

Nós e o Outro: envelhecimento,
reflexões, práticas e pesquisa

Nós e o Outro: envelhecimento,
reflexões, práticas e pesquisa

Temas em Saúde Coletiva



**Nós e o Outro: envelhecimento,
reflexões, práticas e pesquisa**

Temas em Saúde Coletiva

13

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-8588169-20-3 Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Núcleo de Documentação e Informação do Instituto de Saúde

Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa/ organizado por Belkis Trench, Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

290p. (Temas em Saúde Coletiva, 13)

ISBN 978-85-88-88169-20-3

1. Envelhecimento 2. Política de Saúde 3. Prática de Saúde Pública

I. Trench, Belkis. II. Rosa, Tereza Etsuko da Costa. III. Série.

Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa

Instituto de Saúde

*Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3293-2244
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br*

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Giovanni Guido Cerri

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde

Luíza Stermann Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde e diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento

Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva

Volume 13 – Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-20-3

Tiragem: 2000 exemplares

Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa.

Organização: Belkis Trench e Tereza Etsuko da Costa Rosa

Edição: Márcio Derbli

Tradução do capítulo “Envelhecendo na América Latina: narrativas e histórias de imigrantes andaluzes”:
Diana Castilho

Revisão, Capa e tratamento de imagens: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Imagem da capa: Belkis Trench

Projeto gráfico, editoração e impressão: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Alexandre Martineli

Administração

Bianca de Mattos Santos

Biblioteca

Carmen Campos Arias Paulenas e Ana Maria da Silva

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Belkis Trench – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil

Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Charles Dalcanale Tesser – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis-SC – Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte – Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

José Ruben Bonfim – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Luíza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo – Labjor/UNICAMP – Campinas-SP – Brasil

Sônia I. Venancio – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Tania Margarete Mezzomo Keinert – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Tereza Etsuko da C. Rosa – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa

**Belkis Trench
Tereza Etsuko da Costa Rosa**
Organizadoras

**Instituto de Saúde
São Paulo - 2011**

Sumário

Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa

Organização: Belkis Trench
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Prefácio

Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira

Maria Cecília de Souza Minayo 7

Apresentação

Velho outro?

Belkis Trench e Tereza Etsuko da Costa Rosa 17

Artigos

Envelhecimento e interdisciplinaridade: uma prática em construção

Guiomar Silva Lopes 21

Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira

Adriano da Silva Rozendo e José Sterza Justo 35

O envelhecimento na perspectiva feminista: Simone de Beauvoir, Germaine Greer e o Coletivo de Boston

Wilza Vieira Villela e Eleonora M. Oliveira 59

Sexualidade e envelhecimento

Margarida Barreto e Roberto Heloani 77

O fim do sangue: menopausa e envelhecimento entre as índias guaranis do Rio Silveira

Belkis Trench e Rafael Tadashi Miyashiro 97

Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo

Júlio Assis Simões 119

Envelhecer em outro corpo	
Luís Pereira Justo	139
Envelheço na cidade: sobre cotidianos do envelhecer na região central de São Paulo	
Monique Borba Cerqueira, Manuela de Resende Botelho Rizzaro Pucci, Joyce Bernardo, Rodrigo Marcinkevicius Saltão e Laura Castelo Branco Silveira.....	159
Envelhecimento em situação de rua: A história de Maria Rosa	
Anderson da Silva Rosa e Ana Cristina Passarella Brêtas.....	183
Envelhecer nos quilombos	
Anna Volochko	199
Pelas lentes da memória: fotografia e interconhecimento no sertão da Bahia	
Alessandra Alexandre Freixo.....	225
Envelhecendo na América Latina: narrativas e histórias de migrantes andaluzes	
Mariola Bernal, Andrea González, Salomé Valencia, Sandra Pinzón, Carlos Moreno, Antonio Sagués, Alexandre Kalache	
Tradução: Diana Castilho	243
Reflexões sobre o envelhecimento: memórias de pacientes de hanseníase que passaram pelo isolamento compulsório	
Yara Nogueira Monteiro e Marli Penteado Manini	267
Aids, envelhecimento, vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da saúde coletiva	
Renato Barboza	297
Envelhecimento, tempo e desejo na hipermodernidade	
Abílio Costa-Rosa e Tereza Etsuko da Costa Rosa	321

Prefácio

Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira

Maria Cecília de Souza Minayo ¹

Sentidos e espaços da velhice na legislação, envelhecimento feminino revisto em autoras seminais, visão de índias guaranis sobre a menopausa, vivência da sexualidade por idosos gays, envelhecimento no corpo transexual, ser velho vivendo na cidade, morando na rua, em quilombos, nos sertões, em situação de imigrante ou convivendo com AIDS são os temas deste livro organizado por Belkis Trench e Tereza Etsuko da Costa Rosa que ora prefacio. Múltiplas, importantes e interessantes abordagens aguçam a curiosidade dos que hoje no Brasil se interessam pelo segmento social de cabelos brancos (ou tingidos) e se impõem – pela sua presença inescapável – ao olhar do espectador, até do mais distraído. Os autores recomendam que tudo deve ser visto a partir de uma perspectiva interdisciplinar nesta coletânea instigante.

O que de novo traz este livro sobre o envelhecimento? Com certeza, ele dá relevância a aspectos com os quais o leitor está pouco familiarizado, pois, embora a pessoa idosa no Brasil, mais do que nunca, venha merecendo o interesse dos pesquisadores e as preocupações dos gestores públicos, inúmeros trabalhos existentes ainda dão ênfase às questões médicas, de previdência e de serviço social. Portanto, esta obra inova e mostra que há ainda muito a aprender, a admirar e a desmitificar sobre os velhos brasileiros.

Lisonjeada pelo convite, gostaria de contribuir, trazendo ao leitor alguns aspectos sociodemográficos e culturais que poderiam corroborar os achados das pesquisas aqui publicadas.

¹ Maria Cecília de Souza Minayo (cecilia@claves.fiocruz.br) é Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde e Editora chefe da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Em primeiro lugar, seria preciso assinalar que o envelhecimento da população brasileira, sob o ponto de vista demográfico, é um fenômeno impressionante. No início do século XX, a esperança de vida do brasileiro não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50 na metade desse século e atingindo 73,5 em 2010 (76,3 anos, no caso das mulheres, e 69,1 anos, para os homens). Seguindo o estatuto legal estabelecido pela Política Nacional do Idoso e pelo Estatuto da Pessoa Idosa, que assinala os 60 anos ou mais de idade como o marco do envelhecimento, *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, a PNAD 2009 (IBGE, 2010), revela que a proporção de idosos passou de 9,1% do total em 1999 para 11,3% em 2009, o que significa, hoje, a existência de mais de 22 milhões de brasileiros acima de 60 anos. Esse número já supera a população de velhos de vários países europeus, entre os quais, a França, a Inglaterra e a Itália (entre 14 e 16 milhões), de acordo com as estimativas para 2010, das Nações Unidas. A elevação da expectativa de vida é também impressionante no próprio grupo dos idosos, pois entre 1997-2007, enquanto a população brasileira entre 60-69 anos apresentou crescimento relativo de 21,6%, o grupo de 80 anos ou mais aumentou 47,8%, chegando a 65% em alguns lugares, (IBGE, 2010).

Mas importante que o aumento quantitativo, podemos dizer que os velhos brasileiros hoje compõem uma coorte da população na qual a maior parcela tem total ou parcial autonomia, capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico, social e cultural, desempenha papéis importantes na família e têm rendimentos próprios. Estudos de Camarano e colaboradores já em 2004 mostravam que 87% dos idosos do sexo masculino no Brasil chefiavam famílias, 72,6% trabalhavam mais de 40 horas semanais e apenas 12,6% recebiam rendimento menor do que um salário mínimo mensal. As mulheres estavam em situação menos favorável que os homens: 20% delas viviam em casa de parentes, 18,5% não tinham renda, 17,5% não tinham autonomia para lidar com as atividades do cotidiano e 8,3% não enxergavam. Entre os homens, o estudo encontrou menor o percentual com sérias dependências (13,3%) e que não enxergavam (7,4%). Em resumo, os dados demográficos mostram que 85% dos idosos brasileiros são ativos e produtivos, mesmo quando vivenciam algum problema de saúde como os apontados pela PNAD 2008 (IBGE, 2010a), que encontrou 48,9% das pes-

soas acima de 60 anos com mais de uma doença crônica (isso não significa que elas não tenham autonomia), sendo que 32,5% não tinham cadastro na Estratégia de Saúde da Família nem plano de saúde particular.

Alguns aspectos merecem destaque do ponto de vista sociodemográfico: (1) aumento do número dos que vivem sozinhos (6,7 milhões), sendo que desses, 40% são mulheres; (2) participação dos idosos na composição da renda total familiar, o que já ocorre em 53% dos domicílios; (3) concentração da população idosa em algumas regiões (no Sudeste vivem 9,4 milhões e no Nordeste, 5,1 milhões) e nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; na área urbana (17 milhões em relação os 3,4 milhões na área rural); (6) diminuição da parcela vivendo em situação de pobreza, 12,2% (correspondendo a 2,5 milhões) com rendimento médio mensal domiciliar *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, a maioria, da área rural do Nordeste; (7) incremento de famílias intergeracionais: 9,7 milhões de domicílios e 38 milhões de moradores de várias gerações numa mesma casa (IBGE, 2010).

Como se pode deduzir, a referência etária abrange uma população que recobre um intervalo vital no mínimo de 30 anos, constituído por pessoas que construíram e constroem uma trajetória de vida muito diferenciada do ponto de vista subjetivo e social, como é o viver nas cidades ou nas regiões rurais, pertencer à determinada classe social ou etnia, ser do sexo feminino ou masculino, ter determinada opção sexual e possuir determinado nível educacional. Também é importante ressaltar que aqui, como no mundo inteiro, os padrões de avaliação do que seja ser velho estão se transformando. Chamo a atenção para o fato de que neste momento histórico, a geração dos anos 1960 chegou à ampla porteira aberta da última etapa da vida e, com certeza, sua presença contestadora, engajada, aberta a novas aventuras ainda vai dar muitas reviravoltas nos nossos antigos modos de pensar e de viver o envelhecimento.

Antropologicamente, a velhice deve ser vista compondo o ciclo de vida, mas diferentemente das etapas que a antecedem. Essa é a última estação antes da parada da morte, o que torna os velhos ao mesmo tempo vinculados ao mundo em que vivem e dependentes das injunções da cultura sobre a velhice e das determinações biológicas que os constroem. Desta forma, fazendo coro com vários textos que compõem este livro,

gostaria de ressaltar alguns mitos que precisamos vencer – a sociedade junto com os próprios idosos – e dos quais falarei brevemente.

(1) Em primeiro lugar, assinalo a destinação antecipada a um lugar social estereotipado que o aparente cuidado social reserva aos velhos. Essa destinação tem muitas formas de expressão: “recolhimento interior” (eufemismo do afastamento do trabalho); a “inatividade” (rotulação dos aposentados); excessivo foco na prevenção das possíveis doenças (medicalização da idade); frequente infantilização da vida da qual as festinhas da terceira idade são símbolos. É importante ressaltar que esse lugar social estereotipado, quase sempre se coloca na contramão do papel real dos idosos na conjuntura atual do País no que tange à vida econômica, política, cultural e social, tal como os dados da PNAD 2009 (IBGE, 2010) e Camarano *et al* (2004) tratados acima, demonstram.

(2) Em segundo lugar, ressalto o mito da velhice como um fato homogêneo que olha os idosos como se todos fossem iguais. Do ponto de vista antropológico, o primeiro aspecto a se observar é que “velho” não constitui uma categoria de análise e, se tratarmos essa população como uma massa uniforme, perderemos a riqueza de suas possibilidades e a substituiremos por estereótipos. As diferenciações são infindas: é absolutamente diferente envelhecer no campo ou na cidade, numa família rica e de posses ou numa família pobre, ser homem ou ser mulher, ter tido um emprego ou apenas ter vivido de atividades informais ou do lar, ser dependente ou independente física, mental, econômica ou socialmente. Além das grandes categorias de análise citadas, o mais genuíno diferencial entre os idosos se encontra na sua subjetividade e na sua singularidade. Cada pessoa retoma permanentemente os dados de sua história e os reconstrói com os fios do presente. É exatamente a crença na historicidade pessoal e nas possibilidades peculiares de cada um que nos induz a chamar o idoso à sua corresponsabilidade na qualidade de seu envelhecimento. Essa etapa da vida pode ser, como experiência pessoal, o tempo da decadência, o tempo do isolamento, ou o tempo do protagonismo e do amadurecimento. Nesse sentido, independentemente de padecer algum tipo de enfermidade ou falta de autonomia, nada substitui o envolvimento do sujeito na condução de sua existência. Pois uma coisa é a preservação da saúde (o que muitas vezes independe da vontade pessoal) outra é a manutenção da autonomia moral que está

na raiz da expectativa de ter uma vida feliz e realizada. Pelo fato da velhice fazer parte do ciclo da vida, o velho costuma colher na última etapa existencial o que plantou em toda a sua história. Ninguém se torna um idoso respeitável, saudável e sábio se não construiu esses valores, palmo a palmo.

(3) Um dos mitos mais populares sobre o envelhecimento é igualá-lo a uma doença, consagrando uma visão essencialista da dimensão biológica. Como muitas questões da vida, na sociedade ocidental o assunto da velhice foi “medicalizado”, seja para ser regulado por normas, seja para ser pensado de forma preventiva, seja para ser assumido nos seus aspectos de disfunções e distúrbios que, se todos padecem, são muito mais acentuados com a idade. Em torno da gerontologia se estabeleceu um grande mercado consumidor, refinando os instrumentos e as medidas que rotulam o cotidiano da existência dos idosos. Nem tanto ao céu nem tanto à terra! Numa ampla revisão sobre envelhecimento e qualidade de vida, Baltes e Smith (2006) tomaram muito cuidado para não passar a ideia folclórica de que a velhice seja a melhor idade e nem de que ser velho é ser doente. Os autores mostram perdas e ganhos. Do ponto de vista positivo consideram a grande contribuição dos idosos para a cultura material, social, psicológica e de saúde o que pode ser altamente potencializado pela forma como a sociedade os integra. Do lado negativo, os autores constataam entre os que têm muitos anos de vida (acima dos 80 anos) grandes dificuldades para viver e morrer com dignidade, pelo menos no atual estágio da medicina e do desenvolvimento social. No entanto, a antropologia sempre nos ensina que viver e morrer com dignidade não constituem uma categoria objetiva de classificação da realidade. Pois, se de um lado, existe uma dinâmica biológica do envelhecimento da qual ninguém pode se livrar, de outro, a maioria dos problemas vem da dificuldade dos próprios idosos em aceitar os limites da idade: o envelhecimento psíquico não se relaciona apenas com a idade cronológica. Há pessoas jovens com características de rigidez e inflexibilidade próprias da velhice. Ao contrário, há idosos com mente aberta e flexível. Pois a velhice não constitui uma propriedade substancial que os indivíduos adquirem com o avanço do tempo biológico. As marcas do tempo são reais e podem ser reconhecidas por sinais externos do corpo. Mas tais sinais são apropriados e elaborados simbolicamente por todas as sociedades e

pelos próprios sujeitos, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político organizador do sistema social (Minayo & Coimbra, 2002).

