada entre “iguais” em contextos sociais semelhantes (condição social, valores, vulnerabilidades, etc.), articulando-se regularmente²⁵.

A socialidade oferece contexto ao pesquisador para a compreensão de construções identitárias e situacionais onde se podem perceber processos dinâmicos e simbólicos da experiência de vida. Ao viabilizar a demonstração de fenômenos diários de vida, a sociabilidade dá expressão a conteúdos que marcam o rotineiro, o corriqueiro, ou seja, os modos de vida ou de se levar/construir a vida.

SIMMEL (2002), ao considerar a socialidade como uma forma autônoma ou lúdica de socialização, expõe a existência de necessidades e interesses individuais específicos que anseiam ser compartilhadas (de um para ou contra o outro). Neste ponto de vista, há de se entender a aproximação de determinados grupos ou pessoas afins. A natureza aproximativa ocorre por experiências que compõem o cenário de vida atual, onde interesses e necessidades individuais são compartilhados.

O compartilhamento de experiências é claramente percebido em forma de conversação, que é o suporte mais extenso de um grupo de pessoas, onde se permite o intercâmbio através da fala no jogo interativo (SIMMEL, 2002). Entre interações e relações que se processam no dia a dia é que as “cinquentonas” revelam formas de socialidades que impregnam modos de viver.

²⁵ O segundo tipo é visto nos estudos desenvolvidos por Louis Wirth sobre os modos de vida de judeus moradores nos guetos em Chicago. (FRÚGOLI JR., 2007). Isto não implica que o segundo tipo seja mais adequado à análise dos modos de vida das cinquentonas, mas os dois tipos apresentam perspectivas que podem refletir olhares múltiplos sobre um mesmo ponto de vista.

A constituição de formas de socialidades entre as “cinquentonas” envolve o que PAIS (1990) define de *campos simbólicos* e *campos pragmáticos*, pois parte do

princípio de que a vida quotidiana deve ser entendida como uma articulação de campos simbólicos e pragmáticos. A cada campo pragmático corresponde uma «galáxia» de sentidos (campo simbólico). Nessa galáxia, os sentidos encontram-se intimamente ligados. As suas significações influem umas nas outras, de forma que o sentido mais global da vida quotidiana se encontra, por assim dizer, difuso num conjunto. Se consideradas de forma isolada, as práticas quotidianas dificilmente se entendem. Há que as contextualizar, isto é, necessário se torna submergi-las nas galáxias de sentidos que lhes correspondem, derivando a significação de cada uma dessas práticas da significação daquela articulação. (ibidem, p. 593)

As práticas sociais das “cinquentonas” são exercidas na socialidade do seu mundo cotidiano, ou seja, nas formas de ocupação, nas escolhas para o lazer, em salas de espera de consultórios médicos, atividades físicas, familiares ou religiosas, agregando significados peculiares e contextuais desta fase da vida. Um dos aspectos que referendam esta socialidade entre estas mulheres é a sua condição social, que atua como fator agregador e divisor de conversações, interações e relações.

Por fim, “é certo que a produção e a reprodução das rotinas conduzem ao estabelecimento de uma quotidianidade sujeita a processos de socialização” (PAIS, 2003, p.78).

4.4. CONJUGALIDADES E OS MODOS DE VIDA

“As mulheres oferecem, assim, a imagem de si como seres incapazes de se defender – e de se responsabilizar pelos seus desejos –, aspirando mais a serem protegidas do que a controlar elas próprias seu destino.” (GOLDENBERG, 2009, p.31)

Para ABOIM (2006, p. 801), a “construção social do sentimento amoroso é uma das marcas do movimento de modernização das sociedades ocidentais.” Ao se pensar os modos de vida das mulheres “cinquentonas”, há de se observar a relevância deste sentimento nos seus processos interativos e na vida cotidiana.

Estes sentimentos são observáveis através de universos simbólicos que se apresentam como ponte para o conhecimento da vida cotidiana e com significados na realidade social. A instituição familiar representa o mote principal de observação, pois reflete a configuração de papéis, as formas de conjugalidades e parâmetros do curso da vida.

De modo geral, “as conjugalidades actuais são tanto feitas de afectos como de rotinas e obrigações quotidianas” (ABOIM, 2006, p. 803). Isto irá determinar os papéis a serem instituídos e os sentimentos a serem adotados (amor, amizade, aversão, etc.), levando a formas específicas de experiência de vida.

Articula-se, diante disto, também, que pode ocorrer uma divisão ou tensão entre o “eu” e o “nós” dentro de uma estrutura relacional de complementação; em função de objetivos individuais ou grupais serem divergentes por algum motivo (ABOIM, 2006). Isto se sedimenta em um processo mediador entre a autonomia individual e a interdependência relacional²⁶, pois a “vida pessoal tornou-se um projeto aberto, criando novas demandas e novas ansiedades. Nossa existência interpessoal está sendo

²⁶ Esta interdependência adquire vários formatos: conjugal, familiar (filhos, irmãos e pais) e amizade.

completamente transfigurada, envolvendo todos nós naquilo que chamarei de *experiências sociais do cotidiano*” (GIDDENS, 1993, p.18)

No âmbito conjugal, ABOIM (2006) apresenta os seguintes estilos de autonomia feminina²⁷ e orientação amorosa:

(1) *aliança romântica*: com forte diferenciação de gênero, de autonomia mínima, são mulheres que idealizam a relação; pouco sexualizada; traz em si a imagem de mulher-mãe. Muitas vezes são mulheres com forte religiosidade.

(2) *companheirismo apaixonado*: com valorização da cumplicidade, intimidade e comunicação. Não obstante à minimização da autonomia feminina, há, na conjugalidade, paridade de gênero.

(3) *aliança de amizade*: fundamentada na complementaridade de gênero, a autonomia é atribuída através dos papéis configurados socialmente. A incorporação de papéis de gênero torna-os aliados e complementares na conjugalidade.

(4) *companheirismo amical*: de autonomia igualitária e harmônica, as praticas cotidianas são quase sempre lineares, apesar de haver estratégias de individualização.

(5) *conjugalidades associativas*: a autonomia forte está em construção, ancorada em uma fase do curso da vida e em transição no funcionamento amoroso.

(6) *casal associativo*: valoriza o sentimento “apaixonado”, apesar da amizade e companheirismo. Há uma autonomia individual da mulher.

Esta pluralidade de estados afetivos, que estruturam as conjugalidades, decorre do compartilhamento de elementos constitutivos do dia a dia e expressam-se em vários contextos sociais de pertencimento.

²⁷ Em relação à complementaridade de papéis e a procura de igualdade, podendo ser visível e estratégica (ABOIM, 2006).

Outro ponto importante a ser salientado refere-se à influência dos vínculos afetivos e sociais sobre as ações das pessoas e à capacidade de autonomia e liberdade; isto tudo está no âmago da capacidade reflexiva do eu²⁸.

As experiências cotidianas que envolvem as conjugalidades das “cinquentonas” perpassam por acontecimentos oriundos de processos individuais e sociais bastante variados, decorrentes de modos de vida específicos; criando pontos de conexões entre o corpo e a autorrepresentação.

²⁸ A reflexividade do eu não pode ser considerada uma entidade passiva, forjada por influências externas, mas sim por um sistema abstrato que afeta de forma difusa o corpo e os processos psíquicos (GIDDENS, 2002)

4.5. A REFLEXIVIDADE DA VIDA COTIDIANA

“A reflexividade, nos processos de observação, produz um efeito de sensibilização que permite estabelecer rupturas com as imagens estereotipadas e cristalizadas do que se vê sem olhar, do que normalmente se concebe com preconceito ou se olha de lado.” (PAIS, 2006. p. 35)

Para GIDDENS (1991, p.14), os “modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de *todos* os tipos tradicionais de ordem social, de uma maneira que não tem precedentes.” Com isto, a vida cotidiana adquire características que servem para estabelecer novas formas de negociação, resistência, inovação e, portanto, de dilemas (PAIS, 2007).

São os dilemas da vida cotidiana que incitam a reflexividade do eu e, por isto, “o cotidiano é, por excelência, um terreno de reflexividades. É a partir do cotidiano que podemos reconhecer que a liberdade de opção, que é própria da reflexividade de acção, pode traduzir-se em ganhos de autonomia, mas também em perdas de aceitabilidade” (PAIS, 2007, p. 30).

As propriedades simbólicas dos cinquenta anos envolvem e afetam a vida social cotidiana da mulher na modernidade. Suas implicações podem suscitar elementos ligados ao que GIDDENS (2002) denomina de “processo reflexivo do eu”, pois os indivíduos são propensos a criar habilidades com maior profundidade em períodos importantes de transição de vida.

Os sistemas abstratos²⁹ que configuram processos psíquicos, sociais e corporais das mulheres “cinquentonas” podem revelar conexões que exprimem uma autoidentidade constituída através de trajetórias, de

²⁹ Segundo GIDDENS (2002), os sistemas abstratos são mecanismos de desencaixe das instituições sociais tomados conjuntamente. Este autor define dois tipos: as *fichas simbólicas*, que são elementos de troca com um valor padrão e permutável em uma pluralidade contextual; e os *sistemas especializados*, nos quais o tempo e o espaço são colocados entre parênteses, através de modos de conhecimento técnicos válidos e são independentes dos que o praticam ou fazem uso dele. Não estão limitados às áreas tecnológicas e estendem-se às próprias relações sociais e à intimidade do eu.

diferentes situações que ocorreram no curso da vida e que revela uma “biografia reflexivamente organizada” decorrente de informações oriundas de modos de levar a vida (GIDDENS, 2002).

Os modos de vida, revelados na vida cotidiana, traduzem historicidade e escolhas feitas dia a dia, refletindo-se no agir, falar, pensar e sentir, demandando mudanças nos aspectos pessoais da vida. Cria-se, então, uma mobilização reflexiva na autoidentidade dos indivíduos.

A respeito disto, GIDDENS (2002) salienta que há um monitoramento das circunstâncias que envolvem as atividades diárias, reveladas através de características discursivas. Portanto, a consciência reflexiva “torna-se característica de toda ação humana.” (ibidem, p.39)

Colaborando com esta perspectiva, PAIS (2007) enfatiza que na modernidade reflexiva há predominância da reflexividade transformadora, ou seja, uma reflexividade que assume o cotidiano como um campo aberto à experiência, tornando-se cada vez mais um terreno de negociações onde se instauram os dilemas da vida.

O período dos 50 aos 59 anos instaura na vida da mulher moderna questões que afetam a sua autoidentidade, que perpassa por questões existenciais e constrói biografias particularizadas, envolvendo contextos de vida efetivados no cotidiano.

Como condição da modernidade reflexiva, esta mulher, em sua vida cotidiana, será colocada diante de opções (mídia, manuais e guias de autoajuda, socialidades, etc.) que lhe darão a oportunidade da construção de uma autoidentidade sustentada na possibilidade de serem “donas do seu próprio destino” através de formas de comer, vestir e viver, porém respaldadas na experiência do outro.

PAIS (2007, p.29) assinala que “um dos cenários onde as identidades mais aparentam ser resultado de escolhas individuais é o do consumo”, enquanto GIDDENS (1993, p.41) ressalta que as “características

fundamentais de uma sociedade de alta reflexividade são o caráter ‘aberto’ da autoidentidade e a natureza reflexiva do corpo.”

Desse modo, o cotidiano, através dos modos de vida das “cinquentonas”, expõe respostas que instauram fluxos de informação sobre o envelhecer e que assentam subjetividades decorrentes do processo reflexivo do eu. São

nos cenários mais banais da vida cotidiana [que] experimentam-se novas identidades, joga-se com a ambiguidade, alimentam-se dúvidas e cepticismos que nos deixam baralhados (...) [pois] os poderes fascinantes da reflexividade transformadora encontram-se enraizados no cotidiano. (PAIS, 2007, p.39-40)

Parte 2

Percurso metodológico

e

dinâmica investigativa

5. A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO

Um campo de investigação na perspectiva do conhecimento social da vida cotidiana tem como pressuposto metodológico básico a retratação heterogênea da realidade, a fim de possibilitar a explicitação dos diferentes ângulos observacionais, no intuito de evidenciar diversificados quadros e condições de vida para compreender de modo mais apropriado o sentido da totalidade investigada (PAIS, 2003a; PAIS, 2005).

Nesta perspectiva, fez-se necessário delinear etapas no processo investigativo a fim de se obter diversidade de significações nos depoimentos das informantes da pesquisa. Para tanto, PAIS (2003a) salienta a importância do uso de indicadores *objetivos* e *subjetivos*. No primeiro, se identifica e localiza áreas distintas socialmente que possuam uma base de informações já caracterizadas empiricamente. No segundo, coletam-se opiniões de informantes diretamente relacionados ao objeto de estudo.

Assim, na primeira etapa, a prioridade foi colher indicadores objetivos que pudessem subsidiar os indicadores subjetivos e, conseqüentemente, nortear a escolha de possíveis informantes. Optou-se, como ponto inicial, o Posto de Saúde Policlínica Nascente³⁰, do Serviço de Metabolismo Osteo-articular da Universidade Estadual do Ceará (UECE), onde se desenvolve um serviço de saúde especializado, que presta assistência médica a mulheres com diagnóstico de perda de massa óssea (osteoporose ou osteopenia). Este serviço é um centro de referência, o que possibilitou, em termos operacionais, uma captação diversificada de informantes.

³⁰ O Posto de Saúde Policlínica Nascente foi inaugurado em março de 2006 com o objetivo de ser uma unidade de saúde de referência. Localizada no bairro Serrinha e vizinho ao Campus do Itaperi, na região central do município de Fortaleza, funciona como unidade-escola para o programa de estágio dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição da UECE. É uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a UECE.

Contudo, torna-se necessário salientar que “o que à partida circunscreve um objeto de análise, em termos de inscrição espacial, não deve tomar-se, explicitamente, como uma exclusiva variável explicativa desse objecto, nem deve adquirir o estatuto de um sistema autônomo, artificial” (PAIS, 2003a, p.84).

AFINAL, PORQUE MULHERES COM OSTEOPOROSE?

Como questão no campo da Saúde Pública, a osteoporose se apresenta como um sério problema em evolução, decorrente dos agravos à saúde que esta acarreta em função da incapacidade causada por fraturas associadas a ela após os sessenta anos. É notório o crescimento de pesquisas sobre a caracterização clínica da osteoporose. Além disso, o avanço tecnológico no campo biomédico oferece marcadores que possibilitam a recomendação de tratamentos farmacológicos para a monitorização e adequação da terapia indicada.

Na biomedicina, a osteoporose é definida como doença do sistema ósseo, caracterizada a partir da resistência e da qualidade óssea que predispõe a fraturas. Evolui silenciosamente durante anos sem a ocorrência de qualquer sintoma. Desde 1960 é foco de atenção mundial e, atualmente, é um relevante problema de saúde pública que reflete implicações socioeconômicas significativas. (GUARNIERO e OLIVEIRA, 2004).

No decorrer do século XIX, o termo osteoporose surgiu no meio médico francês e alemão para descrever a porosidade óssea como diagnóstico histológico, evoluindo, em seguida, para a concepção de composição do tecido ósseo e, posteriormente, para perda de massa óssea e a ocorrência de fraturas (SMITH et al., 1998).

A associação de porosidade óssea e decadência do ciclo vital permearam o discurso médico como fenômeno “normal”, pois a formação do esqueleto interligava-se com o desenvolvimento humano. Porém,

atualmente, este discurso não é mais o mesmo, pois se verifica também que a estrutura óssea é influenciada pelo código genético individual, por fatores como boa nutrição e hábitos de vida (CARVALHO, 2006) que possibilitarão a ocorrência ou não de riscos de fraturas ou agravamento do quadro. Ainda, segundo este autor (2006, p. 92),

As pessoas de pele clara e olhos azuis são mais vulneráveis (...). As pacientes mais magras e sedentárias têm ossos mais frágeis e, segundo algumas observações, as fumantes são mais predispostas a fraturas. Os que tiveram vida sedentária na juventude, e que não consumiram leite e derivados nessa época, serão mais vulneráveis às fraturas.

Para a saúde pública, estes riscos repercutem nos índices de mortalidade e morbidade, gerando transtornos gravíssimos tanto no contexto individual quanto social, pois o quadro clínico da osteoporose, ou seja, a perda de massa óssea não é reversível. A terapia medicamentosa associada à atividade física e à dieta nutricional é a intervenção mais utilizada quando confirmado o diagnóstico.

Descrita como uma doença de prevalência em mulheres, a osteoporose atinge também homens, porém em um índice menor.³¹ Estima-se que aproximadamente metade das mulheres acima de 50 anos irá ter uma fratura de um osso devido a osteoporose (NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2008), pois, no dia a dia, há um processo de desgaste e renovação natural da estrutura óssea e, com o advento da menopausa, há um desequilíbrio neste processo, onde a quantidade de massa óssea perdida é maior que a capacidade de renovação.

Cotidianamente, na dialogia que ocorre nas consultas médicas de mulheres com osteoporose, as informações obtidas pelo médico visam exclusivamente à constituição do processo de adoecimento, ou seja, informações de caráter biomédico. Normalmente envolvem: antecedentes

³¹ A questão da osteoporose em mulheres não adentra na perspectiva de gênero na saúde. Até o final da década de 1990 os estudos sobre a osteoporose em homens eram insípidos e hoje apresenta classificações distintas dentro do campo biomédico associada à senilidade masculina.

familiares, medicamentos, tipo de alimentação e se realiza alguma prática de atividade física. Isto independe se o atendimento é realizado em um posto de saúde da rede pública ou em um consultório da rede de saúde privada.

Portanto, a estratégia maior da prevenção está focalizada na adoção de medidas que diminuam as diferenças entre desgaste / renovação de massa óssea através da ingestão medicamentosa e nutricional de cálcio, atividade física e modificação dos modos de vida no intuito de evitar quedas.

Neste contexto, a intervenção preventiva pode não bastar para operar modificações significativas nos modos de vida das mulheres com osteoporose, já que envolve uma maior contextualização de si próprias, que favoreça o esclarecimento sobre o seu estado de saúde e possa determinar, conseqüentemente, as mudanças que sejam necessárias.

O problema da osteoporose não pode ser subestimado. WOLF (1999) salienta que só poderá ser dada prioridade a ela, frente a outras enfermidades, quando houver informações suficientes sobre os danos que ela causa ao indivíduo e a sociedade e, para tanto, não bastam somente indicadores de incidência e prevalência; outras informações (sanitárias, econômicas, etc.) se fazem necessárias. Tendo em vista este aspecto, é importante salientar que esta é uma enfermidade que chega lentamente e poderá acometer metade da população feminina na velhice.

Assim, a osteoporose vem sendo uma das grandes preocupações relacionadas à saúde pública e nota-se isto através da produção crescente de trabalhos relacionados à saúde da mulher na rede pública de saúde. Até a primeira metade da década de 80, o foco dos estudos estava especificamente na saúde materno-infantil (gestação, parto e aleitamento). Este foco foi se diversificando e, com a proposta de integralidade a saúde, ampliou-se o campo de estudos sobre a saúde da mulher, incluindo todas as etapas da vida, processos de adoecer e as articulações entre violência, gênero e saúde, que possibilitaram a desconstrução do essencialismo biológico (AQUINO, 2006).

Entretanto, devido à posição de invisibilidade inicial da sintomatologia e não aparência extracorpórea, são poucos os estudos e discursos que tomam suficientemente em conta o significado que esta tem para a mulher “cinquentona” em seu processo de envelhecer³², principalmente quando as dores e a fragilidade óssea podem repercutir intensamente na qualidade de vida³³.

Acrescenta-se que a experiência de indivíduos com esta doença envolve um movimento cíclico entre o “relaxar do tratamento” e a retomada do mesmo, decorrente da visibilidade ou não da doença e da sua interação com os sinais e sintomas (SOUZA et al., 2010). Em pesquisa realizada por estes autores sobre a experiência de pacientes com o tratamento da osteoporose, estes revelam que quando o indivíduo não sente as manifestações clínicas, ele apresenta independência nas atividades cotidianas e não trata a osteoporose como uma doença, principalmente se não tiver experienciado fraturas, não sentir dor e não perceber alterações posturais. Por outro lado, os indivíduos que começam a conviver com as manifestações da osteoporose (resultados ruins na densitometria óssea, dor, medo de quedas ou fraturas) expressam tristeza. Nestas duas perspectivas, há indivíduos que, no seu processo de autoavaliação de condição de saúde, buscam o bem-estar e, quando alcançam, abandonam o tratamento, por estar relacionado a situações desagradáveis (por exemplo, uso de medicação). No entanto, quando os indicadores da doença reaparecem,

³² A medicina divulga a necessidade da realização de exames que visem o diagnóstico precoce da osteoporose. Portanto, é comum a solicitação da densitometria óssea na faixa dos 50 a 60 anos, devido, principalmente, a mudanças hormonais decorrentes da menopausa. No entanto, as pesquisas científicas não avaliam o impacto social deste diagnóstico na vida das mulheres nesta faixa etária.

³³ O conceito de qualidade de vida ampliou-se de tal forma que domina o campo da saúde pública. Assim sendo, apresenta um paradoxo que referencia de forma polissêmica o entendimento sobre os elementos que padronizam o bem estar humano a partir de uma perspectiva coletiva. Incorporado à prática de diversos profissionais, postula a idéia de uma padronização de condição de vida. SEIDL e ZANNON (2004) referem a associação do conceito á indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto dos tratamentos de grupos de portadores de agravos diversos e está ligado diretamente às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde.

retomam as estratégias de cuidado à saúde: dieta, medicação, exercícios físicos.

Estas estratégias de cuidados decorrem principalmente da ordem médica que orienta a terapêutica farmacológica (bisfosfonados, calcitonina, estrógenos ou raloxifeno)³⁴; define a adequação nutricional (ingestão diária de cálcio, vitamina D - leites e derivados, verduras e legumes); salienta os efeitos benéficos do exercício físico e solicita evitar o tabagismo e consumo excessivo de álcool, além de reforçar as características de atributo incurável.

Como uma doença crônica da vida adulta³⁵, os estudos têm se preocupado exclusivamente com a eficácia do diagnóstico e efetividade do tratamento. Alguns procuram enfocar a qualidade de vida das portadoras de osteoporose através da análise de escalas³⁶ ou questionários, entre eles, os trabalhos de ARANHA et al. (2006) e LEMOS et al. (2006), que focam aspectos específicos (análise fatorial) sobre a qualidade de vida circunscritos a estas escalas / questionários.

Nota-se que estas escalas ou questionários possuem uma finalidade específica que envolve apresentar um recorte estatístico e generalista de atitudes perante a osteoporose; nenhum sobre o significado desta diante do envelhecer feminino.

De eficácia norteadora sobre aspectos de autorreferência acerca da osteoporose, estes questionários dizem pouco sobre o que é esta condição na vida de uma mulher que está envelhecendo, assim como as referências que elas apresentam sobre a doença advêm basicamente do discurso

³⁴ Conforme: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para osteoporose do Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 470, de 23 de julho de 2002).

³⁵ Na literatura da área da saúde, a conceituação sobre doença crônica envolve os seguintes atributos: tempo de permanência, irreversibilidade, degeneratividade, incapacidade residual, incurável, eventos outros (genética, idade, tabagismo e alimentação, etc.) (FREITAS e MENDES, 2007).

³⁶ Atualmente três escalas são utilizadas em pesquisas sobre qualidade de vida de mulheres com osteoporose: QUALEFFO 41, OPAQ (específicas para a osteoporose) e SF-36 (genérica).

médico e do que está exposto pela mídia, podendo ser insuficiente para explicar experiências ou comportamentos vivenciados no seu dia a dia.

BURY (1982) refere que uma pessoa com uma doença crônica pode fazer adaptações ao seu estilo de vida e ter períodos nos quais adota o papel “clássico” de doente quando ocorre a exacerbação súbita de sintomas, que, no caso da osteoporose, está supostamente associada a dores nos ossos. Ele argumenta que a doença crônica é o tipo de experiência que interrompe a estrutura da vida cotidiana e as formas de conhecimento que dão sustentação à vida. Para tanto, ele se apóia na idéia de “situação crítica” proposta por Giddens³⁷.

BURY (1982) ainda aponta três aspectos de ruptura no desenvolvimento de uma doença crônica: o primeiro refere-se ao rompimento do senso comum, ou seja, de pressuposições e comportamentos; envolve a atenção sobre os estados corporais. No segundo, o sistema explicativo, habitualmente utilizado pelos indivíduos, é interrompido, suscitando um repensar da biografia da pessoa e do seu autoconceito (*self-concept*). No terceiro, há a mobilização de recursos para o enfrentamento da situação que se alterou.

Seguindo a linha de pensamento de BURY (1982), pode-se indagar se a descoberta do diagnóstico de osteoporose por uma mulher “cinquentona” envolve um olhar mais acurado para o seu corpo, a vida e o envelhecer, possibilitando uma possível mobilização para o enfrentamento desta situação.

Supostamente, toma-se como princípio que o reconhecimento da osteoporose inicia, primeiramente, com a oficialização do discurso médico sobre o diagnóstico que descreve a situação atual e o que está por vir. Este

³⁷ A respeito disto, GIDDENS (1979) discorre que a situação crítica é entendida a partir de um conjunto de circunstâncias que por qualquer razão interrompe a rotina de vida diária usual. Esta interrupção produz um efeito corrosivo no comportamento costumeiro da pessoa, somado à ansiedade ou medo suscitado pela situação. É neste contexto que se intensifica a sugestibilidade e vulnerabilidade discursiva do outro.

reconhecimento não implica necessariamente na subjetivação da experiência.

O que deve ser considerado é que a construção da identidade da mulher “cinquentona” com osteoporose apresentada pelo discurso médico e amplamente difundida pela mídia, particularmente em veículos impressos e virtuais voltados para mulheres no mundo atual, traz estreitas relações aos significados que podem ser construídos no seu modo de viver e envelhecer, pois “a análise do sentido atribuído à experiência da doença pelas pessoas que se confrontam com ela demonstra claramente a importância das dimensões corporais da identidade.” (HERZLICH, 2005, p.200). Um dos aspectos presentes na experiência da doença da mulher com osteoporose é o significado atribuído à sensação de fragilidade (MAZZA et al., 2004).

FRAGILIDADE OU UMA SENSAÇÃO DOS OSSOS SE DESMANCHANDO?

A fragilidade é um tema recorrente para aqueles que estudam a saúde diante do envelhecer, seja em uma visão prospectiva ou não, porém adotando um enfoque estritamente objetivo, com o intuito de formulação de indicadores. Seus critérios se pautam na perda de um ou mais aspectos das atividades da vida diária, no comprometimento cognitivo ou na autoavaliação pobre da saúde.

Mesmo nesta perspectiva, ocorrem discrepâncias conceituais, ou seja, ora ela é multidimensional (pobre funcionamento físico, cognitivo, emocional, sensorial e social), ora unidimensional; porém, o que se constata é a prevalência de uma perspectiva biomédica que equipara a fragilidade ao envelhecimento e, conseqüentemente, relaciona a doença a perdas e dependência dos outros (MARKLE-REID e BROWNE, 2003).

Estes autores (MARKLE-REID e BROWNE, 2003) apresentam uma avaliação crítica sobre os modelos conceituais de fragilidade, que resultaram

na identificação de quatro categorias de pressupostos (explícitos e implícitos):

(1) *filosóficos, sobre a natureza do conhecimento científico*: a definição instrumental e o modelo conceitual têm por base os princípios do pós-positivismo através de um modelo mecanicista, reducionista e determinista, no qual predomina o ponto de vista biomédico da fragilidade (unidimensional e caracterizado por perdas funcionais que influenciam a capacidade de independência da vida diária). São quantificados e medidos objetivamente. Outro aspecto define a fragilidade a partir das dimensões fisiológicas da função músculo-esquelética, dos estados cognitivos e nutricionais. Neste contexto objetivo, a fragilidade é entendida como homogênea e uniforme entre os indivíduos. Embora em alguns modelos a dimensão psicológica e social seja integrada e descrita como uma construção social, ela é mensurada através de uma abordagem objetiva e quantitativa.

(2) *filosóficos, acerca do nível de análise*: descrevem as dimensões estruturais de análise micro e macro, indivíduo e sociedade, respectivamente, como objeto de estudo. Um dos modelos tem como característica o stress da interação ambiente-indivíduo e, como foco, o indivíduo enquanto unidade primária de análise, ou seja, a fragilidade existe ou tem origem dentro do indivíduo. Este nível individualista (micro) desconhece o papel do ambiente e ignora as questões não-médicas, despolitizando os problemas de fragilidade. No nível macro de análise, a fragilidade é decorrente da presença / ausência de inúmeros fatores, muitos dos quais externos ao indivíduo. As diferenças entre as perspectivas micro e macro refletem diretamente sobre a responsabilidade política dos problemas gerados pela fragilidade.

(3) *sobre o processo de envelhecimento*: a associação entre envelhecimento e fragilidade reforça a idéia de doença, incapacidade e declínio, implicando potencialmente na estereotipia dos idosos, suscitando efeitos negativos sobre o bem-estar, gerando falta de esperança e de perspectivas positivas e

declínio de habilidades. Além disso, são classificados de forma homogênea, desconsiderando a existência de individualidades e tornando uniforme a experiência do envelhecimento.

(4) sobre a *estabilidade da fragilidade*: presume a existência de diferentes graus de fragilidade, tais como: perda progressiva e irreversível; um processo contínuo (fragilidade e vitalidade como opostas) ou adaptativo ou dinâmico de um ciclo; todos eles sugerindo que é um estado relativo mutável no tempo. Isto indica uma condição de vulnerabilidade para o indivíduo, com implicações importantes na prática, suscitando avaliações clínicas frequentes e um movimento constante nos serviços de saúde. Contudo, a trajetória de fragilidade é percebida como única a cada indivíduo e um processo que pode ser modificado.

Diante destes pressupostos, MARKLE-REID e BROWNE (2003) argumentam que, na literatura das ciências sociais e da saúde em geral, o termo “fragilidade” não apresenta definição ou critérios claros sobre a sua significação, mas se observa a contribuição de inúmeros fatores para uma aceção de uso geral, predominando a visão biomédica, que caracteriza a fragilidade de forma unidimensional, ou seja, baseando-se nas perdas funcionais que influenciam a capacidade e a independência do indivíduo nas atividades de vida diária. Isto torna a conceituação complexa e não permite uma visão holística dos indivíduos, além de suscitar implicações importantes nos níveis de intervenção, de responsabilidade, bem como numa visão negativa e estereotipada do processo de envelhecimento reproduzido através do discurso biomédico.

KAUFMAN (1994) dedica uma atenção especial à análise da fragilidade, argumentando que esta é produzida socialmente, e sugere um entendimento ampliado deste conceito, que contribua para uma estruturação científica na dimensão sociocultural. Ela apresenta dois conflitos conceituais que estruturam a concepção sobre fragilidade: o primeiro refere-se a “*medicalização*” da vida, ou seja, ao processo no qual os problemas

peçoais, sociais e comportamentais são vistos como problemas médicos ou doenças e, portanto, precisam ser tratados. O segundo envolve o que ela chama de “*paradigma da autonomia*”, que diz respeito à aplicação de princípios éticos e filosóficos no fazer / decidir clínico³⁸, sustentados tanto pelo poder médico quanto pela atitude passiva do indivíduo que espera “intervenções” no seu adoecer. Contudo, os dois conflitos coexistem como forças poderosas e contraditórias no entendimento sobre o envelhecer do corpo e, conseqüentemente, sobre a fragilidade.

Ligado a isto, KAUFMAN (1994) salienta, em relação à construção social da fragilidade, que a resolubilidade dos casos ocorre numa perspectiva individualista e não culturalmente, sendo assim, a “causa” do problema da fragilidade no envelhecer.

O próprio conceito de fragilidade suscita esta idéia “individualista”, pois é comumente associada à dependência, falta de autonomia e perda funcional. Em uma dimensão sociocultural, através do processo interativo entre indivíduos, força o indivíduo a encontrar, considerar e negociar significados para autonomia, liberdade, responsabilidade, escolhas, vigilância e interdependência de suas próprias vidas (KAUFMAN, 1994).

Desta forma, KAUFMAN (1994) conclui que a construção social da fragilidade emerge mediante três características: primeiro, da forma como a experiência subjetiva é interpretada na linguagem dos profissionais de saúde; segundo, pela invocação da idéia de “redução de risco” para manutenção ou adaptação de estratégias de autonomia e independência; terceiro, a experiência vivida de “fato” torna-se “regra”, criando-se um único contexto informativo de uma base para a tomada de decisões e o lidar com a fragilidade.

Trata-se, então, de olhar a fragilidade além da perspectiva biomédica. Cabe buscar significados para o fenômeno, no intuito de conceituar a

³⁸ Este segundo conflito se entrelaça com as discussões que estão sendo suscitadas no campo da bioética.

fragilidade como expressões de vida, experiências e existência; subtrair o senso comum do próprio conceito para compreender a “exceção”, não a regra. E, principalmente, compreender a validade dele diante do envelhecimento feminino.

Como geralmente a fragilidade é compreendida dentro de um processo de adoecimento, percebe-se a sua expressão de diversas formas e em períodos distintos da vida de uma mulher. Por exemplo, uma mulher jovem pode revelar sua fragilidade através de transtornos alimentares, como a anorexia; e uma mulher madura nos transtornos decorrentes de mudanças hormonais (menopausa, osteoporose). Mas pouco se nota que a fragilidade é um fenômeno produzido por vários elementos relacionados ao processo de viver, ao curso da vida, abarcando experiências, subjetividades e trajetórias de vida, os quais repercutem nos modos de se levar a vida e nas relações familiares e sociais.

Portanto, buscando uma melhor aproximação e compreensão do contexto que envolve as mulheres “cinquentonas”, a sala de espera do posto de saúde tornou-se o primeiro espaço à coleta de indicadores e observações que fundamentariam a segunda etapa da investigação: as entrevistas para obtenção dos depoimentos.

PAIS (2003a) assinala que a presença de dois eixos metodológicos convergentes e complementares - neste estudo, a observação na sala de espera e as entrevistas - permitem explorar macro processos de funcionamento social e cultural, assim como micro-sistemas onde se operam interações e práticas cotidianas.

Para uma investigação como esta, que pretende compreender os modos de viver, há a necessidade de instrumentos que se complementem, tais como a observação da sala de espera e as entrevistas.

Deste modo, a observação na sala de espera foi subdividida em duas fases. A primeira, realizada no período de 25/08/2008 a 08/12/2008, teve

como foco observar e coletar informações sobre as experiências de vida das mulheres que chegavam pela primeira vez ao ambulatório do Serviço de Metabolismo Osteo-articular do Posto de Saúde Policlínica Nascente. O intuito era observar, através das falas destas mulheres, que significados estavam sendo atribuídos mediante a possibilidade do diagnóstico de osteoporose.

Na segunda fase, realizada entre março e maio de 2009, o objetivo foi observar o discurso das mulheres que já passaram pela primeira consulta e estavam retornando após a realização da densitometria óssea para confirmação ou não do diagnóstico de osteoporose. Neste momento, a atenção foi focada nas falas que as mesmas apresentavam após o exame e o que se configurou a partir disto.

Estas duas fases foram primordiais à constituição dos temas para coleta dos depoimentos individuais, assim como serviram de referência para as análises das fichas prontuários.

Nas fichas prontuários constavam informações gerais sobre a condição de vida das mulheres que ingressaram no ambulatório do serviço. Além desses dados, havia algumas anotações sobre exames e medicações prescritas, entre as quais a densitometria. As fichas continham informações³⁹ pessoais, hábitos alimentares, realização de atividades físicas, existência ou não de fraturas. Elas foram preenchidas pelas atendentes de enfermagem do ambulatório no próprio corredor (sala de espera) onde se aguardava a consulta.

O primeiro critério foi separar as fichas das mulheres que estiveram presentes nos dois momentos da sala de espera (entre 2008 e 2009), com a intenção, talvez, de criar alguma afinidade discursiva. Porém, não se restringiu a seleção somente a elas, pois a prioridade era ter diversidade de trajetórias, podendo-se, assim, colher significados múltiplos. Durante o período de observação, passaram pelo serviço em torno de trezentas

³⁹ São informações de autorreferência.

mulheres, portanto, cada ficha foi lida individualmente para se ter uma idéia geral das anotações que foram registradas pelos médicos e atendentes.

Foi realizada uma pré-seleção – vinte⁴⁰ mulheres na faixa etária entre 50 e 59 anos, onde constasse nas suas fichas o diagnóstico de osteoporose. Desta amostragem, foram inicialmente escolhidas dez mulheres para entrevista, que apresentavam em suas fichas informações relevantes à problematização do estudo, ou seja, se já tinham ouvido falar de osteoporose, antecedentes familiares da doença, escolaridade, realização de atividades físicas, hábitos alimentares, ocorrência de fraturas e viabilidade da investigação, dependendo da região de moradia.

Levou-se em conta também as referências contextuais e narrativas que surgiram na sala de espera, pois, como a segunda etapa da pesquisa visava coletar experiências de vida no que diz respeito aos modos de viver e, conseqüentemente, proporcionassem perspectivas de significação sobre o cotidiano de mulheres “cinquentonas” com osteoporose, era importante coletar amplas informações sobre o contexto de vida delas.

⁴⁰ Foram pré-selecionadas vinte mulheres com o propósito inicial de possibilitar uma heterogeneidade de sujeitos a serem investigados e, caso ocorresse dificuldades para coleta dos depoimentos (não localização, recusa para participar da pesquisa, entre outros), haveria possibilidades de inclusões.

6. A SALA DE ESPERA

CONTEXTUALIZANDO A SALA DE ESPERA

O espaço no qual aguardam a consulta, seja ela de primeira vez ou de retorno, é um corredor onde são colocadas cadeiras plásticas brancas. Por uma questão de organização das atendentes, há uma separação em corredores distintos para as que se apresentam à consulta de retorno e as que chegam pela primeira vez no ambulatório.

No corredor das consultas de primeira vez há uma cobertura de telhas de fibra de vidro azul, que, em dias de sol muito quente, abafa o ambiente. O que minimiza o calor no recinto é o vento que circula livre no espaço, porém, não é um local confortável para se esperar por muitas horas. Em dias de chuva, o barulho nas telhas agrava o desconforto, além do fato de que a chuva não refresca e o vento diminui.

Algumas mulheres chegam à consulta em torno das 7 horas da manhã e começam a ser atendidas quando os médicos chegam. Algumas vezes isto ocorreu por volta de 9 horas da manhã. Enquanto aguardam a consulta, as atendentes preenchem as fichas prontuários. O que determina a sequência do atendimento médico é a ordem de chegada. Isto é definido no posicionamento das cadeiras. Todas as mulheres presentes estão com a sua ultrassonografia de calcâneo⁴¹.

⁴¹ A ultrassonografia do calcâneo é utilizada para avaliação de risco de fratura óssea, porém seus dados não são considerados suficientes para o diagnóstico clínico definitivo, portanto, desde 1994, a Organização Mundial de Saúde propõe que, em caso suspeito, se realize a densitometria mineral óssea para confirmação do diagnóstico. (OLIVEIRA, P. P. et al, 2004; VELHO, L. Z. et al., 2007)

No corredor onde são alojadas as pacientes que retornam para a consulta, o calor é mais intenso. O telhado é uma laje de cimento, mas não protege quando chove. Como o atendimento é realizado pela manhã, o sol não incomoda, entretanto, falta circulação de vento. Os exames (densitometria, ultrassonografias) tornam-se “leques / abanadores”, que aliviam um pouco o calor provocado pelo mormaço no ambiente.

A posição dos acentos de espera corresponde à ordem do atendimento. Através do cartão de consulta, é entregue a cada uma delas a ficha prontuário, a qual ficam de posse enquanto aguardam serem chamadas. As consultas de retorno só acontecem depois que todas as de primeira vez ocorreram; então o tempo de espera destas é maior, o que gera diversas situações entre elas: partilha de informações sobre as fichas, merenda no meio da manhã, trocas interativas.

No decorrer da observação na sala de espera (ambas), foram realizadas anotações em um diário de campo sobre informações do próprio discurso oriundo das conversações entre as mulheres presentes. Ora as observações foram anotadas de forma ampla, a partir do discurso geral e mais constante apresentado pelas mulheres que estavam presentes na sala (corredor), ora registrou-se literalmente a fala específica de cada uma delas.

A minha presença foi “disfarçada” com um lápis e um “falso” livro que continha folhas em branco para que fosse possível elaborar as anotações. Não houve intervenção por parte da pesquisadora em momento algum das conversas entre elas.

Esta forma de investigar é definida por PAIS (2003a) como *observação dissimulada*, pois permite observar as mulheres na sala de espera sem que elas se sintam observadas. Esta estratégia fundamenta-se em dois aspectos: o primeiro permite uma aproximação prospectiva aos pontos que servirão de indicadores subjetivos para a escolha das mulheres a serem entrevistadas; e, no segundo, o não envolvimento do pesquisador

possibilita uma apreensão da vida cotidiana, sem alterações passíveis de acontecer ao sentirem-se observadas.

Adotei diversos pontos de posicionamento no corredor para melhor escutá-las. Os nomes que indicam as falas são fictícios. Elas são identificadas como “Marias” de trajetórias individuais e coletivas, onde dialogam através de experiências, práticas e contextos de vida.

A PRIMEIRA FASE: QUEM SÃO ELAS?

O Serviço de Metabolismo Osteo-articular da Policlínica Nascente, no primeiro semestre de 2008, realizou ultrassonografias do calcâneo como processo de triagem e o propósito de determinar parâmetros de seleção para tratamento preventivo da osteoporose.

No intuito de identificar possíveis casos de mulheres que pudessem ter algum comprometimento ósseo (osteopenia ou osteoporose), houve divulgação na mídia e todos os núcleos do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade⁴² foram informados sobre a realização das ultrassonografias do calcâneo para fator identificador de osteoporose. Como a Policlínica é referência no Sistema de Saúde, algumas também foram encaminhadas através do Programa Saúde da Família.

Os atendimentos de primeira vez são sempre realizados às segundas feiras pela manhã, tendo, em média, de dez a vinte e cinco mulheres presentes. Apesar do processo de chegada ao Serviço ser diversificado, percebeu-se, no decorrer do tempo de observação, que a maioria delas era oriunda do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade.

⁴² Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade é um programa de atividades físicas para homens e mulheres com mais de 50 anos desenvolvido em vários bairros de Fortaleza. Em cada núcleo há coordenadoras (“escolhidas” entre as participantes) que são responsáveis por organizar idas a consultas médicas (principalmente as que envolvem promoção e prevenção à saúde), atividades de lazer, etc.

Nota-se que poucas vão à primeira consulta sozinhas; normalmente chegam acompanhadas de vizinhas, amigas, irmãs, etc. Isto possibilita uma rede de interlocução mais ampla, o que diversifica temáticas e assuntos. Até porque o incessante diálogo, construído diariamente nas interações sociais, influencia atividades, valores, costumes e hábitos que orientam as trajetórias destas mulheres, pois “Quando um indivíduo se apresenta diante de outros, consciente ou inconscientemente projeta uma definição da situação, da qual uma parte importante é o conceito de si mesmo” (GOFFMAN, 2007, p. 222).

O preenchimento da ficha prontuário é oportuno no desencadear de conversações. Percebe-se a manifestação da associação entre a gravidade do caso e a intensidade e frequência de dor sentida no corpo, possibilitando o compartilhar de questões sobre processos de adoecimento. O corpo, para a portadora de osteoporose, adquire uma significação singular, passando a ser interpretado de forma distinta ao que ele realmente representa coletivamente. A limitação imposta pela idéia de “fragilidade óssea” institui, em alguns casos, uma condição de “vítima”, que exacerba as situações dolorosas para algumas, mas em outras não.

É através da visão geral do corredor que se permite compreender distintas formas de socialidades. GIDDENS (1991, p.43) salienta que “todos os seres humanos rotineiramente ‘se mantêm em contato’ com as bases do que fazem como parte integrante do fazer”; um fazer que se constrói cotidianamente nos processos interacionais que compõem a dramaturgia da vida humana⁴³.

Algumas expõem claramente seus dilemas, enquanto outras interagem através do silêncio ou simplesmente do menear da cabeça, como se a fala da outra ressoasse internamente, subjetivamente, ou como um gesto de complacência para manter o vínculo interativo.

⁴³ A este respeito, GOFFMAN (2007, p.9) considera a dramaturgia da vida como: “a maneira pela qual o indivíduo apresenta, em situações comuns de trabalho, a si mesmo e as suas atividades às outras pessoas, os meios pelos quais dirige e regula a impressão que formam a seu respeito e as coisas que pode ou não fazer enquanto realiza seu desempenho diante delas.”

Algumas das conversações⁴⁴:

- *É preciso cálcio e caminhada pra ficar boa.* (Deuzuíte)
- *Não, é preciso tomar cálcio pra ficar mais nova!*” (Cícera)
- *Realmente, é preciso tomar o remédio, além disso a osteoporose não proíbe vocês de fazerem as coisas*”. (Betânia)

Os aconselhamentos mútuos aparecem com frequência entre elas, principalmente no que se refere à associação entre medicação e atividade física. A oferta de medicação no posto aparece como fonte motivacional à consulta. Algumas salientam que procuram o serviço no intuito de conseguir o “cálcio” de forma gratuita.

Com o início do atendimento em algumas consultas, o movimento nas cadeiras⁴⁵ altera a sequência entre elas e outros assuntos surgem desta dinâmica. A temática relacionada à família presentifica-se, principalmente sobre os filhos, por elas denominados de “problemáticos”. São jovens em situação de alcoolismo e drogas. Uma delas revela estar com um filho preso e complementa que foram as “más companhias”. As conversas referem-se ao “difícil” papel de mãe e que, em função disto, a “saúde enfraquece”.

Isto parece refletir que o corredor, além de funcionar como local de sociabilidades, também oferece um espaço de fala-escuta (terapêutico / catártico). Para SOUZA e SARAIVA (2004, p. 22), a partir das concepções de Both⁴⁶, “os grupos sociais criam suas redes através de pontos, nos quais é possível estabelecerem relacionamentos entre si, de modo que a sociabilidade vem a ser o movimento de grupos sociais, na busca de espaços para a criação de laços de afetividade e amizade”.

⁴⁴ Os nomes são fictícios para preservar a identificação, conforme procedimento ético plausível às Leis que regem a pesquisa com seres humanos no Brasil e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, conforme a Resolução Nº 196/96. Para o trabalho na Sala de Espera foi obtida a autorização do profissional responsável pelo Serviço de Metabolismo Osteo-articular, que foi informado dos objetivos e da metodologia da investigação desenvolvida.

⁴⁵ A entrada para consulta é definida através do posicionamento das cadeiras no corredor. Conforme elas são chamadas para o atendimento médico, os lugares se modificam.

⁴⁶ BOTH, Elizabeth. **Família e Rede Social**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.

Enquanto algumas lêem a bíblia, outras conversam sobre a vida e como ela se apresenta: as dificuldades com maridos doentes, filhos desempregados, o almoço por fazer, o trabalho a que faltou, etc. Além disto, trocam “receitas” de alimentação para melhorar a condição de saúde, mais enfaticamente em relação à osteoporose, como por exemplo: comer banana ou moer e torrar a casca do ovo e misturar com a comida.

Neste contexto, assinalam que ser dona de casa é considerado um trabalho árduo e sacrificante, onde a saúde já não possibilita se fazer tanta coisa. As restrições às atividades domésticas são relatadas como poucas, porém comentam o quanto é difícil ser dona de casa e que “não há descanso”. Assim, a caracterização negativa do diagnóstico de osteoporose corrobora a compreensão de que a fragilidade está exposta através da dor, como um ciclo repetitivo entre as questões físicas e psíquicas e, em decorrência da dor estar presente muitas vezes, suscita alterações nas suas atividades de vida diárias.

A idade é citada como referência de declínio corporal:

- *Depois dos 40 a coisa cai, tudo dói.* (Joana)
- *Depois de uma certa idade, precisa cuidar.* (Liduína)

A associação entre envelhecimento e declínio corporal, que permeia boa parte dos discursos destas mulheres, imprime significados distintos ao seu modo de viver, implicando em formas peculiares de cuidado à saúde, constituindo imagens corporais específicas, o que pode favorecer o contato entre o corpo e a experiência (BARROS, 2005).

Para Cash e Pruzinsky, citado por BARROS (2005), as imagens corporais são multifacetadas, determinadas socialmente e permeadas por sentimentos que o indivíduo tem de si mesmo, influenciando o processamento de informações, que não são estáticas e fixas e referem-se a uma experiência subjetiva que pode interferir nas relações interpessoais.

Ao sair do consultório médico, após o atendimento, todas comentam como foi a consulta e as trajetórias a serem seguidas para mais exames e a obtenção da medicação. Estas explicações revelam distintas formas de construção sobre o discurso médico, que muitas vezes torna-se dúbio e é clarificado fora do “espaço” clínico, nestas interlocuções externas.

A expectativa sobre o discurso médico é percebida através de perguntas como: “o que foi que ele [médico] disse?”. A repetição a cada saída aparenta representar certa “normalidade” ao seu caso específico, demonstrando que talvez muitas delas estivessem apreensivas e temerosas sobre sua condição de saúde. Como a densitometria é solicitada para quase todas elas, a idéia de “igualdade diagnóstica” parece trazer certa tranquilidade.

Através de similaridades, a compreensão deste corpo, significado igualitariamente, evidencia subjetivamente como mulheres vivenciam a osteoporose, pois os sinais de adoecimento são silenciosos e o corpo adoecido não é visível, é imaginado.

O discurso biomédico é vivenciado concretamente como “verdades”, onde abstrações e significados, senão colocados em segundo plano, são pouco observados e percebidos. Isto ganha relevância porque a construção e desconstrução dos discursos expressos pelo corpo resultam em um conhecimento da própria vida (BARROS, 2005).

A SEGUNDA FASE: NA SALA COM POSSÍVEIS “MARIAS”

A sala de espera para a consulta de retorno ao Serviço de Metabolismo Osteo-articular da Policlínica Nascente é composta por mulheres⁴⁷ que retornam ao Serviço no intuito de mostrar exames ou pegar

⁴⁷ As mulheres da segunda fase passaram a serem identificadas como “Marias”, no intuito de criar uma diferenciação entre as salas e caracterizar informações que fundamentaram as escolhas das informantes. O segundo nome é fictício.

a receita para medicação. Elas aguardam em um corredor (perpendicular ao que é ocupado pelas mulheres de primeira consulta) que possui cadeiras plásticas enfileiradas.

Os atendimentos são sempre realizados às segundas feiras pela manhã, após o atendimento das consultas de primeira vez e tem, em média, de oito a dez mulheres que foram agendadas previamente por telefone. Enquanto aguardam para serem atendidas, preenchem o tempo lendo, fazendo crochê, dormindo e até comendo, pois apresentam uma dinâmica interativa diferente da outra sala de espera.

Como o número de mulheres aguardando a consulta é menor em relação à outra sala, tanto as conversas como os silêncios são pontuais. Normalmente, o assunto decorre de algum fator desencadeador: uma buzina, crianças correndo no corredor, o aroma da cantina em frente à sala, a demora do atendimento, etc.

Apesar da multiplicidade etária presente na sala, percebe-se uma aproximação temática entre idades semelhantes. Nesta perspectiva, observa-se que os relatos advêm de situações comuns do dia a dia. As conversas começam em pares, mas se a temática tem pertinência, todas participam.

No decorrer de março a maio de 2009, os assuntos que surgiram não foram distintos dos observados na primeira fase, ou seja, situações de vida (preocupações; sonhos e expectativas; enfrentamento de momentos difíceis), a experiência da doença, formas de cuidado à saúde e com o corpo, informações sobre a doença, rotina alimentar e dinâmica relacional (conjugal e familiar).

A escuta das conversas entre elas norteou a idéia de que as “Marias” apresentam algumas similaridades; contudo, são as peculiaridades individuais que caracterizam distintos modos de se levar a vida. PAIS (2003a, p. 119) menciona que a “coesão interna dos grupos estabiliza-se a

partir de traços de identificação conjuntamente compartilhados; no entanto, esses traços funcionam também como suporte de formação e reconhecimento de identidades grupais entre si diferenciadas”.

Partindo deste princípio, os traços de identificação compartilhados e presentes nas falas não foram destoantes dos expressos na sala de espera antes da definição diagnóstica. Como por exemplo: Maria Vicentina comentou que a filha não quer trabalhar, não vai atrás de emprego e que fica dormindo ou vendo televisão, “se pelo menos ela ajudasse a fazer as coisas em casa, mas nem para isto ela serve, tudo fica nas minhas costas” (sic). Algumas escutaram, mas não comentaram. Outras mexeram a cabeça como um gesto de concordância.

Percebe-se que as questões familiares e conjugais são temáticas desencadeadoras de conversas curtas que se processam à espera do médico e alimentam o discurso sobre trajetórias de vida pessoais. Em algumas situações relembra-se o passado, sobre a vida vivida em cidades no interior do estado, aonde se ia até a pracinha para pedir uma música na “radiola” e que o som saía pelos alto-falantes da cidade. Maria Luzanira comentou que quando escuta em casa os seus CD’s (de músicas antigas) os filhos reclamam. Todas concordam que na casa delas acontece o mesmo e que os filhos só querem saber de “música sem letra e funk”, afirma Maria Delfina. Estes comentários fazem com que algumas relembrem músicas antigas e comecem a cantarolar.

Outro tema recorrente entre elas é a conjugabilidade, que ora surge como assunto de âmbito pessoal, ora decorrente de uma situação ocorrida a alguém próximo. Exemplo disto é o comentário de Maria Zulene sobre a sua vida conjugal: ela teve um relacionamento com um homem casado e não deu certo. “A gente ganha experiência com o sofrimento” (sic). Após o fim dessa relação, ela disse ter conhecido outra pessoa, que é o atual companheiro.

Outras duas relataram (Maria Alda e Maria Olímpia) que assistiram a um programa de TV sobre uma mulher que tinha oitenta anos e que o marido não a deixava fazer nada; tudo proibia. Quando ficou viúva, passou a fazer tudo o que queria:

- *Tem é que viver... Se o marido não deixava, vamos aproveitar agora e se divertir.* (Maria Alda)
- *Se eu tivesse dinheiro, eu ia viver viajando. Tem a dona Elizete, que engancha uma viagem na outra.* (Maria Olímpia)

A convivência momentânea, decorrente da espera da consulta, possibilita que temas de pertinência comum apareçam, ou seja, fontes de informação e saber no cuidado com a saúde e o corpo. Um folheto com receitas de sobra de alimentos⁴⁸, encaminhado pela nutricionista do Serviço, gera comentários não só no âmbito das “receitas”, mas também possibilita perceber que, para algumas delas, a leitura é lenta e difícil. No movimento dos lábios, balbuciam palavras soletradas de quem aparenta pouca alfabetização. Em algumas situações, a leitura é solidária. No folheto consta uma relação de alimentos ricos em cálcio e informa sobre o que é a osteoporose.