(4) O velho como um ser descartável é uma das crenças mais comuns na nossa sociedade. Em geral, o imaginário social sobre a pessoa idosa apresenta uma visão negativa do envelhecimento e mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha. Dessa forma, os velhos fora do mercado do trabalho, vivendo com parca aposentadoria ou em dependência financeira dos filhos ou do Estado seriam peso morto e inútil. O pior desse tipo de mito é que os próprios idosos costumam internalizá-los, tornando-se menores e menos potentes do que poderiam ser. A ideologia do descarte é típica e muito relevante na sociedade ocidental e no caso, no Brasil, mesmo quando todos os dados objetivos – como os apresentados na primeira parte deste prefácio – digam o contrário. Como lembra Norbert Elias: “... A fragilidade dos idosos é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência os isola. Podem se tornar menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil: o isolamento tácito dos velhos, o gradual esfriamento de suas relações a quem eram afeiçoadas, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança” (2001, 8). A discriminação internalizada frequentemente leva os mais velhos a uma atitude de negação, buscando parecerem mais jovens para serem aceitos e acolhidos (Lins e Barros, 2000), obscurecendo-se, assim, suas características, seus atributos e sua identidade.

(5) O mito da velhice como problema – Essa visão atravessa todas as classes sociais e instituições e tem três focos principais: a família, o setor saúde e o Estado. Na família, embora seja o espaço onde viva a maior parte dos idosos recebendo amor e carinho, em muitos casos a presença da pessoa idosa é um incômodo. Frequentemente, ela é alvo perdedor dos espaços na casa e de negligências quanto a suas necessidades de alimentação, segurança, lazer e participação (Queiroz *et al*, 2010). Sofrem mais os idosos sem condições financeiras de se manter e os que possuem maiores dependências físicas e mentais.

A área da medicina e da saúde pública também costuma ver o idoso como problema. Apesar de, como afirma Camarano (2004), ter havido

uma redução na proporção da população idosa considerada vulnerável (sem autonomia funcional e sem rendimentos) e uma conseqüente redução da dependência em relação a seus familiares nos últimos 20 anos, os planejadores e gestores se preocupam com os gastos e a governabilidade, pois o custo com suas enfermidades é três vezes mais elevado do que com os outros grupos etários (Camarano, 2004). Isso ocorre pelo aumento das enfermidades crônicas, degenerativas e terminais como a diabetes melito, os distúrbios cardiovasculares, articulares, respiratórios, de movimento; as enfermidades incapacitantes como a demência senil, o mal de Alzheimer e o mal de Parkinson; além do incremento das ocorrências de depressões e de falhas cognitivas.

No caso brasileiro, a ideia de que os velhos constituem um problema social também vem sendo construída pelo Estado. Na verdade, o Estado brasileiro – com suas políticas, diretrizes e formulações – tem uma posição contraditória. De um lado, já desde 1994 criou a Política Nacional do Idoso (PNI) promulgada pela Lei nº 8.842. Essa lei assegura, no artigo 1º, os direitos sociais desse grupo social, especificando as condições necessárias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dentre outras regulamentações, está a implantação do Conselho Nacional do Idoso com a finalidade de impulsionar a implantação da política. Em 2003, o governo promulgou o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) e, a partir de então, uma série de planos e normas técnicas foram elaboradas, sendo ele considerado como uma proposta avançada internacionalmente. O Estatuto reconhece os direitos e o protagonismo dos idosos em todas as esferas sociais, políticas e culturais (Souza & Minayo, 2010). Porém, de outro lado, o próprio Estado promove um imaginário que aterroriza os idosos, pois os coloca como responsáveis pelos desequilíbrios da Previdência, das políticas sociais e de saúde.

Há ainda muitos outros mitos sobre o envelhecimento, muitos dos quais tratados nos artigos deste livro, como a questão da sexualidade. Eu quis apenas apresentar os mais comuns, chamando a atenção para a necessidade de cultivarmos uma visão do envelhecer como tempo produtivo específico da vida emocional, intelectual e social e, assim, superarmos os estigmas da discriminação por idade. A positivação da identidade do idoso leva a ressaltar o que há de importante e específico nesta etapa da

vida para desfrutá-lo. Por outro lado, ela não significa a alienação quanto aos inúmeros problemas associados que muitas pessoas enfrentam ao envelhecer: os sofrimentos físicos e emocionais (e dentre os últimos, as perdas, o abandono, a solidão e os maus-tratos), assim como a convivência com algumas doenças e limitações. Portanto, a meu ver, positivar a identidade do idoso, é também reconhecer as necessidades de lhes prover atenção e assistência médica frente às enfermidades mais específicas e associadas ao envelhecimento e louvar a alta dose de dedicação e cuidados ininterruptos que a maioria das famílias oferece a seus enfermos idosos em estado progressivo de dependência.

Do ponto de vista pessoal, o fortalecimento das vivências da própria subjetividade e o reconhecimento de sua realidade e de seu valor permitirá ao idoso enfrentar as dificuldades provocadas pela retirada do mundo do trabalho e pelos constrangimentos sociais e familiares, sendo mais autênticos e mais felizes. No país, tal como se afigura hoje, são reais as possibilidades de que uma pessoa idosa ativa (e é a maioria como se viu na primeira parte deste texto) encontre muitas atividades que a realizem e oportunidades de desenvolvimento pessoal e comunitário.

Para tudo isso é importante substituir a ideia de que velhice é doença, colocando, no seu lugar, uma nova visão de um tempo em que se pode optar com menos constrangimentos quanto aos rumos que se quer imprimir a essa última etapa da vida, fazendo dela uma síntese criadora. Essa autoria, para a qual não estão definidos os caminhos a priori, cabe a cada um e ao coletivo ser inventada. Dessa forma, a contribuição específica dos idosos será um bem para eles e para a sociedade e estabelecerá os contornos de seus interesses, num mundo cheio de outros poderosos interesses. Termino com as palavras de uma neurologista que estuda o envelhecimento saudável: “longevidade e envelhecer com saúde têm a ver com as decisões que tomamos durante toda a vida” (Taylor, 2010, p.5).

Referências

Baltes P.; Smith, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento. **A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento**. São Paulo, vol. 17, no. 36, p.175-190, 2006.

Brasil. Ministério da Justiça. **Política Nacional do Idoso. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Brasília: Diário Oficial da União, 5 de janeiro de 1994.

Brasil. Ministério da Justiça. **Estatuto do Idoso.** Lei no. 10.741. Brasília: Diário Oficial da União, no. 192, 3 de outubro de 2003.

Camarano, A.A.; Kanso, S.; Mello, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: Ana Amélia Camarano, (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, v.1, p. 1-594.

Elias, N. **A solidão dos moribundos.** Rio de Janeiro, Editora Zahar, 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde.** 2008: Brasil/IBGE, Rio de Janeiro: IBGE; 2010a.

Lima-Costa, M.F.; Matos, D.L.; Camarano, A.A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva.** 2006, vol.11, n.4, pp. 941-950.

Lins de Barros, M. **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

Minayo, M.C. de S. & Coimbra, C.E. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011 (3ª. edição).

Souza, E.R.; Minayo, M.C. de S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2010, vol.15, n.6, pp. 2659-2668.

Taylor, J. Uma aula de esperança, trabalho e superação. V Fórum de Longevidade. Bradesco Vida e Previdência. **Revista Isto É,** 2010, n. 2133, p. 5.

Apresentação

Velho outro?

Belkis Trench

Tereza Etsuko da Costa Rosa

Há algo de amedrontador em toda metamorfose.

(Simone de Beauvoir)

Ao analisarmos, ainda que brevemente, o cenário do envelhecimento e da velhice, neste início da segunda década do século 21, percebemos um tanto atônitos que pouco resta do imaginário construído sobre velhos e velhices, que então norteava nossas pesquisas, práticas, condutas. De todos os lados, surgem questões que não eram usualmente associadas à velhice e ao envelhecimento.

Na área da Saúde, por exemplo, o aumento crescente de portadores da AIDS, na população acima de 60 anos, e o número significativo de usuários de crack entre idosos, nos obriga a romper com alguns velhos clichês, tais como o de velho assexuado e de que o crack é droga de menor abandonado. No que diz respeito à relação entre velhos e família, identifica-se vários indícios de mudanças de papéis: filhos dependentes da renda da aposentadoria dos velhos pais, velhos vivendo muito e invertendo a ordem natural dos ciclos, vivenciando o luto pela perda de filhos, seja por doença, acidentes, ou violência.

Quando já estávamos na fase final da organização do livro, lemos no jornal *Folha de S. Paulo* a seguinte manchete: “Pais idosos perdem guarda de bebê na Itália”. No artigo, lemos a seguinte história. “Os pais do bebê são casados há 21 anos. Ela uma bibliotecária de 57 anos, ele um aposentado de 70 anos. Depois de muitos anos tentando engravidar, decidiram ter um bebê com óvulos doados. Em março de 2010, nasceu Viola. Um ano depois, em setembro, os pais perderam a guarda da filha porque a corte de Turim (Itália) entendeu que eles são velhos demais e não têm

condições de criá-la. A menina foi colocada para adoção. (...) No relatório de 15 páginas, os cinco juízes são taxativos: os pais foram “egoístas e narcisistas” por terem a criança em idade avançada. (...) Essa criança é fruto de uma aplicação distorcida das enormes possibilidades oferecidas pelas novas tecnologias, afirmam os juízes.”¹

A questão, além de polêmica, gera algumas indagações: Deveria haver um limite de idade para a maternidade/paternidade? Pais velhos deveriam ou não ter o direito de gerar bebês? Quem decidiria? O Estado? Seria justa esta intervenção do Estado na vida do casal?

A aliança estabelecida entre ciência e Estado é quem dá o amparo para o discurso legal sobre envelhecimento e, conseqüentemente, para o mercado de gestão pública da população. É o que lemos no artigo *Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira*, escrito por Adriano da Silva Rozendo e José Sterza Justo, e publicado aqui no livro. No caso da sentença italiana, vemos claramente os frutos desta aliança quando lemos “o parecer psicológico” do juiz sobre os cônjuges, chamando-os de narcisistas e egoístas.

Na realidade, todos esses novos fatos, aparentemente um tanto desconexos um do outro, parecem que estão relacionados e têm como substrato as profundas transformações que ocorreram na relação envelhecimento e pertencimento temporal.

Mais do que ter uma idade, pertencemos a uma idade. Os anos nos têm e nos fazem; fazem com que sejamos crianças, jovens, adultos, velhos, situando-nos, apesar das flutuações culturais, legislativas, administrativas em grupos socialmente definidos. (...) Essas “instalações” em patamares e ciclos organizados nos apaziguam porque passamos a operar dentro de comportamentos esperados e configurados socialmente, favorecendo aliviar as nossas angustias frente à desordem da vida e da morte ².

1 Artigo publicado no jornal Folha de S.Paulo, em 27 de outubro de 2011.

2 Lloret, C. As outras idades ou as idades do outro. In: Larrosa, J.; De Lara, N.P. Imagem do Outro. Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1998, p. 14.

Quando as fronteiras entre as idades sofrem transformações ou diluições, como parece ser agora o caso, também geram novas formas de comportamento e de referências identitárias. E, simultaneamente, até para nos tranquilizar, fazemos movimentos para restabelecer os mesmos patamares e limites. Talvez por isso o caso italiano cause tantas polêmicas, e o mesmo possa ser dito em relação à mudança de comportamento de idosos, seja na área da sexualidade, no consumo de drogas e nas novas formas de conjugalidade. O artigo de Abílio da Costa-Rosa e Tereza Etsuko da Costa Rosa, *Envelhecimento: tempo e desejo na hipermodernidade*, ainda que em outra perspectiva, oferece subsídios para incrementar a discussão. O mesmo poderia ser dito dos artigos de Júlio Assis Simões, *Sexualidade, corpo e relacionamentos nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo*, de Wilza Villela e Eleonora M. Oliveira; *O envelhecimento na perspectiva feminista: Simone de Beauvoir, Germaine Greer e o Coletivo de Boston*; e no de Belkis Trench e Rafael Tadashi Miyashiro, *O sangue e o fim do sangue: menopausa e envelhecimento entre as índias guaranis do Rio Silveira*.

Toda essa mobilidade que hoje ocorre nas fronteiras etárias e identitárias causa muitas vezes um enorme descompasso entre os novos desejos dos velhos e alguns comportamentos cristalizados, especialmente de alguns profissionais da área da saúde. Os artigos *Sexualidade e envelhecimento*, de Margarida Barreto e Roberto Heloani; *Envelhecer em outro corpo*, de Luis Justo; e *Aids, envelhecimento, vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da saúde coletiva* de Renato Barboza, colaboram enormemente para refletirmos a esse respeito.

Outros artigos, por apontar singularidades ou potencializar diferenças, contribuem para redimensionar o envelhecimento em relação a espaço, memória, tempo. Podemos citar como exemplo os artigos: *Envelhecimento na América Latina: narrativas e histórias de migrantes andaluzes*, de Mariola Bernal, Andrea González, Salomé Valencia, Sandra Pinzón, Carlos Moreno, Antonio Sagués e Alexandre Kalache; *Envelhecimento em situação de rua: a história de Maria Rosa*, de Anderson da Silva Rosa e Ana Brêtas; *Pelas lentes da memória: fotografia e interconhecimento de velhos agricultores da terra do sisal*, de Alessandra Alexandre Freixo; *Envelhecer no quilombo*, de Anna Volochko; *Envelheço na cidade*:

sobre cotidianos do envelhecer na região central de São Paulo, de Monique Borba Cerqueira, Manuela de Resende Botelho Rizzaro Pucci, Joyce Bernardo, Rodrigo Marcinkevicius Saltão, Laura Castelo Branco Silveira; *Reflexões sobre o envelhecimento: memória de pacientes de hanseníase que passaram pelo isolamento compulsório*, de Yara Nogueira Monteiro e Marli Penteado Manini.

O artigo *Envelhecimento e interdisciplinaridade: uma prática em construção*, de Guiomar Silva Lopes, inicia o livro e nos oferece inúmeros subsídios para superarmos a fragmentação do conhecimento, nos mostrando que mudanças são necessárias, tanto individuais quanto institucionais, para que a interdisciplinaridade floresça.

Quando pensamos em organizar um livro sobre envelhecimento, tínhamos como primeiro objetivo abordar alguns aspectos desse processo, enfatizando algumas de suas singularidades, particularidades, diferenças. Sejam elas culturais, econômicas, sexuais, espaciais e, até mesmo, enfatizando algumas particularidades do envelhecimento em relação a alguns tipos específicos de adoecimento.

Em segundo lugar, queríamos provocar os pesquisadores do Instituto de Saúde e que trabalham com outros temas – AIDS, hanseníase, população quilombola, a criar interfaces com o envelhecimento. Por último desejávamos estreitar os laços com outros estudiosos do envelhecimento de outras instituições.