Neste contexto, a espera pelo atendimento médico também suscita a expressão sobre a experiência com o adoecer. Algumas abrem os exames com os resultados da densitometria. A curiosidade aparece entre muitas delas, o que gera comentários sobre possíveis condutas do médico: “Será que ele vai mandar fazer fisioterapia por causa da dor?”, “Aqui no Posto não tem remédio; e aí, como a gente vai fazer?”.

Compartilham informações que cada uma traz de sua vivência subjetiva, mas que encontra ressonância coletiva. Tendo como referência as argumentações de LANGDON (1995), que concebe saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais resultantes de contextos culturais

⁴⁸ Este material é entregue pelas atendentes a pedido da nutricionista do Serviço e tem o intuito informativo, assim como convidá-las a participar da palestra sobre cuidados alimentares, que ocorre toda quinta feira.

e experiências subjetivas de sofrimento⁴⁹, percebe-se que elementos como “fazer fisioterapia” e ter “remédio” possibilitam suposições sobre perspectivas futuras sobre a temática: “saúde” e “doença”.

Isto revela que a temática, entre estas mulheres, está entrelaçada com a vida diária através das queixas sobre o difícil acesso ao sistema de saúde e, sobretudo, como espaço de sociabilidade para expressarem as condições financeiras insuficientes, as descobertas de novos pontos de crochê e novas receitas culinárias. Mais do que um tempo de espera, a sala de espera torna-se um espaço de experiências.

⁴⁹ Segundo LANGDON (1995), na perspectiva da antropologia a cultura é entendida de forma dinâmica e heterogênea e a doença é compreendida como processo e experiência.

7. A ENTREVISTA COMO MEIO DE APROXIMAÇÃO

AS “MARIAS”

Para se compreender os modos de se levar a vida que caracterizam a vida de mulheres “cinquentonas” com osteoporose, é preciso especular a realidade contextual percebida e vivida cotidianamente, ou seja, “os princípios cognitivos, tácitos ou explícitos que os indivíduos utilizam no seu dia a dia e que dão sentido à sua vida”. (PAIS, 2003a, p. 77).

Neste sentido, torna-se necessário um processo investigativo no qual o procedimento empírico permita captar elementos que acentuem semelhanças e diferenças entre situações de uniformidade social e dissonâncias individuais, sem, no entanto, construir generalizações quando se ouve elementos individuais referentes à maneira de ver, sentir e reagir à própria vida de cada pessoa, mas sim empreender uma análise compreensiva do fenômeno.

DOS TRAJETOS ÀS FALAS

PAIS (2003a) recomenda a utilização de procedimentos empíricos controlados quando se intenciona, no processo de pesquisa científica, a busca e análise de distintas situações. Sendo um estudo que envolve mulheres de uma mesma condição social, porém com manifestações variadas e significativas no processo de envelhecer, sugere-se a utilização de instrumentos que possibilitem apresentar diferenciações.

As informações obtidas através de entrevistas dão acesso a conteúdos que descrevem, à sua maneira, a articulação de conjuntos discursivos sobre formas de se viver a vida, isto porque “os actos da fala são

conjuntos articulados de práticas significantes (não necessariamente lingüísticas)” (PAIS, 2003a, p. 94).

Assim, tomo como estratégia de investigação as entrevistas semidiretivas, conforme proposto por ALBARELLO (2005).

A ENTREVISTA COMO PROCESSO INTERATIVO

No intuito de obter informações pertinentes sobre práticas sociais, percepções, modos de viver, entre outros, as entrevistas semidiretivas permitem, junto a uma amostragem pequena, uma abordagem mais pormenorizada (ALBARELLO, 2005), pois, segundo este autor (2005, p. 12), “mostra como os dados produzidos no decurso da entrevista estão longe de ser fruto da aplicação de um instrumento técnico neutro, revelando-se, em vez disso, produto de uma interação social de pleno direito”, o que permite um fluir de “como” os fatos acontecem, ampliando o espectro discursivo.

A este respeito, a entrevista semidiretiva assegura histórias particulares interligadas a contextos gerais, pois ela se torna processual. Ela possibilita alavancar temáticas e fatos conectados ao objeto de estudo. Para tanto, o indivíduo é questionado enquanto representante de um grupo social para evitar o risco de *psicologizar* as informações recolhidas (RUQUOY, 2005).

Este estilo de entrevista permite ao interlocutor estruturar o seu pensamento ao redor do tema posto em perspectiva, porém, exige do entrevistador o aprofundamento de pontos que não foram explicitados naturalmente.

Ressalta-se, também, que correntes teóricas da sociologia, como a sociologia compreensiva de A. Schütz, privilegiam entrevistas que rompam menos com o cotidiano, pois concedem importância às percepções

subjetivas que os indivíduos têm de si próprio e à relação interativa com o outro e o ambiente (RUQUOY, 2005).

Ainda segundo esta autora (2005), a pouca diretividade na entrevista investigativa exige que o conhecimento teórico do entrevistador fique como pano de fundo, balizando a exploração do campo de pesquisa. Ela sugere que o papel do entrevistador delimite-se aos seguintes termos: “segue a linha de pensamento do seu interlocutor, ao mesmo tempo que zela pela pertinência das afirmações relativamente ao objectivo da pesquisa, pela instauração de um clima de confiança e pelo controle do impacte das condições sociais da interação sobre a entrevista” (RUQUOY, 2005, p. 95).

E complementa para “se assegurar da pertinência e da qualidade dos dados, o entrevistador deve dirigir a sua atenção para três aspectos da interacção: o *tema da entrevista* ou objeto de estudo, o *contexto interpessoal* e as *condições sociais da interacção*” (RUQUOY, 2005, p. 96).

A partir desta concepção e no intuito de um aprofundamento detalhado sobre o objeto de estudo, optou-se pela realização de quatro encontros com cada informante, no próprio domicílio⁵⁰ das mulheres selecionadas. Eram agendados em intervalos de 7 a 10 dias, variando de acordo com a disponibilidade delas.

A cada encontro apresentava-se um tema com uma ou mais perguntas desencadeadoras⁵¹ (Anexo 2). No decorrer da entrevista, intervenções eram feitas com o objetivo de clarificar ou ampliar a informação fornecida através das perguntas temáticas.

O primeiro encontro envolvia o estabelecimento de um contato inicial, buscando a criação de vínculos interativos. Além da apresentação formal

⁵⁰ O propósito da entrevista no domicílio também envolve captar contextos vivenciais cotidianos a fim de enriquecer o processo analítico.

⁵¹ RUQUOY (2005) sugere que se estruture um plano para a entrevista com um guia de pontos que se deseja explorar, utilizando uma questão desencadeadora e eixos temáticos que servirão para o aprofundamento do pensamento do entrevistado ou para a exploração de um ponto não expresso espontaneamente, respeitando a continuidade discursiva do entrevistado.

como pesquisadora, explicava-se o motivo da visita e era feito o convite para participação na pesquisa. Após o “aceite”, apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) como procedimento formal da pesquisa. Indagava-se acerca de alguns indicadores sociais (moradia, estrutura familiar, idade, etc.). E, ao final, agendava-se um novo encontro.

No segundo encontro, buscou-se compreender qual foi a trajetória de vida, os eventos significativos, características das rotinas do dia a dia, assim como o trajeto percorrido até a definição do diagnóstico de osteoporose.

O terceiro encontro pautou-se em temas relacionados às percepções sobre o corpo, formas de cuidado com a saúde, rotina alimentar, sociabilidades e fontes de informação e saber.

O quarto encontro teve como temática central o autorreconhecimento ou não da osteoporose como doença.

As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição. Informações e observações colhidas no início e final das entrevistas foram anotadas em um diário de campo.

AS ENTREVISTADAS

Quando a heterogeneidade se faz necessária, buscam-se indicadores distintos que possam respaldá-la. Mesmo em um processo heterogêneo, a homogeneidade se faz presente em alguns momentos para dar constituição das partes ao todo.

As “partes” desta heterogeneidade são mulheres que estão vivendo seus cinquenta e poucos anos, mas receberam o diagnóstico de osteoporose dentro de um contexto: um serviço especializado de saúde.

As mulheres “cinquentonas” deste estudo compõem um grupo socialmente homogêneo em termos de condição social, ou seja, como já foi

estabelecido anteriormente, apresentam um conjunto de características que as definem como pertencentes à mesma classe social, condicionando suas práticas sociais, contudo, através de outros indicadores sociais. Comportam uma distinção heterogênea sobre: religião, local e estrutura de moradia, conjugabilidade, profissionalização, escolaridade, entre outros.

Nesta heterogeneidade, as informantes foram nomeadas como “Marias...”, trazendo, ao mesmo tempo, as “partes”, com suas individualidades, e o “todo”, como “cinquentonas”.

O que determinou as escolhas das “Marias” advém de indicadores que surgiram das observações na sala de espera e, posteriormente, da análise das fichas-prontuários. Todas as fichas-prontuários de mulheres entre 50 e 59 anos com diagnóstico de osteoporose, que estiveram em consulta no período de 2008 e 2009, foram separadas e lidas uma a uma.

RUQUOY(2005, p. 103) salienta que

Nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca. O critério que determina o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objetivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida. Nesta óptica, os indivíduos não são escolhidos em função da importância numérica da categoria que representam, mas antes devido ao seu carácter exemplar.

Sendo assim, a amostragem - dez informantes - teve a intenção de conduzir-nos à maximização de possibilidades de se encontrar o que não se pensou em procurar (BECKER, 2007). Os critérios que possibilitaram a diversificação foram pautados em indicadores heterogêneos ligados ao grupo de pertencimento, portanto, ligados às trajetórias das “Marias” e aos seus respectivos indicadores contextuais⁵².

⁵² Opta-se por indicadores contextuais, pois permitem a aglutinação de distintos indicadores sociais, diferenciando as informantes entre si, compondo situações de vida diversificadas.

Optou-se por percorrer as falas no intuito de possibilitar a coleção de fatos, processos e contextos, bem como de usá-las como lócus de observação de trajetórias e acontecimentos que marcam histórias pessoais.

As unidades de codificação emergiram da interlocução entre construtos da esfera teórica e elementos redundantes do campo empírico. As unidades utilizadas foram:

UNIDADES:	CATEGORIAS ANALÍTICAS:
1. Experiência do adoecer:	Trajetória do diagnóstico (ida a policlínica); o primeiro diagnóstico (sentimentos e percepções a respeito); tratamento (sentimentos e percepções a respeito); Relação com os profissionais e os serviços de saúde; sentimentos e percepções a respeito do problema nos ossos; a dor no corpo; outras doenças e sua interlocução com a osteoporose; vivências sobre a doença; implicações da doença.
2. Fragilidade ou fortaleza de vida:	História de vida (afetividades, atividade produtiva); situações de vida, preocupações; sonhos e expectativas; enfrentamento de situações difíceis; experiência de vida; eventos significativos; características do adoecer e sua vivência cotidiana; rotinas.

3. Medicalização do corpo	Sentimentos e percepções sobre o uso de medicamentos; percepções sobre o corpo; práticas corporais; histórico corporal; formas de cuidado à saúde e com o corpo.
4. Formas de saber (conhecimento, cognitivo):	Informações sobre a doença; informações sobre o uso de medicamentos; entendimento sobre o discurso médico; interesses; fontes de informação e saber.
5. Modos de comer	rotina alimentar; mudanças na alimentação; histórico na forma de comer; alimentação “alternativa”; diferenças alimentares; gostos alimentares
6. Sociabilidades	Dinâmica relacional; atividades de lazer; atividades sociais e religiosas; convivência grupal; vida doméstica; vida produtiva; relações e interações.
7. Reconhecimento ou não da osteoporose como doença	Construção de sentido que se opera por meio do simbólico sobre a nova construção de identidade a partir da doença.

Estas unidades permitiram “vias de inferência” para análise das falas. Por isso, as “Marias” foram nomeadas não somente como requisito ético, mas seus nomes fictícios representam singularidades de experiências de vida contextualizadas em uma condição social específica: são mulheres da região periférica da cidade de Fortaleza, algumas delas oriundas do sertão cearense. São elas:

Maria Alencarina – casada, tem o ensino fundamental completo, branca, com 58 anos; não teve fraturas e refere fazer atividade física e possuir hábitos alimentares ricos em cálcio.

Maria Raimunda – uma mulher negra, com 54 anos, separada; não teve fraturas, tem o ensino fundamental incompleto e trabalha como empregada doméstica.

Maria Glauciene – separada, branca, 53 anos, não faz atividade física e já teve uma fratura; refere ter hábitos alimentares ricos em cálcio. Tem o ensino fundamental incompleto.

Maria Honória – mora no Pirambu, é separada, branca; refere fazer atividade física com frequência; está com 59 anos. Tem o ensino médio completo.

Maria Francisca – 56 anos, viúva, branca, refere fazer atividade física com frequência e não possuir hábitos alimentares ricos em cálcio. Tem o ensino fundamental incompleto.

Maria das Graças – tem o ensino médio completo, 59 anos, casada; refere não possuir hábitos alimentares ricos em cálcio e não fazer atividade física. É uma mulher branca.

Maria Joaquina – com 57 anos, está separada, é branca; refere fazer atividade física com frequência e não possuir hábitos alimentares ricos em cálcio. É alfabetizada.

Maria Faustina – casada, com 53 anos, branca; tem o ensino médio incompleto. Não teve fraturas.

Maria de Deus – têm 55 anos, viúva, branca, tem o ensino fundamental completo; refere não fazer nenhuma atividade física e não ter conhecimentos sobre o que é a osteoporose.

Maria Neuma – com 58 anos, é costureira, separada, branca; tem o ensino fundamental incompleto. Refere fazer atividade física com frequência.

Parte 3

Compreendendo os modos de vida

8. AS “MARIAS”: TRAJETÓRIAS, FALAS E MODOS DE VIDA

A interação estabelecida no contexto da investigação com as “Marias”, durante as entrevistas, possibilitou aproximar as informações sobre suas vidas. Trajetórias foram sedimentadas no curso da vida e o quanto a vida cotidiana está refletida em seus modos de viver.

PAIS (2003a, p. 101) ressalta que no uso da entrevista

o “*entre-vistado*” acaba sempre sendo *visto* por entre *névoas* encobridoras do que pretendemos entrever. A função da entrevista é chegar ao desconhecido, ao “não visto” ou, melhor dizendo, somente ao “entre-visto”. O entrevistado é justamente o “visto imperfeitamente”, o “mal visado”, o apenas “previsto” ou “pressentido”.

Como a proposta analítica é compreensiva e processual sobre contextos simbólicos específicos, necessita de um olhar a partir da conjuntura a qual foi produzida e significada, visto que as “opiniões transmitidas através das entrevistas são importantes não apenas pelo que elas nos informam (...) sobre a ‘realidade’ mas, também, sobre o que elas nos informam em relação a quem opina” (PAIS, 2003a, p. 102).

Então, as falas das “Marias”, com suas trajetórias e modos de viver, a partir da transcrição de seus depoimentos, ganharam movimentos expressivos para a compreensão dos objetivos dessa investigação. Para tanto, retoma-se a proposta apresentada por PAIS (2003a) no que se refere à operacionalização do método de análise, ou seja, o decifrar das entrevistas a partir de *uma necessidade hermenêutica de seleção da informação*.

Assim, as informações coletadas

como ao limão, não basta tê-los à mão para se conseguir “sumo”. O sumo obtém-se “espremendo”, *sumarizando*. A sumarização da informação decorre de um trabalho analítico. Aliás, o próprio tratamento informático do material recolhido exigiu uma

preparação das entrevistas a analisar, isto é, uma definição das unidades de codificação. (PAIS, 2003a, p. 105).

A interpretação⁵³, como procedimento analítico, desvela, clarifica elementos expressivos no intuito de frutificar significados. Quando contextualizada, possibilita pontos de observação sobre o desenrolar cotidiano da vida.

A princípio, a vida cotidiana necessita ser compreendida a partir da articulação de campos simbólicos e pragmáticos. O campo pragmático equivale a uma afluência de sentidos compostos pelo campo simbólico. A ligação entre estes sentidos produzem significações articuladas entre si, formando um difuso conjunto, como um mosaico. Isoladamente, cada peça do mosaico não traz sentido; ela necessita de um contexto para ser significada (PAIS, 2003; PAIS, 2003a).

MAROY (2005) assinala que cada pesquisador desenvolve um método próprio para a apresentação analítica de sua investigação em decorrência do objeto de estudo e dos objetivos, ou seja, dos pressupostos teóricos e do campo empírico, respectivamente.

É nesta perspectiva que apresento, a seguir, as “Marias” nas singularidades das experiências de vida.

8.1. MARIA ALENCARINA

É uma mulher de 55 anos, casada, teve quatro filhos (todos casados atualmente). Mora em casa própria. O esposo trabalha como motorista de uma empresa privada. Ela é costureira, mas não costura muito porque “*dói o corpo*” (sic). Ela cursou até a oitava série do ensino fundamental.

Atualmente, vende produtos da *Avon* e da *Natura*. O primeiro contato com Maria Alencarina foi emaranhado. Na primeira vez, fui à sua casa; ela

⁵³ PAIS (2003a) considera o ato de interpretar como algo que vai além do significado semântico da fala. Ele demanda o captar da intencionalidade latente.

não estava: tinha saído para fazer suas entregas da *Avon* e *Natura*. Conheci a filha mais velha de Maria Alencarina (ela reside na parte de cima da casa), que me acolheu bem e informou que a mãe havia saído e não tinha previsão de retorno. Combinei de retornar no dia seguinte.

No primeiro contato com Maria Alencarina, ela estava na frente da casa vizinha a conversar, encostada no portão. A receptividade foi acolhedora; ela é uma mulher de mais ou menos 1,50m de altura, sorridente e expansiva. Convidou-me para entrar e sentamos na varanda da casa. Ali iniciamos uma breve conversa, a qual me descreveu a sua família e o que fazia atualmente.

Ela mora numa casa com três quartos: o primeiro, e maior, é onde fica a oficina de costura; o segundo possui uma cama de casal e um guarda roupa; o terceiro, bem menor, é onde ela e o marido guardam “*badulaques*”. A cozinha é conjugada a sala de jantar. Nos fundos da casa, há um quintal de terra com algumas árvores plantadas. E, entre a varanda e a sala de jantar, uma sala com sofá e televisão.

Apesar de a filha morar na parte de cima da casa, as entradas são distintas. O chão é todo de cerâmica, mas com tapetes na sala (motivo de uma de suas quedas) e pequenos tapetes de crochê próximo à geladeira e a pia. A limpeza da casa é feita a cada três dias, pois se queixa de dores nas costas e no ombro. Além disso, gosta de sair e pouco fica em casa, já que o marido trabalha fora o dia inteiro.

A disponibilidade e espontaneidade de Maria Alencarina foram percebidas já no primeiro contato, quando ela referiu que, na ida ao posto de saúde para consulta, recebeu o diagnóstico de osteoporose de forma alarmante, ficando assustada com as sequelas decorrentes de possíveis quedas, uma vez que afirma cair frequentemente em casa e na rua. A fala do médico repercutiu de forma apavorante e temerosa.

Eu amostrei pro doutor Carlos, que foi de outra equipe. Ele foi, sentado, deu uma olhada, aí eu perguntei: “E aí doutor tem

algum problema?” E ele: “Tem sim, você tem que ter cuidado pra não cair porque se você cair vai ficar deitada numa cama pro resto da sua vida.” E eu disse: “Vale, e é assim que o senhor da uma notícia pra gente.”

Eu continuo do mesmo jeito (...) eu continuei, eu fiquei triste da notícia que ele tinha dado, mas eu tinha cuidado pra não cair, eu comprei uma sandália que não dava pra escorregar em piso, mas eu continuei do mesmo jeito. A rotina foi a mesma, não mudei nada, nada. Foi só o medo de eu cair e acontecer alguma coisa. (...) Mas, eu fiquei preocupada na semana que ele [médico] falou, fiquei preocupada, mas só com queda, mas parar de passar pano em casa, de sair andando, parei não.

A chegada aos cinquenta anos demonstra que o envelhecer somente foi percebido quando as demandas médicas sinalizaram as mudanças corporais decorrentes da passagem do tempo.

Porque as pessoas dizem assim, com 50 anos tem que fazer o exame pra saber se tem osteoporose. Será que eu tenho? Mas eu não sentia nada não sinto nada nos ossos aí foi que veio a desenvolver a minha idade de fazer esse exame.

(...) foi uma idéia que eu tive de fazer por conta própria procurar saber o que eu tinha que eu tenho e se eu não procurasse ia ter e não sabia aí eu fiz o exame (...)

(...) por que todo mundo tem que fazer nessa idade (...)

Apesar de trazer referências sobre impossibilidades em decorrência da idade, a vitalidade descrita nas atividades do dia a dia contraria o discurso.

Se eu não fiz quanto fui nova, nesta idade vou ter dificuldade de fazer, a não ser que tenha uma pessoa junto comigo que me empurre pra fazer.

Se um dia eu puder (...) meu sonho é fazer uma missão da igreja.

Sessenta anos é uma longa caminhada, eu pensei que não ia durar essa idade toda.

A referência aos “sessenta anos” representa a visualização de uma vida em curso, a qual o processo de envelhecer somente é percebido através do corpo doloroso.

(...) eu me levanto cinco e meia, porque eu faço o almoço do meu marido pra ele almoçar no trabalho. Ai quando eu me levanto eu tenho minhas vendas e saio ontem foi um dia que eu saí passei até meio dia, já tenho minha freguesia, as minhas clientes vou só lá e vendo, né e quando eu chego é aquela rotina: limpa a casa, passa pano, lavar roupa é que eu não fico mais lavando, boto na máquina, mas estendo, engomo. Saio, praia eu não gosto, passeio com meus filhos, subo morro, aquelas dunas subo até onde eu posso, desço, não sinto nada.

Eu não sentia dor não, mas ultimamente eu tô sentindo muita dor neste meu braço. Este meu braço, de dia eu não sei o que é, mas eu preciso descobrir o que é isso, de dia eu não sinto nada, faço as atividades normal, mas quando chega a noite que eu me deito pra dormir, eu passo a noite toda, não que eu não durma, mas na hora que eu me acordo, dói que eu não posso nem fazer assim [mexe o ombro em movimento circular]. Dói forte, no osso, aí eu digo: mas o osso não pode doer deve ser alguma coisa, um nervo, alguma coisa que fica dolorido, né.

Mesmo com a gravação da entrevista, percebe-se a naturalidade de Maria Alencarina em discorrer sobre as suas experiências de vida.

Ninguém falava sobre problemas nos ossos. Nunca imaginei que ia ter osteoporose, nunca pensei isso, se alguém tivesse me falado antes eu tinha me cuidado.

Como eu não tinha conhecimento disso, eu achava que tudo era normal, que não ia acontecer isto, depois que eu fui pra fazer o exame lá no hospital, aquele exame de ossos, que deu, que o médico foi me explicar, porque eu perguntei a ele porque é que dá osteoporose, ele foi e me explicou que é porque eu não tomava cálcio e não tinha feito tratamento pra ... quando a menstruação se acaba.

O corpo é significado a partir dos cuidados físicos, visto que os produtos da Avon e Natura não são para uso pessoal, ou seja, os produtos não são utilizados para o cuidado de si, mas como meio de interação com as pessoas.

Eu fui pra rua na semana passada, aí a minha pressão subiu, fiquei tonta. Tinha uma moça tirando a pressão e ela falou: “Vixe! a sua pressão tá é alta.” Cheguei num restaurante ali pelo centro mandei fazer um copo de suco de maracujá bem forte e tomei. Aí rodei, andei pelo centro quando eu vim já estava bem melhor.

Eu não me acho vaidosa, porque é de mim mesma. Desde jovem, sempre fui simples, não morro de vaidade assim, que chama a atenção.

Pra falar a verdade eu não faço nada. [se referindo ao que faz para cuidar do corpo] Eu faço caminhada, às vezes uso só creme pra pele não ficar muito envelhecida, porque vai chegando à idade e a pele vai voltando a aquela pele de idoso.

Sentada na sala de jantar, em sua fala transparece uma mulher de vida dura, porém não marcada pelo sofrimento, mas sim pela frustração de não ter conseguido alcançar alguns dos seus sonhos: ser enfermeira.

A minha juventude foi só trabalho, eu trabalhei muito na época (...) tem uma época que a gente se lembra (...) quando eu era pequena minha mãe era costureira eu tinha muitos irmãos (...) nós tudo trabalhava, com a idade de oito anos o papai e a mamãe botava para varrer uma casa, lavar louça e como ela costurava quando ia aumentando a idade ela ia botando a gente na máquina pra costurar, não uma peça, mas alguma coisa a gente aprendia a fazer. Eu cresci desse jeito trabalhando (...) naquele tempo a gente só tinha direito a trabalhar (...) meu sonho era ser enfermeira eu achava bonito aquela área da saúde, mas nunca tive essa oportunidade porque minha mãe botava a gente pra costurar.

E quando eu casei fui logo tendo filho, tive quatro filhos em seguida, um atrás do outro (...) fui só cuidar dos filhos, só cuidando dos filhos, aí eu não saía de casa por causa dos meninos. Ele (marido) não gostava de sair aí eu não tinha como sair com um bocado de menino pequeno. Tinha que ficar em casa. Minha rotina foi passar muito tempo dentro de casa. Deixei de costurar (...) só cuidando de menino, de casa e de marido. (...) mas os filhos vão crescendo e aí vida da gente vai mudando, eles vão crescendo ficaram adulto aí minha vida mudou.

Hoje era pra eu tá aposentada como auxiliar de enfermagem, mas minha mãe nunca me apoiou. Eu acho que os pais têm

que apoiar os filhos no que quer (...) mas como eu não tive essa oportunidade, fico só na lembrança.

São lembranças que alicerçam seu conhecimento cotidiano da vida, ou seja, ela constrói representações a partir do que viveu e do que os outros dizem que viveram.

Depois que eu soube que tinha osteoporose, eu pergunto pra pessoas mais idosas, se ela tomava leite comia essas coisas. “Não nunca comi” [se referindo à resposta das pessoas]. Aí eu fico imaginando comigo porque aconteceu isto comigo, eu fico me perguntando. Mais, às vezes acontece com a gente porque os meus ossos estão mais fracos do que aquela pessoa acolá, que são mais forte.

Eu acho que foi descuido meu, descuido de não ter procurado logo o médico, medo e de não ter comido as comidas adequadas que eu devia comer quando mais nova.

Pra fortificar ao menos o restinho de osso que tem, ou pra não dar mais nos outros ossos que restam.

A “fragilidade nos ossos” não a impede, atualmente, de fazer o que gosta: passear, vender seus produtos da Avon e Natura, fazer seus cursos de artesanato, sair com os filhos.

Desde eu nova que eu gostei de trabalhar com a Avon, porque a gente se comunica muito com as pessoas. Chega numa casa de uma pessoa, já tudo conhecido, a gente fica conversando e esquece dos problemas, se tem algum problema já esquece.

Eu viajo, agora em dezembro vou viajar pra Recife passar o dia inteiro sentada num ônibus e não sinto nada (...) vou com a caravana da igreja, modo de um retiro, a gente passa a semana lá, é oração e cântico (...) no último dia sete teve atividade num sítio (...) passei o dia todo lá, tem piscina ... joga bola, e essas coisas (...)

(...) eu vou só mesmo (...) ele [marido] não gosta de sair de casa, quando eu saio é com os meus filhos ou senão com o povo da igreja porque ele não gosta de sair não. (...) eu gosto de passear, de sair ... quando meus filhos era pequeno eu não saía, fica em casa, e como agora tá tudo casado eles vão, me carregam, me levam e ele fica em casa, ele não gosta.

Contudo, o cuidado com a alimentação revela que a “fragilidade óssea” passa despercebida. Houve mudanças nos hábitos alimentares a partir do discurso médico sobre a osteoporose:

Mudou. Por que eu comia tudo. Eu tomava coca cola, refrigerante, eu comia tudo (...) mudou, eu me sinto mas segura assim pela alimentação e perceber o que eles me disseram ... eu me sinto mais segura, assim porque eu acho que não vai ficar mais fraco o restinho dos ossos que estão restando (...)

Meu cardápio quem faz sou eu e ele [marido] tem que me acompanhar o meu e não eu acompanhar o dele. Porque o que eu como ele não come, se eu for comer uma coisa que ele não for comer ele vai passar fome. Se eu for comer o que ele come eu vou passar fome. Ele tem que acompanhar o meu porque eu tenho problema de saúde.

A autonomia e a liberdade são aspectos que referenciam seu modo de viver atualmente. O relacionamento conjugal é descrito como estável, sem significativa tensão entre o casal.

Estar em casa representa a ela aprisionamento, talvez um temor da solidão e do isolamento, justificados nas “vendas de produtos”, nos cursos de artesanatos.

Eu vendo mais pra as amigas. (...) pra ocupar a cabeça com alguma coisa boa. [se referindo aos cursos de artesanato que faz no centro da cidade] (...) mente desocupada entra muita coisa ruim, pensamento ruim, pensamento negativo.

A necessidade de estar em interação é percebida, principalmente nas conversas de calçada com os vizinhos, que foram flagrados em duas ocasiões que estive lá. No último, assim relatado: “*Estava ensinando um ponto de crochê que aprendi*”, mostrando-me um pano de prato com alguns pontos de crochê feitos. Havia cadeiras na calçada e mais alguns vizinhos com ela.

A vida e a doença caminham lado a lado. O otimismo aparece nas pequenas falas que surgem entre a calçada e a sala onde conversamos.

Apesar dos depoimentos assinalarem a “doença”, esta não é um impeditivo de vida ou referência de fraqueza.

Quando eu ouvi a notícia, ouvi de primeira, fica abalada, aí eu fico preocupada, depois eu vou me acostumando. Quando soube da osteoporose fiquei muito preocupada, fiquei triste, a minha pressão aumentou.

Mas menina, eu tenho que sair, vou ficar em casa mastigando doença (...), eu tenho que sair, passear, andar pra conversar com as amigas pra não ficar pensando, aí é que eu fico mais doente.

Eu me considero uma pessoa que tem saúde, a não ser a pressão e agora a osteoporose.

Eu vou viver muito anos ainda com este problema de osteoporose, sem precisar de me preocupar com ela. Eu tenho que agir, viver com ela como se fosse uma companheira, que vive comigo direto, só cuidado, pra não cair.

Eu acho que pode ir enfraquecendo, enfraquecendo um pouquinho (...) os ossos vão ficando velho, e a gente vai como a árvore, se acabando aos pouquinhos, aí eu tô com cem anos, não tem jeito e tenho que morrer mesmo.

Maria Alencarina aparenta ter uma segurança que lhe dá estabilidade emocional e econômica. Seus relatos confirmam que a vida prossegue e a “doença” é bem diferente da doença para o médico. As reminiscências do alarmante do discurso clínico ainda se fazem presentes na sua lembrança, mas não reflete na atitude de cuidados consigo própria no dia a dia, comprovadas pelas quedas ocorridas depois da consulta. A presença da osteoporose é só um detalhe, como ela mesma diz: “Osteoporose, eu já me acostumei com ela.”

8.2. MARIA RAIMUNDA

O encontro com Maria Raimunda teve uma trajetória especial, pois antes de achar a casa dela encontrei outras duas “Marias Raimunda”. A Maria Raimunda mora em uma rua de difícil numeração, que se inicia em

uma grande avenida de Fortaleza. Estreita, a princípio (da largura de um carro e sem calçadas), aparenta ser uma rua sem saída, cheia de pequenas casas onde não se sabe a numeração ao certo. Como não conseguia localizar a casa, perguntei em uma pequena mercearia se conheciam uma mulher chamada Maria Raimunda, o que foi prontamente atendido e indicado uma casa logo em frente. Quando bati palmas, uma senhora me atendeu, me identifiquei e perguntei se ela era Maria Raimunda... (nome completo). Ela negou, mas referiu que havia outra Maria Raimunda na rua e indicou-me a casa. Chegando lá, novamente me identifiquei e indaguei sobre o nome completo, obtendo uma resposta negativa novamente, e não havia mais “Maria Raimunda” conhecida na rua. Cismada e resoluta, resolvi ir até o final da rua (que parecia sem saída).

Ao chegar ao final da rua, havia um corredor estreito (um carro não passaria por ele). Continuei por ele e me deparei com uma rua larga, com casas de ambos os lados e o número “178” que tanto procurava. Era a casa da Maria Raimunda. Ela não estava, havia ido trabalhar e somente retornaria no final da tarde.

Na manhã do dia seguinte, retornei, mas ela não estava. A filha me informou que ela havia saído para fazer alguns exames médicos. Retornei uma semana depois, no final da tarde; ela estava e me recebeu bem desconfiada e receosa. Convidou-me para entrar em sua casa e a sentar na pequena sala onde estavam presentes as duas filhas e um neto adolescente (que moram com ela). Começamos a conversar assuntos gerais sobre ela e as filhas participaram da conversa também, ora respondendo pela mãe, ora complementando ou corrigindo alguma informação que Maria Raimunda havia fornecido.

A vida compartilhada e a ausência de privacidade são notórias pelo pequeno espaço doméstico. No mesmo terreno em que Maria Raimunda construiu sua casa, tem a casa da irmã e da mãe (o quintal é compartilhado pelas três casas). Apesar das paredes que separam umas das outras, a

circulação é comum a todos. Nas três vezes em que estive lá, as portas ficaram abertas, reforçando a idéia de circularidade. Uma das filhas é responsável pelos cuidados domésticos da casa da mãe e da tia.

No terceiro contato, perguntei à Maria Raimunda se ela se importaria de conversarmos na cozinha - a sala estava cheia, todos assistindo o programa do Luciano Hulk. Ela concordou. Retraída, sorria ocasionalmente diante de alguma fala ou lembrança. Em um dos momentos de nossa conversa, o filho mais novo (16 anos) sentou-se no batente da cozinha, próximo a nós, escutando nossa conversa.

Maria Raimunda é uma mulher negra, de 54 anos, separada; tem oito filhos e onze netos. Trabalha como empregada doméstica de segunda a sábado. Estudou até a quinta série do ensino fundamental. É a principal responsável pelo sustento financeiro da família, pois os filhos que moram com ela estão desempregados.

Além do diagnóstico de osteoporose, referiu ser hipertensa. Teve HPV (está em tratamento no Instituto do Câncer) e em 2008 descobriu dois nódulos não malignos nas mamas.

Maria Raimunda aparenta um olhar triste, sofrido e desconfiado. Mas revelou um lado adaptativo e criativo diante da medicação para osteoporose⁵⁴.

Segunda eu tomo ele, né. Aí eu tomo ele, assim seis horas da manhã, aí eu saio mais ela [aponta para a filha]. Porque todo dia ela trabalha perto de mim, aí quando eu chego lá [no trabalho] é sete horas em ponto, aí eu vou tomo café, aí passa cinco minutos eu tomo o de pressão. Aí é uma hora justinho. Não dá tempo de eu me abaixar, de me sentar. Dá uma hora justinha.

Sua trajetória de ida à policlínica está interligada à relação que tem com a atual patroa. Foi esta que lhe indicou o posto de saúde para

⁵⁴ Esta medicação, cujas pacientes reclamam constantemente, precisa ser ingerida em jejum e que se faça algum tipo de atividade física no decorrer de uma hora sem se alimentar.

tratamento da hipertensão. Lá, ela foi informada sobre a realização de triagem para o diagnóstico da osteoporose (ultrassonografia do calcâneo⁵⁵).

Eu fiquei indo lá [na policlínica] porque eu sou hipertensa (...) tava havendo uma campanha pro teste do pezinho.

É porque estava fazendo o exame da osteoporose aí eu fui, fiz primeiro a do pezinho, aí depois fui receber o resultado, o médico mandou eu fazer dos ossos todos, aí eu fiz. Aí eu fui receber o resultado aí ele disse que eu tava com osteoporose na minha coluna.

Quando ele me disse que eu estava com osteoporose fiquei muito preocupada. Aí eu comecei a tomar medicamento. Com um ano eu tenho que repetir de novo.

Eu pensava que tava com câncer. Aí eu cheguei aqui em casa meus filhos ficaram tudo com medo. Aí tem o meu filho mais velho: Mãe eu vou ficar comprando os remédio da senhora, é caro, mas eu vou ficar comprando. Aí ele compra os remédios e a outra filha compra as injeções.

Eu parei de tomar o remédio faz um mês, eu mandei a minha menina no Posto pra ela marcar uma consulta com ele [médico], vou voltar segunda-feira, vou conversar com ele porque eu não tava me dando com o remédio, meus pés tavam inchando. Tava ficando horrível meus pés, e a dor continuava direto doendo os meus pés, e agora eu tô com uma dor de lado, no osso [aponta para a as costas].

Maria Raimunda é aquela mulher que cuida de todos: dos filhos que ainda moram com ela (somente um é menor de 18 anos), dos seus netos e da mãe. Sente-se responsável por todos, financeiramente.

Não me arrependo de ter tido meus filhos, de jeito nenhum. Não me arrependo de ter criado eles sozinha.

Amanhecer o dia, olhar, e não ter nada pra dar a eles, aí a situação é difícil. Tem dia que eu amanheço não tem nenhum pão pra botar pra eles, tem que esperar que eu chegue, tem que esperar que aquela receba dinheiro [aponta para uma das filhas] (...), aí assim vamo vivendo.

Aparenta estar mais envelhecida do que a idade que refere. Há um ar permanentemente tristonho no seu semblante, que em poucas ocasiões é

⁵⁵ Conhecida entre as pacientes como o “teste do pezinho”.

preenchido com um pequeno sorriso, principalmente quando se refere aos seus anseios:

Parar de trabalhar um pouquinho [risos], parar de trabalhar um pouquinho, já ando muito cansada (...) eu ia estudar, terminar meus estudos, ser mais alguma coisa na vida (...)

A história de vida de Maria Raimunda advém de um casamento mal sucedido, com episódios de agressão, traição e uso abusivo do álcool por parte do ex-marido. O pai de Maria Raimunda apresentava uma situação financeira razoável, portanto, o terreno no qual construiu sua casa foi dado por ele.

Meu marido vivia me batendo, nem uma casa pra morar nunca me deu, só me deu mesmo só os filhos. Meus filhos, ele nunca deu nada. Toda a vida eu trabalhei pra sustentar meus filhos. Aí foi embora de dentro de casa porque meu pai mandou ele embora (...) graças a Deus meus filhos foram crescendo, tudinho me ajuda (...) ajuda com dinheiro, ajudaram a construir [a casa]

A casa está semiconstruída, tem três cômodos (quarto, sala e cozinha) onde moram cinco adultos e uma criança de colo, além de seis gatos e dois periquitos. No quintal, há um galinheiro improvisado (apenas um galo e algumas galinhas). O chão é escuro, aparentando ser cimentado. As paredes são de tijolos, sem acabamento. O mobiliário é simples (uma cama, dois pequenos sofás, guarda roupa, armários, TV, fogão, mesa e geladeira). Todos dormem em redes, inclusive Maria Raimunda, que arma a sua para dormir na cozinha. O bairro é desprovido de saneamento básico, então o esgoto corre a céu aberto e o odor nos dias sem vento invade a residência.

Como seu maior sonho é terminar de construir a casa, idealiza um corpo sem dor para que possa continuar trabalhando e, assim ter condições financeiras de concluir a obra inacabada em sua residência. Seu autocuidado com a saúde remete ao uso da medicação:

Eu queria ficar boa. Meu filho comprou um vidro de Calcitram pra mim ficar tomando. Que o cálcio é o mesmo que tomar água, o cálcio que passa no Posto, aí ele foi e comprou um

vidro de Calcitram B12 pra mim ficar tomando até eu ir pro médico. (...) tô me sentindo bem melhor.

Vou pedir a ele que passe uma coisa mais barata, porque aqui é muito caro.

Eu não uso creme não. Eu não uso nada no meu corpo. Eu uso mesmo é uma colônia, um batom somente isso.

Caminho assim, quando vou trabalhar, mas eu tá em casa e saí pra caminhar, saio não.(...) Só faço a caminhada na minha rotina mesmo.

A vida de Maria Raimunda se entrelaça com a vida laboral, pois trabalha a semana toda, das 7 às 17 horas, e aos sábados, das 8 às 16 horas.

Lá na casa dela [da patroa] não come comida gordurosa também. O arroz é com linhaça, o pão é integral, o leite é desnatado, lá tudo é assim.

À noite quando eu chego em casa é um café com pão, uma bolachinha integral.

Dia de domingo é assim é galinha, arroz e feijão, macarrão, tem salada de verdura.

Suas afetividades são vividas no meio familiar. As poucas amizades são restritas aos vizinhos, mas mantém pouco contato. A televisão é o meio de convivência domiciliar. A sala aglutina a família e todas as conversas transcorrem através dela.

É do meu trabalho pra casa. Saio com a minha mãe pra resolver os problemas dela.

Às vezes eu vou pra igreja, às vezes eu não vou.

A forte dinâmica intrafamiliar é marcante, não só em termos de espaço físico da casa (a circularidade referida anteriormente), mas até na definição de relacionamentos conjugais futuros:

Deus me livre! Deus me livre! Jamais na minha vida.

Quero nada, Deus me livre. (...) quero não, só meus filhos mesmos.

Apesar de relatar uma vida difícil, Maria Raimunda demonstra, entre sorrisos e franzires de testa, que a vida é feita de lutas, seja para construir a casa ou lidar com o seu processo de envelhecer através de um corpo doloroso. A osteoporose é algo que está presente somente através da dor corpórea.

Trabalho todo dia, de segunda a sábado, tem que continuar a rotina. (...) com dor ou sem dor tem que continuar.

Tem noite que eu fico sentada na rede, é tanta dor nos meus pés, no meu joelho que eu perco o sono. (...) É aquela dor de fadiga, aquela coisa ruim.

Eu acho que é inflamação nos ossos. Eu acho que seja.

Mas tem uma senhora, lá onde eu trabalho, que os ossos dela tão desmanchando! (...) É um tipo de reumatismo que é difícil ter, mas quando tem dá esse problema nos ossos, desmanchando os ossos.

As dores, constantemente referidas nos seus relatos, contextualizam a vida sofrida em uma aparência envelhecida do corpo. O autocuidado tem propósitos que se estendem além da sua individualidade, envolvendo significados que oscilam entre a fragilidade e a fortaleza da vida e, como ela mesma diz: "Eu mesmo me acho uma guerreira".

8.3. MARIA GLAUCIENE

Separada, 53 anos, tem dois filhos: o mais velho é casado e o caçula ainda mora com ela. Sua casa é própria, porém está em processo de divórcio não amigável, portanto, a casa não é ainda um bem definitivo seu.

O endereço, que obtive na ficha prontuário dela, indicava um bairro numa região próxima ao posto de saúde, porém fui informada de que ela não residia no citado endereço. Uma atendente do posto o havia fornecido para

que ela pudesse ser atendida no Serviço de Metabolismo Osteo-articular da Policlínica Nascente.⁵⁶

O contexto, explicado no primeiro contato com ela, após descobrir seu “verdadeiro” endereço, foi que, na época da primeira consulta, ela estava no “auge” da sua crise conjugal. O marido tinha sido expulso de casa pelos filhos após violência doméstica, portanto, estava sem o convênio (onde ela fazia o tratamento para osteoporose) e a situação financeira estava precária.

O que me levou pra Policlínica foi que eu tava assistindo televisão, aí passou a Policlínica que lá fazia o exame da osteoporose, (...) aí mais do que depressa eu marquei o número do telefone tudo, aí eu liguei pra lá, não consegui de jeito nenhum. Então eu vou lá. Aí perguntei pro meu filho, (...) como é que eu faço pra ir pra policlínica lá na Vila União? Aí ele falou: Mãe é muito longe!!! (...) Você pega o ônibus tal,tal, tal e vai, são três ônibus. Aí eu fui. Fui bem cedinho. Saí daqui cinco e meia, porque lá começa atender sete horas, passou na televisão, aí eu peguei e fui. Cheguei lá foi que eu ... cheguei na portaria conversei tudo né, aí ela [recepcionista da Policlínica] foi e falou assim pra mim, olha a gente não atende você aqui né, porque você não mora aqui. (...) aí eu fui e contei a minha história pra ela (...) então você vai nesse corredor e conversa lá e me mandou pra Fátima [atendente do Serviço], aí eu contei minha história pra ela, tudinho. (...) Ela foi e falou assim: olha vou lhe fazer uma coisa, eu vou e boto você no meu endereço. (...) recentemente separada e tudo, eu já comecei a chorar. Aí ela foi e não faça isso não eu vou lhe botar no meu endereço e o médico vai passar hoje, mas eu não sei se a gente vai conseguir, e aí o médico não veio. Ela me deu o número do telefone. Olhe só que a máquina vem pra cá só duas vezes por ano, a senhora vai e fica ligando, ligando pra ver. Todo dia eu ligava, até que um dia eu consegui. Aí a moça falou: “Olha o médico vai vir tal dia e nesse dia vai ter a máquina”. Aí eu fui, saí bem cedinho, quando eu cheguei, a moça falou: “Mas não dá pra senhora fazer aqui”. Mas minha filha tá aqui olha, foi você quem me deu o número do telefone. Todo papelzinho que ela me deu, eu guardei. Aí eu mostrei, ela ficou assim.. vamos ver o que vai acontecer, a senhora vai lá pra fila e lá fica, aí eu falei: tá bom. Aí ficou, ficou e nada. Quando foi na hora, passou o médico que tava lá, atendeu e

⁵⁶ Serviço de Metabolismo Osteo-articular da Policlínica Nascente não tem como princípio o não acesso de mulheres residentes nas demais regiões de Fortaleza por ser um serviço único e especializado.

eu fiquei. Aí eu fui lá na frente de novo. Minha filha, o médico atendeu e ninguém me chamou. Aí ela falou: “Só que o primeiro médico já foi, a senhora tem que ver o outro. (...) Como eu já tô aqui, eu só saio daqui quando passar no médico, não sei que hora eu vou sair daqui, mas tudo bem. Aí eu fiquei.

Eu disse que tinha que fazer este exame, pois como eu já tenho minha osteoporose eu tinha que fazer meu tratamento e como eu já não tinha mais convênio (...) eu queria fazer esses exames.

A osteoporose aparenta estar “aderida” a vida de Maria Glauciene, compondo um corpo naturalizado pela doença, apesar de que isto não institui debilidades ou fragilidades físicas. Ao contrário, a vivacidade que observei nos encontros que tivemos revelou um posicionamento da vida além da doença.

Da osteoporose o que eu sei é que quanto mais, se eu não me tratar os ossos vão ficando fracos e aí pode causar fratura. O meu maior medo é esse.

O que eu tenho muito medo é de cair, quebrar a bacia, ou quebrar o femur, ou ficar aleijada. Eu tenho muito medo, mas eu faço tudo dentro de casa.

Eu sinto dores, mas nada me impede. Hoje eu faço uma coisa, aí eu paro, no outro dia eu começo de novo, eu vou fazendo.

Maria Glauciene, antes de casar, estudava e trabalhava. Sua família é do Pará e veio para Fortaleza no intuito de “melhorar a vida”. Estudou até a quarta série do ensino fundamental. Conheceu o ex-marido em Fortaleza e casou com 23 anos.

Logo depois de casada, foi morar em São Paulo. Trabalhou como costureira durante algum tempo e depois parou para cuidar da casa e dos filhos. Seu casamento, no período que morou em São Paulo, foi tranquilo, sem relatos de violência, de “boa convivência familiar” (sic).

Antes de me casar, eu trabalhava e estudava, mas aí depois que eu me casei e fui embora pra São Paulo, lá era só cuidando de casa, do marido, só do lar. A minha vida era maravilhosa.

Quando o ex-marido se aposentou (ele era metalúrgico), resolveu voltar para Fortaleza; então tudo mudou. Ele começou a beber e a frequentar bares com música. Sua vida consistiu em acompanhá-lo. Durante este tempo, soube que ele estava tendo um relacionamento amoroso extraconjugal com uma prima dele.

Meus filhos não queriam vir, eu não queria vir, mas você sabe, aonde o marido vai a mulher vai atrás, né [referindo-se a vir morar de novo em Fortaleza]. Aí eu sei que vim me embora pra cá. Aí pronto, depois que eu cheguei aqui minha vida acabou.

Ele bebia, ele dormia, ele acordava. Ele tava de um jeito assim que andava com um só calção. Ele bebia, ele acordava ia pro bar, ele vinha lá pelas duas três horas da manhã, ele chegava dormia na cadeira, (...) enquanto ele não deitava, eu não sossegava.

Ele vinha e brigava comigo, eu pegava a chave do portão pra ele não sair. E quando eu pegava a chave do portão porque ele tava morto de embriagado, eu ficava com medo dele sair e fazerem alguma coisa com ele (...) aí ele brigava comigo, me empurrava.

A partir deste período, as brigas tornaram-se constantes, culminando com violência corporal e ameaça de morte contra ela. Os filhos e vizinhos intervieram e ela precisou sair de casa por algum tempo. Após entrar com o processo de separação, retomou a casa, mas não está com a posse definitiva.

A partir de hoje eu não vivo mais com você, eu to indo pra delegacia da mulher, vou dar parte de você, não tinha a Maria da Penha [referindo-se a lei], porque eu não fico mais com você a partir de hoje.

Hoje, sua manutenção financeira advém do salário do filho (vendedor de uma revenda de automóveis) que mora com ela e de vendas de toalhas de crochê que ela mesma produz.

A minha costura é um bico. Assim, eu costuro, recebo 10 reais, 5, 2, 3 reais. Depende do que eu fizer. E eu só faço conserto. Isto é um ganho que eu tenho pra eu comprar um leite, um pão, uma mistura quando falta, então eu vou guardando, pois

quando é no fim do mês, aí eu fico sem dinheiro sem nada. Falta dinheiro pro ônibus do meu filho, esse que mora comigo, né. Ele trabalha, mas me ajuda também.

Faço um crochê, um pano de prato, vendo. É 3 reais. Faço sabonete decopage, é 3 reais cada.

A associação entre envelhecimento e declínio vital não é percebida nas falas de Maria Glauciene. Apesar das dificuldades financeiras frequentemente referendadas, não abre mão de cuidados com a saúde, criando arranjos no seu dia a dia para lidar com a situação de vida atual:

Eu tenho uma amiga que trabalha na Pague Menos, sempre que ela recebe cálculo que vai a demonstradora, quando tem ela pega pra mim e traz.

Todo canto que eu vou, vou de pé. Se eu for daqui pra Messejana, daqui pro centro de Messejana eu vou andando. Tudo, no supermercado eu vou andando. Todo canto que eu vou, que dá pra mim ir andando, eu vou andando.

Sou vaidosa, gosto de me cuidar, sempre me cuidei. (...) eu gosto de estar limpa, banhada, penteada, isso no meu dia a dia. Não gosto de tá com qualquer roupa. Gosto sempre de fazer as minhas unhas, os meus pés, tá sempre cheirosa, no meu dia a dia.

Da minha saúde é assim: conforme eu vou pro médico, tem meus remédios que gosto de usar sempre como o médico manda.

Não engordando, isso é uma coisa que eu tive sempre comigo. (...) é porque, um: eu tenho problema de coluna, então isso sempre foi falado pelos meus médicos. A gordura não faz bem a seu ninguém, só faz mal, então seu deixar passar do meu peso eu vou sentir mais dores na coluna.

A estruturação de seu autocuidado pauta-se, muitas vezes, no que a mídia expõe como “saudável”. O outro (nutricionista, médico, amigas, marido, etc.) adquire papéis de referência e influência. O exemplo disto é a mudança alimentar que ocorreu nos últimos anos (entrada na fase dos cinquenta anos), como um processo de gestão do corpo e da saúde.

Passou sexta-feira aquele programa que foi tudo sobre a soja. (...) mês que vem o que dé eu vou comprar e colocar aqui

dentro de casa, por causa da osteoporose. Nunca tinha usado soja. [quem te falou da soja?] Por que assisti na televisão, eu tenho aquele livro de A a Z. Então eu gosto muito de ler aí eu fico foleando, foleando tudo aquilo e ensina como deve e como não deve. Aí vai pro consultório uma comenta, outra comenta. Então é isso aí, que a soja é bom, tanto faz um leite de soja, tem o suco de soja, tem várias coisas de soja.

Eu vim mudar a minha alimentação depois que eu passei no posto de saúde, porque eu passei com a nutricionista.

Depois que eu fiquei sabendo e, principalmente depois que eu me separei minha alimentação mudou completamente. [pergunto como] no final de semana era muito churrasco, muita bebida, muita pimenta. E depois que eu me separei, não.

Apesar da mudança na rotina alimentar, Maria Glauciene tem uma vida social ativa. Costuma sair para dançar e fazer pequenas viagens com os amigos (vizinhos). Não tem nenhum companheiro ou relacionamento conjugal no momento.

O que eu sei é que não quero morar com ninguém, quero minha velhice sozinha. Se for um dos meus filhos tudo bem.

Eu falo com todo mundo, tenho amizade com todo mundo. (...) Eu gosto de ir pra praia, eu gosto de ir pra festa.

Depois que eu me separei não tive ninguém na minha vida. Pretendente tem de monte, mas é aquele tal negócio: os homens hoje em dia qué conhecer, né, qué ficá e depois vim pra dentro da casa da gente. Principalmente que eu sou separada.

Sábado eu fui pra festa, pro pré-carnaval (...) eu não tenho carro, mas não falta carro pra eu ir.

Eu não fico sozinha, eu não tenho aquela solidão por assim dizer, porque eu sei fazê amizade, eu conservo as minhas amizades. E procuro fazê amizade com gente que eu acho que merece a minha confiança.

Eu tenho um pretendente que mora no interior, ele é viúvo, tem a casa própria dele, louco por mim, mas ele quer morar junto e eu não quero morar junto.

O processo de divórcio inacabado ainda é uma questão angustiante para Maria Glauciene. Contudo, ela demonstra estar construindo um “espaço” de vida somente seu.

A presença dos filhos, nora e neto são um complemento afetivo, mas seu dia a dia pauta-se na autonomia e independência, seja em relação a um novo relacionamento, família ou amigos. A osteoporose está presente e instituiu novos significados à sua vida.

Eu levo a minha vida sabendo que eu tenho (...)

Nem penso no que vai acontecer amanhã ou depois, eu não sei. Só vejo o que tô vivendo hoje e se eu puder melhorar cada vez mais eu vou melhorar.

Diante disto, ela referenda concepções sobre práticas de um envelhecer “bem sucedido”. A sua vivência com seus “cinquenta e poucos anos” assinala uma compreensão singular para este momento da vida, circunscrevendo posicionamentos percebidos na sua vida cotidiana diária, ou seja, aparente na sua própria fala: “Tudo que tiver ao meu alcance, por mim eu faço.”

8.4. MARIA HONÓRIA

Mora no Pirambu⁵⁷ com a mãe (90 anos), dois filhos (o mais velho e o caçula), dois netos e a nora. O filho do meio é casado também, mas mora na casa da sogra. Tem o ensino médio completo.