Desta aproximação entre nós e tantos outros resultou o livro: um encontro de singularidades e diferenças, sejam elas metodológicas ou na própria maneira de tratar o tema envelhecimento. Não é, portanto, felizmente, um livro regular, previsível e homogêneo, tal qual não é o envelhecimento. O velho é o outro! dizia Simone de Beauvoir, enfaticamente. Hoje, mais do que afirmar, talvez caiba interrogar: o velho é o outro? Esperamos que a leitura do livro contribua para potencializar essa reflexão e que possa suscitar a quem se interessa pelo tema velhice e envelhecimento outras e novas questões.

Envelhecimento e interdisciplinaridade: uma prática em construção

Guiomar Silva Lopes¹

Teorias do Envelhecimento

O tema envelhecimento suscita algumas perguntas inevitáveis: por que envelhecemos? Por que a duração de vida é tão variável entre as espécies? Por que o tempo de vida varia entre os mamíferos? Na tentativa de explicar o processo muitas teorias foram elaboradas, mas nenhuma foi capaz de responder a todas as questões. Alguns teóricos viram o envelhecimento como um fenômeno determinado por eventos programados geneticamente determinando o tempo de vida. Outras propostas, chamadas estocásticas, se basearam na hipótese do acúmulo de erros ou mutações no DNA que induziriam modificações estruturais e funcionais nas células promovendo as características do indivíduo que envelhece. Estas hipóteses esbarram em limitações, pois o processo difere dependendo do organismo, tecidos e células.

Na vertente determinista foi realizado um trabalho sobre a estrutura terminal do cromossomo (telômero) que teve um papel importante na elucidação da senescência celular. Elizabeth Blackburn, Carol Greider e Jack Szostack² demonstraram que os telômeros funcionam como um relógio biológico, determinando o número de divisões de uma célula. Por exemplo, uma célula programada para 50 divisões, a partir da 50ª divisão a célula entrará em senescência e em seguida morrerá. Somando-se a este fator celular foi possível verificar também a influência de genes na longevidade, fato constatado nas famílias de longevos.

1 Guiomar Silva Lopes (guiolopes@terra.com.br) é médica, doutora em farmacologia, professora e pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP.

2 Elizabeth Blackburn, Carol Greider e Jack Szostack receberam o prêmio Nobel de Medicina em 2009 concedido por sua contribuição ao trabalho relacionado ao encurtamento da estrutura final dos cromossomos (telômeros).

Na teoria do acúmulo de erros estocásticos, o pesquisador Denham Harman (1956), da Universidade de Nebraska (Estados Unidos), estudando o papel dos radicais livres mostrou que o acúmulo destas moléculas geradas na mitocôndria e em grande parte originárias do oxigênio provocaria danos ao DNA, levando às alterações típicas do envelhecimento. Com estes conceitos em 1972 formulou a “teoria mitocondrial do envelhecimento” que deu sustentação a muitos trabalhos nestas últimas décadas (Harman, 1972).

Com tantas e ao mesmo tempo sem nenhuma, parece mais razoável que o fenômeno do envelhecimento apresente uma natureza multicausal, do que a suposição de uma teoria unificada (Pignolo, 1994; Rusting, 1992).

O envelhecimento provavelmente se inicia com alterações moleculares que vão se transmitir para o organismo como um todo, levando ao aumento da mortalidade, aumento da vulnerabilidade às doenças, mudanças progressivas que deterioram funções e diminuição da capacidade de responder de forma adaptativa ao meio ambiente.

As revisões mais recentes do tema se contrapõem à ideia do papel decisivo das espécies reativas de oxigênio no envelhecimento. Temos observado com frequência o tema da restrição calórica influenciando a longevidade. A restrição já foi estudada em roedores com um efeito positivo sobre o tempo de vida. Até o momento não há resultados com humanos. Existem alguns outros fatores intrigantes como a sirtuina e o resveratrol, que são substâncias presentes nas frutas vermelhas e que estão também relacionadas com a longevidade. É importante ressaltar que a finitude da vida está de certa forma relacionada às doenças frequentemente associadas à senescência, principalmente as doenças degenerativas como Alzheimer e Diabetes Melito do tipo 2. A expressão celular destas doenças, entretanto, é pouco compreendida, e a investigação depende de muitos estudos interdisciplinares que possam identificar os substratos destas doenças.

O envelhecimento é um processo complexo que abriga não só o aspecto biológico, mas uma grande diversidade de situações. A experiência de envelhecer é diversificada porque depende da classe social a que o indivíduo pertence, dos aspectos culturais e biológicos que se interagem na construção da multiplicidade. A sociedade capitalista se estruturou em classes com diferenças abismais entre ricos e pobres. Esta demarcação dada pela pobreza irá refletir na maneira de envelhecer e morrer. É notório como o trabalhador

é marcado pelo estresse no trabalho, por precárias condições de moradia e saúde que influirão de modo decisivo no seu envelhecimento. Em conjunto, os aspectos sociais, psicológicos e biológicos na juventude irão afetar de maneira impiedosa a saúde e organização de cada indivíduo que envelhece.

A multiplicidade e a singularidade do envelhecimento

A experiência de viver/envelhecer é única estruturando múltiplas velhices. A transformação dos corpos expõe as similitudes do processo e as diversidades. Estas questões ficam muito evidentes ao se abordar o envelhecer feminino/masculino, nas diferentes culturas, etnias. Neste sentido Minayo e Coimbra (2002) afirmam: “envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia esta fase da vida de forma diferente, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais relacionados à vida dela: classe social, gênero, etnia...”

As diferenças e similitudes no interior de cada categoria não é apenas decorrente de gênero, mas se dão em função da existência de outras categorias da mesma magnitude que à semelhança de um jogo se articulam de forma hierárquica. Entre os gêneros há variações internas à sua condição, diferenças de idade, de classe de cor, evidenciando uma diversidade de experiências que a rigor depende da valorização social de cada um destes aspectos e/ou da vivência que se tem deles.

Homens e mulheres sofrem perdas, preconceitos e estereótipos, mas os recursos com que contam para enfrentar a velhice são diferentes. As mulheres se deparam nesta fase com questões acumuladas ao longo de uma vida de discriminação e desigualdades estruturais. “Conforme verifica-se, as relações de gênero, como construções sociais de dominação e subordinação, têm resultado, historicamente, em experiências e trajetórias diferenciadas para o homem e para a mulher, particularmente para as mulheres idosas de hoje, as quais vivenciaram a expectativa obrigatória de uma *feminilidade* marcada pela obediência, pelo conformismo e pelas desigualdades, além de uma apropriação social do seu corpo expresso no controle familiar e na medicalização das funções reprodutivas” (Fernandes, p.419, 2009).

A abordagem do envelhecer feminino identifica o apelo social à permanência da juventude e preservação da beleza que referenda o este-

reótipo de que a mulher idosa não evoca mais os sentimentos sensuais ou apaixonantes. A mulher então se depara com o processo *cruel* que marca o seu corpo sentindo-o de maneira surpreendente e inesperado. Talvez esta mulher também se veja como Michelangelo no diálogo com Vasari: “... Meu rosto tem algo que dá medo”. A imagem no espelho se torna apavorante porque não corresponde mais à imagem idealizada; a imagem no espelho antecipa ou confirma a velhice. A sociedade elege a juventude não como uma fase da vida, mas como uma forma de viver (Lins de Barros, 2000). “No campo da medicina, todos os esforços são investidos para dissolver a velhice, para reduzi-la” (Priore, p.13, 2000).

Neste contexto, chama a atenção que os problemas das mulheres idosas são pouco visíveis. A mulher envelhece no papel social que lhe fora atribuído e suas vozes permaneceram em silêncio absoluto durante muitos séculos. Esta condição feminina esteve profundamente arraigada na cultura cristã, quando “as virtudes do silêncio, obediência e descrição eram especialmente, se não essencialmente, femininas, mas esta visão se propagou muito além do círculo dos devotos. A mulher silenciosa era um ideal aceito” (Warner, p. 55-56, 1999). As mulheres foram sempre “corpos para o trabalho, voz nula” (idem, p.56)

Os mitos da velhice, amplamente difundidos na sociedade brasileira, referendam a homogeneização e não as diferenças. “Ainda há uma difusão da ideia da dependência da mulher em relação ao homem para que esta seja de fato feminina” (Lima, p.94, 2008).

As diferenças e similitudes nos velhos nos remetem à reflexão de que a construção das identidades passa pelo diálogo interdisciplinar, que é um recurso imprescindível para a compreensão do processo.

A criação da Gerontologia e Geriatria

Quando se fala em envelhecimento, o termo nomeia tanto o objeto quanto o campo de intervenção. Como objeto de estudo compreende fenômenos biológicos, psicológicos e sociais, por isso há certa dificuldade para defini-lo com exatidão. As diferentes disciplinas que abordam o tema adotam critérios distintos para delimitar o campo de investigação e intervenção. O campo da intervenção está estreitamente relacionado às questões médicas e sociais que envolvem a prática e a política para o idoso.

A Gerontologia é por natureza uma área da interdisciplinaridade, tendo sido criada em função da diversidade do tema e propondo-se à geração de estruturas conceituais e operacionais. O nascimento da Gerontologia foi um resgate das Ciências Humanas para compreender e estabelecer práticas que conseguissem melhor abordar a velhice.

O início da construção e o delineamento de uma nova disciplina, caracterizando “o velho”, aconteceram no final do século XIX e início do século XX. Em 1903 foi proposta a criação da Gerontologia por Ilya Mechnikov³, que trabalhou em microbiologia, mas se interessou pela longevidade humana. Recebeu o prêmio Nobel pela descoberta da fagocitose, isto é, ele demonstrou que determinadas células sanguíneas englobavam e destruíam bactérias. Nessa ocasião propôs que o envelhecimento seria o resultado da toxicidade das bactérias e que o ácido láctico, produzido no intestino pelos *lactobacilos*, prolongaria a vida. Este episódio marca o início dos estudos e da importância do tema na sociedade da época.

Mas a Geriatria como especialidade médica surge em 1909 como proposta do médico norte-americano Ignatz Leo Nascher, sendo que no Brasil isto só acontece em 1961 e precede a proposta da Gerontologia em 1969. A grande problemática de Nascher foi não ter podido “traçar uma linha precisa entre saúde e doença na velhice” (Haber, 1986, apud Tassen p.77, 1986) e perceber que os tratamentos para os problemas da senilidade eram muito limitados. Diante destas dificuldades, a especialidade permaneceu ainda um longo período como um campo com poucos praticantes, sendo que esta realidade foi reafirmada pela ausência de cursos sobre envelhecimento que deveriam ter sido oferecidos pelas universidades.

A Geriatria e a Gerontologia como saberes legitimados em resposta aos problemas decorrentes das transformações da idade vão se firmar no Brasil somente ao longo da década de 1990, tentando instituir um olhar totalizante sobre o indivíduo que envelhece. A Gerontologia se caracterizaria como um campo multidisciplinar abrangendo a Medicina, a Sociologia, o Direito, a Antropologia, a Psicologia, Serviço Social e Nutrição.

³ Médico do Instituto Pasteur e prêmio Nobel de Medicina em 1908. Mechnikov foi seguidor das ideias de Charcot relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos das doenças e ao envelhecimento.

Vale ressaltar que neste contexto a Gerontologia não incorpora a biologia e os aspectos moleculares do envelhecimento. A Geriatria como especialidade médica se ocuparia da saúde e doenças dos idosos. O desenvolvimento da Gerontologia, entretanto, depende do arcabouço institucional que envolve departamentos, disciplinas e profissões diversas.

Ao retomarmos a história da Medicina e da Ciência há alguns séculos compreendemos a trajetória e as grandes correntes de pensamento que alicerçaram o nascimento desse novo olhar sobre o envelhecimento que se confunde com o desenvolvimento da Medicina e da Ciência contemporânea.

O grande impulso na ciência se inicia no século XVII, tendo dois grandes filósofos que irão nortear o pensamento moderno: Bacon e Descartes. Com Bacon surge a proposta de uma ciência sustentada pela observação e experimentação, e que indutivamente formularia leis, partindo de eventos particulares para chegar a generalizações. Com Descartes se consagra o racionalismo, buscando na razão os recursos para a recuperação da certeza científica. A ciência vai se fundamentar no isolamento do objeto, na redução de um fenômeno complexo a um evento observável elementar. Estes princípios criam definitivamente as disciplinas e os especialistas com áreas do saber que pouco se comunicam entre si. A partir do século XIX, a Revolução Industrial trouxe no bojo das mudanças sociais um redirecionamento das ciências, estabelecendo uma forte relação com a indústria, mas aprofundando os pilares do período precedente.

O desenvolvimento da medicina no século XIX teve dois grandes representantes, Charcot e Bichat⁴ na França que começaram a ver o envelhecimento como uma situação particular, levando em conta as características de cada indivíduo e a fisiopatologia das doenças que mais frequentemente acometiam os idosos. Nesta direção, propuseram terapêuticas adequadas a esta condição, sendo que Bichat elabora um novo paradigma para o envelhecimento e a doença, diferenciando o corpo envelhecido do corpo jovem. A medicina tradicional tratava o idoso da mesma forma que um doente jovem, não vendo no “velho” nenhuma

4 Charcot, médico que viveu na França entre 1825 e 1893, trabalhou no hospício de Salpêtrière. Lá, pôde estudar e descrever os sintomas e sinais das doenças características do envelhecimento. Bichat (1771-1802), médico que se dedicou ao estudo da vida, do envelhecimento e da morte demonstrou, baseado na anatomia patológica, que a doença teria origem nos tecidos.

especificidade que merecesse outra abordagem de tratamento, pois não considerava as diferenças de idade. Este momento é marcado pela ruptura com a medicina tradicional e o estabelecimento de uma nova medicina baseada na anatomia patológica, como demonstra Foucault (1994). A anatomia patológica criou condições então para a pesquisa das modificações das estruturas celulares associadas ao envelhecimento e foi desta forma que Bichat teve um papel primordial na organização da clínica dos novos tempos (Foucault, 1994).

O século XIX é marcado também pela estruturação da universidade moderna que concebe o saber pela divisão e especialização do trabalho, criando as disciplinas. A universidade estabelece a relação com o Estado e com o ingresso das ciências, rompendo com a instituição tradicional.

O Século das Luzes sob o impacto das descobertas de Newton é caracterizado pela difusão das ciências experimentais em todas as universidades, fato que modificou completamente a estrutura da universidade tradicional que até aquele momento se dedicava ao ensino da filosofia natural. À universidade coube a organização do conhecimento com uma tendência à especialização, porém até o final do século XIX este movimento se orientava com certa circularidade e as ciências ainda dialogavam entre si. Na contemporaneidade, entretanto, o volume assustador de informações torna a organização dos saberes em torno de problemas fundamentais uma operação cada vez mais difícil. O que surpreende é a constatação de que há pouco mais de um século era possível dominar os conhecimentos e hoje é algo inimaginável. Esta concentração de informações propiciou a necessidade da superespecialização e o cientista dentro do seu campo ainda assim não domina todo o conhecimento da sua área e se move somente no espaço do seu minifúndio de saber.