Com 59 anos, está divorciada, mas mantém bom relacionamento com o ex-marido, que costuma frequentar sua casa nos finais de semana.

A região onde Maria Honória reside, o Pirambu, tem representação perante o senso comum da população cearense de ser um bairro violento e

⁵⁷ Este bairro localiza-se na região litorânea da zona oeste de Fortaleza. É um bairro que se formou devido aos retirantes do grande período de seca que aconteceu no sertão cearense em 1932.

perigoso, com pouca infra-estrutura, insalubre e miserável. Ele é oriundo de terrenos apossados na década de 1930. Foi uma favela que se urbanizou. Um número significativo de projetos sociais foi estruturado nesta região através de ONGs, cooperativas e a igreja (católica e evangélica).

Apesar do bairro não apresentar uma malha viária adequada (asfaltada e sinalizada), não foi difícil chegar à casa de Maria Honória. A rua é estreita e asfaltada, onde passam alguns carros com frequência. O portão estava aberto e ela bombeava a água do poço para lavar o quintal da frente. A casa tem água encanada e caixa d'água. O poço é utilizado para diminuir as despesas referentes ao consumo de água diante da empresa fornecedora (CAGECE - Companhia de Água e Esgoto do Ceará).

Maria Honória não considera a região que mora com ruim. Seus filhos foram todos educados no bairro e seguem uma vida dentro do que ela define como “honesta” (sic).

Graças a Deus criei meus filhos neste bairro, muito discriminado, mas graças a Deus são quatro rapazes bons, quatro homens nascido e criado aqui, neste Pirambu,né, mas graças a Deus nenhum fuma, nenhum bebe. Não sai de casa, só vive de casa para o trabalho, são evangélico a maior parte deles.

São uns meninos maravilhosos, graças a Deus, porque você criar quatro filhos homem, aqui no bairro, do jeito que é a vida que o pessoal fala muito daqui e meus filhos sempre foram calmos, nunca de se entrosar, conhecem todo mundo, mas assim nunca se envolveram com nada graças a Deus.

A sua casa possui dois pavimentos. No térreo ficam a garagem, a *lan house* (de propriedade do filho casado), o banheiro, a sala e a cozinha, estas duas separadas por móveis (estantes e sofá) ou cortinas. No andar de cima ficam três quartos: um pertence à Maria Honória e sua mãe, o outro ao filho caçula e o neto e o terceiro acomoda o casal e a filha mais nova.

A chegada de Maria Honória à Policlínica Nascente foi através do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade, que convidou as

participantes do núcleo SECAI (Pirambu) a fazerem exames de triagem (ultrassonografia do calcâneo). Ela já havia sido anteriormente diagnosticada com osteoporose, mas resolveu fazer o teste novamente para ter acesso ao acompanhamento especializado (profissional e medicação). O primeiro diagnóstico foi obtido há cinco anos, através do pedido de densitometria óssea feito pela ginecologista com a qual faz seus exames de rotina⁵⁸.

Exame de rotina. Eu sempre gostei de me cuidar. Eu fazia todos os exames todos os anos. Exame de rotina, aí descobri. Na Clínica Berualdo Jurema [local do primeiro exame]. (...) Foi normalmente, fazendo meus exames de rotina que a minha ginecologista pediu, né. Aí, eu fiz, e foi diagnosticado que eu tinha osteoporose. Aí, fui tomar os medicamentos. Aí, a partir daí, fui me cuidar mais, fui fazer mais exercícios, fazer caminhada. Tomo cálcio, a vitamina D, tomo o alendronato que foi o Dr. Henrique que passou, o alendronato, me cuido na alimentação também.

Como teve plano de saúde privado durante o período em que esteve casada, Maria Honória, após a separação, começou a utilizar o posto de saúde do bairro; somente manteve as consultas com a ginecologista. Refere que em comparação aos médicos que atendem no posto de saúde:

Muda muito Posto de saúde, né (...) eu não sei nem te falar o que é, porque geralmente eles botam muito os estagiários, às vezes eu pergunto, mas a gente tem vergonha de perguntar se é clínico, mas eu já me cuidei muito quando meu marido pagava, quando tinha plano de saúde eu tinha minha ginecologista, minha mastologista. Eu tenho mastologista, porque eu me cuido também. Ginecologista no Posto não tem, a gente faz os exames lá com, acho que é enfermeira, né.

A compreensão sobre o seu processo de adoecer diante do diagnóstico de osteoporose decorreu da experiência que se processou interativamente entre ela e a irmã⁵⁹.

A minha irmã é uma pessoa que lamenta muito, que murmura muito, ela chega na minha casa se lamentando muito que amanheceu com uma dor aqui, com uma dor ali (...)

⁵⁸ As suas consultas ginecológicas são realizadas em uma clínica privada.

⁵⁹ Ela tem uma única irmã, com 70 anos e também tem diagnóstico de osteoporose.

Sinceramente, pra mim foi uma coisa assim: tem, tenho, então agora vou me cuidar, vou me tratar, vou me medicar. Tanto é que tomo os medicamentos tudo direitinho, tento fazer o que os médicos sempre mandam que é a caminhada, o medicamento, os exercícios, sempre eu faço assim.

Não digo que é normal porque a gente sente assim, tem dia que eu sinto muita dor nos meus ossos, tem dia que eu fico com muita dor, principalmente agora que eu tô com sobrepeso, eu vou caminhar e dói muito meu calcanhar e incha, mas pra mim isso é normal, eu vou encarar isso passando por cima dela, não vai me abatê fácil, vou passar por cima da doença, não quero nem saber, porque o meu Deus é maior que tudo isso.

Frequenta a igreja evangélica do bairro rotineiramente, podendo-se afirmar que a religiosidade permeia sua história de vida; perpassa por um casamento feliz de muitos anos, mas que culminou em separação após uma traição do marido.

Me casei com um rapaz pobre mais muito bom. Tive quatro filhos com ele. Foi uma vida que qualquer mulher teria inveja da minha vida de casada, eu era muito bem casada. Um marido excelente, um bom pai, bom marido. Passei 27 anos nessa vida, bem. A gente vivia mais ou menos porque o meu marido trabalhava numa firma grande. A gente, como pobre, vivia mais ou menos, não tinha luxo nem nada, mais a gente tinha a nossa vidinha. Ele era uma pessoa muito boa, aí, de repente apareceu uma pessoa na vida dele, e do nada ele disse que ia morar num sítio que a gente tinha em Pacajus. Foi morar, aí que eu descobri que ele tinha uma amante, aí não quis mais, cheguei até me divorciar porque a gente tinha o sítio em Pacajus, uma casa em Quixadá. Então eu fiquei meio desorientada. Foi pra mim a maior decepção da minha vida, porque a gente tem uma vida e de repente muda, eu quase entrei em depressão, devido a situação. Cheguei ao divórcio porque fui na defensoria pública, procurei a advogada e ela me aconselhou que eu pedisse o divórcio porque ele vendeu esse meu sítio e não compartilhou comigo nada, ela disse que eu tinha que pedir o divórcio pra levar o resto das coisas que a gente tinha junto. Fui, me vi obrigada que eu não queria, porque eu sou evangélica e não tava dentro dos princípios, mais fui obrigada, me separei mais assim fiquei com essa casa que já era minha, ele ficou com o que já tinha vendido mesmo. Mas a gente se dá muito bem, ele anda na minha casa, perdoei o que ele fez comigo, sabe por que a gente desse

mundo não leva nada. Foi ruim pra mim, foi péssimo, mas perdoei, ele anda na minha casa recebo ele super bem, porque eu vou esquecer as coisas ruins que ele fez comigo, né, mas as coisas boas também a gente tem que lembrar.

A manutenção financeira decorre da aposentadoria da mãe e do aluguel de uma casa. A *lan house* que o filho montou em frente à residência ainda não está dando lucros. Ocasionalmente, o filho recebe algum valor extra pelo conserto de computadores.

Maria Honória tem o ensino médio completo. Foi aprovada em um concurso da antiga companhia telefônica do Ceará, mas o marido não quis que ela trabalhasse, portanto, não assumiu a função.

Tão boba que eu fiz isso, porque se eu tivesse trabalhado hoje eu tava aposentada tinha o meu salariozinho. A gente nunca pensa no futuro pensa mais nos filhos. E eu como mãe queria cuidar dos meus filhos e ele também.

Quando eu tinha marido eu era muito presa dentro de casa, eu não tinha liberdade de sair, como hoje eu tenho liberdade, graças a Deus. Neste ponto a separação foi boa pra mim, porque hoje eu tenho a liberdade de ficar onde eu quiser, com quem eu quiser, pra onde eu quiser. Antigamente eu era muito presa dentro de casa só saía com o marido.

Apesar de divorciada, o relacionamento conjugal é considerado um evento marcante na sua história de vida. Contudo, a passagem pela fase do “cinquenta anos” sem o companheiro trouxe novas perspectivas de vida, envolvendo autonomia e independência.

Suas atividades sociais estão voltadas mais frequentemente para os cultos, as reuniões sociais e os cursos de evangelização. Participa ocasionalmente das atividades sociais do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade, mas em decorrência da responsabilidade pelos cuidados especiais com a mãe de 90 anos. Nas horas vagas, gosta de jogar paciência no computador.

Sou responsável pelo grupo de senhoras, a gente sempre organiza os cursos pra senhoras. A gente sempre organiza jantar, aniversário, alguma coisa assim.

Lá no SECAI, de manhã, a gente conversa, tem a programação do mês, eu sempre participo.

Às vezes eu pego o computador, com muita coisa que eu sei fazer [ri], é jogar aquela paciência.

Ela refere fazer exercícios com frequência – caminha diariamente e participa duas vezes por semana das atividades físicas do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade.

Se eu paro de fazer as minhas caminhadas, tem dia que eu amanheço toda enferrujada, parece que o ferrugem toma de conta, com atividade não, a gente vai amolecendo o corpo.

As referências ao cuidado corporal envolvem a vaidade, a alimentação e a averiguação das condições de saúde:

(...) eu gosto de ter o meu perfume, o meu hidratante, tomar banho com um bom sabonetinho, passar um hidratante. Tem que cuidar, a idade vai passando e a gente tem que cuidar do corpo da gente. (...) acho que não é vaidade é cuidado com o corpo mesmo.

Uma boa alimentação, eu tento fazer. (...) comer as coisinhas básicas, não comer porcarias, açúcar assim, essas coisas assim.

(...) indo regularmente ao médico, né, fazendo os exames que ele passa, algum medicamento que ele passa, eu acho que é assim, né?

Maria Honória salienta certa preocupação com seu estado de saúde, principalmente no que refere ao fato de estar acima do peso.

O meu sobrepeso traz muitas coisas ruins. Agora eu estou com o colesterol alto, pressão alta. Eu tento diminuir alguma coisa, tirar alguma coisa, fecha mais a boca.

Eu tenho aquele livro “Medicina de A a Z”, vou lá olho onde tem osteoporose tem a verdura, o alimento que é bom. (...) segue um dia depois a gente esquece (risos).

Assim, em decorrência das questões de sua saúde, Maria Honória apresenta uma clareza específica, a partir da sua experiência de vida, sobre os cuidados que necessita ter consigo mesma.

A minha parte espiritual eu trabalho na igreja, a parte do corpo eu trabalho lá no SECAI.

Se você for ficar com medo da osteoporose você morre bem ligeirinho. Porque a gente sabe que é terrível, que os ossos vão se acabando, não fica nada. Você vai eliminando a massa todinha, ela vai se acabando. Mas a gente tem que não pensar nisso, se eu for pensar eu vou morrer.

Isto tudo pauta-se em uma fala dela: “Na verdade eu vou convivendo com essa osteoporose.”

8.5. MARIA FRANCISCA

É viúva há quatro anos, mora com o filho, que está desempregado, duas filhas, o genro e dois netos. O quarto onde dorme é dividido com a filha solteira (caçula), que está fazendo faculdade. As filhas e o genro trabalham.

O primeiro contato com Maria Francisca foi rápido, ela estava de saída para levar os netos à escola, pois o genro encontrava-se internado e a filha estava acompanhando-o no hospital. Combinei de telefonar para verificar um melhor momento de retorno diante do contexto complicado do momento. Retornei após dez dias e soube que o genro fez uma cirurgia e que já havia recebido alta. A filha havia conseguido licença no trabalho para poder cuidar dele no período pós-operatório, portanto, a rotina de Maria Francisca estava “normalizada” (sic).

Com 56 anos, é uma mulher magra, de corpo franzino. Maria Francisca vive a sua segunda viuvez. A primeira aconteceu quando tinha 25 anos. O primeiro casamento aconteceu “por amor e escondida” (sic), pois os pais dele não aprovavam a união. O segundo foi por “negócio” (sic), pois, quando ficou viúva, não conseguiu conduzir o comércio do marido e sustentar-se, então, casou com seu cunhado (irmão do falecido marido).

Foram morar em São Paulo quando os negócios da família começaram a não dar certo, mas retornaram um ano depois. O segundo marido bebia muito e há quatro anos faleceu com “problemas no coração”.

Sua ida a Policlínica Nascente foi por indicação de uma amiga, pois Maria Francisca reside nas proximidades. Ela possuía conhecimento prévio de que sofria de osteoporose e queria ter um acompanhamento sistemático.

Eu já sabia que eu tinha, dois anos atrás, eu tinha feito um exame já, pedido pelo um clínico, aí eu queria ser acompanhada por um médico de osso. (...) foi no Posto aqui, porque eu me maldizia muito no Posto de saúde, me maldizia muito de dor nas juntas. Aí ele foi e pediu, nessa época podia fazer com qualquer idade, agora é que não pode mais só depois dos sessenta. (...) fiz o exame, mostrei ao médico aí ele passou o cálcio. Fiquei tomando o cálcio e guardei [o exame]. Uns dois anos depois eu soube pela minha vizinha que no posto ali tava fazendo exame do pezinho, aí eu fui fazer lá. Curiosidade de saber como estava a osteoporose.

Como o primeiro diagnóstico foi dado por um médico clínico geral de outro posto de saúde e eles não fazem o acompanhamento nutricional e medicamentoso, Maria Francisca resolveu dar continuidade ao tratamento na policlínica.

Atualmente, trabalha (no período da tarde) como voluntária na portaria de um convento próximo à sua casa. Mas sua função principal é cuidar dos netos.

Agora tá ficando mais difícil, antes já foi bem mais fácil já. (...) antes eu era mais nova, agora já me falta paciência. Tem dia que eu não tenho muita saúde, não to bem disposta, aí tem horas que dá vontade de ficar sozinha, no silêncio como tá agora.

Maria Francisca nasceu no interior do Ceará e somente deixou sua cidade natal quando foi morar em São Paulo. Durante o primeiro casamento, teve uma boa vida, tanto financeira como afetivamente. No segundo, refere que não foi feliz, não pela ausência de amor, mas sim pelos negócios (o comércio do falecido marido), que acabaram não dando certo e ela passou

por necessidades, mesmo quando retornou ao Ceará para morar em Fortaleza.

O ar melancólico que seu rosto aparenta, possivelmente é decorrente da falta de autonomia relatada e vivida no segundo casamento e que, agora, com a viuvez, o impedimento se manifesta por conta dos afazeres de “avó”.

Contudo, em alguns momentos, a sua fala revela contradições na redefinição das atividades laborativas (ser avó e trabalhar cuidando de bebês).

Cada dia que você tá numa idade que você sente uma coisa diferente, uma preocupação sobre você. Se é uma doença a mais que aconteceu contigo, que apareceu.

Eu acho que já tô bem avançada na vida, aí eu não espero mais muita coisa não.

O meu sonho é viajar, principalmente de avião, pra outro estado. (...) eu imagino conhecendo lugar diferente. Se eu fosse nova eu viajava, eu trabalhava em um lugar, num trabalho pra ganhar bem. (...) se eu fosse trabalhar agora mesmo, se disse assim, cê qué trabalhar numa casa de família? Quer cuidar de um bebê? Queria cuidar de criança. (...) quanto mais novinho melhor.

Os cuidados à saúde aparentam ter prioridade no dia a dia de Maria Francisca, apesar dos afazeres domésticos.

Eu faço caminhada segunda, quarta e sexta. Eu faço exercício com os bombeiros terça e quinta.

Da minha saúde eu cuido assim, eu vou ao médico sempre que eu sentir alguma coisa, ou sempre nas consultas marcadas. Fico procurando tomar os remédios direitinho como o médico manda. Se eu sentir alguma coisa a mais, eu peço pra fazer um exame. Fico preocupada com a minha saúde.

Refere não possuir hábitos alimentares ricos em cálcio, pois sua alimentação é restrita em decorrência de “problemas de gastrite”. A gastrite aparece em nossas conversas como o fator mais preocupante da sua saúde. A restrição alimentar compactua com uma ausência de vontade de comer.

Tem época que eu como melhor, só no almoço, na janta não. (...) no almoço eu sinto mais vontade de comer, boto mais comida no prato.

Ao contrário da gastrite, a significação da osteoporose na sua vida, como doença, opera-se como um processo “normal” da vida.

Eu acho normal. Eu acho normal porque não mudou muita coisa. Só mudou que eu preciso tomar os remédios, tem algumas coisas assim pesada que eu não faço, ou sinto um pouco de dor nas juntas.

Não parei pra pensar nesse ponto de os ossos se desmanchar, ainda não parei pra pensar. Acho melhor nem pensar (...) porque pode vir a preocupação (...) de acontecer comigo, de os ossos começarem a se desmanchar, que eu acredito que não. Só o que eu penso é que se eu tomar os medicamentos direito não vai acontecer isso.

Apesar da rotina atarefada de “avó”, Maria Francisca tem uma vida social ativa através das atividades sociais do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade e da atuação voluntária com as religiosas da igreja próxima à sua casa (vizinha ao convento). Relata não sentir a falta de um companheiro:

(...) acho que eu já tô numa idade de ficar pra mim mesmo, cuidar das minhas coisas,(...)

Neste contexto, o sentimento que ela refere diante de seus cinquenta e seis anos é o seguinte:

Você é velha pra umas coisas e nova pra outras. (...) por exemplo: ônibus, você é muito nova pra entrar na porta da frente, quando ônibus vai muito cheio. E pra outros tipos de coisa, pra trabalhar arrumar emprego, sou muito velha.

8.6. MARIA DAS GRAÇAS

Com 59 anos, é casada e tem quatro filhos (três moram com ela). Sua casa é grande, bem espaçosa. Nos fundos da casa fica a pequena fábrica de redes da família.

No primeiro contato, Maria das Graças apareceu a trançar um punho de rede⁶⁰; recebeu-me de forma expansiva e calorosa. Com bastante disponibilidade, contou-me sobre a sua família e o desejo que sempre teve de ser médica.

Maria das Graças tem o ensino médio completo. Sua família é toda do interior do Ceará. Foi na sua cidade natal que estudou, trabalhou e casou. Recém-casada, veio morar em Fortaleza e tinha pretensão de continuar seus estudos para cursar medicina, mas o marido não aceitou.

Aí eu casei, vim pra cá, eu trabalhava e estudava. Aí ele me tirou do estudo e do trabalho. Eu tive uma depressão, quase morro de tristeza. Só não fiz as trochas e voltei porque eu sabia que meu pai me puxava pelas orelhas e trazia eu de volta.(...) por aqui eu tenho me arrastado, criando menino até hoje. Só tem uma graça que me dá: a satisfação, porque eu me dediquei só a esses quatro filhos e graças a deus nenhum se envolveu em drogas, em coisa ruim.

Eu nunca consegui me encaixar na vida de Fortaleza. Faz 33 anos.

Ela trabalhou durante alguns anos, mas, com o nascimento dos filhos, deixou o emprego para cuidar deles e da casa. O desejo pela medicina não acabou, pois gosta muito de assistir programas na televisão sobre saúde, além de ler constantemente revistas femininas acerca desses temas.

Sou apaixonada por este lado da saúde. Isto me atrai demais...

Descreve-se como uma mulher “que não consegue ficar parada” (sic), que está sempre a arranjar atividades para fazer dentro de casa.

A minha vida é uma rotina mesmo, é cuidar das coisas da casa. Eu faço tudo o que me dá na telha. Pra varrer, pra espanar, pra passar pano, pra limpar, mas também quando eu tô mais mole eu não faço.

Enquanto eu descanso, eu carrego pedras. (...) eu não aguento tá parada, porque eu não durmo de dia, aí eu tenho que arrumar uma coisa pra fazer porque eu tenho medo de

⁶⁰ Extremidade da rede de dormir feita de cordão trançado.

começar a encucar com as coisas, ter uma depressão, Deus me livre não quero nem pensar, aí eu encho a minha cabeça de serviço.

Hoje eu conversei com uma senhora, ali do centro de referência do idoso, que está gostando muito dos exercícios que tem lá de terça e de quinta, que vai ter umas aulas de pintura, eu sou apaixonada por pintura e eu vou lá, vai começar dia 9 e eu quero ativar mais, porque eu tô muito parada, não saio de casa,(...)

A vida doméstica ocupa predominantemente seu dia a dia. Os filhos saem para trabalhar e o marido vai para a fábrica de redes. Quando o trabalho doméstico termina, ela ajuda o marido na fábrica. Mas enfatiza que gostaria de ter alguma atividade somente sua.

Eu mesma me acostumei, me adaptei a ficar em casa que quase não encontro jeito. Me dá pena também. É tanto que se eu tiver que sair, eu marco tudo à tarde pra deixar tudo feito. Eu acostumei eles assim. E qual é o meu serviço? É fazer isso.

Se eu pudesse, eu pulava fora, pelo menos, da cozinha. Aí eu arrumaria qualquer atividade fora só pra não tá metida ali, porque o meu excesso de peso também é por causa da cozinha.

Às vezes eu faço um trabalho manual, me distraio mais, só pra não ficar pensando em alimento. Olha que eu como uma banana, olha que eu como uma maçã, como um pedaço de pão. Não posso ver comida.

A questão dos hábitos alimentares aparece em sua fala como o seu maior problema. Entre risos, ela afirma que não costuma incluir alimentos ricos em cálcio nas refeições porque a família (filhos e marido) não acha “graça” (sic) em comer “alimentos saudáveis” (sic).

Eu tive algum tempo, inclusive orientada pela nutricionista ali do Nascente, ela me receitou muita coisa, mudou total minha alimentação, eu tava com 77 quilos cheguei a pesar 69, me senti maravilhosamente bem, leve, mas o problema é que a pessoa cozinhar só pra um, só pra gente, e tendo que cozinhar para os outros, aí os outros não querem a diferença de sal, de gordura, (...) Fazer um esforço pra um marido, para um filho eu tinha que fazer, mas sendo pra mim eu vou relaxando, sabe.

Aí depois que eu cheguei a 69 quilos, que eu estava muito bem, comecei a debochar um pouco, nem caminhava mais, relaxei mais, embora eu continue usando adoçante, evito certas massas, por exemplo, neste final de semana eu extrapolei, teve aniversário da neta, a gente come mais [risos].

Há uns três anos eu usava farinha de soja, eu mesma torrava a soja, passava no liquidificador e numa peneirinha bem fininha. Mas me engordou, de cara engordei três quilos.(...) ela foi indicada pela mãe de um namorada de uma filha minha, aconselhada por uma nutricionista.(...) gostei muito do sabor dela, no leite, lembra até farinha láctea.

A chegada à Policlínica Nascente foi através de uma prima. Tinha interesse em saber como estava sua saúde, pois, há dois anos, ela fez uma densitometria que resultou em osteopenia.

Porque eu soube através de uma prima minha que trabalha lá, que estavam fazendo o exame, aquele do pé, pra saber, só nas pessoas de mais de 50 anos, pra saber se tinha osteoporose.

Há dois anos eu tinha feito a densitometria e tinha dado osteopenia. Já era um aviso que osteoporose vem logo depois. Aí eu nem tomei cálcio nem nada e quando eu fiz a densitometria pela segunda vez deu osteoporose.

Quando eu peguei o exame eu logo vi. Na conclusão logo eu me adiantei, mas fazer o que conviver com ela e pronto.

Não me assustei muito não. Me apavorei não. Se eu tivesse com leucemia talvez tivesse me assustado. É tanta gente com esse problema que não me assustou não.

Achei que era muito normal nesta idade. Não esquento muito não.

Maria das Graças frequentemente refere estar acima do peso. A ausência de atividade física, para ela, tem agravado esta condição. O local aonde ela costumava fazer as caminhadas está perigoso, com muitos assaltos. Contudo, o fator que mais colabora é a “preguiça”:

Preguiça [risos]. Às vezes eu to fazendo aqui um trabalho e tenho preguiça de soltar, aí quando aparece alguém e diz vamos caminhar, vamo já to indo. É falta de incentivo também

de alguém, que a gente se anima quando vai um ou dois a gente se anima, mas sozinha.

Ela mora neste bairro há mais de vinte anos e comenta que ele não era ruim, mas que ultimamente os assaltos têm aumentado, por isso, está trocando os portões da frente da casa por outros, maiores e mais seguros.

No decorrer dos nossos encontros, toda temática relacionada ao corpo e a saúde foi por ela bem detalhado. O seu interesse pelo tema possibilitou longas conversas, entremeadas por sucos de graviola. Sobre o cuidado com o corpo, ela refere:

Não tenho muito cuidado não, só a higiene pessoal. Não sou mulher de vaidade, de tá em salão de beleza, de me cuidar. (...) me cuidar só pra ficar dentro de casa? (...) Perdi o costume.

Corto o cabelo de seis em seis meses, dô uma aparadinha, nunca pinte, tá ao natural. Tá começando a pintar agora: de branco [risos].

Apesar disto, ela afirma que sempre está buscando informações de como cuidar do seu corpo e da saúde:

Lendo, vendo o bate papo das senhoras que já estavam com isso [osteoporose], mais curiosidade me deu pra ir ler sobre isto. Se isto me aparecer eu já sei como lidar com isso, e eu já tava bem próximo [risos]. Eu sou muito curiosa, pra saber todos os sintomas de toda doença, como se trata, como se convive com ela.

É uma doença que eu chamo de degenerativa dos ossos, que ela vai enfraquecendo, que a osteoporose vai fazendo os ossos perderem a calcificação, mas geralmente dá em mulher, devido a falta de produção hormonal, que vem logo depois da menopausa, ou com a menopausa, a pessoa vai perdendo a calcificação, os ossos vão enfraquecendo, ficando propenso a qualquer tombo você quebrar um osso, aí que precisa ter mais cuidado e fazer a reposição desse cálcio.

Eu sei que, isto dá, a minha e como várias outras, com a menopausa, a perda dos hormônios, lá vem essa bendita osteoporose.

Ah, dois anos fiz reposição hormonal e abandonei, porque as minhas tias não usaram isto e atravessaram a época todinha e sobreviveram bem, nem apareceu problema de câncer. O doutor Zé Bento, aquele da televisão, ele dizia que o hormônio era uma faca de dois gumes, que ele nem receitava pras pacientes dele, porque era muito comum com essa reposição aparecer nódulos.

Indagada sobre como sabia tudo isto, informou-me que lia todos os “livrinhos” que entregavam no posto de saúde, pois sempre foi muito curiosa sobre os temas médicos. E sempre assiste o programa do “Doutor Zé Bento”⁶¹.

A televisão é “sua companheira” (sic), pois refere ter poucas atividades sociais:

Não tenho vida social. É só dentro de casa. O único lugar que saio é pra ir a missa de domingo. Nada mais.

Que lazer o que nada. Logo o marido não sai de casa. (...) eu só saio sozinha pra fazer um exame, pra ir ao médico, pra fazer uma compra lá pelo centro, no Montese, fora isso eu não saio sozinha. Outro dia eu fui com minha irmã no Aratuba e até os filhos ficaram reclamando: cadê minha responsabilidade de dona de casa? Os meninos ficaram tudo reclamando. Aqui em casa não tem nenhum mais mamando mais. Meu marido disse: “Pode ir”. E fui eu e minha irmã. To ficando mais corajosa agora (...)

Só sei do mundo lá fora pela televisão. Não vou sair só, vou sair com quem?(...) Não vou a uma seresta, não vou a uma praia, não vou a canto nenhum.

Maria das Graças tem uma neta que ocasionalmente fica com ela, mas isto costuma ocorrer aos finais de semana. Os filhos trabalham e estudam, portanto “cada um tem a sua vida” (sic).

Desta forma, a vida de Maria das Graças está circunscrita a um mundo doméstico, no qual ela define o seu tempo, a sua rotina. O curso da vida revelou a ela caminhos que possibilitam formas específicas de se lidar com a vida:

⁶¹ Este programa é exibido semanalmente no Programa da Eliana, do SBT, no quadro “Dr. Responde”.

Eu tô levando bem. Não sei quando chegar aos 65, 70 anos, como é que vai me pegar. Mas por enquanto tô convivendo bem. Só um pouquinho mais de cuidado pra evitar um escorrego.

Eu não vou me derrubar por isso não. Isso não vai me deixar mais mole do que eu sou, não. Aliás, eu procuro lutar muito, pra mim não me entregar a isso.

8.7. MARIA JOAQUINA

Tem 57 anos, é alfabetizada. A mãe morreu de parto e ela e as duas irmãs foram criadas pela segunda esposa do pai. Vítima de constantes maus tratos praticados pela madrastra, ao completar dezesseis anos veio morar em Fortaleza e trabalhar como empregada doméstica, mas logo se casou.

Eu achei que tinha encontrado a pessoa que eu ia passar o resto da minha vida, com dezesseis anos que eu o conheci, vivi todos esses anos.

Atualmente, Maria Joaquina é divorciada e mora sozinha. Tem uma filha casada, que reside em Goiás, e um filho, também casado, que mora em outro bairro de Fortaleza. Tem três netos.

Sua casa fica em uma rua estreita, próxima (ao lado) à pista do aeroporto. Possui quatro cômodos, mas pequenos.

A primeira vez que fui à sua casa, ela não estava. Na segunda vez, se encontrava a conversar com uma vizinha. Foi bem receptiva. Neste dia, soube que Maria Joaquina era famosa no bairro pelos “dindins”⁶² que fabricava e vendia, principalmente o de batata-doce. Com a venda dos “dindins”, costuras ocasionais e uma ajuda do ex-marido é que se mantém financeiramente.

⁶² Conhecido em outras localidades do país como: “chup-chup”, “geladinho”, “gelinho”. É feito com água ou leite misturado a um sabor, colocado em um saquinho e posto para congelar.

Está separada há seis anos. Nesta época, foi visitar a filha em Goiás e, quando voltou, soube que o marido estava mantendo um relacionamento sexual com uma colega de trabalho. Expulsou-o de casa.

Foi difícil pra mim. Eu não vou mentir, foi muito difícil pra mim. Se eu não fosse uma pessoa muito forte, de muita fé em Deus, eu nunca ia imaginar passar por um negócio desse.

Conforme ela relatou acima, foi um período muito difícil. Apresentou um quadro de depressão, mas a participação no Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade ajudou-a a “tirar a tristeza” (sic).

As meninas lá da ginástica dos bombeiros também conversavam muito comigo.

Uma coisa que eu sempre tive medo na minha vida, é de terminar meus dias de vida sozinha.

Nesta época, as situações interativas vivenciadas no Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade funcionaram como um tipo de “terapia” para Maria Joaquina. As conversas com as companheiras de “atividade física” possibilitaram a elaboração da experiência da separação, produzindo novos sentidos e significados para si.

Eu sou uma pessoa muito alegre (...) toda vida eu fui assim. Não tenho esse negócio de ficar triste. Se tenho um problema ele é meu. (...) o momento mais difícil da minha vida foi a minha separação, porque me pegou de surpresa.

A vida de Maria Joaquina mudou após a separação, uma vez que precisou “ajustar” (sic) sua situação financeira. Começou a trabalhar em casa como costureira autônoma para grandes confecções e a fabricar os “dindins”. A vida social também mudou. Costuma ir ao forró nos dias de domingo. E todo final de tarde vai à casa da irmã (na mesma rua) para ficar conversando na calçada.

A coisa melhor que eu descobri na minha vida foi dançar.

Eu costumo dançar. Saio com as minhas amigas. Saio também com um casal amigo, que são gente direita, ele não bebe nem fuma. Vamos no carro dele, ele, a esposa e a filha.

Nós vamos e só chega de manhã, dependendo da festa. Danço a noite todinha, não sinto nada, noutro dia estou em forma.

Eu vou pra forró e a jovem guarda também. Às vezes, eu vou no forró dos idosos.

Eu gosto muito de sair. Vou pra todo canto, porque sou sozinha aqui em casa.

Refere fazer atividade física com frequência e não possui hábitos alimentares ricos em cálcio, até porque costuma almoçar e jantar na casa da irmã, pois mora sozinha e não costuma cozinhar; somente quando o filho vem com os netos visitá-la.

Os bombeiros são três vezes na semana. Segunda, quarta e sexta. E nos outros dias eu vou caminhar.

Isso me ajudou muito nos problemas que eu tinha. Depois que eu comecei a fazer ginástica não senti mais nada. Nunca mais senti dor nos braços, inclusive essa da coluna. (...) a gente fica parada parece que enferruja.

Também danço. Danço e não sinto nada.

Quanto à alimentação:

Eu como tudo. Todo tipo de alimento. Gosto muito de verdura, carne branca, carne vermelha eu como muito pouco.

Eu como na minha irmã, por que lá, ela se preocupa em fazer o alimento mais certinho.

Maria Joaquina tem um plano funerário que dá direito a assistência médica de urgência, mas todo o acompanhamento médico é feito no posto de saúde próximo a sua casa. A ida à Policlínica Nascente foi decorrente das atividades organizadas pelo Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade para promoção e prevenção em saúde.

Porque na época que tava fazendo os exames lá, nós somos da ginástica dos bombeiros, aí eles avisaram, cada vez foi uma turma, cada dia foi uma turma. Aí eles disseram que quem tivesse nessa faixa de idade e sentisse alguma coisa, aí a gente foi lá.

Eu sentia algumas coisas, uma dor assim, nos ossos da minha perna. Eu já sinto algum tempo e eu não me dou com frieza de jeito nenhum.

Aí tinha que fazer esse outro exame [densitometria] pra saber, me animei logo pra fazer, pra saber logo. Fui eu, minha vizinha e a irmã dela, que mora do outro lado da rua. Eu fiz e o médico disse: “Não tá tão ruim não”, passou uns remédios eu comprei, mas depois eu deixei, mas eu tomei, sabe.

Não tomei mais. Até aquele que eu recebo do Posto fico com medo de tomar, porque as meninas dizem que eu estou engordando por causa disso.

A osteoporose, apesar de suscitar alguns receios no dia a dia de Maria Joaquina, o “adoecer” não se tornou algo de grande relevância nos seus cuidados ou práticas corporais após o diagnóstico,

Eu gosto de me cuidar, não vou guardar doença, aí quando vai atrás não tem mais jeito. Muita gente faz isso, eu não sou contrário, se eu sentir qualquer coisa, vou correndo pro médico. Não sou de inventar doença.

Teve um tempo que eu senti umas coisas e fiquei apavorada de medo que eu ouvi falar sobre osteoporose, aí eu pensei: será que eu tô com isso? Foi quando eu entrei na menopausa.

O novo curso de vida que se delineou após a separação conjugal de Maria Joaquina ora suscita sentimentos de solidão, ora de autonomia e independência. A vivência contínua e variada de processos de interação na calçada em frente à casa da irmã, as idas ao forró e, principalmente, as atividades com as participantes do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade representam, hoje, sua forma de levar a vida aos seus cinquenta e sete anos:

[antes de participar do projeto do Corpo de Bombeiros] *Eu não fazia nada. Não conseguia fazer nada, me agachar, com dor nos braços, era dor na coluna, dor nas pernas. Tudo isso foi embora, graças a Deus! Parece que eu me sinto mais nova. (...) eu vou pra casa das minhas amigas, a gente conversa, assiste palestra, quando eu não vou, sinto é falta.*

A filha quer que ela vá morar em Goiás, mas ela não quer.

Minha filha, eu já tenho idade suficiente pra saber o que é certo o que é errado. Não vou sair com qualquer pessoa, eu sei quem são as pessoas que eu saio e os lugares que frequento, não vou pra qualquer canto também.

O momento difícil da minha vida foi a separação, mas agora passou.

8.8. MARIA FAUSTINA

Com 53 anos, é casada há 18 anos e tem um filho cursando o pré-vestibular. Tem o ensino médio incompleto e procura ter uma alimentação “saudável” (sic).

No primeiro contato com Maria Faustina, fui recebida por ela e o marido (aposentado por invalidez). Sentamos na varanda da casa e expliquei a minha visita. Conversamos e fiquei de retornar no dia seguinte.

No segundo encontro, novamente fui recebida por ela e o marido, que ficou ao seu lado por alguns instantes; depois se retirou momentaneamente. No decorrer da conversa, depois de alguns minutos, ele retornou informando que havia uma micro-câmera, no canto superior da varanda, nos filmando. Não percebi a presença do equipamento. Retomei a conversa com Maria Faustina e reforcei as razões da minha visita, mas percebi que as respostas passaram a ser vagas e monossilábicas. A impressão que obtive deste contexto é de uma censura ao que poderia ser exposto a mim: uma desconhecida. Considerei conveniente, naquele momento, após as respostas tornarem-se vagas e monossilábicas, encerrar a entrevista e marcar um novo encontro na semana seguinte. Ela concordou olhando para ele, que permanecia na soleira da porta da varanda observando nossa conversa⁶³.

⁶³ Como no primeiro contato, novamente deixei claro a participação voluntária, assim como salientei a importância das informações fornecidas por ela.

No terceiro encontro, fui recebida por ela, somente. Sentamos na varanda e retomei alguns dos temas do último encontro que foram respondidos de forma vaga.

Antes de se casar, aos 35 anos, Maria Faustina era independente financeiramente, trabalhava como costureira e possuía uma renda suficiente para o seu sustento. Após o matrimônio, não trabalhou mais. Aposentou-se por invalidez em decorrência da perda parcial da visão em um olho durante uma cirurgia para correção de um problema decorrente de um acidente na infância.

Tem uma família de muitos irmãos, mas não costuma frequentar a casa deles, pois o marido não gosta.

A ida ao posto da Policlínica Nascente foi convite de uma vizinha⁶⁴ que iria e a chamou, mas, depois do diagnóstico (segunda consulta), não foi mais. Preferiu iniciar o acompanhamento com o médico do SESI, por sugestão do marido.

Eu fui com uma amiga minha, mas foi muito difícil, custou foi muito, passei a manhã todinha lá.

Eu faço ginástica no projeto dos bombeiros, aí eles passaram pra gente fazer exame do pé, né. É bom pra gente saber se tem osteoporose. Aí eu fui lá, eu nunca tinha ido lá não.

Nunca liguei pra saber se tinha osteoporose.

[quando soube que tinha osteoporose] Eu fiquei foi com medo. A minha irmã disse: “Não, isso é normal, isso acontece com a mulher depois da menopausa.”

Marquei um exame no SESI e estou fazendo o acompanhamento lá, agora. Tomei a medicação por um ano, mas parei. Tava me dando dor de estômago.

O médico disse que a minha osteoporose estava só na coluna, como é que pode? Acho que porque quando eu era criança dormia muito de rede, pegava muito peso. Leite, eu esqueço de tomar.

⁶⁴ Ela e a vizinha participam do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e sociedade.

O atendimento no SESI é muito bom. É mais rápido. No Posto eu não vou mais não.

[sentimentos sobre o diagnóstico] *Não me assustei, a gente vai perdendo a validade em tudo.*

No decorrer das entrevistas⁶⁵ com Maria Faustina, poucas informações eram relatadas sobre os temas referentes à sua vida como: afetividades, preocupações, expectativas, situações difíceis que ocorreram na sua vida, eventos significativos, entre outros.

Na questão das afetividades, comentou de forma amorosa e admiradora sobre o filho, que pretende fazer medicina. Quando indaguei sobre o relacionamento conjugal, o marido apareceu na varanda e as respostas vagas e monossilábicas retornaram.

O seu dia a dia é vivido em função do marido, filho e cuidar da casa. Não costuma sair sozinha, ou seja, sem o marido. Em raras ocasiões, visita as irmãs que moram próximas a ela, mas não fica muito tempo ausente de casa. Justifica que o marido não gosta porque ficam “falando de doença” (sic).

Eu só saio quando ele sai. Eu gosto muito de ir pra casa de parente, mas ele não vai.

No que se refere às suas práticas corporais e de saúde, salientou:

Não sou muito vaidosa. Eu gosto mais de comprar as coisas pra casa.

[como cuida da saúde] *Com a alimentação? Tomando cálcio, tomando leite.*

[como cuida do corpo] *Tomando banho, passando creme, apesar que eu não gosto nada preguento.*

Participa das atividades físicas desenvolvidas pelo Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade, mas não costuma ir aos passeios que são promovidos pelo grupo.

⁶⁵ Algumas informações foram coletadas sem o uso do gravador.

Sua rotina alimentar é com verduras, carne e peixe. Utiliza a soja em algumas refeições porque leu a respeito:

Eu leio muito aquela revista “Saúde”. Eu tenho a assinatura. Ela fala muito, agora é sobre aquela ração humana, né.

Como normal. Como tudo. Eu gosto mais é de tomar leite, mas eu tenho medo de tomar muito por causa do colesterol. Porque o leite é gorduroso.

Aquela couve manteiga tem tanto ferro, cálcio, mas eu faço só pra mim.

Fui recebida somente por ela em nosso quarto e último encontro. O marido estava no quintal, nos fundos da casa, consertando o liquidificador. Comentou que seus sonhos envolvem ver o filho formado e ter saúde. A osteoporose é algo que a atemoriza, pois: “Eu só tenho medo de câncer. Eu só me lembro de câncer. Os ossos se desmanchando.”

8.9. MARIA DE DEUS

Tem 55 anos e refere não fazer nenhuma atividade física. Seu tempo é dividido entre o cuidar da casa e da filha de treze anos e o trabalho como catequista na igreja próxima a sua casa. Faz parte da Legião de Maria, que presta ajuda a idosos e necessitados.

Mora em uma casa de três cômodos e poucos móveis. Muito falante, no primeiro contato disse-me que tinha sete irmãos, que a família era do interior do Ceará e que seu sonho sempre foi ser freira. Não pôde realizá-lo porque precisou vir morar em Fortaleza para conseguir uma ocupação cuja renda lhe permitisse ajudar a família.

O meu dom era ser freira, mas não tive a oportunidade.

Na seca de 1958, o pai precisou vender as terras que possuía (ele era agricultor) e passou a trabalhar no programa do DNOCS (Departamento

Nacional de Obras Contra as Secas)⁶⁶. Após onze anos, a situação de sobrevivência agravou-se e ela parou de estudar. Veio trabalhar em Fortaleza, inicialmente “em casa de família” (sic); depois em fábrica de confecção de roupas.

Ela trouxe a família para a capital cearense e precisou sustentar os irmãos.

Trabalhei muito em confecção. Não tive oportunidade de estudar. Sair da empresa e depois ir estudar, não dava não.

Eu vim pra cá com 22 anos. Eu vim por causa de trabalho, de dinheiro. Aqui pagava um pouquinho mais. Eu fazia chapeuzinho de palha. Meu pai não podia me dar nada, recebia uma pensão, nós éramos sete irmãos e minha irmã não sei se por Deus ou por castigo deu um neto antecipado ao meu pai, aí eu vim pra cá e comecei a trabalhar com costura.

Ela cursou o ensino fundamental; tentou fazer o curso supletivo, mas não conseguiu. Somente retomou os estudos quando ficou viúva.

Casou aos trinta e dois anos e teve sua única filha aos quarenta e um. É viúva há seis anos. Não pretende casar, pois quer ser freira depois que a filha tornar-se adulta.

Eu tinha medo de perder a minha virgindade. Perdi a minha virgindade com 32 anos, mas eu não aconselho que as pessoas façam isso não. É que a minha mãe era muito rigorosa e dizia que se eu ficasse grávida ela me botava pra fora.

Refere que o casamento foi bom, mas quando soube da traição do marido, sofreu muito. A filha nasceu alguns meses após este episódio. Continuaram casados e ele começou a beber constantemente.

⁶⁶ É uma antiga instituição federal com atuação no Nordeste, criada através do Decreto 7.619 de 21 de outubro de 1909, com a finalidade de ser uma agência governamental federal, executora de obras de engenharia nas regiões de seca nordestina. Construiu açudes, estradas, pontes, ferrovias, etc, com o intuito de subsidiar recursos de socorro às populações flageladas pelas cíclicas secas que assolavam a região.
(http://www.dnocs.gov.br/php/comunicacao/registros.php?f_registro=2&f_ope=registro).
Acesso em: 20 de outubro de 2011.

A sobrevivência financeira de Maria de Deus decorre de uma pensão (razoável, segundo ela) do marido, que foi funcionário público do manicômio judiciário, o que possibilita o seu trabalho como catequista (voluntária).

Maria de Deus, após a morte do marido, manifestou um quadro de depressão grave, fazendo-se necessária uma intervenção medicamentosa, além de acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Atualmente, relata estar bem. Sente-se realizada no trabalho como catequista.

Eu não me conformava com a morte do meu marido, mas eu tinha que aceitar a vontade de Deus. (...) eu me tornei uma pessoa sem vida, mas aí comecei a estudar foi muito bom pra mim.

Meu sentido de vida é fazer isso [trabalhar para a igreja]. Por sinal, se eu não tivesse a minha filha eu estava em Recife junto com as freiras, pois eu sempre tive tendência de ser freira.(...) eu só não fui pra um mosteiro porque eu tenho minha filha.

A osteoporose foi descoberta depois de uma consulta com seu ginecologista⁶⁷:

Eu fui no Dr. Machado há uns dois anos, meu ginecologista. Ele me mandou bater umas chapas dos ossos porque eu sinto dor nos ossos demais.

O Dr. Machado me encaminhou pro Dr. Henrique, lá no Itaperi.

A dor atinge a sua mente, em função da mente ela toma o seu corpo.

Depois da consulta com ele [médico] eu fiquei uma pessoa normal, mas se a gente não se cuidar a tendência é a gente ficar numa cadeira de roda e os ossos vão enfraquecendo até pode virar o câncer.

Eu não senti nada não, pra mim não foi choque nenhum quando o doutor disse que eu tava com osteoporose.

Isto porque o corpo adquire referências de autocuidado relacionados às práticas de higienização:

⁶⁷ O seu ginecologista, Dr. Machado, atende em uma “clínica popular” no centro da cidade de Fortaleza.

Eu tomo banho bem banhado, ginecologicamente, cuido muito bem. Tomo três a quatro banhos por dia.

Eu sou vaidosa um pouco. A minha vaidade não é assim tão exagerada, eu gosto de me vestir bem.

Na alimentação, alguns hábitos foram acrescentados (mastruz com leite):

Tomo o leite com mastruz, que é uma erva muito boa. Corto as folhinhas com o talo, é muito bom para os ossos. As pessoas dizem que ele é muito bom pra quebradura, pro pulmão.

Por isso, houve mudanças após orientação da nutricionista:

Mudou assim, agora eu sei melhor a comida que eu devo comer. Eu faço o máximo na alimentação que a nutricionista me passou. Procurando comer mais verdura, comida que nutre mais. O leite, que eu não aguento mais, mas eu tomo todo dia. A banana, todo dia eu como uma banana.

Eu como uma banana por dia.

Com poucas atividades sociais, seu tempo está basicamente focado no trabalho com a catequese. A filha demanda atenção ocasional. O anseio de realizar o sonho de ser freira é muito presente e parece o seu atual sentido de vida. O sorriso abre-se repetidamente ao descrever o trabalho na igreja. Positivamente acredita que: “O que a gente faz na juventude colhe na velhice”.

8.10. MARIA NEUMA

Tem o ensino fundamental incompleto e está com 58 anos. Mora no Pirambu, mas na região que está sendo desapropriada para a construção da Avenida Beira Mar Leste.

É uma casa de alvenaria, estreita, de cômodos seguidos (sala, quarto, quarto, cozinha, banheiro, oficina de costura), sem corredor. São separados por paredes, mas não há portas entre eles e nenhuma forma de

individualização estrutural, a não ser o banheiro. Por estar em uma região de litorânea de leve inclinação, você “desce” através da casa.

No primeiro contato, sentamos na sala. Recatada, mas bem acessível, marcamos para a mesma semana, pois ela estava sem costuras por fazer no momento e teria mais tempo disponível para conversarmos.

Maria Neuma é casada, mas não vive com o marido (ele mora em São Paulo) há mais de dez anos. Tem três filhos, dois casados e uma filha solteira, que mora com ela.

Separei não. Deixa como tá. Parei com essa separação, eu pensei assim, eu não vou querer casar de novo, eu me decepcionei demais, eu já tenho essa idade, não quero, não confio mais em ninguém.

Maria Neuma é costureira e sustenta a casa com seu trabalho. A filha estuda e trabalha, complementando a renda familiar.

Participa do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade e frequenta sempre as atividades de promoção e prevenção em saúde. Foi através dele que chegou à Policlínica Nascente.

E eu fui, foi bom demais, eu fiz, já repeti, com um ano repeti o exame. E eu preciso porque se a gente espera pelo Posto demora demais, né.

Até então eu ia a médico de Posto pelo SUS, que demorava. O Posto aqui do bairro que demora uma consulta, que demora um exame, que a gente espera meses e meses.

Minha irmã mais velha tem [osteoporose]. Inclusive já está estado bem avançado e já vive quase em cima de uma cama, quase não consegue mais andar. E tem as outras minhas irmãs mais velhas que tem e, até a mais nova que eu, foi no médico e já é osteopenia.

A ida para São Paulo é descrita como um período muito difícil. Foi morar em Jundiaí, grávida de gêmeos. Passaram por muitas dificuldades até conseguirem estabilidade financeira razoável.

E chega numa cidade grande como São Paulo, mas a gente sofre muito quando a gente chega num canto assim.

Quando retornaram para o Ceará, optaram por não morar no Crato, cidade natal dela e do marido. Compraram a casa em que mora hoje com o dinheiro de uma herança que ela recebeu. Algum tempo depois, o marido começou a beber e resolveu voltar para São Paulo. Ela ficou.

Maria Neuma é costureira autônoma. A maioria das suas clientes “são da Aldeota” (sic), região onde reside a população de melhor condição financeira de Fortaleza⁶⁸. Portanto, existem períodos em que ela trabalha noites seguidas sem dormir para conseguir entregar todas as encomendas. Com isto, sofre agravamento dos problemas de dores na coluna (bico de papagaio).

Quando tenho crise vou pra emergência, que nem o mês passado que tive uma crise feia.

Eu já fiz uma coisa que os médicos aconselham a fazer que é a hidroginástica, eu já fiz. Fiz dois anos seguidos.

Faço atividade física, preciso fazer hidroginástica porque na época que eu fiz foi muito bom. E, evito fazer trabalhos esforçados porque vai piorar mesmo.

Com o ofício da costura, Maria Neuma tem pouca atividade social. Quando há passeios pelo Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade (que ocorrem normalmente aos sábados), ela não pode participar, uma vez que este é o dia da semana com maior movimento na sua oficina de costura.

É difícil, até a minha filha solteira ela não é muito de festa também. Nossas festas são festinhas em família mesmo, um aniversário, um casamento.

⁶⁸ Apesar de haver lojas de marcas reconhecidas internacionalmente, grandes lojas de departamento nos shoppings, ainda é costume das mulheres com melhor condição financeira mandar fazer roupas em costureiras que, normalmente, residem no entorno periférico de Fortaleza.

Maria Neuma se descreve como uma mulher sem vaidades: “Só banho e hidratante” (sic). Contudo, não abre mão da sua atividade física no Projeto.

Se a pessoa para endurece mais ainda, pelo menos a cabeça deve envelhecer bastante.

Hoje em dia, que as pessoas estão bem mais esclarecido, que nem essa minha filha mais velha, tem 36 anos, ela fala que “não mãe, eu tenho que começar a me cuidar, não quero ficar velha toda tortinha porque está com osteoporose”, porque já que tem uma prevenção, tipo, a gente acha que se começa a cuidar desde cedo eu acho que não acontece isso na velhice.

Os médicos falam sempre e ficam maquiando que é osteopenia, mas é o reumatismo de antigamente, né? Que a gente via aqueles velhinhos tortinhos é reumatismo a osteoporose, a osteopenia, a artrose de hoje. É a mesma coisa.

Que ossos vão enfraquecendo, vai perdendo a massa, é coisa da idade. Tem que cuidar antes que comece.

A gente conversa muito com as amigas, “ah por que o médico falou assim pra mim”, mas só que cada caso é um caso. Eu vejo muito aqueles livros que fala sobre coisas naturais, alimentação, chás, essas coisas.

Esta forma de perceber os cuidados necessários com a vida descreve também a sua compreensão sobre o processo de envelhecer. Nas palavras dela: “A idade da gente tá muito na cabeça da gente.”

9. INTERPRETANDO AS SIMILARIDADES EM MODOS DE LEVAR VIDA

Conversar com as “Marias” tornou-se fundamental para a compreensão dos trajetos de vida construídos pelas mulheres que vivem a faixa etária dos 50 aos 59 anos. O envelhecer, como processo da vida, é uma temática que circunscreve o cotidiano destas mulheres, seja através de um corpo doloroso, de novos hábitos que vão se constituindo como necessários diante das novas demandas pessoais e sociais, ou então, na prática de atividades físicas como forma de cuidado à saúde ou de contextos interativos.

Neste âmbito, o cotidiano expressa os novos modos de levar a vida, pois “a alma da sociologia do quotidiano não está nos factos (...) está no modo como se acerca desses factos, (...) como os interroga e os revela” (PAIS, 2003, p. 32). Revelam-se, nestas mulheres, singularidades que estão além da osteoporose e similaridades evidenciadas diante das perspectivas de uma vida que envelhece.

As particularidades de vida narradas pelas “Marias” descrevem contextos delineados através de distintas trajetórias de vida, esboçando características relacionadas à experiência de cada uma diante do envelhecer, do adoecer e do viver.

Se o propósito, neste estudo, é a compreensão da realidade visualizada em sua essência, a análise contextual pode ser o caminho mais indicado a seguir, pois a análise da vida vivida, quando observada em suas construções e interações, expõe redes de práticas sociais que incluem as diversidades individuais e coletivas imersas no cotidiano.

Em trajetórias individuais, cada uma demonstra sua experiência e “arranjos” nos modos de levar a vida.

Maria Alencarina apresenta um corpo doloroso, contudo, não impeditivo de viver a vida. A atividade produtiva de venda dos produtos da *Avon* e *Natura*⁶⁹, a limpeza da casa e a manutenção dos tapetes na sala demonstram a não desestabilização da vida em decorrência do diagnóstico e da “irreversibilidade” do quadro apontado pelo médico.

O que se compreende é que o diagnóstico de osteoporose pode ser uma indicação de envelhecimento. Contudo, para algumas mulheres, outros sinais tornam-se mais evidenciados pela chegada aos cinquenta anos, entre eles, as mudanças corporais (rugos, cabelos brancos, manchas escuras na pele), visto que a aparência física delimita processos interativos e institui valores e atitudes.