Morin (p.106, 2008), apropriadamente, lembra que a palavra disciplina “designava um pequeno chicote utilizado no autoflagelamento e que permitia, portanto, a autocrítica; em seu sentido degradado, a disciplina torna-se um meio de flagelar aquele que aventura no domínio das ideias que o especialista considera de sua propriedade”.

Estas estruturas originárias da fragmentação do conhecimento seguem o modelo da economia como na linha de produção industrial e acompanha um modelo hierarquizado, formando núcleos fechados que

praticamente não se comunicam. As especialidades disciplinares foram sendo geradas com delimitações muito rígidas para manter a independência e identidade. Não há dúvida de que a estrutura disciplinar induz ao risco da hiperespecialização do pesquisador e do educador cujo objeto de estudo neste caso adquire dimensão e importância em si. Não é incomum perceber que o estudo hiperespecializado demonstra pouca preocupação com a realidade e com as finalidades sociais desse conhecimento.

O positivismo constitui o suporte dessa organização do conhecimento e Hilton Japiassu destaca que a estruturação da ciência contemporânea foi marcada pela “compartimentação das disciplinas, em nome de uma exigência metodológica de demarcação de cada *objeto* particular, constituindo a *propriedade privada* desta ou daquela disciplina”. (Japiassu, p.96-97, 1976).

A universidade moderna foi constituída no leito da Revolução Francesa, do Iluminismo e sob forte impulso do Estado e do desenvolvimento da ciência. A tríade universidade, conhecimento e Estado se estabelece, mudando os paradigmas científicos com as novas relações entre Estado e ciência na lógica do mercado. Com o desenvolvimento do capitalismo, “o aparelho escolar tem seu papel na reprodução das relações sociais de produção quando: a) contribui para formar a força de trabalho; b) inculca a ideologia hegemônica; e c) contribui para manter as condições ideológicas das relações de dominação” (Tragtenberg, p. 56, 1982). A organização em departamentos é uma herança medieval “que santifica a divisão *taylorista* do trabalho intelectual, criando muros e não pontes entre as várias especialidades” (Tragtenberg, p.97, 1982)

Seria ingênuo acreditar que a ciência e a universidade se desenvolvem de forma autônoma. Observamos com pesar que a universidade tenha a sua função de pesquisa definida e controlada por instituições externas, as agências de financiamento que exigem um grau de produtividade que poucos alcançam, e criam diretrizes que dificultam as tentativas de trabalho no campo da interdisciplinaridade.

O tema envelhecimento deverá, neste caso, estar subordinado ao mesmo modelo de fatiamento, construindo áreas de subespecialização e com poucas oportunidades de trabalho interdisciplinar. Neste contexto evidenciam-se as insuficiências das consagradas categorias de estratificação no ensino e no atendimento ao idoso. As experiências de interlocução

e trabalho interativo entre as diversas disciplinas demonstram dificuldades nas ações, porque são direcionadas e subordinadas às normas administrativas e que não têm o idoso como sujeito.

A biologização do corpo e o poder exercido pela profissão médica que se sobrepõe sobre outras profissões dificultam uma prática interdisciplinar. A Gerontologia seria um horizonte ampliado para o envelhecimento, porém tornou-se uma área do conhecimento com limites pouco nítidos e a diferenciação entre Gerontologia e Geriatria deriva mais das identidades profissionais do que de especificidades teóricas. Os conflitos aparecem não somente no campo das profissões como no das instituições e são decorrentes da divisão social de trabalho historicamente determinadas, delimitando os saberes enquanto estratégia de poder. Vasconcelos (2002) acentua que a formalização das profissões acompanha-se de competência e saberes exclusivos aos quais é atribuído um mandato social para tarefas específicas como decisões de responsabilidade legal. As organizações corporativas, como sindicatos e conselhos, estabelecem fronteiras e formas de controle das práticas, normas éticas e a defesa de interesses políticos e econômicos de cada grupo.

As práticas de atendimento na Geriatria e Gerontologia convivem com a competição intra e intercorporativa, barreiras institucionais e socioculturais que dificultam a troca de saberes e as colaborações entre especialistas. Outro fator importante é a estrutura do atendimento em saúde, cujos serviços são geralmente organizados de forma estanque, isolando o trabalho de cada especialista.

A interdisciplinaridade como ferramenta do estudo do envelhecimento

Quando voltamos ao envelhecimento e à ideia de multiplicidade nos colocamos diante da perspectiva de interagir com as várias áreas do conhecimento. Muitas vezes nos embarçamos diante de questionamentos: trata-se da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade? É possível reunir várias disciplinas em torno de um tema sem que necessariamente uma interfira na outra, constituindo o que muitos autores chamam de multidisciplinaridade. Essa interação esbarra

em delimitações muito claras de linguagem, de técnicas e muitas vezes de teorias que são próprias a cada uma delas, caracterizando um processo que exige a transposição de barreiras importantes.

A interdisciplinaridade propõe a cooperação e o diálogo entre as disciplinas, podendo se consolidar numa estrutura orgânica.

A transdisciplinaridade se alicerça na transcendência, no sentido de atravessar as disciplinas, tendo uma base axiomática geral. Edgar Morin, estudioso e teórico, argumenta que na transdisciplinaridade “é preciso um paradigma da complexidade, que, ao mesmo tempo, separe e associe, que conceba os níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e às leis gerais” (Morin, p.138,1999). Considera ainda que grandes domínios como a Física, a Biologia e a Antropossociologia se comuniquem sem hierarquização ou redução, “dado que o antropossocial remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropossocial” (idem, p.139).

Deleuze e Guattari (2007) utilizam a metáfora do rizoma para representar as interconexões entre as várias áreas do saber, tomando como paradigma imagético o tipo de caule radicante que é frequente em alguns vegetais, formado por uma miríade de pequenas raízes emaranhadas em meio a bulbos armazenáticos que simbolizariam a relação intrínseca entre campos do conhecimento. As inúmeras linhas de um rizoma se entrelaçam e se engalfinham formando um conjunto complexo no qual os elementos remetem necessariamente uns aos outros e mesmo para fora do próprio conjunto. Consideram que o rizoma possa ser mapeado, cartografado, demonstrando neste esquema que “há múltiplas entradas, isto é, o rizoma poderá ser acessado por infinitos pontos”, podendo daí remeter a quaisquer outros em seu território (Deleuze e Guattari, p.33, 2007). Este princípio rizomático romperia com a hierarquização, permitindo o trânsito entre seus muitos devires dando a ideia da transversalidade. Ao tomar a noção de transversalidade e aplicá-la no paradigma rizomático do saber verificamos que se estabelece a mobilidade, abandonando-se os verticalismos e horizontalismos que seriam insuficientes para uma abrangência de visão do todo, o horizonte de eventos. Rompendo com o panorama das ramificações que coloca cada ciência, cada disciplina como um galho na árvore do saber, a adoção da percepção rizomática implica num aparente entrecruzamento caótico das linhas, permitindo as inter-relações intrínsecas que compõem os híbridos. “Entre as coisas não

designa uma relação localizável que vá de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as arrasta uma e outra, ribeiro, sem princípio nem fim, que rói as duas margens e toma velocidade no meio” (Deleuze e Guattari, p.49, 2007).

Não há dúvidas de que é possível esquematizar até o infinito e entregar-se a variadas classificações sobre o tema sem conseguir formular com precisão qualquer uma delas. O saber integrado ainda é um objeto em construção e verificamos que existem muitas questões comuns a todas as definições e correntes de pensamento.

O conceito da interdisciplinaridade parece estar em construção porque está sendo criado a partir de culturas disciplinares existentes, havendo certo temor em estabelecer limites objetivos rígidos de sua abrangência conceitual. Olga Pombo (p.7, 2004) afirma que “a tarefa de procurar definições finais para a interdisciplinaridade não seria interdisciplinar, senão disciplinar”.

Ao romperem com as estruturas disciplinares de origem as várias áreas do conhecimento devem ser recombinadas, reconstruídas e sintetizadas de forma a configurar uma nova totalidade. Martins de Sá (1998) aponta que o processo de envelhecimento só pode ser explicado efetivamente na integridade de suas características e argumenta que na interdisciplinaridade ocorre um movimento contínuo de troca de saberes: “a estrutura teórico-metodológica será um conjunto de procedimentos interligados, interdependentes e coerentes” (idem, p.41).

Portanto, para programar práticas interdisciplinares há que se incluir a flexibilização dos mandatos sociais, o incentivo para a formação de profissionais nos cursos de graduação e pós-graduação, enfrentando os desafios teóricos e metodológicos dos campos interdisciplinares.

A contrapartida ao ensino de disciplinas estanques e mutiladas é o esforço para que a universidade possa se caracterizar como um centro formador e irradiador de ideias e ações que contribuam efetivamente para o conhecimento sob a ótica integradora. A grande tarefa neste momento é agregar o que foi dicotomizado, religar aquilo que ficou desconectado e principalmente questionar o que foi imposto como verdade absoluta.

A interdisciplinaridade fundamenta-se no caráter dialético da realidade social, que é ao mesmo tempo una e diversa. “Quando um objeto é delimitado, ele teima em não se dissociar da totalidade de que faz par-

te indissociável” (Frigotto, p.63, 1992). Para Ivani Fazenda (p.78-79, 2011), “buscar o conhecimento, uma das atitudes básicas a serem desenvolvidas em quem pretende empreender um projeto interdisciplinar, só pode ser entendido no seu exercício efetivo” e acrescenta que “a construção de uma didática interdisciplinar baseia-se na possibilidade da efetivação de trocas intersubjetivas”. Paulo Freire (1987) enfatizou que a interdisciplinaridade é a ferramenta metodológica para a construção do conhecimento que se baseia na relação com o momento histórico, com a realidade e a cultura.

A interdisciplinaridade demonstra que todos os conceitos e teorias estão conectados entre si. Quando o objeto é o processo de envelhecimento verificamos que o fenômeno só pode ser explicado efetivamente na integridade de suas características. A história evidencia que a ciência se desenvolveu alargando muito as fronteiras entre as disciplinas por um lado, porém a necessidade de transformações de paradigmas fez com que ocorressem unificações interdisciplinares, como podemos constatar na matematização de várias disciplinas ou na inter-relação entre química e genética, por exemplo, criando a biologia molecular. Com o horizonte da interdisciplinaridade muitos grupos de pesquisa têm-se dedicado ao trabalho de integração das várias disciplinas

É necessária, no entanto, uma mudança de atitude individual e institucional para que a interdisciplinaridade floresça. Este alicerce da interdisciplinaridade necessita ser consolidado pela reestruturação acadêmica e institucional compromissada com a formação do profissional adequado para a pesquisa e intervenção.

Um curso sobre envelhecimento sob uma ótica interdisciplinar exige generosidade, empenho para estabelecer vias abertas de comunicação entre as várias disciplinas e crítica nesta jornada. Há que se objetivar a associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo. “Esta vivência permite a superação da linearidade e artificialização além da dicotomia, tanto do processo de produção do conhecimento quanto do ensino e do afastamento em relação à realidade” (Luck, p.51, 2002). “O reconhecimento da realidade como complexidade organizada implica que se busque compreendê-la mediante estratégias dinâmicas e flexíveis de organização da diversidade percebida, de modo a se compreender as múltiplas interconexões nela existentes” (idem, p.55).

A superação da fragmentação, do individualismo orientando a construção da complexidade, permitindo a realização agregadora e coletiva torna-se o objetivo deste momento.

Referências

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil planaltos. Capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim, p.33, 49, 2007.

FAZENDA, I. C. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia**. São Paulo: Loyola, 1979.

_____. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas: Papyrus, 2011

FERNANDES, M.G. Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro UERJ, p. 419, 17(3), 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.63, jul./dez. 1992.

HABER, C. Geriatrics: a specialty in search of specialists. In: Van Tassel, David et al. **Old age in a bureaucratic society**. New York, Greenwood ,p.55-84;1986.

HARMAN, D. **Free radical theory of aging: dietary implications**. Am. J. Clin. Nutr.v.25, p. 839-843, 1972.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LUCK, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2002.

FERNANDES, M.G.M. **Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração.** Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

LIMA, S.M. **Outono da vida: trajetórias do envelhecimento feminino em narrativas brasileiras contemporâneas.** 2008. Tese (Doutorado em Literatura Brasileira) – Departamento de Teoria Literária e Literatura, Universidade de Brasília, Brasília.

LINS DE BARROS M.M. (org). **Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre Identidade, Memória e Política.** (3ª ed) Rio de Janeiro. FGV, 2003.

MINAYO, C.S.; COIMBRA, C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORIN, E. **A cabeça bem feita.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

_____. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

PIGNOLO, R. J. ; CRISTOFALO, V.J.; GEHARD, G.S. Molecular biology of aging. **Surg. Clin. North Am.**, v. 74, n.1, p.1-18, 1994

POMBO, O. **Interdisciplinaridade. Ambições e limites,** Lisboa: Relógio d'Água, 2004.

RUSTING, R.L. Why do age? **Sci. Am.**, v. 267, n.6, p.87-95,1992.

SÁ, M. **Gerontologia e interdisciplinaridade- fundamentos epistemológicos.** **Gerontologia.** v.6, n.1, p. 41,1998.

TRAGTENBERG, M. **Sobre educação, política e sindicalismo.** São Paulo: UNESP, 2004.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis: Vozes, 2002.

WARNER, M. **Da fera à loira: sobre contos de fada e seus narradores.** Tradução de Thelma Médici Nóbrega. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira

Adriano da Silva Rozendo¹
José Sterza Justo²

O Brasil, país emergente ‘em pleno desenvolvimento econômico,’ habituado a se ver e a agir como jovem, está enfrentando o desafio de assimilar o envelhecimento progressivo de sua população. Desde a chegada dos primeiros europeus, essa terra foi profundamente marcada pelo signo da novidade. A expressão “novo mundo” alcunhou a América como outro mundo que se despontava no horizonte, virgem, pronto para vir à civilização como um recém-nascido.

A extrema valorização do novo em detrimento do velho, fincado nas raízes da brasilidade, ganhou ainda um forte impulso com a modernização do Ocidente que, desde a Europa, aqui chegou acentuando ideias como a de renovação, progresso, crescimento, celeridade e outras que privilegiavam a noção de ruptura com o antigo para a criação de novidades.

A ocupação e colonização desta terra chamada Brasil, a industrialização, urbanização, o crescimento demográfico acelerado e tantos outros acontecimentos marcantes da sociedade e da cultura brasileiras firmaram, até a década de 1980 pelo menos, a ideia de um país bastante jovem, em franco crescimento e predestinado a um dádioso futuro.

Calligaris (1991, p. 84-85) destaca a forte presença do espírito de jovialidade da cultura brasileira, apontando nela a amplitude e a valorização dos espaços ocupados pela infância. Chega a afirmar que, aos olhos de um estrangeiro como ele, o Brasil parece ser o “paraíso das crianças”, mesmo com o lado paradoxal da negligência, maus-tratos e violência que

1 Adriano da Silva Rozendo (rozendoadriano@aol.com) é psicólogo, mestre e doutorando pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Assis). Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso – Rondonópolis.