Observa-se, neste estudo, que a experiência de uma possível doença crônica de Maria Alencarina incorpora emoções vivenciadas subjetivamente, porém fortalecidas no âmbito social, sobretudo pelo médico, direcionando a identidade pessoal a “afirmar-se cada vez mais como uma identidade corpórea que responde – com êxito ou não – aos esforços de investimento que se fazem no corpo.” (PAIS, 2006, p. 95).

Outro aspecto relevante envolve a linha de pensamento de BURY (1982), na qual a osteoporose - representada no corpo doloroso de Maria Alencarina - é, inicialmente, experienciada como uma ruptura nas rotinas diárias, instituindo pressuposições que induzem um repensar sobre si e o processo de envelhecer, buscando superar os percalços presentes. Pode-se supor que a atividade de vender os produtos da *Avon* e *Natura* possibilita realizar “ajustes” do ponto de vista da renda e na estruturação de

⁶⁹ Apesar da *Avon* oferecer produtos com preços mais acessíveis do que a *Natura*, em Fortaleza – CE, o uso de produtos cosméticos destas empresas não está atrelado à condição social da consumidora, ou seja, os produtos destas empresas são consumidos independente da região de moradia e classe social.

afetividades decorrentes de novos processos interativos, interrompendo a idéia de “situação crítica” proposta por GIDDENS (1979)

Com Maria Raimunda, observa-se que, apesar do diagnóstico de osteoporose, de HPV e dos nódulos mamários não malignos, ela continua “na luta” do dia a dia.

As condições financeiras – adversas – presentes na vida cotidiana de mulheres como ela, chefes de domicílio que precisam trabalhar, independente do que seus corpos possam estar manifestando, induzem-nas a travarem embates, no intuito de alcançar “aquilo que liberta o homem das múltiplas misérias que o fazem pobre de tudo: de condições adequadas de vida, de tempo para si e para os seus, de liberdade, de imaginação, de prazer no trabalho, de criatividade, de alegria e de festa, de compreensão ativa de seu lugar na construção social da realidade.” (MARTINS, 2008, p. 10).

A ausência de privacidade domiciliar, revelada na infra-estrutura da casa de Maria Raimunda, fortalece sua função maternal com os filhos e netos, revelando que nem todo processo de envelhecimento culmina em abandono e solidão. Pode, por outro lado, revelar a dependência – afetiva ou financeira – dos filhos para com os pais; necessitando, então, ressignificar valores, tendências e representações das vicissitudes do envelhecer no espaço e no tempo.

Apesar de um contexto de vida cheio de dificuldades evidenciado na situação financeira precária e na história de um casamento com um homem violento e alcoólatra, percebe-se em Maria Raimunda comportamentos de enfrentamento e de luta pela vida, seja na separação conjugal ou na sobrevivência diária. A casa semiconstruída edifica mais do que cômodos; estabelece afetos visíveis na relação familiar, no cuidado entre eles (mãe, filhos e netos) e retrata uma capacidade de adaptabilidade a situações de vida como, por exemplo, o uso da medicação para osteoporose e as redes penduradas na cozinha.

É na “peleja” do dia a dia que Maria Raimunda representa o equilíbrio da família. Através do seu trabalho, ela dá provisão financeira e manutenção a casa. Na ausência de atividades de lazer, decorrente de uma jornada de trabalho excessiva e extenuante como empregada doméstica, que o presente elabora o futuro, justificado, metaforicamente, pelo sonho de terminar de construir a casa, a sua fortaleza, tal como uma guerreira!

Para Maria Glauciene, a osteoporose faz parte do seu dia a dia. Trata com naturalidade a presença “invisível” da fragilidade óssea. A reavaliação de comportamentos habituais (alimentação e prática de atividade física) decorre de mudanças que estão além da doença: o término do casamento – situação que constituiu um marco em sua vida.

Na acepção de ABOIM (2006), a separação conjugal impõe à mulher a análise da percepção sobre si mesma. Tanto no casamento de Maria Glauciene quanto no de Maria Honória, Maria Joaquina e Maria Neuma prevaleceram o estilo conjugal do tipo *aliança romântica* (ABOIM, 2006), na qual a sua autonomia foi mínima, decorrente de uma idealização do relacionamento.

Com a separação, elas estruturaram suas vidas instituindo novas formas de lazer e de cuidados com o corpo e a saúde. Embora, para CAMPOS et al. (2004, p. 9), “a mulher contemporânea é mais livre para ‘sentir’, em relação às mulheres de gerações passadas: elas estão pensando mais em si mesmas e dedicam-se mais à busca de sua autoestima, ao invés de limitarem sua vida às ordens e aos desejos do marido, por exemplo”.

Apesar das dificuldades financeiras advindas com a separação, elas são mulheres que construíram novas sociabilidades e redefiniram como viver suas afetividades, optando, inclusive, por ficarem sozinhas, sem outro companheiro.

Outro aspecto relevante, no que diz respeito ao dia a dia de Maria Glauciene, é a ressaltada influência do outro (mídia, médico, nutricionista) na

adoção de hábitos alimentares que são incomuns na alimentação regional ou local; neste caso, o uso da soja, traduzindo que sugestões e determinações em relação à dieta incorporam-se a partir dos acessos a informação sobre cuidados a saúde, uma vez que “a comida participa da construção do corpo não só do ponto de vista da sua materialidade como também nos aspectos culturais e simbólicos” (SANTOS, 2006, p.5).

Diante da perspectiva atual de uma vida mais longa, Maria Honória é uma mulher que, aos 59 anos, cuida de dois processos de envelhecimento: o seu e o de sua mãe. Isto demonstra que a categoria de “cuidadora” também é estendida a outros membros da família (além de filhos e marido), imputando papéis e responsabilidades a quem também tem uma demanda diante do seu próprio envelhecimento, constituindo um desafio para a gestão de cuidados com seu corpo e, conseqüentemente, sua saúde.

Para tanto, realiza rotineiramente avaliações médicas no posto de saúde do bairro e atividades físicas no Projeto do Corpo de Bombeiros - Saúde e Sociedade. É este projeto, juntamente com as atividades religiosas da igreja, que lhe possibilitam suas socialidades, impossibilitadas diante do envelhecer do outro: a mãe de 90 anos. O processo interativo vivenciado nestas duas intuições oferece suporte emocional para a não desestabilização da vida mediante o **seu** processo de envelhecer, uma vez que ocorrem sacrifícios na esfera do lazer e das socialidades. Sobre isto, KOURY (2011, p. 49) toma como hipótese a compreensão de que

uma nova socialização tem início com o sentimento pessoal de envelhecimento, onde os indivíduos que vivenciam esse processo buscam assegurar-se dos seus próprios limites corpóreos e sociais para uma nova adequação à sociedade.(...) [e] que esta busca de uma nova adequação e socialização pessoal e social, no adentrar de um novo ciclo de vida, o envelhecimento, é recheada de medos e desconfortos que tendem a crescer e sufocar o sujeito que a vivencia, ou ao contrário, tende a ser superada com nova forma de adequação social e pessoal, dependendo da forma de encarar o próprio envelhecer e da integração social possível assegurada pelos laços sociais e afetos de cada sujeito.

Para Maria Honória, a passagem pela fase dos cinquenta anos possibilitou a reavaliação de suas afetividades, principalmente sobre a presença ou não do ex-marido em sua casa, que, à primeira vista, suscita estranheza. Contudo, demonstra superação das adversidades causadas pela traição do cônjuge e consequente separação. A religiosidade é o elemento que a fortalece e dá-lhe suporte para as vicissitudes e entraves da vida.

Já Maria Francisca, com seu corpo franzino, retrata uma fragilidade que pode explicar alguns percalços: a morte violenta do primeiro marido, o casamento (sem amor) com o cunhado, a falência dos negócios da família, a migração para São Paulo, o retorno para Fortaleza e a morte do segundo marido. As evidências de fragilidade se revelam em falas que expõem a ausência de apetite (de comida, não de vida) e os problemas de saúde referente à gastrite. Contudo, “trazemos no corpo todas as nossas marcas sociais identitárias” (SANTOS, 2006, p. 14).

Uma fragilidade física que não a impede de assumir tarefas de cuidados com os netos, a casa e o trabalho voluntário no convento. Crê-se, então, na compreensão de que a “vida apresenta os problemas pessoais de maneira aparentemente aleatória e, reconhecendo isso, algumas pessoas se refugiam numa espécie de apatia resignada” (GIDDENS, 2002, p. 20)

Isto diz respeito sobre a percepção e vivência de Maria Francisca diante do seu envelhecer, referendando sua fala em alusão ao período lacunar que representa a faixa dos 50 aos 59 anos na vida da mulher. As lembranças do passado sedimentam o desconforto deste momento da vida; suas projeções futuras retratam o anseio por uma vida além da tarefa de ser “avó”, pois os “sujeitos que vivem a experiência do envelhecimento, parecem enxergar a si próprios através de estereótipos sociais, e corporificam as transformações por que passam nessa nova fase da vida através de mitos e preconceitos de sua sociedade para com a velhice” (KOURY, 2011, p.51).

O trabalho voluntário e as atividades sociais do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade destacam-se na função de socializar a vida além da esfera doméstica. Apesar disso, o contexto de vida passado e os problemas de saúde decorrentes da gastrite prevalecem.

Estes aspectos não são percebidos em Maria das Graças, uma mulher “cheia de graça” ou, em outras palavras, de “bem com a vida”. O seu significativo interesse pela área da saúde, sua postura ativa e o prazer de comer descrevem uma mulher que não interrompeu a vida por causa da osteoporose ou do seu processo de envelhecimento.

A rotina do dia a dia não lhe agrada, principalmente os afazeres domésticos. Apesar de revelar uma acomodação a este contexto, não omite seus anseios de mudanças. Enfrenta os sonhos não realizados (cursar medicina e trabalhar fora de casa) criando atividades dentro de casa, ou seja, a cada dia reinventa a sua rotina.

A referência ao pouco cuidado com o corpo e a saúde, descrita através da prática reduzida de atividades físicas e do não consumo de alimentos saudáveis⁷⁰, contrapõe-se à sua instigante curiosidade sobre assuntos relacionados à saúde, recorrendo a informações disponíveis na televisão e em revistas sobre cuidados com a saúde. Neste contexto, PAIS (2007, p.32) salienta que:

em face dos dilemas radicais com relação aos quais a identidade é submetida na modernidade, os indivíduos esforçam-se por conseguir um domínio de si, por meio de uma profusão de instrumentos de reflexividade – terapias, manuais de auto-ajuda, consultórios de aconselhamento etc. – que integram sistemas de conhecimento “pericial” que, supostamente, nos deveriam merecer “confiança”.

Pode-se dizer que isto remete à questão da reflexividade da modernidade, “que está diretamente envolvida com a contínua geração de autoconhecimento sistemático, [e] não estabiliza a relação entre

⁷⁰ Segundo orientações de nutricionistas e médicos.

conhecimento perito [do médico] e conhecimento aplicado em ações leigas [das pacientes]” (GIDDENS, 1991, p.51).

Maria Joaquina, a vendedora de “dindin”, por sua vez, gosta de sair para dançar forró todos os finais de semana e sempre participa dos passeios organizados pelo Projeto do Corpo de Bombeiros - Saúde e Sociedade. Suas interações sociais também se estendem à calçada em frente à casa da irmã onde diariamente, ao final da tarde, conversar com os vizinhos, familiares e amigos constitui uma forma de não ficar sozinha após o divórcio. Seus hábitos alimentares também estão associados a isto, pois frequentemente almoça e janta na casa da irmã. Este contexto reforça a importância da família na estruturação dos afetos e no processo reflexivo do eu.

A cozinha de sua casa é utilizada em algumas ocasiões – quando o filho vem visitá-la e para a confecção dos “dindins”. Além da venda destes, esporadicamente ela executa serviços de costura como autônoma para grandes confecções: uma forma de aumentar sua renda para as atividades de lazer – os passeios do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade e o forró.

A osteoporose não é relevante no seu dia a dia e não causou nenhuma interrupção na vida cotidiana. LANGDON (1995, p.138) assinala que “posso estar biomedicamente ‘doente’ (...) sem ter a consciência de estar (...) como ter a convicção e experiências íntimas de estar doente sem poder obter o reconhecimento legítimo, biomédico ou cultural de minha ‘doença’.”

Por isso, os cuidados com a saúde advêm de idas ocasionais ao posto de saúde e ao pagamento de um plano funerário que lhe dá direito a consultas de emergência.

Maria Faustina, arredia nas conversas, evitava qualquer assunto relacionado aos seus afetos. A significativa presença do marido no seu dia a

dia (e nas entrevistas) retrata uma dominação masculina limitadora da expressividade feminina, ou seja, ocorre uma visível desigualdade entre ela e o marido na esfera doméstica, na qual ela é responsável pelos cuidados com a casa e o filho e ele, pelo sustento da família.

Isto evidencia, segundo ABOIM (2006), aspectos relacionados às formas de construção da autonomia feminina em face da sua individualização e da sentimentalização da vida conjugal. Ainda segundo a autora, a “vivência da relação conjugal não abre, por conseguinte, espaço para a autonomia pessoal nem protege as fronteiras do eu: o querer estar sempre junto, o tudo dizer ao cônjuge, favorece uma miscigenação da própria individualidade.”

Em relação a isto, GIDDENS (2002, p. 18) assinala que “Num casamento longo, o sentido de identidade de cada indivíduo se torna unido ao da outra pessoa e, de fato, ao próprio casamento.”

Vale lembrar também que a relação de poder presente na conjugalidade desta mulher restringe seus processos interativos, inclusive familiares, e a participação nas atividades sociais do Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade, que funciona como mero local de realização de prática de atividade física.

Em tal contexto, os afazeres domésticos são apontados como a sua principal atividade do dia a dia. A perda da visão de um olho a impede de realizar costuras, sua profissão antes do casamento, restando-lhe a rotina da vida doméstica.

Maria de Deus retrata, em sua trajetória de vida, uma realidade de constante ocorrência no sertão nordestino: a migração para grandes centros urbanos em decorrência de períodos prolongados de estiagem. Este acontecimento constituiu-se em um marco importante na sua história de vida, pois abdicou do desejo de se tornar freira em razão da mudança para a

capital cearense, que tinha por finalidade a busca de um trabalho para sustentar a família.

A vinda para Fortaleza também possibilitou conhecer o falecido marido, grande amor de sua vida. O casamento foi descrito como um período de vivência intensa da sua sexualidade em detrimento da sua religiosidade, que novamente foi relegada. Para ABOIM (2006), a conjugalidade estrutura-se dentro de uma construção relacional de complementação, mediante a qual se configuram a autonomia e a interdependência. Apesar da conjugalidade de Maria de Deus aproximar-se do estilo que esta autora (2006) define como *aliança romântica*, percebe-se, através dos relatos sobre seu contexto de vida, uma forte ausência de autonomia e um excesso de dependência.

Atualmente viúva, tem como perspectiva de vida realizar o que não pôde anteriormente: ser freira. Para tanto, vem atuando como catequista voluntária em uma igreja próxima à sua casa. A osteoporose não apresenta grande significado na vida cotidiana. Seu corpo é referenciado a partir de cuidados de higienização, sem ênfase à saúde, pois isto decorre de “considerar o corpo segundo variáveis independentes do entorno social, mas determinantes para ele, [por isso] a higiene e a medicina responsabilizam o indivíduo por sua saúde e por alcançar a dignidade de cidadão civilizado” (GOMES, 2002, p. 93).

Maria Neuma tem como prioridade a sua atividade produtiva - o corte e a costura de roupas, pois este é seu meio de sustento e sobrevivência. Contudo, isto lhe acarretou problemas de saúde e restringe seus processos interativos.

PAIS (2006, p. 239), ao afirmar que o “isolamento social aparece quando as existências singulares são desconsideradas, quando a indiferença produz o anonimato, quando alguém se transforma em qualquer um, ou mesmo em ninguém”, apresenta uma perspectiva de vida, neste caso, de Maria Neuma, pautada no papel da vida produtiva, que não só

representa seu meio de sobrevivência, mas a coloca na condição de *ser* aquilo que *faz*, pois seu dia a dia está circunscrito a “fazer costuras”.

Apesar disto, revela ser uma mulher cuidadosa com o corpo e a saúde, participando, por exemplo, das atividades de prevenção e promoção à saúde desenvolvida no Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade, e também da prática contínua de atividade física. Sempre que possível, ela procura ter hábitos alimentares saudáveis. A descoberta da osteoporose é algo secundário no seu lidar com o corpo, uma vez que prevalecem no seu dia a dia os problemas de dores na coluna, que se agravam em decorrência do trabalho.

Vale ressaltar que “os corpos desgastados, queixosos, doloridos, são muitas vezes mal compreendidos. (...) A dor, em si mesma, não é um distúrbio, apenas um anúncio” (PAIS, 2006, p. 172).

A situação de vida dessas mulheres, em uma perspectiva compreensiva de suas singularidades, está fortemente atrelada às suas condições sociais, podendo indicar que suas práticas sociais e afetivas estruturam-se sobre formas adaptativas de enfrentamento da experiência do adoecer, dos afetos e emoções, das relações de interação social e de concepções sobre o corpo e a saúde.

Por isso, como um enigma, necessitou ser explorado, investigado e revelado. Isto resultou em similaridades oriundas de contextos particulares de vida nas quais se condicionam estratégias e induzem atitudes específicas (PAIS, 2005a). O curso da vida, como elemento descritivo de trajetórias, adquiriu significados que se estruturaram rotineiramente no dia a dia destas mulheres, inclusive nas mudanças que ocorreram na vida a partir da osteoporose. É nesta circunstância que saúde e doença tomam relevâncias distintas na vida de cada uma.

Partindo do princípio de que a chegada à Policlínica não foi intencional, apesar de ter sido oportuna, percebe-se que a osteoporose é

mais um componente diário de vida, mas não destacadamente. A osteoporose aparece nas falas, entretanto, outros aspectos tornam-se mais dominantes.

Destaca-se: a atividade produtiva (vender *Avon* ou “dindin”, costurar, ser médica, etc.), a vida conjugal e as socialidades. Medicação, alimentação e atividade física são parâmetros de vida comuns, que complementam as práticas de cuidados com a saúde e o corpo, revelando que estão além do adoecer. Um corpo que subsidia contextos afetivos de contentamento, anseios, expectativas, sofrimentos e frustrações na vida das “cinquentonas”. Para CAMPOS et al. (2004, p. 8),

A gerência de nossos corpos passou das instituições disciplinares para o âmbito privado. Cuidar de si, gerenciar os nossos prazeres em face dos riscos que eles apresentam é de responsabilidade individual. (...) De forma que é, através da avaliação do risco, da projeção ou simulação do futuro que o indivíduo pensa a relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

A passagem pelos cinquenta anos demarca uma maior privatização do corpo com a instituição do discurso biomédico e social a respeito do declínio vital. Cuidar de si adquire um caráter sociopolítico de “obrigatoriedades”, “deveres”, que perpassa desde os inúmeros check-ups médicos até o tingimento dos cabelos⁷¹. Vale salientar que, à exceção de Maria Raimunda, Maria Francisca e Maria de Deus, todas as entrevistadas tingem o cabelo. Talvez porque seus significados diante da vida sejam distintos das demais, ou seja, a sobrevivência e a religiosidade; enquanto que para outras mulheres, a questão estética é relevante para o seu bem-estar.

A perspectiva biomédica, que equipara fragilidade e declínio vital, instiga na mulher “cinquentona” a necessidade de avaliações clínicas mais frequentes, buscando quantificar as variáveis fisiológicas da função músculo-esquelética, cognitiva e nutricional diante do envelhecimento. Neste contexto, a associação entre adoecer e fragilidade torna mais forte as

⁷¹ No Ceará é comum o trocadilho de que: “Mulher não envelhece, aloirece”.

concepções negativas e os clichês diante do processo do envelhecer feminino, gerando uma circulação contínua nos serviços de saúde.

Como para KAUFMAN (1994) a fragilidade é produzida socialmente, oriunda da *“medicalização” da vida* e do *“paradigma da autonomia”*, isto força a mulher “cinquentona” a ressignificar significados para a sua própria vida. O que aparece nas falas das “Marias” é que não há uma atitude passiva diante da osteoporose; ela não está à espera de “intervenções” no seu adoecer.

Desta forma, a construção social da fragilidade diante da osteoporose surge como uma experiência subjetiva oriunda da influência do discurso médico (de contexto informativo único) que associa o adoecer à noção de risco (quedas e fraturas), com perda de autonomia e independência (incapacidade física diante da perda de massa óssea). Isto pode suscitar elementos contraditórios na construção do processo de envelhecer e, conseqüentemente, sobre os modos de se levar a vida.

Embora se trate de uma analogia entre fragilidade, adoecimento e envelhecimento, percebe-se a sutil vinculação emocional destes contextos com o passado e o presente na vida das mulheres investigadas, que não estão diretamente ligadas ao surgimento da osteoporose.

São similaridades da vida social que particularizam metáforas expostas no cotidiano. Exemplo disto é a participação no Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade, que além de constituir-se como lugar de socialidades, configura-se como mais um espaço para gestão dos cuidados em saúde através das atividades físicas e de promoção e prevenção em saúde.

KOURY et al (2004) assinala que certas formas de sociabilidades assumidas por determinados grupos podem ser pensadas como o pano de

fundo de medos⁷² e receios diante de situações corriqueiras e banais da vida, construindo uma rede interna de movimentação das relações, na qual ocorrem trocas entre iguais e situações oriundas de sentimentos de ordem grupal e individual.

Como campo de interações sociais, o Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade – possibilita trocas simbólicas que permitem ressignificar o curso da vida das cinquentonas diante do processo de envelhecimento, seja através do medo ou não. Na perspectiva de KOURY et al (2004, p. 92), as redes de relações que a participação no Projeto possibilita “dão suporte e arcabouço para a constituição de sentimentos e noções de pertença, de pessoa, do eu e do outro no interior desta trama.”

Assim sendo, a identidade⁷³ da mulher de cinquenta e poucos anos, no curso da sua vida, assume características coletivas no intuito de criar formas de negociação e interação, incitando a reflexividade do eu. Isto decorre porque as experiências do cotidiano referem-se a algumas questões fundamentais ligadas ao eu e à identidade, assim como envolvem uma multiplicidade de mudanças e adaptações à vida cotidiana. (GIDDENS, 1997)

O que se quer dizer com isto, é que

As idades não são efeito de uma pura realidade biológica, elas constituem também um campo de luta simbólica. Por isso, os investimentos na imagem corporal e na própria longevidade legitimam a existência da idade como capital simbólico que, não por acaso, conta com o assédio das indústrias cosméticas, farmacêuticas e biotecnológicas, para além do suporte das políticas públicas dirigidas ao bem-estar social. (PAIS, 2010, p. 20)

⁷² A categoria medo pode ser entendida como um fenômeno histórico e social, em decorrência de ser construída socialmente. Portanto, suas possíveis formas assumem em um social qualquer; o torna sempre singular a cada relação, não sendo, contudo, o mesmo para todos. (KOURY et al, 2004)

⁷³ Conforme GIDDENS (1997, p.100) “Seja pessoal ou coletiva, a identidade pressupõe significado; mas também pressupõe o processo constante de recapitulação e reinterpretação (...) a identidade é a criação da constância através do tempo, a verdadeira união do passado com um futuro antecipado.

Mais do que isso, a vida cotidiana na modernidade institui parâmetros dinâmicos que se aplicam à constituição de trajetórias de vida fundadas em “formas” institucionais. Isto se torna claro à medida que se percebe nas falas das “Marias” a “institucionalização” da ingestão do cálcio, seja ele pelo âmbito nutricional ou medicamentoso; sem levar-se em conta que modos de vida estão implicados.

Isto decorre dos *mecanismos de desencaixe*⁷⁴ assinalados por GIDDENS (2002) como elementos da dinamicidade da vida social na modernidade; e que implicará no processo reflexivo do eu, pois envolve a *confiança* como base decisória das deliberações cotidianas na orientação das atividades diárias.

Estas deliberações pautam-se em modos de saber que “são alimentados pelo próprio princípio da dúvida” (GIDDENS, 2002, p. 181). Talvez, por isso, as “Marias” recorram a livros de “*Medicina de A a Z*”, revistas de “Saúde” ou a doutores da televisão (Dr. Zé Bento); como uma forma de gerir a própria vida, cuidar de suas mazelas. Por outro lado, PAIS (2005a) assinala que, paradoxalmente, quanto mais informações se obtêm, menos seguro se sente. Isto institui traços nos modos de vida em labirinto, ou seja, elas organizam e reorganizam as suas vidas em estilos singulares; e a “vida quotidiana deixa então de ser meramente vivida – isto é, *repetidamente* – para passar a ser investida, *criativamente*, como uma aventura.” (ibidem, p. 66)

Essas singularidades instituem identidades que são complementadas através dos processos interativos vivenciados socialmente. Desenvolvem-se na mediação entre indivíduo e sociedade. São nesses contextos de vida que se expõe a realização afetiva das “Marias”, seja ela nas amizades, no sentimento amoroso intrafamiliar ou nas conjugalidades, ora alicerçadas na

⁷⁴ GIDDENS (2002) define estes mecanismos em dois tipos: as *fichas simbólicas*, que são meios de troca com valores-padrão permutáveis em uma multiplicidade de contextos; e os *sistemas especializados*, que agrupam, no espaço e no tempo, modos de conhecimento técnico validados, independente dos seus usuários (praticantes e clientes).

forte diferenciação de gênero, destacando a falta de autonomia feminina, ora na idealização de um relacionamento futuro pautado na autonomia e na valorização da individualidade.

É neste contexto que emerge a construção de novos valores culturais sobre as socialidades das “Marias”, nos quais se configuram especificidades distintas de modos de viver a fase dos cinquenta e poucos anos.

A vivência comum de situações afetivas precárias, conjugal e familiar, revela a tentativa de superação da vida. O esforço é percebido no corpo doloroso, que se ressignifica através da osteoporose. Assim, a dor pode vir a ser o elemento transformador no processo de envelhecimento, imprimindo significados no viver e no adoecer, uma vez que, como elemento simbólico, remete a um objeto, seja ele real ou não, que pode ser o corpo, algo ou alguém.

Então, é fundamental que se considere “a dor como um fenômeno relacional, em que um outro, mesmo imaginário, está sempre implicado, (...) que a dor, mais do que um sintoma desprazeroso a ser eliminado, é uma demanda a ser compreendida” (VOLICH, 1999, p. 59), uma vez que a percepção sobre como ocorre a interlocução entre o viver e o adoecer no curso da vida torna-se fundamental à compreensão dos processos que circunscrevem o envelhecer.

Neste contexto, a dor exposta na vida, referendada através da osteoporose, converge para estados afetivos singulares. É por isso que “os sentimentos individuais (...) não escapam ao interesse da sociologia. E se a sociologia tem alguma coisa a dizer sobre tais sentimentos é porque eles se revestem de profundas marcas sociais, apesar de se manifestarem individualmente” (PAIS, 2006. p. 14).

Isto quer dizer que “a vida é simultaneamente individual e social, vivida e convivida, e é dessa convivência (ou falta dela) que resulta a afirmação das individualidades que se projectam no outro que,

reflexivamente, se projeta nessas mesmas individualidades, mesmo quando esse outro se faz presente pela sua ausência” (PAIS, 2006. p. 20).

Desta forma, é através dos espaços, socialmente construídos, que se configura o curso da vida, que segue em meio a perdas e aquisições que alimentam a existência e marcam a condição social de vida através de experiências que envolvem o sofrimento e o prazer. Assim colocado, o envelhecer se traduz em instâncias que corroboram para a qualificação e direcionamento de perspectivas, afetos, valores e capacidades.