2 José Sterza Justo (sterzajusto@yahoo.com.br) é psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Livre docente em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Assis). Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP – Assis (graduação e pós-graduação).

se abate sobre infantes e jovens. Aponta também a contribuição dos imigrantes para o fortalecimento da imagem de renascimento e refundação, espelhada na brasilidade, passível de ser observada, dentre outras práticas, no hábito de atribuírem às cidades nomes de antigas cidades europeias acompanhadas do prefixo “nova”, como é o caso de Nova Hamburgo, Nova Friburgo, Nova Odessa, Nova Granada e assim por diante.

No entanto, o apreço ao novo e o desprezo ao velho como um dos grandes lemas da modernidade (HARVEY, 1992), profundamente enraizado na cultura brasileira, haveria de ser colocado em xeque com o indistarcável envelhecimento da população que, a partir da década de 1980, começou a se mostrar enfaticamente, não podendo mais ser ignorado ou deixado em segundo plano, sobretudo nas políticas públicas de gestão de populações. Até então, a longevidade era tratada como assunto secundário, mantida no âmbito da família a qual se atribuíam as responsabilidades sobre os idosos. Entidades assistenciais filantrópicas completavam os cuidados e amparo aos idosos desassistidos ou em ‘situação de risco’. Os asilos de velhos eram a principal instituição de acolhimento daqueles destituídos da convivência com a família, inválidos e/ou totalmente despossuídos (GROISMAN, 1999).

Uma ou outra política pública como a aposentadoria, refletia o reconhecimento da velhice como problema social que exigia ações dos Estados neoliberais. Aos poucos, as questões do envelhecimento foram passando da órbita privada para a coletiva, fazendo com que o poder público assumisse maiores responsabilidades em relação às condições de vida dos longevos. Com isso, a figura da jovialidade teve que dividir espaço com a figura da velhice no cenário da sociedade e da cultura brasileira. O que era socialmente menosprezado e tratado como resíduo destinado a algum depósito de vidas descartadas, (BAUMAN, 1999), teve que ser incorporado ou trazido de volta ao cenário social, forçado a recompor suas narrativas com a introdução desses “novos” personagens e protagonistas.

O processo de transição da sociedade e da cultura brasileira da juventude para a maturidade, ainda em curso, foi marcado por diversos acontecimentos, dentre os quais podemos tomar aqueles referidos ao plano jurídico. Grosso modo, a denominada ‘legislação do idoso’ regula direitos, políticas públicas, práticas, formas de tratamentos, serviços,

instituições, espaços e outras especificidades relacionadas à velhice, porém mais do que isso, o discurso legal traz consigo um conjunto de simbologias, imagens, ideais e valores sobre o envelhecimento, orientando também noções, concepções, representações, tratamentos e afetos dirigidos aos mais velhos. Sendo assim, a legislação do idoso extrapola o campo de garantias de direitos e políticas públicas que seria sua função precípua, influenciando também na forma da sociedade agir e pensar sobre a velhice e o envelhecimento. É um campo discursivo e simbólico que institui signos, significação, imagens e simbologias que orientam ações diversas, condutas, dentro de um campo semântico.

O surgimento de legislações específicas, porém esparsas, dirigidas aos mais velhos é notoriamente remoto na história do Estado moderno e revela a progressiva tomada de conhecimento sobre o envelhecimento da população e o engajamento do Estado em gerir e governar essa população.

De acordo com Beauvoir (1990), o Estado moderno passou a constituir um aparato jurídico aos mais velhos ainda no século XIX na França. As leis serviam como uma medida de proteção contra os maus-tratos dirigidos aos idosos pelos próprios familiares, que podiam variar do espancamento a deixar que o velho morresse de fome ou frio. Segundo a autora supracitada:

A lei esforçou para defender os velhos contra a aspereza e a negligência de sua progenitura. A uma situação de fato, substituiu a uma situação de direito. O pai, destituído de seus bens por uma partilha entre vivos, recebia em troca uma renda vitalícia, cujo montante era fixado diante do notário: se os filhos se recusassem a pagá-la, ele podia processá-los nos tribunais (idem, p. 239).

No Brasil oitocentista, as medidas ou políticas dirigidas aos idosos surgiam por iniciativa de instituições filantrópicas, dentre as quais se destacavam as religiosas ou ficavam a cargo da própria família. O Estado laico, a partir do século XX, amparado pela ciência, passou a normatizar todos os tratamentos dirigidos aos anciãos, por meio do seu instrumento maior, a legislação. Para Debert (1994), a entrada do Estado na gestão do envelhecimento tem como principal efeito a passagem do assunto da esfera privada para a pública, mediante uma poderosa estratégia de gestão: a legislação.

Segundo a referida autora: “O Estado é a forma mais diferenciada e desenvolvida do ordenamento político jurídico que, em nossa sociedade, tende a absorver cada vez mais funções anteriormente próprias da família (op. cit., p.18)”.

Correa (2008) também enfatiza a passagem da gestão do envelhecimento da esfera privada para a pública ao longo da história:

Por muito tempo, ela (a velhice) foi considerada como objeto da esfera privada e familiar. Cabia aos parentes e familiares ou à iniciativa de associações filantrópicas cuidarem de seus idosos. Com a constituição de um saber específico, por meio da gerontologia e da geriatria e, com o advento da aposentadoria sob responsabilidade do Estado, a velhice passa a ocupar o lugar de objeto de gestão pública (2008, p. 33).

Conforme destacou essa última autora, a passagem dos assuntos relacionados à velhice da esfera privada para a pública é acompanhada de outra importante mudança: a substituição do senso comum e das orientações de cunho religioso no trato com a velhice pelo conhecimento científico. Os saberes e crenças populares e religiosos que instruíam as atitudes, valores, concepções e práticas de cuidado em relação aos mais velhos, especialmente os dependentes, foram progressivamente substituídos pelos conhecimentos produzidos pela ciência. As ações de cunho voluntarioso, caritativo e familiar foram dividindo espaço com as ações de profissionais qualificados cientificamente, custeados pelo Estado.

Com a entrada do Estado e da ciência na gestão do envelhecimento da população e também com as amplas mudanças sociais e culturais, surgiram novas formas de se ver, perceber e conceber os idosos; novos espaços, lugares e posições sociais destinadas aos mais velhos; novas diferenciações e categorizações do processo de envelhecimento, como essa recente que criou o recorte da “Terceira Idade”, separando do conjunto da velhice um segmento específico, com atributos próprios. O campo jurídico foi fundamental para as intervenções do Estado nesse assunto e através dele podemos pinçar mudanças na produção de sentido, no posicionamento e nas representações sociais do envelhecimento.

A despeito da importância das leis referidas direta ou indiretamente à população idosa, criadas ao longo da história (GROISMAN, 1999; NERI,

2005; HADDAD, 1986), vamos tomar como objeto de análise e reflexão, dentro das dimensões desse texto, a legislação recente que estabeleceu as matrizes de configuração social do processo de envelhecimento na atualidade. Nesse sentido, centraremos nossas reflexões na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto do Idoso, de 2003. Indubitavelmente, são as leis maiores que estabeleceram as bases da gestão pública do envelhecimento e criaram um poderoso dispositivo discursivo de enunciação acerca dos sentidos do envelhecer.

A velhice e os idosos na Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 cria definitivamente um campo legal para a velhice a partir do qual ela passa a ser tratada como assunto de Estado, assumindo personalidade jurídica. A partir daí, os longevos se convertem em sujeito de direitos mesmo quando estejam sob a tutela e cuidados da família ou de entidades assistenciais, religiosas e filantrópicas.

Conhecida como ‘Constituição Cidadã’, essa Constituição Federal celebraria os direitos universais do homem, após um longo período de ditadura militar e privações de liberdades civis e políticas. Restabeleceria os direitos civis e políticos da comunidade, mediante a instituição de um ‘Estado democrático e participativo’. Conferiu a cidadania também aos idosos e, partir dela, se desdobraram leis visando salvaguardar direitos aos longevos e a principal de todas, o grande marco legal da velhice que, indubitavelmente, foi o Estatuto do Idoso, promulgado em 2003. Segundo Ceneviva (2004, p. 12), a Constituição de 1988 foi: “o campo apropriado e original de catalogação específica do idoso como um subsistema individuado no universo do direito”.

Sem ignorar interesses corporativos e as disputas de poder que acompanharam todo o processo constituinte de 1988, o fato é que a velhice aí apareceu como objeto de preocupação da sociedade e do Estado. Se antes a velhice era ignorada, relegada ao ostracismo ou pelo menos não era objeto de maiores preocupações do Estado, a partir de 1988 não resta mais dúvidas de que, para o bem ou para o mal, passou a ser tratada como assunto de importância nacional e de gestão pública planejada e orientada científica e politicamente. Diferentemente de outros preceitos

constitucionais que caíram no esquecimento e sequer foram regulamentados em forma de lei, as questões relacionadas à velhice se mantiveram vivas e foram coroadas com o Estatuto do Idoso.

Dentre os direitos atribuídos à velhice pela Constituição de 1988, pautados exclusivamente na idade, observa-se a predominância daqueles voltados para as questões relacionadas à seguridade social. Foram estabelecidos os direitos à saúde, à aposentadoria, à previdência, à assistência social e ao amparo na velhice (artigos: 40; 93; 201; 202; 203; 229 e 230), serviços estes que compõem o sistema de seguridade social no Brasil.

São também direitos garantidos pelo mecanismo constitucional, a indiscriminação por idade (artigo 3º inciso IV); voto facultativo (artigo 14, parágrafo 1º, alínea “c”); o transporte coletivo urbano gratuito (art. 230, parágrafo 2º); vantagem ao candidato mais velho em caso de empate em eleições (art. 77); a isenção de impostos de acordo com a fonte de renda (art. 53); a aposentadoria por idade aos segurados da previdência social (artigo 201, parágrafo 7º, inciso II) e benefício de um salário mínimo mensal para os não segurados da previdência social, que não podem prover sua própria subsistência (artigo 203, inciso IV).

Porém, a Constituição Federal não concedeu apenas “vantagens” aos mais velhos. A idade avançada também foi considerada como critério de impedimento (para aqueles com 60 e 65 anos ou mais) de acesso aos cargos de Ministro do Tribunal de Contas da União (art. 73), do Supremo Tribunal Federal (art. 101), do Supremo Tribunal de Justiça (artigo 104), do Tribunal Superior do Trabalho (artigo 111, Parágrafo 1º) e ao cargo de Juiz (artigo 107). A aposentadoria compulsória aos 70 anos de idade prevista aos servidores públicos e juízes, também pode ser entendida como medida de exclusão da velhice, pois a idade avançada é tomada como único critério para o afastamento do cargo (Artigo 40, parágrafo 1º, inciso II; artigo 93, inciso VI).

No artigo 93, é possível observar nitidamente a relação entre longevidade e invalidez no texto constitucional.

Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios: (...)

VI - a aposentadoria com proventos integrais é compulsória por invalidez ou aos 70 anos de idade, e facultativa aos 30 anos de serviço, após cinco anos de exercício efetivo na judiciatura; (BRASIL, 1988, negrito nosso).

Se os direitos a transporte gratuito, aposentadoria e outros benefícios atribuíram alguns ‘privilégios’ aos mais velhos, por outro lado, as restrições constitucionais que tomam a idade avançada como critério absoluto os colocaram em desvantagem, atrelando, assim, sentidos bastante pejorativos ao envelhecimento. A aposentadoria compulsória por idade, por exemplo, supõe que a idade inevitavelmente traz a decrepitude, a incapacidade e a invalidez, independentemente das condições e da situação concreta do septuagenário.

A relação entre invalidez e velhice, subscrita em boa parte da Constituição de 1988, teve estreitas relações com a institucionalização das aposentadorias, tornando-as praticamente sinônimas. A aposentadoria, criação do Estado moderno – amplamente difundida no mundo inteiro com a hegemonia do neoliberalismo – é uma tecnologia que vincula a velhice a imagens como a de improdutividade, imobilidade, pobreza, invalidez e tantas outras imagens pejorativas (HADDAD, 1986; PEIXOTO, 2007). Neste sentido, idade avançada e a aposentadoria transformaram-se em sinônimos de “invalidez”, excluindo muitos idosos da construção ativa da vida social, como aqueles, aliás, bastante saudáveis, aptos para o trabalho, para funções de gestão e várias outras atividades.

Não se pode ignorar que um poderoso instrumento, como a Constituição Federal, seja alvo de ferrenhas disputas entre forças sociais que aspiram à hegemonia e procuram se apropriar do Estado e da governança da população. Inclusive, forças sociais menores podem se valer de dispositivos constitucionais para se fortalecer, se defender e impor seus interesses. A dubiedade da Constituição de 1988 na difusão, ao mesmo tempo, de imagens de uma velhice constituída por sujeitos de direitos e de uma velhice despotencializada e inválida, necessitada de tutela, abriu o campo para disputas entre as forças interessadas no fortalecimento de uma ou outra vertente, como se poderá observar nas leis seguintes que dela se desdobraram.

Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – a Política Nacional do Idoso

Após seis anos da promulgação da atual Constituição Federal entrava em vigor, no dia 4 de janeiro de 1994, a Lei nº 8.842, que instituía a Política Nacional do Idoso (PNI). A referida lei estabelecia diretrizes para as políticas públicas voltadas aos idosos estipulando finalidades, princípios, organização e gestão das ações e programas.

Um aspecto bastante marcante da PNI é o seu lastro no saber geriátrico-gerontológico, fortemente presente no conteúdo dessa lei. Tal conhecimento é constantemente evocado, permeando as concepções de velhice presentes no texto Lei, expressamente marcado por cientificismos. O apoio ao desenvolvimento da geriatria e da gerontologia, as noções de envelhecimento e políticas por elas defendidas demonstram que ambas obtiveram bastante êxito na conquista do comando da gestão sobre a velhice e o envelhecimento, tal como, podemos observar, por exemplo, no Artigo 4º:

Art. 4º - Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

(...)

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

(...)

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

(...)

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento (BRASIL, 1994);

Outro destaque, em conformidade com a “Constituição Cidadã”, é a preocupação em assegurar canais efetivos de participação dos idosos na gestão das políticas públicas dirigidas a eles próprios.

Art. 1º - A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

(...)

Art. 4º - Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:

(...)

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos (BRASIL, 1994).

Com a mesma preocupação, a Lei 8.842 criou a figura dos Conselhos do Idoso nas esferas nacional, estadual e municipal. Tais Conselhos foram estabelecidos pela PNI, como órgãos permanentes e deliberativos, responsáveis pela formulação, coordenação, supervisão e avaliação das políticas do idoso em suas respectivas esferas da administração pública (BRASIL, 1994, Artigo 7º).

Porém, tamanha autonomia e prestígio dados aos Conselhos do Idoso, não deixariam de vir acompanhados de mecanismos de controle por parte do Estado. Foram estabelecidas medidas para controlar e docilizar a atuação dessas instâncias de “participação democrática”, como a reserva da metade dos seus assentos aos membros do poder público. O que deveria ser um canal de participação civil na gestão do Estado, passou a ser praticamente mais uma extensão do aparelho burocrático Estatal, conforme se pode constatar no artigo 6º da PNI, que trata do assunto.

Art. 6º - Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipal do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicos e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área (BRASIL, 2004).

De acordo com o artigo 6º da PNI, a composição dos Conselhos do Idoso é dividida igualmente entre membros do poder público e de entidades prestadoras de serviços à população idosa. Tal composição transformou os Conselhos do Idoso em mais um aparelho de Estado já que seus membros estariam atrelados diretamente ao poder público, pois de um lado estariam os representantes diretos de órgãos e entidades públicos e de outro, os prestadores de serviços, na maioria das vezes, representantes de instituições mistas, submissas aos interesses do Estado, portanto, seus representantes indiretos. Os próprios idosos que deveriam ser os principais protagonistas desses Conselhos foram deixados de lado.

Como se pode notar na composição dada pelo PNI, não há a garantia de participação da própria população idosa na atuação dos Conselhos do Idoso, em especial, de representantes de usuários de serviços públicos. A ausência de segmentos de idosos nos Conselhos representa uma cabal desqualificação dos mais velhos, considerados incapazes de gerir seus próprios interesses. Talvez isso seja mais nefasto do que a cassação de direitos como à saúde, segurança, locomoção e congêneres porque dissemina uma imagem de incapacitação civil que solapa a base fundamental de qualquer exercício de cidadania e de reconhecimento da qualificação para a gestão elementar da vida.

É necessário frisar que este não é um problema apenas dos Conselhos da pessoa idosa. De acordo com Andrade (2007), a composição de todos os Conselhos (da Assistência Social, da Saúde, da Educação e outros), reguladas por leis elaboradas pelo próprio governo, acaba retirando a legitimidade e desfigurando esses potenciais canais de participação popular, transformando-os em verdadeiros aparelhos burocráticos do Estado. Com isso, há a inversão da função dos Conselhos que passaram de lugares de enfrentamento, de confronto e negociação, como estava previsto em sua origem, para lugares de aquiescência e de legitimação do poder público.

De acordo com Andrade:

Outra crítica em relação aos Conselhos diz respeito à burocratização da participação, já que a agenda é muitas vezes definida de cima para baixo, sem tempo hábil para que os conselheiros avaliem melhor os temas sujeitos à deliberação. No caso dos Conselhos Municipais de Assistência Social, por exemplo,

a função de dar concessão/renovação do atestado de funcionamento das entidades de assistência social se sobrepõe a outras funções. Desse modo, o debate sobre a política municipal de assistência social acaba por ficar em segundo plano (PERIS-SINOTTO, 2002, apud ANDRADE, 2007, p. 79).

O intuito da criação de Conselhos em diversas áreas de gestão, aparentemente foi o de inserir efetivamente a iniciativa popular na gestão dos negócios públicos e, talvez, até fazê-la tomar a dianteira na condução das políticas públicas, sobretudo quanto à sua formulação e fiscalização.

De acordo com Andrade (op. cit.), a criação de espaços participativos pelo governo tem originado diversas críticas por serem espaços criados de cima para baixo, chamados de *invited spaces* (espaços a convite). Com isso, há excessiva burocratização da participação nestas instâncias e, pior ainda, põe em risco outros espaços participativos que possam surgir espontaneamente (idem, p. 38).

Lei nº 10.741: O Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, promulgado no dia 1º de outubro de 2003, é atualmente a legislação maior de garantia dos direitos da pessoa idosa no Brasil. Em conjunto com a PNI de 1994, dispõe sobre normas e diretrizes para a formulação e execução de políticas públicas e serviços destinados à população idosa definida pelo próprio Estatuto como aquela com 60 anos ou mais.

O Estatuto do Idoso trouxe mudanças significativas aos direitos da pessoa idosa, como extensões e especificações de direitos já previstos anteriormente. Alguns deles foram estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. Podemos assim entender que o Estatuto tornou público que a velhice é portadora de direitos, refletindo a necessidade da imposição de um mecanismo legal (e punitivo) para o cumprimento destes direitos. O Estatuto adquiriu a importante função social de consagrar o reconhecimento da velhice e disseminar imagens, concepções e práticas no trato com os longevos.

Como desdobramento da Constituição de 1988, o Estatuto finca suas origens num amplo debate sobre a sociedade brasileira que culmi-

nou com a referida Constituição; portanto, não se trata de uma lei qualquer surgida da iniciativa de algum parlamentar, mas de uma legislação decorrente de um amplo movimento social em torno da recuperação do estado de direito e do exercício da cidadania.

O Estatuto, legitimamente, reflete e ao mesmo tempo produz um sentimento nacional em relação à velhice. Após a sua promulgação, os idosos passaram a ser encarados de uma maneira diferenciada, como portadores de um Estatuto próprio de defesa de direitos, de proteção; um instrumento legal com poder de punição aos seus infratores. Dessa forma, possui um caráter universalista e disciplinador do entendimento que se tem da velhice e do tratamento que se deve dispensar a ela no cenário social. É fruto de um amplo consenso em torno do qual se uniram setores organizados dos próprios idosos, entidades prestadoras de serviços especializados, políticos que têm suas bases eleitorais e interesses nesse segmento, profissionais que atuam junto a essa população, pesquisadores e acadêmicos que elegem esse campo como local de seus objetos de estudo e investigação tornando-o uma especialidade da ciência.

O levantamento de pesquisas realizadas sobre o Estatuto do Idoso indicou a existência de poucos estudos sobre o assunto no campo das ciências sociais, dentre eles, alguns foram encontrados no campo do Direito (SILVA, 2007), (CENEVIVA, 2004) e outros no da Saúde (MARZIALE, 2003; MARTINS & MASSAROLLO, 2007). No campo da Psicologia, em nossas pesquisas, encontramos apenas um artigo que tomou o Estatuto do Idoso como objeto de análise. O referido artigo, intitulado *As Políticas de Atendimento aos Direitos da Pessoa Idosa Expressas no Estatuto do Idoso*, de autoria da pesquisadora Anita Neri, foi publicado em 2005, na revista *A Terceira Idade*. O trabalho traz importantes reflexões sobre o Estatuto do Idoso. Neri fez um amplo levantamento histórico sobre as políticas públicas para idosos no Brasil e ainda se atentou para vários trechos da lei, fazendo análises das possíveis repercussões de algumas concepções de velhice presentes no Estatuto, da condição do idoso no contexto social brasileiro, assim como análises dos avanços e retrocessos na política nacional do idoso decorrentes desta Lei.

Para Neri (idem, p. 07), o Estatuto “reflete a influência de atuação de especialistas, políticos e segmentos organizados de idosos”. Estabelece como direitos específicos à velhice alguns que já eram considerados

universais ou que já eram previstos por leis anteriores e outros tratados nacionais e internacionais, como o direito à saúde, educação, liberdade, previdência, assistência social e assim por diante. Segundo a autora, algumas inovações previstas pelo Estatuto acabam revelando o modo pela qual a velhice vem sendo retratada e registrada nas leis brasileiras, como carente, frágil e necessitada de proteção e prioridades.

Cabe destacar que o Estatuto é um documento escrito, estruturado na linguagem do Direito como um conjunto de dispositivos jurídicos derivados da Constituição Nacional e publicado na forma de lei como decreto do Senado Federal. Sua extensão, adentrando vários aspectos da vida do idoso, junto ao seu poder de lei estatutária baseada na Constituição Federal, o torna um dispositivo crucial de configuração da velhice na atualidade.

A observação da estrutura do Estatuto revela tônicas dadas a certos atributos vinculados à velhice, quando, por exemplo, um determinado tema é tratado como título de um capítulo ou por sua repetição ao longo do documento. Na leitura inicial, já se destacam as reiteradas referências à saúde/doença, cuidados e assistências essenciais, fragilidades, dependências, passividade e outros atributos desvitalizantes imputados à velhice. Até mesmo os direitos são formulados como concessões obrigatórias da sociedade ou do Estado e não como garantias de participação política³.

É notável como o Estatuto, enquanto um dispositivo jurídico, produz um efeito de sentido de verdade, de determinação e de direito inquestionável. A linguagem jurídica não pode ser desprezada como produtora de importantes efeitos de sentido (FOUCAULT, 2005), tal como acontece no caso do Estatuto. A organização do texto sob a forma de capítulos, parágrafos, incisos e outros dispositivos, somados a uma redação sintética, direta e clara, geram sentidos de objetividade e determinação, ainda mais quando aliados a uma suposta força da lei.

A um leitor atento, dificilmente escapará a diagramação da página inicial do Estatuto que ostenta, na parte superior, o brasão da república do Brasil, seguido das inscrições “Senado Federal”, “Comissão Diretora”, “Parecer n° 1301, de 2003, tudo isso em negrito e letras de tamanho gran-

³ Uma análise exaustiva e sistemática do Estatuto foi publicada por nós sob a seguinte referência: JUSTO, J.S. & ROZENDO, A.S. A velhice no Estatuto do Idoso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (online)*. Vol.2, p.471-479, 2010.

de. São indícios inequívocos de que o que se segue a essa primeira página é algo importante, sério e que tem o peso da chancela do símbolo maior do País – o brasão nacional – e a subscritura de uma suposta “importante instituição política nacional”: o Senado Federal.

Diante de tal imagem inicial, o leitor não duvidará do peso e do valor desse documento. O uso de numerações, típico do discurso jurídico, é outro aspecto formal que gera um efeito de sentido de ordem, precisão e seriedade. O decreto é de número tal, do ano tal, sugerindo que não cabe qualquer dúvida sobre sua existência e que poderá ser facilmente localizado, resgatado e recuperado naquilo que ele reza sem qualquer titubeio. Apresenta-se como uma vontade suprema e onipresente por ser um “decreto”; portanto, não cabendo contestações e por conter mandamentos de forma clara e precisa, distribuídos por compartimentos bem definidos e de fácil localização.

Ninguém ousaria tripudiar com dizeres pronunciados por um Senado de uma República, como o que aparece no Título I, artigo 3º do referido Estatuto: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação (...)” (BRASIL, 2003). Está aí, de forma clara e contundente, uma determinação imposta a todos (família, sociedade e poder público) e com absoluta prioridade. Como nesse trecho, a linguagem do Estatuto não economiza verbos na forma imperativa, substantivos concretos e superlativos para fazer valer suas determinações de maneira inequívoca e sem vacilações. Esses elementos formais e contextuais do Estatuto participam ativamente da produção dos seus efeitos de sentido e não devem ser desprezados.

Não se pode ignorar que o referido Estatuto é uma regulamentação de um preceito constitucional, a saber, oriundo de uma constituição federal que foi celebrada como a “constituição cidadã”. Tudo que ali está, se reveste da força da legislação maior do País e, ainda mais, dessa força e legitimidade de uma constituição vista como redemocratizante e profundamente enraizada nas aspirações e na vontade popular.

As garantias relacionadas à cidadania são constantemente reforçadas no Estatuto, como se pode observar no artigo 10:

É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa huma-

na e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis (BRASIL, 2003).

Ao especificar um segmento da população e dedicar a ele um conjunto de leis para assegurar direitos básicos, a legislação se converte numa poderosa tecnologia de diferenciação que, no caso do Estatuto do Idoso, recorta um período da vida e passa a disseminá-lo, no imaginário social, como uma fase constituída por características e qualidades próprias. Para tanto, recorre à legitimidade de conhecimentos científicos e à preciosa ajuda da eficácia de meios de comunicação.

Como se pode observar na análise do Estatuto, a velhice é claramente compreendida como um público específico mediante classificações, ordenações e separações que diferenciam os idosos dos demais estratos sociais. É possível observar também que se busca produzir um efeito de verossimilhança de tal diferenciação, mediante o uso de terminologias científicas e de procedimentos de convencimento e de ampla divulgação, conforme aparece no seguinte trecho, dentre tantos outros que poderiam ser citados:

Art. 3º

(...)

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

(...)

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

A tecnologia de diferenciação da velhice, como ademais de outras fases da vida, opera sobre a dimensão do tempo e do espaço. No caso do Estatuto do idoso, junto ao recorte do tempo são feitos recortes de espaços, por exemplo, ao assegurar direitos a determinados serviços e círculos sociais.

As “entidades de atendimento ao idoso”, assim denominadas pelo Estatuto, aparecem com certo destaque, sendo dedicados a elas três capítulos exclusivos. Esta dedicação reforça o espírito do Estatuto em assegurar amparo, serviços e cuidados aos idosos, num certo sentido, encorpando, ainda mais, o esforço em apresentá-los como cidadãos de direitos. Por outro lado,

a vinculação dos idosos a espaços geográficos e psicossociais específicos os remete ao interior de instituições de amparo, cuidados e de lazer.

O termo “entidades de atendimento”, tal como está disposto no Estatuto, não se refere, necessariamente, às Instituições de Longa Permanência como é o caso do Asilo. Este é um sinal de reconhecimento na lei da ascensão de outras instituições de atendimento que vêm emergindo mais recentemente, tais como os Centros de Referência do Idoso (CRIs), os Centros de Convivência do Idoso (CCIs), Centros de Cuidados Dia, Clubes da Terceira Idade e outros.

É importante observarmos uma mudança ou transição de paradigma de atendimento à velhice, conforme sugere a aparição destes novos agentes institucionais. Se antes o velho encontrava abrigo e assistência no espaço do “Asilo”, na atualidade, o idoso se insere nas “entidades de atendimento” como as casas lares, residências assistidas, centros dia, centros de referência e convivência do idoso e outras instituições específicas. Mudam-se as nomenclaturas e os espaços, mas as idades avançadas da vida continuam sendo diferenciadas e apartadas do convívio e dos espaços comuns. Seja preso a uma cadeira de rodas em algum asilo ou participando de oficinas e outras atividades oferecidas em centros de convivência, o ancião permanece segregado em um “gueto psicossocial”.

A diferenciação da velhice, com um sentido predominantemente pejorativo, ainda é realizada mediante a criação de espaços de segregação associados a representações e imagens que retratam o velho como dependente e incapaz de suprir suas necessidades autonomamente. Os Espaços delimitados pelo Estatuto acabam refletindo a percepção da velhice em nossa sociedade, fortemente associada à figura velho decadente e dependente que vive à margem em asilos, hospitais e outras instituições afins (AMO, 2003, apud MIGUEL et. al., 2007, p. 785). Junto a tais entidades, a família é apontada como um lugar importante para o assentamento do idoso. As insistentes menções à importância da família seguem o receituário geriátrico-gerontológico que herdou da medicina social higienista oitocentista, uma forte inclinação para a arregimentação e controle das pessoas no núcleo familiar (DONZELOT, 1986). Por outro lado, reforça a ótica que concebe o idoso como dependente e incapaz de gerir sua própria vida, ao delegar à família a responsabilidade de sua tutela. Não se

pode ignorar que é bastante conveniente para o Estado eximir-se de suas responsabilidades administrativas, atribuindo-as, pela via legal, à família e a outros segmentos da sociedade. Com isso, o Estado revela suas pretensões de privatizar a gestão sobre o envelhecimento, colocando-se na privilegiada posição de instância reguladora.