Neste ponto de vista, o direcionamento de perspectivas, afetos, valores e capacidades não necessariamente afetará todas as pessoas de forma igualitária. Distinções ocorreram a partir da condição social de vida, pois em grupos sociais específicos, com condições sociais de vida distintas, o envelhecimento não é experimentado de uma única forma; é uma experiência social com determinações múltiplas em um processo contínuo.

O desenrolar da vida de uma mulher “cinquentona”, de condição socioeconômica menos favorável, estrutura histórias que contemplam formas de viver distintas de uma mulher de melhor condição socioeconômica, contudo, ambas apresentam uma diversidade de experiências que sedimentam percursos trilhados a partir de seus modos de levar a vida.

Isto estrutura discursos distintos nas necessidades de cada “cinquentona” e nas suas práticas cotidianas de vida, modelando forças que desenvolvem identidades diferenciadas a partir de fatores sociais e históricos. Consequentemente, as mudanças oriundas destas forças se relacionam diretamente com desigualdades importantes de classe, raça e gênero, que corroboram com a forma de agir diante da dor, do corpo e da saúde. Essa é a razão pela qual os significados tornam-se peculiares às épocas, locais e pessoas. O curso da vida recebe atributos, que são compartilhados por grupos específicos e desenvolvem experiências únicas a cada momento do viver.

Conforme argumenta SIMÕES (2003), a identificação com o envelhecer perpassa pelo lidar contraditório entre os limites biológicos de um corpo que degenera e a experiência contemporânea do tributo à juventude. Neste contexto, constroem-se heterogêneas possibilidades de mediação entre o processo de viver e adoecer, compartilhadas entre semelhantes e interrelacionadas com a estruturação subjetiva de cada indivíduo, cultura e sociedade.

Ao contrário do que GOLDENBERG (2009) refere sobre as mulheres de condição social mais favorecida (a carioca, mais precisamente), as “Marias” deste estudo não significam seu envelhecer de forma estigmatizada. A idade adquire valores e significados a partir da condição de saúde, pois conforme salienta GIDDENS (2005, p. 141), “dependemos de nossos corpos para operar de modo conveniente; até mesmo nossa idéia de eu é empregada na expectativa de que nossos corpos facilitarão, não impedirão nossas interações sociais e atividades cotidianas.” Assim sendo, o declínio corporal é experimentado no corpo doloroso, justificado na doença: osteoporose.

Apesar do acesso às informações midiáticas ser equânime às “cinquentonas”, a significação é distinta em decorrência da sua condição social. Constata-se que as “Marias” buscam informações para a melhora da saúde, priorizando a condição física e não corporal⁷⁵. Isto decorre porque o corpo é materializado como instrumento constituinte do curso de vida, ou seja, para a vida do dia a dia, onde lavar, passar, cozinhar e limpar a casa compõem uma “tipologia” dos modos de levar a vida.

Nesta “tipologia”, estruturam-se experiências comuns, calcadas em situações afetivas precárias, que impelem as “Marias” a buscarem uma forma adaptativa de viver, suficientes para suportar as fragilidades impostas em suas trajetórias afetivas de vida (traição, viuvez, etc.).

⁷⁵ GOLDENBERG (2009) assinala que em mulheres de camadas médias urbanas existe um determinado modelo de corpo: sexy, jovem e em boa forma, que se torna capital simbólico mediante o processo de envelhecimento.

As estratégias utilizadas pelas “Marias” para enfrentar estes contextos afetivos se refletem na interligação do físico e do emocional. Marcam distintamente os significados expressos através de algumas questões de gênero (submissão, resignação, complacência, etc.). Isto realça clivagens que apontam, de um lado para uma valorização de padrões de superação, de característica mais individualista e, de outro, para uma manutenção de valores e posições tradicionais, como “vocação feminina”, atribuindo papéis coletivos, entre os quais, o de elo da família e o de esposa.

Isto quer dizer que mulheres “cinquentonas”, como as “Marias”, correspondem, em suas relações e práticas sociais, de acordo com a sociedade e a cultura vigente, mediante a qual são normatizadas a expressividade e o controle de suas emoções. Concomitante, a própria realidade passa a ser regulada, instituindo a impressão de homogeneidade da vida cotidiana.

Contudo, torna-se extremamente relevante resgatar os argumentos de PAIS (2003) quando ele assinala a necessidade de se observar a vida cotidiana *de quem* e em qual *situação* e *contexto*, visto que, para se compreender os modos de levar a vida das “Marias” em seus cinquenta e poucos anos, é preciso ir além do senso comum e da homogeneidade para apresentar similitudes e singularidades.

Assim, é na multiplicidade de acontecimentos e ações do dia a dia que se estruturam contextos heterogêneos que fundamentam a vida cotidiana. Isto sugere que a compreensão das atividades vivenciadas rotineiramente incorpora atos reflexivos, oriundos de ordenamentos culturais impositivos (do passado) e da capacidade interventiva da realidade, dando origem a novas representações, ou seja, a reflexividade transformadora, que possibilita considerar o cotidiano como um espaço aberto à experiência (PAIS, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática sobre as experiências e modos de levar a vida em mulheres “cinquentonas” desperta interesses, tanto do campo científico quanto do senso comum. As transformações na vida cotidiana destas mulheres, decorrentes de demandas oriundas da biomedicina, é fator relevante à compreensão do seu processo de envelhecer, por reforçar a noção de declínio físico.

Nesta investigação, o foco foi compreender a realidade de vida destas mulheres através de similitudes e singularidades decorrentes de experiências sedimentadas no curso da vida e na construção de modos de viver a partir das implicações de um diagnóstico médico: a osteoporose.

O corpo, através da osteoporose, tornou-se anteparo central, suscitando um redimensionamento valorativo, seja pela concepção de saúde ou de sociabilidades. Intrínseco no cotidiano das “Marias”, torna-se mediador das atividades de vida diária (lavar, passar, cozinhar, caminhar, etc.), nos afetos (relacionamento conjugal e familiar) e no processo interativo (participação no Projeto do Corpo de Bombeiros – Saúde e Sociedade).

Isto permitiu uma análise aproximada aos modos de vida, expondo a ressignificação de relações afetivas, apresentadas nas presenças e ausências dos maridos, traduzindo uma forma singular de lidar com as conjugalidades e apontando o quanto estas são significativas no processo reflexivo de si e da vida.

A família, como coadjuvante importante na vida das “Marias”, referenda o papel destas como “mulher cuidadora” dos outros (mãe, netos, filhos adultos), apontando as questões de desigualdades de gênero sobre o papel da mulher na sociedade moderna, sustentando a permanência de

comportamentos opressivos, a reconfiguração da responsabilidade financeira e, também, uma luta por autonomia e superação.

Em tal contexto, a condição social das “Marias” marca uma distinção em relação a estudos mais generalistas sobre o envelhecer feminino. A necessidade de atividades produtivas, seja para a sobrevivência ou não, destaca um desejo de autonomia que se institui tardiamente, talvez por consequência de situações específicas de vida e mecanismos autorreflexivos do eu, típicos da modernidade.

A expressão de várias experiências no decorrer da vida destas mulheres aparenta que a vida prossegue independente da “doença”, distinto das concepções discursivas da biomedicina; referendando a idéia de um envelhecer feminino calcado na busca de autonomia.

Isto leva a crer que a estruturação biográfica das “Marias” é marcada por singularidades oriundas de trajetórias específicas da sua individualidade como mulheres entre 50 e 59 anos e consolidadas a partir de elementos sociais e culturais. Acrescenta-se, também, que a possibilidade de uma expectativa de vida mais longa aponta a presença de um modo de viver ressignificado em esperanças e expectativas voltadas para outros modelos relacionais afetivos, como por exemplo, o privilegiar das amizades e o “manter-se” sozinha em detrimento à busca de outro relacionamento conjugal, configurando outros papéis sociais e instituindo a necessidade de permanecer ou criar atividades produtivas.

Apesar deste contexto, entre as “Marias” não se percebe a mudança de padrões comportamentais coletivos. As falas revelaram uma tendência a um padrão mais tradicional (cuidar da casa, do marido, dos filhos), salvo as exceções, nos quais esta estruturação não é mais possível (viuvez, separação). Isto reforça a necessidade de distinguir e salientar que esta concepção traz especificidades em decorrência da classe social onde estas se situam, diferentemente de outros posicionamentos mais liberais percebidos e estudados nas classes média e alta.

Vale lembrar que a historicidade configurada na vida das mulheres deste estudo decorre de experiências contextualizadas na sua realidade, portanto, adquirem características e valores próprios da conjectura social cearense, exibindo uma análise diferenciada em consequência da diversidade circunstancial envolvida nos processos de envelhecimento, nas distintas metáforas que estruturam a arte de viver, na qual se explicitam valores, escolhas e significados.

A rede de relações familiares denota que acontecimentos da vida cotidiana dialogam com corporalidades, socialidades e subjetividades, que, por sua vez, expressam fragilidades e potencialidades. Neste prisma, as emoções, observadas no processo interativo destes acontecimentos, tornam-se um elemento fundamental e singular para a compreensão das experiências que são vividas e sentidas pelas “Marias”.

Estas experiências, como conjunto de práticas sociais, organizam comportamentos cotidianos e constroem especificidades na experiência coletiva, criando diferenciações de modos de levar a vida entre mulheres de condições sociais distintas, decorrentes de contextos determinados culturalmente, possibilitando inúmeras e distintas formas de compreensão como fenômeno.

Atrela-se a isto a estruturação de saberes, que se tornam um espaço revelador da realidade social e afetiva, ou seja, como fenômenos sociológicos e emocionais, dimensionam a micro e macro análise da vida cotidiana das “Marias” na fase dos 50 aos 59 anos. As implicações sobre os aspectos que compõem estas análises revelam a interlocução entre a subjetividade e o corpo através de significados acerca do processo de envelhecer, corroborado pela autorregulação e coprodução das instituições da modernidade.

A reflexividade do eu, incitada pelos dilemas cotidianos das “Marias”, demonstra “vocações para a superação” de períodos significativos da

trajetória de vida destas “cinquentonas”, resultantes de uma “confiança” sobre si mesmas.

É nesta vivência comum de situações precárias, presentes nas falas e expressadas pelas “Marias”, que se constroem algumas similitudes e singularidades que legitimam a relevância analítica das trajetórias de vida de “cinquentonas” diante do seu processo de envelhecer; que se revelam experiências e modos de levar a vida, indo-se além da visão biomédica da osteoporose.

REFERÊNCIAS:

ABOIM, S. Conjugalidade, afectos e formas de autonomia individual. **Análise Social**, vol. XLI. n. 180, p. 801-825, 2006.

AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, Vol. 40, n. Esp, p.121-32, ago. 2006.

ALBARELLO, L. et al. **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 2005.

ARANHA, L.L.M. et al . Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 298-303, abr. 2006 .

BARROS, D.D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol.12, n.2, p.547-54, maio-ago. 2005.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, pp. 67-84, jul. 2002.

BECKER, H.S. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BERQUÓ, E.; BAENINGER, R. **Os Idosos no Brasil: considerações demográficas**. Núcleo de Estudos de População: Campinas, 2000. Disponível em: [http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_37 .pdf](http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_37.pdf). Acesso em: 20 jan. 2012

BORDO, S. **Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body**. Berkeley, Los Angeles: California Universit Press, 1993.

BORN, C. Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 5, jun. 2001.

BOTH, Elizabeth. **Família e Rede Social**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 2010.

BRITTO DA MOTTA, A. Gênero e geração: de articulação fundante a “mistura indigesta”. In: FERREIRA, S.L.; NASCIMENTO, E.R. do. **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, 2002.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1991.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**. London, vol. 4, n.2, July 1982.

CAMPOS, R. B. C. et al. Cuidando de si e do futuro: estrutura dos sentimentos nas práticas corporais femininas. In: KOURY, M. G. P. e BARRETO, M. C. R. (Org.). **Antropologia da Emoção. Ensaios**. João Pessoa: GREM, 2004. (Edição em CD-Rom).

CARVALHO, M. I. de. Osteoporose: visão do ortopedista. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, vol. 41, n.4, p. 91-97, abr. 2006.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.19, n.3, p. 725-733, mai-jun 2003.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 2008.

DEBERT, G. G. Envelhecimento e curso da vida. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 1, ano 5: p. 120-128, jan-jun 1997.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, março/ 2002.

DUBET, F. **Sociologia da experiência**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, G.G., (org.). **Antropologia e velhice**. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994, p. 49-71.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, Aug. 2007.

FRÚGOLI JR., H. **Sociabilidade urbana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

GIDDENS, A. **Central problems in social theory: action, structure, and contradiction in social analysis**. California: University of California Press, 1979.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: UNESP, 1993.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S.. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: UNESP, 1997.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOFFMAN, E. **A representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 2007.

GOLDENBERG, M. **Toda mulher é meio Leila Diniz**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2008.

GOLDENBERG, M. **Coroas: corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GOMES, Z.P. Corpo, pessoa e ordem social. **Proj. História**. São Paulo, v. 25, p. 81-97, dez. 2002.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, p.61-78, jan.-abr. 2002.

GUARNIERO, R.; OLIVEIRA, L. G. Osteoporose: atualização no diagnóstico e princípios básicos para o tratamento. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, vol. 39, n. 9, p. 477-485, set. 2004.

GUERRA, I. Modos de vida: novos percursos e novos conceitos. **Sociologia: problemas e práticas**. Lisboa, n. 13, p. 59-74, 1993.

FERREIRA, A. B. de H. **Miniaurélio**: minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

HERMANN, R. **Maturidade revista**: depoimentos de corpo e alma sobre a feminilidade da mulher madura. São Paulo: Editora Gente, 2003.

HERZLICH, C. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.193-203, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em: 27 nov. 2011

JUAN, S. Un enfoque socio-antropológico sobre la vida cotidiana : automatismos, rutinas y elecciones. **Espacio Abierto**: Cuaderno Venezolano de Sociología. Maracaibo, vol. 17, nº 3, p. 432-454, 2008.

JUNG, C. G. **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, 1998.

KAUFMAN, S. R. The social construction of frailty: an anthropological perspective. **Journal of aging studies**. v.8, n.1, p. 45-58, 1994.

KÉPÈS, S. ; THIRIET, M. **Mulheres de 50 anos**. Porto Alegre: L&PM, 1994.

KOURY, M.G.P. A dor como objeto de pesquisa social. **Ilha: Revista de Antropologia**. Florianópolis, v. 1, n.0, p.71-83, out. 1999.

KOURY, M. G. P. **Introdução a sociologia da emoção**. João Pessoa: Manufatura / GREM, 2004.

KOURY, M. G. P et al. Formas de Sociabilidade e Uso do Espaço sob a Ótica dos Medos no Urbano Contemporâneo: Um estudo de caso em alguns bairros da cidade de João Pessoa, Paraíba. In: KOURY, M. G. P. e BARRETO, M. C. R. (Org.). **Antropologia da Emoção. Ensaios**. João Pessoa: GREM, 2004. (Edição em CD-Rom).

KOURY, M. G. P. Narrativas sobre o envelhecer: o imaginário de homens e mulheres sobre a construção do envelhecimento. **RBSE**, João Pessoa, v.10, n.28, p. 45-73, abr. 2011. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSE%2010.28.abril2011.pdf> . Acesso em: 20 jan. 2012.

LANGDON, J. E. **A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Conferência 30 Anos de Xingu. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm#fn1> . Acesso em: 08 jun. 2011.

LEMONS, M.C.D. et al . Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 323-328, out. 2006 .

MACHADO, I. Sobre vivências urbanas: Estilos de vida e práticas sociais em contexto de requalificação urbana. In: **Vº Congresso Português de Sociologia**. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção., 5., 2004; Braga. Actas do Vº Congresso Português de Sociologia

MAFFESOLI, M. A sociologia como conhecimento da socialidade. In: BARBOSA, J. G. (coord.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos: EDUFSCAR, 1998.

MARKLE-REID, M.; BROWNE, G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 44, n.1, p.58-68, oct. 2003.

MAROY, C. A análise qualitativa de entrevistas. In: ALBARELLO, L. et al. **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 2005.

MARTINS, J.S. **A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala**. São Paulo: Contexto; 2008.

MAZZA, S.R.; MOTA NETO, H.; LEITE, J.A.D. Osteoporose: o olhar da paciente. In: **III Congresso Internacional de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas**, 3., 2004; São Paulo, SP. Anais do III Congresso Internacional de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas. (Sessão de pôster)

MICHAELIS: dicionário escolar língua portuguesa. 3. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2008.(Edição revisada pelo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa).

MOREIRA,V. ; NOGUEIRA, F. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia USP**, São Paulo, vol.19, no.1, p.59-79, mar. 2008.

NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. About Osteoporosis. Bone Health Basics. Washington. 2008. Disponível em: <http://www.nof.org/aboutosteoporosis/bonebasics/whybonehealth> . Acesso em 20 fev. 2011.

NERI, A.L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: NERI, A.L., (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2001, p. 11-37.

OLIVEIRA, P. P.; et al. O Uso da ultra-sonometria óssea de calcâneo para avaliação de risco de fratura por osteoporose. **Femina**; Rio de Janeiro, vol. 32, no. 7, p.613-616, ago. 2004.

PAIS, J. M. Lazeres e sociabilidades juvenis — um ensaio de análise etnográfica. **Análise Social**, Lisboa, vol. XXV, no.108-109, p.591-644, 1990.

PAIS, J. M. **Vida Cotidiana: enigmas e revelações**. São Paulo: Cortez, 2003.

PAIS, J. M. **Culturas Juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2003a.

PAIS, J. M. **Traços e risco de vida**. Porto: Âmbar, 2005.

PAIS, J. M. **Ganchos, tachos e biscates: jovens, trabalho e futuro**. Porto: Âmbar, 2005a.

PAIS, J. M. **Nos rastros da solidão: deambulações sociológicas**. Porto: Âmbar, 2006.

PAIS, J. M. Cotidiano e reflexividade. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 28, n. 98, p. 23-46, jan./abr. 2007.

PAIS, J. M. Cursos de vida, padronizações e disritmias. In: PAIS, J. M.; FERREIRA, V.S. (orgs.). **Tempos e transições de vida: Portugal ao espelho da Europa**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010. p. 19-35.

RODRIGUES, A.D. Para uma sociologia fenomenológica da experiência quotidiana. **Rev. Crítica de Ciências Sociais**. Coimbra, n. 37, p.117-129, jun. 1993.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBARELLO, L. et al. **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 2005.

SANT'ANNA, D.B. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, C.L. (org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 3-23.

SANTOS, G.A. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Textos & Contextos (PUCRS)**, Porto Alegre, n.1, ano I, p. 1-12, nov. 2002.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia. 2006. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SARDENBERG, C. M. B. A mulher frente à cultura da eterna juventude: reflexões teóricas e pessoais de uma feminista “cinquentona”. In: FERREIRA, S.L.; NASCIMENTO, E.R. do. **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, 2002.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004 .

SIMMEL, G. Cuestiones fundamentales de sociologia. Barcelona: Gedisa, 2002.

SIMÕES, J.A. Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idades e identidades sexuais. In: **Simpósio Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras**. CLAM/IMS/UERJ e PAGU; 2003.

SMITH, R.; HARRISON, J.; COOPER, C. **Shared care for osteoporosis**. Oxford: Isis Medical Media, 1998.

SOUSA, V. B. Medo, Memória e Pertença: O caso da favela do Poço da Draga em Fortaleza (CE). In: KOURY, M. G. P. e BARRETO, M. C. R. (Org.). **Antropologia da Emoção. Ensaios**. João Pessoa: GREM, 2004. (Edição em CD-Rom).

SOUZA, C. A. M. de; SARAIVA, L. J. C.. Saiu do bordel e foi a igreja: sociabilidade, família e prostituição no bairro do Jurunas, Belém-Pará. In:

KOURY, M. G. P. e BARRETO, M. C. R. (Org.). **Antropologia da Emoção. Ensaios**. João Pessoa: GREM, 2004. (Edição em CD-Rom).

SOUZA, L. B. de; MAZETO, G. M. F. da S.; BOCCHI, S. C. M. Autogerindo o tratamento da osteoporose no regaste do bem-estar, mediado pela (in)visibilidade de indicadores da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 398-405, jun. 2010 .

VELHO, L. Z. et al. Avaliação quantitativa ultra-sonográfica do calcâneo permite diferenciar mulheres com e sem fraturas ósseas recentes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 229-233, jun. 2007.

VOLICH, R.M. De uma dor que não pode ser duas. In: Berlinck, M.T., (Org.). **Dor**. São Paulo: Editora Escuta; 1999.

WAUTIER, A. M. Para uma Sociologia da Experiência. Uma leitura contemporânea: François Dubet. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 5, nº 9, p. 174-214, jan/jun 2003.

WIRTH. L. Urbanism as a way of life. **The American Journal of Sociology**, Chicago, v. 44, n. 1, p. 1-24, jul. 1938.

WOLF, A. D. Huesos fuertes en la tercera edad: editorial. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud: recopilación de artículos**. Ginebra, n. 1, p. 9-10, 1999.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada *Quando os ossos se desmancham*: sentidos do adoecer e do viver na mulher com osteoporose. O objetivo deste estudo é de Compreender os sentidos da “fragilidade óssea” nas experiências vivenciadas cotidianamente por mulheres com osteoporose, a fim de possibilitar o entendimento de suas implicações nas características do seu adoecer e nos modos de viver.

Portanto, gostaríamos de convidar a Sra. para participar desta pesquisa.

Salientamos que sua participação é voluntária e a sra. poderá a qualquer momento deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Tendo sido informada sobre a pesquisa

Eu, _____, Telefone _____, aceito
participar, por livre e espontânea vontade, da pesquisa
Fortaleza,

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 2

Roteiro para as entrevistas**1º Encontro**

- Apresentação
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Informações sobre
 - ✓ Nome:
 - ✓ Idade:
 - ✓ Endereço:
 - ✓ Escolaridade:
 - ✓ Moradia (estrutura e alugada/própria)
 - ✓ Profissão:
 - ✓ Religião:

2º Encontro

- Temática 1: Trajetória do diagnóstico (ida à policlínica); o primeiro diagnóstico (sentimentos e percepções a respeito); tratamento (sentimentos e percepções a respeito).

Perguntas desencadeadoras:

Como foi que você chegou à policlínica nascente?

O que passou pela sua cabeça quando você soube que tinha osteoporose?

Como era seu dia a dia e o que mudou depois da sua ida a policlínica?

- Temática 2: História de vida (afetividades, atividade produtiva); situações de vida; eventos significativos; características das rotinas do dia a dia.

Pergunta desencadeadora:

Fale-me sobre como foi a sua vida?

3º Encontro

- Temática 1: percepções sobre o corpo; práticas corporais; formas de cuidado com a saúde e o corpo. Fontes de informação e saber. Rotina alimentar.

Pergunta desencadeadora:

Quais são os cuidados costumeiros / cotidianos que você tem com o seu corpo?

- Temática 2: Atividades de lazer; atividades sociais e religiosas; convivência grupal; vida doméstica; vida produtiva; relações e interações.

Perguntas desencadeadoras:

Como você ocupa seu tempo?

Que atividades de lazer ou religiosas costuma participar?

4º Encontro

- Temática 1: Reconhecimento ou não da osteoporose como doença.

Pergunta desencadeadora:

Eu tenho uma tia que me disse que a osteoporose é quando os ossos se desmancham. O que você acha disto? Qual o significado disto para você?

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 142 / 08

Protocolo 1818

Projeto de Pesquisa QUANDO OS OSSOS SE DESMANCHAM: SENTIDOS DO ADOECER E DO VIVER NA MULHER COM OSTEOPOROSE

Pesquisador(a) Selene Regina Mazza

13 de JUNHO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 5.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 06/06/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª MARIA DA PENHA COSTA VASCONCELLOS
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

Selene Regina Mazza

É Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na Área de Concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade. Linha de Pesquisa: Ciências sociais, saúde pública e questões contemporâneas. É graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (1989). Tem especialização em Psicologia Junguiana pela Universidade de Ribeirão Preto/IBEHE(1997) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2002). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia da saúde atuando principalmente nos seguintes temas: psicologia social, saúde pública, saúde mental e psicoterapia junguiana.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 26/12/2011
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/4169212459020724>

**Certificado
pelo autor em
26/12/11**

Dados pessoais

Nome Selene Regina Mazza

Nome em citações bibliográficas MAZZA, S. R.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

- 2008** Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
com período sanduíche em Universidade de Lisboa(Orientador:Chiara Gemma Pussetti) .
Título: Indo além da osteoporose: experiências e modos de levar a vida em mulheres cinquentárias
 Maria da Penha Costa Vasconcellos.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ,CAPES ,Bra
Palavras-chave: saúde pública; psicologia social.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Psicologia / *Subárea:* Psicologia Social
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Mulher.
- 2000 - 2002** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 4) .
Universidade Estadual do Ceará, UECE, Brasil.
Título: Sistema Único de Saúde: seu contexto político sob o olhar do psicólogo da rede pública
de Obtenção: 2002.
Orientador: Ana Silvia Rocha Ipiranga.
Palavras-chave: saúde pública; políticas de saúde; psicologia; práticas discursivas.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Psicologia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Ciência Política / *Subárea:* Políticas Públicas.
Setores de atividade: Saúde Humana; Educação.
- 1994 - 1996** Especialização em Psicologia Junguiana . (Carga Horária: 558h).
Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Brasil.
- 1984 - 1989** Graduação em Psicologia .
Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.

Formação complementar

- 2009 - 2009** Cuidando do cuidador familiar do idoso. (Carga horária: 20h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Maria da Penha Costa Vasconcellos

Graduada em Psicologia e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Doutora em Saúde Pública e Livre-docente pela Universidade de São Paulo/USP. Docente na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Mestrado e Doutorado, com ênfase em questões da sociedade contemporânea e saúde pública. Membro fundador do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública e responsável pelo Centro de Memória da Saúde Pública/FSP - USP. Atua na linha de pesquisa "Ciências Sociais, Saúde Pública e questões contemporâneas", particularmente, nos recortes temáticos: desigualdade social, história social e cultural das práticas de saúde, dimensões subjetivas do processo de adoecimento, cotidiano e modos de vida de grupos sociais, pesquisa social.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 14/12/2011
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/3628660302048530>

Dados pessoais

Nome Maria da Penha Costa Vasconcellos
Nome em citações bibliográficas VASCONCELLOS, M. P.
Sexo Feminino
Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Avenida Dr. Arnaldo 715
Cerqueira César
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240
URL da Homepage: <http://www.usp.br>

Formação acadêmica/Titulação

- 2008** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Ensaio sobre a Fenomenologia Interpretativa na perspectiva de Alfred Schutz: uma cor pesquisa qualitativa na investigação em Saúde Pública. Nota de aprovação 9,54. *Ano de obtenção:* 2008.
Palavras-chave: ciencias sociais; investigação; saúde pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 2004** Livre-docência.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: A contribuição da psicologia social no campo da Saúde Pública. Nota de aprovação: 10, obtenção: 2004.
Palavras-chave: Departamento de Psicologia Social.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Psicologia / *Subárea:* Psicologia Social.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
- 1995 - 2000** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais: uma reflexão a partir da Pública de Minas Gerais. *Ano de Obtenção:* 2000.
Orientador: Jair Lício Ferreira Santos.
Palavras-chave: Formação Sanitária; políticas públicas; políticas sociais.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 1986 - 1992** Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) (Conceito CAPES 5).
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiátrica Paulo - 1885 à 1923. *Ano de Obtenção:* 1992.
Orientador: Mary Jane Paris Spink.