Habitação própria é o espaço menos citado e vinculado ao idoso. O idoso independente abrigado em sua própria casa é mencionado de maneira insignificante, comparado com o relevo tomado por outros espaços psicossociais. Viver com autonomia, sem a tutela de familiares ou de outros gestores da velhice, parece não ter sido uma possibilidade vislumbrada nessa legislação.

A imagem de pobreza que vem sendo associada à velhice, desde o século XIX (GROISMAN, 1999), é outra constante no Estatuto. A assistência social, a prestação de benefícios aos idosos sem renda, a gratuidade nos transportes, os descontos em eventos e até mesmo a prestação de alimentos vão descortinando a concepção sobre velhice como uma fase da vida pauperizada e digna de caridade. Como bem aponta Neri (2005), estas “concessões” e outros “privilégios” previstos no Estatuto, não seriam necessários se o sistema previdenciário concedesse benefícios dignos aos aposentados e pensionistas. As imagens de escassez de recursos, atreladas ao envelhecimento, ficam bastante evidentes no trecho abaixo arrolado:

CAPÍTULO III

DOS ALIMENTOS

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

(...)

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (BRASIL, 2003).

O artigo 34 traz uma grande contradição presente no Estatuto. Apesar de considerar idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, as concessões que envolvem diretamente os gastos do Estado, como a concessão do benefício de prestação continuada, são destinadas apenas àqueles com 65 anos ou mais. Neste caso, apesar de todas as proteções estatutárias, há uma expropriação de direitos, que estende em cinco anos a concessão de benefícios considerados vitais. Apesar de retratar e difundir imagens de um envelhecimento pauperizado, o Estado priva o cidadão idoso das condições de vida dignas previstas no próprio Estatuto.

Dentre as políticas públicas previstas no Estatuto, a saúde desponta como uma preocupação fundamental. À saúde foi dedicado um extenso capítulo, além de várias outras menções que surgem no decorrer da leitura do texto completo dessa lei. O artigo 15 elenca a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso como prioridades. A insistente preocupação com a saúde do idoso sugere ao leitor que o envelhecimento vem acompanhado de doenças e degenerações, tal como apregoam a geriatria clássica e os programas de prevenção da saúde do idoso que galgaram bastante evidência no cenário social.

O trecho, a seguir, retrata bem a face do Estatuto que concebe o idoso como limitado e frágil.

Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante; (...) (BRASIL, 2003).

Não são poucas as menções estatutárias às limitações físicas e psíquicas que supostamente acompanham a “peculiar condição da pessoa idosa” e que acabam caracterizando a velhice como uma fase marcada por uma constrição da vida. Mesmo quando retrata o idoso como independente, apto a realizações de atividades educacionais, culturais, esportivas e de lazer, o Estatuto vincula sua imagem às supostas peculiaridades limitadoras que estariam naturalmente presentes no envelhecimento.

CAPÍTULO V

DA EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade (BRASIL, 2003).

Outras particularidades valorizadas positivamente e que potencialmente acompanham o envelhecimento, como a memória, as experiências de vida, a cultura e a sabedoria são mencionadas de forma insignificante.

Perante a figura de um idoso fragilizado, fomentada pelo Estatuto, não são poucas as disposições sobre as chamadas “medidas de proteção” previstas na Lei, tal como podemos observar no artigo 2º “O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei (...)”; ou no inciso III do parágrafo único do artigo 3º “A garantia de prioridade compreende: (...) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso” (BRASIL, 2003, grifo nosso). Assim, o Estatuto delibera sobre uma série de medidas protetivas, dispostas em um título e dois capítulos exclusivos, reincidentes também em outros capítulos da referida Lei.

Art. 43. As medidas de **proteção** ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;

III – em razão de sua condição pessoal (BRASIL, 2003, **negrito nosso**).

Ao estabelecer um vasto leque de medidas de proteção como garantias legais do idoso, o Estatuto também prevê punições, destinadas às pessoas físicas ou jurídicas que violarem os “direitos da pessoa idosa” previstos na Lei. A diferenciação do idoso em relação aos demais cidadãos é tamanha que os crimes cometidos contra a pessoa idosa são classificados como crimes específicos, deste modo, demandando medidas especiais de proteção ao idoso, assim como outras específicas de punição aos responsáveis. Crimes que podem ser cometidos contra qualquer cidadão, como omissão de socorro, estelionato e violação de direitos universais do homem, são considerados pelo Estatuto como crimes passíveis de punições exemplares quando cometidos contra idoso.

Não pretendemos aqui desqualificar a importância legal de se estabelecer medidas punitivas àqueles que violarem os direitos da pessoa idosa, ou de qualquer outro cidadão. Pretendemos, sim, esclarecer que o idoso concebido pelo Estatuto é um sujeito totalmente fragilizado, limitado e incapaz, por isso mesmo sendo considerado digno de proteções especiais e de punições exemplares àqueles que o ofender e infringir seus direitos.

A análise sistemática que fizemos do Estatuto mostrou que imagens vinculando o idoso à dependência, invalidação, passividade, fragilidade e carência, têm frequências muito superiores a outras categorias referidas a autonomia, realizações e potenciais de vida. Valores meliorativos como trabalho, cultura, aprimoramento pessoal e outros denotativos de potencialidades inerentes à figura do idoso estão presentes no estatuto, mas em posição bem secundária frente às tônicas pejorativas.

Como foi possível observar, predominam as referências ao idoso como aquele sobre o qual pesa uma condição de fragilidade e um estado de passividade e incapacidade diante das exigências da vida. Ao diferenciar a velhice como uma etapa ou fase específica da vida, o Estatuto baseado nos saberes da gerontologia e geriatria, acaba por apresentá-la como um momento no qual predominam limitações, fragilidades e incapacidades, descentrando ou desqualificando o idoso como sujeito.

Não podemos afirmar que o Estatuto do Idoso constrói por conta própria as imagens pejorativas ou meliorativas sobre o envelhecimento.

Na verdade, as disposições Estatutárias reproduzem e propagam as tônicas da sociedade em geral dadas às idades avançadas da vida. A despeito de predominar certas imagens, representações e sentidos, é a apropriação de tal dispositivo e as práticas que buscam nele respaldo e legitimação que acabam, dentro do jogo do poder, pesando consideravelmente na produção dos modos de ser e existir como idoso, em nossa sociedade.

Considerações finais

No enfoque das questões relacionadas à velhice é preciso ter sempre presente que o envelhecimento não é um processo natural e peremptório, mas sim socialmente construído e que comporta experiências diversas. Conforme lembra Debert (1999, p. 43), a experiência do envelhecimento é bastante heterogênea, diferentemente do que quer fazer crer certas teorias científicas e práticas sociais. Aliás, o sentido de homogeneização das idades avançadas da vida talvez seja o principal veiculado pelo Estatuto e demais leis que tomam a longevidade como objeto. É comum se naturalizar os acontecimentos da velhice como se houvesse uma condição própria dessa idade, determinada soberanamente pelo tempo, que se impõe inexoravelmente e sela o modo de ser e de viver dos longevos, independentemente da sociedade e da cultura onde estão inseridos. Dentro dessa visão, o envelhecimento parece ser uma obra exclusiva da natureza, com muito pouca ou até nenhuma participação do próprio homem. Trata-se de um tipo de visão bastante convincente. Afinal, quem ousa duvidar diante de um corpo enrugado, arcado, lento, enrijecido e adoentado, que se trata, de fato, de uma obra da impiedosa natureza e do tempo?

O que se ignora no enfoque naturalizador é que a um certo tipo de corpo são criados sentidos, pela ação da linguagem, mediante os quais esse corpo ganha expressão social, vale dizer, é colocado em espaços específicos e em postos e funções determinadas nas relações sociais. Portanto, no mundo dos homens, a materialidade do corpo, assim como as outras, não existe independentemente da produção de sentido sobre ele. Mesmo incorrendo numa imprecisão teórica, mas para sermos bem didáticos, poderíamos dizer que o corpo em si é obra da natureza, mas os sentidos que ele assume são criados socialmente. E são exatamente os sentidos, e não a materialidade em

si, que orientam as atitudes, as ações, as práticas e outras produções sociais pelas quais se concretizam o modo de ser e existir na velhice.

Conforme lembra Birman (1997), os recortes identitários, socialmente construídos mediante a segmentação do tempo, servem para delinear compartimentos etários como currais psicossociais nos quais as pessoas são colocadas e predestinadas a assumirem padrões de condutas socialmente úteis.

É considerável a força das leis de Estado na produção de tais recortes identitários, sobretudo no que diz respeito à sua capacidade de irradiação simbólica. Nesse sentido, é importante atentar-se para as ressignificações e produções de sentido sobre a longevidade implementadas pelas hegemônias que se estabelecem na governabilidade social e se apropriam das leis, alojando-se nos aparelhos estatais ou da sociedade civil.

As leis são importantes usinas de produção de sentidos e de efeitos de verdade, pelos quais são forjadas espacialidades, imagens, concepções, afetos e formas de tratamento, dirigidos aos seus referentes. É possível apreender uma lógica na legislação do idoso, orientadora e modeladora de subjetividades, representações, expectativas, políticas públicas e de espaços específicos destinados aos anciãos, a partir das tônicas e princípios que pautam o discurso legal sobre o envelhecimento.

Além das formas jurídicas, a ciência é outra poderosa fonte de produção de sentidos e de efeitos de verdade sobre seus referentes. No caso da velhice, foi estabelecida uma forte aliança entre Geriatria, Gerontologia e Estado. Este eixo cooperativo formado pelo Estado e a Ciência fortalece os efeitos de verdade produzidos sobre o envelhecimento. Enquanto o Estado prestigia e promove as especialidades em tela, elas, por seu turno, oferecem subsídios discursivos valiosos para a gestão do envelhecimento, pelo Estado. Neste pacto de poderes hegemônicos, o saber geriátrico-gerontológico ganha bastante espaço na gestão da velhice, se estabelecendo como base sólida e segura de produção de verdade e expandindo seus tentáculos no pródigo mercado de gestão pública de populações. Tamanha é a influência das duas especialidades em foco que, segundo alguns autores (GROISMAN, 2002; TÓTORA, 2008), estes saberes passaram a influenciar não somente a construção social das idades avançadas da vida, mas toda sua extensão, ao propor um receituário de bem viver e prometer longevidade com qualidade a todos que seguirem e cumprirem à risca suas prescrições, desde o útero materno.

Resta a constatação da importância de se interrogar e questionar a presença da ciência junto ao Estado, particularmente, na gestão do envelhecimento, enquanto fornecedora de conhecimentos e tecnologias, sancionados legalmente, produtoras de formas de ser e existir na velhice.

Referências

- BAUMAN, Z. **Globalização: consequências humanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1990.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994.
- _____. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.
- CALLIGARIS, C. **Hello Brasil!** Notas de um psicanalista europeu viajando ao Brasil. São Paulo: Escuta, 1991.
- CENEVIVA, W. Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a Terceira Idade nas alternativas da Lei. **Revista A Terceira Idade**, São Paulo, v. 15, n. 30, p. 7-23, maio 2004.
- CORREA, M. R. **Uma cartografia do envelhecimento na contemporaneidade: a velhice e a terceira idade**. 2008, 148f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, Assis, São Paulo.
- DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: _____ (Org.). **Antropologia e velhice**. Campinas: UNICAMP, 1994. (Textos didáticos)
- DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
- GROISMAN, D. **A infância do asilo**. 1999. 120p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. A velhice entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos. Rio de Janeiro, v.9, p.61-78, jan-abr. 2002.

HADDAD, E.; Gonçalves, M. **A Ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo, Loyola, 1992.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C.. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso, segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 26-33, mar. 2008.

MARZIALE, M. H. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.11, n.6, 701-706, nov/dez. 2003.

MIGUEL, M. E. et. al. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.3, p.784-795,, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>>. Acesso em: 3 abr. 2010.

NÉRI, A. L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa no Estatuto do Idoso. **Revista A Terceira Idade**, São Paulo, v. 16, n. 34, p. 7-25, out. 2005.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, M. (Org) **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007. p.69-84.

SILVA, S. S. **Estatuto do Idoso: um crítico e novo olhar sobre o idoso e os desafios a serem enfrentados**. 2007. Dissertação (Mestre em Direito) – Centro Universitário Eurípedes Soares da Rocha, Marília, São Paulo.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. **Kairós**, São Paulo, vol. 11, n. 1, p.21-38, 2008.

O envelhecimento na perspectiva feminista: Simone de Beauvoir, Germaine Greer e o Coletivo de Boston

Wilza Vieira Villela¹
Eleonora M. Oliveira²

Introdução

O convite para participar desta coletânea foi feito com a encomenda de um capítulo sobre envelhecimento e gênero. Neófito na reflexão sobre envelhecimento, e pouco familiarizada com a discussão sobre gênero, tal como mais recentemente esta categoria tem ganhado corpo nas ciências sociais – com a relativa desvinculação do uso desta categoria na prática acadêmica feminista, e um maior aprofundamento da sua reflexão na abordagem da sexualidade e performances corporais, busquei aconselhamento e parceria com Eleonora M. Oliveira, pensadora experiente, amiga e companheira em atividades acadêmicas e também militante de cunho feminista.

Entendemos que *gênero* é uma categoria de análise que nasce no interior da prática feminista, mas que não se limita a ela. Gênero marca a inscrição social do corpo sexuado, não operando de modo isolado ou preponderante em relação aos demais marcadores sociais que delimitam hierarquias e espaços de poder. Assim, a experiência das mulheres é resultado de uma rede complexa de determinações sócias que incluem, além do gênero, classe social, a raça/etnia, a orientação sexual e também a etapa da vida vivida pelo sujeito em um momento dado.

1 Wilza Vieira Villela (wilsa.vieira@terra.com.br) é médica e Livre-docente em Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

2 Eleonora Menicucci de Oliveira (eleonora.menicucci@unifesp.br) é cientista política e Professora titular do Departamento de Medicina Preventiva (UNIFESP).

Como aponta J. Butler (2002), o corpo de uma mulher jovem e branca não tem o mesmo valor social e sexual que o de uma mulher velha e negra. Ademais, o valor social de um corpo é definido também por sua origem e inserção de classe, e sua inscrição na cultura específica na qual o corpo circula num dado momento.

Ou seja, gênero seria uma categoria relacional não apenas no que diz respeito à produção de performances corporais e subjetivas identificadas como masculinas e femininas, mas também uma categoria que confere matizes diferenciais de valor às demais atribuições sociais que, inscritas nos corpos, possibilitam a constituição dos sujeitos, homens e mulheres. (BUTLER, 2002)

Portanto, pensar gênero e envelhecimento exigiria considerar articulações específicas de diferentes vetores sociais de produção de subjetividades e definição de identidades, operando simultaneamente sobre homens e mulheres contextualizados social e historicamente. Tarefa grande e árdua para os limites teóricos e empíricos das autoras e para os prazos solicitados para a elaboração do capítulo.

Contando, pois, com a generosidade e tolerância das organizadoras em relação a estes limites, nos dispusemos a pensar a questão do envelhecimento apenas na perspectiva das mulheres, considerando a contribuição de autoras clássicas do feminismo contemporâneo. Tal escolha deriva da compreensão de que grande parte das reflexões feministas que inundaram o pensamento social na segunda metade do século XX tiveram sua origem nas reflexões pioneiras de algumas mulheres. Caberia, portanto, a elas voltar, para observar em que medida, e de que maneira, a temática do envelhecimento foi abordada.

É evidente que pode existir alguma superposição entre pensar, pura e simplesmente, a experiência das mulheres, pensá-la desde um ponto de vista feminista e ainda utilizar a categoria gênero para analisar esta experiência.

Supõe-se haver alguma continuidade entre um objeto empírico – a experiência de ser mulher numa dada circunstância, o posicionamento ideológico que impele o autor e eleger certos objetos – no caso, o compromisso com a autodeterminação das mulheres sobre as suas vidas, marca fundante do feminismo, e a categoria escolhida para explicar as peculiaridades desta experiência. Entretanto, cada uma destas dimensões não se reduz às demais,

gênero e mulher não são sinônimos, e pensar na experiência das mulheres não necessariamente implica previamente um posicionamento feminista.

Tendo assim redefinido o escopo do trabalho a ser realizado, e dispondo de uma literatura não exaustiva, embora volumosa e consistente, sobre histórias e vivências de mulheres perante o processo de envelhecimento, a leitura das reflexões de autoras feministas sobre o envelhecimento foi orientada pela seguinte interrogação: o que seria um olhar feminista sobre o envelhecimento?

Tal questão foi formulada a partir da constatação que no envelhecimento se aguçam as pressões, opressões e desqualificações em que o sujeito mulher se defrontou ao longo da vida e por isso não dá conta de explicar o processo que determina que as coisas sejam assim, e de antemão recusa qualquer especificidade à experiência de envelhecer.

Em contrapartida, tomar o envelhecimento como o resultado natural do ciclo da vida, que lentamente vai esmaecendo os contornos de uma trajetória de vida delineada em etapas anteriores, é desconsiderar a dimensão social do processo de envelhecimento, inclusive enquanto determinante do modo como esta etapa é vivenciada pelo sujeito (BRÊTAS, 1999). É também reduzir a vida humana a uma dimensão puramente biológica, como se fosse possível pensar em alguma circunstância em que os sujeitos humanos, em sua experiência concreta de viver, pudessem ser abordados em uma dimensão puramente biológica.

Ao mesmo tempo, há que se considerar que as teorizações fundantes do feminismo do século XX tomam a capacidade procriativa das mulheres como eixo central do processo da sua dominação e opressão, estabelecido por meio do controle da sua sexualidade.

Houve um grande avanço na teorização feminista desde os trabalhos seminais de Sulamith Firestone (1970) e Gayle Rubin (1975). Estas autoras partiram da análise da apropriação da sexualidade e capacidade reprodutiva das mulheres para explicar os processos de opressão, dominação e subordinação exercidos pelos homens, numa matriz de pensamento que equivalia a relação entre os sexos à luta de classes (FIRESTONE, 1970), ou a circulação social das mulheres ao resultado de uma troca simbólica entre homens (RUBIN, 1975). Reflexões feministas posteriores buscaram se afastar destas explicações de cunho mais totalizantes, para

buscar, na análise do cotidiano, tal como proposto por Heller (1989), a compreensão dos modos pelos quais se construía e era vivenciada a desigualdade entre homens e mulheres.

No entanto, é ainda a análise da significação social da relação entre reprodução e sexualidade, dos valores que a partir daí são criados e da sua incorporação como organizadores sociais que orienta grande parte das análises feministas sobre a situação social das mulheres. Incluem-se aí os mecanismos de incorporação subjetiva dos valores relativos à feminilidade e masculinidade por homens e mulheres e a sua importância na construção das identidades, de modo a permitir que as mulheres voluntariamente aceitem abrir mão da sua autonomia sexual em função da suposta maior relevância social e simbólica do exercício da maternidade e da organização da família, e do entendimento destas duas esferas como incompatíveis entre si, em se tratando de mulheres. (VILLELA, 2010).

Em que poderia se apoiar uma mirada feminista sobre o cotidiano das mulheres cuja capacidade reprodutiva já está encerrada, cujos compromissos com a maternidade já estão cumpridos e cuja sexualidade já não se oferece mais como algo sobre o qual seja possível, ou necessário, estabelecer controle?

Alternativamente, poder-se-ia perguntar se seria útil ou oportuno recuperar ou persistir num discurso feminista, para aplicá-lo a um objeto supostamente novo nesta teorização. Afinal, cada vez mais as mulheres, ao menos as de classe média no mundo ocidental, controlam a sua capacidade reprodutiva, exercem a sua sexualidade independentemente do casamento, ocupam uma fatia importante do mercado de trabalho remunerado e conquistam progressivamente mais e mais lugares de poder. Não estaria o discurso feminista defasado no tempo? No entanto, como afirma Butler (2010), enquanto houver desigualdade entre mulheres e homens há espaço e pertinência para o feminismo.

Pode-se, portanto, responder a este questionamento ponderando que, em termos globais, as mulheres são mais numerosas que os homens, mas ainda não dispõem das mesmas oportunidades que estes. Considerando que a sua expectativa de vida é maior, tem-se uma sobrerrepresentação importante de mulheres vivendo, de modo prolongado, o processo de envelhecimento, em geral em situação de maior pobreza material e solidão, quando compa-

radas aos homens. Assim, o tema de velhice, enquanto uma das dimensões nas quais se expressa a injustiça social contra as mulheres, é um assunto que deve ser abordado pelo feminismo, na perspectiva da defesa dos direitos das mulheres a uma vida digna e em igualdade de condições com os homens.

Embora reconhecendo, a partir dos argumentos acima, a importância do feminismo se ocupar em abordar criticamente a questão do envelhecimento das mulheres, a pergunta inicialmente colocada continua sem resposta: sem o suporte teórico de problematização sobre o controle da reprodução para apoiar o desenvolvimento de uma lógica emancipatória, o que poderia ser uma mirada feminista sobre este tema. Que olhar poderia contribuir para inspirar reflexões a ações que possibilitassem que, para as mulheres, esta etapa da vida não fosse apenas um período de espera da morte, e sim mais uma fase de autorrealização e construção de autonomia?

Com esta pergunta em mente nos dispusemos a (re)visitar os trabalhos de algumas das autoras que lançaram as bases do pensamento feminista contemporâneo e que, ao final das suas carreiras, se dispuseram a pensar sobre o envelhecimento, a saber, Simone de Beauvoir, Germaine Greer e as mulheres do Coletivo de Boston. Este capítulo apresenta uma breve síntese das suas respectivas contribuições, buscando identificar os pontos de convergência e continuidade entre suas diferentes abordagens, de modo a permitir estabelecer alguns contornos de uma possível abordagem feminista do envelhecimento.

Mesmo correndo o risco de parecermos enfadonhas e pouco originais para os leitores que, antes de nós já se inquietaram com as mesmas curiosidades, intuímos que para outros o rápido passeio pelo pensamento sobre o processo de envelhecer produzido por significativas na história contemporânea pode ser tão interessante quanto foi para nós. Afinal, uma das formas de ressignificar a velhice é reconhecer o que as pessoas mais velhas podem nos ensinar.

Simone de Beauvoir e “La vieillesse”

Escrito em 1970, quando sua autora estava com 62 anos, o longo ensaio de Simone de Beauvoir sobre a velhice tem como introdução o seu posicionamento a respeito da sua decisão de escrever este livro.

Segundo a autora, haveria uma conspiração de silêncio em torno do envelhecimento, e seu trabalho consistiria exatamente numa tentativa de romper com esta conspiração.

Apontando algumas das perversas e contraditórias atribuições de valores à velhice, como a suposta superação dos desejos humanos, ou seja, o sexo, o amor, o dinheiro, ou a pretensa maior tolerância às injunções da vida, Beauvoir mostra que, mais do que descrever qualquer realidade palpável dos sujeitos considerados velhos, estes valores criam condições para a sua exploração social e econômica, em uma sociedade consumista e movida pela competitividade, na qual não há lugar para os não produtivos.

Ou seja, do mesmo modo em que no “Segundo Sexo” (1967), a autora busca desconstruir os valores ligados a uma dada ideia de feminilidade, mostrando que estes não têm relação com as características biológicas das mulheres, e sim com uma operação social voltada para garantir a supremacia dos homens sobre as mulheres, em “A Velhice” a intenção é demonstrar que existe uma construção social em torno do envelhecimento.

Nesta construção são atribuídos significados à velhice mais relacionados a processos de exclusão social dos velhos do que propriamente à dimensão biológica do envelhecer.

A premissa é, portanto, que a ideia de velhice é uma construção social complexa, não linearmente relacionada ao tempo cronológico de vida ou às alterações físicas e psicológicas pelas quais os sujeitos passam ao longo de toda a sua existência. Neste sentido, Beauvoir (1970, p.106) pondera que o eventual respeito ou temor que alguns velhos inspiram em certas sociedades ou culturas se devem mais a concessões feitas pelos adultos das ditas sociedades ou culturas, que às conquistas dos velhos como coletivo humano.

É ainda ressaltado que os velhos que conseguem manter alguma respeitabilidade ou poder são aqueles que já desfrutavam destas vantagens sociais, ponderando que muitas vezes a manutenção deste status está mais relacionada a estratégias de poder de seus sucessores ou herdeiros do que a existência de um real espaço social de reconhecimento e exercício de poder por parte dos velhos.

Daí, segundo a autora, resulta ser impossível escrever uma história da velhice, pois nesta etapa não há um movimento, uma ação a partir desta condição, que provoque efeitos na sociedade, produzindo a circulari-

dade entre causas e efeitos com que se desenha a história. Para a autora, o velho, enquanto categoria social, nunca interferiu no curso da história (BEAUVOIR, 1970, p. 109).

Sendo a questão do espaço social dos velhos em última instância uma questão de poder, a velhice se transformaria num problema de homens. As mulheres, em qualquer idade, não detêm poder nos espaços públicos, não sendo possível, assim, escrever uma história do envelhecimento das mulheres que permitisse uma inscrição na história (BEAUVOIR, 1970, p. 110).

Ao mesmo tempo é feito um cuidadoso percurso sobre o que é considerado um horror atávico às mulheres velhas, que permeia diferentes culturas e contextos históricos. Apoiada numa rica documentação de mitos, lendas, obras artísticas e pensamentos de autores considerados expoentes nas suas diferentes culturas, Beauvoir mostra a permanência da figura da mulher velha – personificada na imagem da bruxa, como um símbolo maléfico e negativo, que contrasta com a fada, representada como uma mulher jovem e boa (e, acrescentaríamos, loura, nos livros infantis comercializados em nosso País).

A mulher velha só eventualmente adquire uma imagem positivada quando representada na figura da avó, operação semiótica que, de alguma forma, a reconecta à maternidade. A figura da avó, deve-se lembrar, é destituída de qualquer poder real ou simbólico, e sua positivação está relacionada à manutenção da única insígnia social pela qual as mulheres são reconhecidas na sociedade.

A autora conclui seu trabalho ponderando que, mais do que a morte, é a velhice o que se opõe à vida (BEAUVOIR, 1970, p. 665), já que a morte faz parte da vida, não se opondo a ela. É a perda da vitalidade, da inscrição social, da respeitabilidade que marcam a velhice. Para Beauvoir, a exclusão social e simbólica dos velhos na cultura atestaria a falência da nossa civilização.

Germaine Greer: Mulher, Maturidade e Mudança

Greer, escrevendo em 1991, aos 52 anos, 20 anos após ter ficado mundialmente famosa com seu livro “A mulher Eunuco” (1974), um

clássico da literatura feminista contemporânea, não aceita que o processo de envelhecimento das mulheres não possa ser objeto de uma reflexão feminista específica.

A sua reflexão parte dos mesmos pressupostos teóricos já utilizados no seu trabalho pioneiro, a apropriação masculina da sexualidade das mulheres como estratégia para sua subordinação, e a forma particular como as sociedades se utilizaram da capacidade reprodutiva das mulheres – privatizando e individualizando a tarefa de proteção e cuidados com as crianças e circunscrevendo esta tarefa às mulheres. Para a autora, estes mecanismos acabam por escravizar (castrar) as mulheres social e sexualmente.

Utilizando, portanto, a ideia de castração, real e simbólica, como dispositivo teórico-metodológico, a autora se propõe a pensar o envelhecimento das mulheres como uma etapa da vida iniciada na menopausa, evento biológico-social que marca uma mudança do lugar social das mulheres.

Esta perspectiva é reafirmada pelo uso indistinto dos termos climatério e envelhecimento, buscando assim demarcar o primeiro como referido a um processo biossocial vivenciado especificamente pelas mulheres, e o segundo como o termo que designa uma etapa cujos sentidos e significações sociais e simbólicas do ser mulher estão subordinados ao primeiro.

Com este artifício, a autora já assinala que existe uma especificidade no envelhecimento das mulheres, pois há uma marca simbólica que distingue, nas mulheres, o processo de degeneração dos tecidos, que ocorre continuamente com mulheres e com homens ao longo da vida. A partir desta premissa são investigadas diferentes afirmações e discursos médicos sobre menopausa e climatério, mostrando as enormes incoerências e incongruências entre elas, e ainda a sua enorme distância da enorme variedade de experiências das mulheres diante do envelhecer.

Segundo Greer (1991), estas inconsistências nos discursos médicos sobre a menopausa e o climatério apontam para a tentativa de apropriação, por parte dos homens e demais representantes dos poderes hegemônicos da sociedade, de mais uma experiência especificamente feminina. A exemplo do que já tem ocorrido em relação à gravidez e parto, ao orgasmo e a outras experiências corporais das mulheres, cuja potência ameaçaria os homens, a transformação da menopausa e do climatério em temas para a medicina seria mais uma estratégia de controle da potencialidade das mu-

lheres, especificamente após cessar a sua capacidade reprodutiva, quando estariam mais livres para competir com os homens por postos de trabalho e prestígio, e ainda quando se torna evidente as desvantagens masculinas em termos de tempo de vida e potencial produtividade social.

Da mesma forma que Beauvoir, Greer (1991) lança mão da extensa mitologia relativa às mulheres velhas, presente em diferentes culturas. No entanto, a sua intenção aí não é mostrar o horror atávico que os homens têm da mulher velha – que não pode mais procriar, não é desejada sexualmente, não mais produz nem aceita ordens, não tendo, portanto, inscrição social, e sim o temor que esta personagem inspira, posto que está a salvo das diferentes armadilhas que os homens criaram para o aprisionamento das mulheres.

Sem negar que ocorrem transformações biológicas ao longo da vida, a autora realiza um cuidadoso mapeamento destas, e das suas abordagens no interior da prática e do discurso médico. Visando desmistificá-las, várias explicações sobre as transformações derivadas do envelhecimento e suas consequências para as mulheres são cotejadas com as vivências da menopausa, do climatério e do processo de envelhecimento, de mulheres diferentes em termos de classe social, raça/etnia, idade, orientação sexual e histórias de vida, modo a tornar claro, a discrepância entre o dito e o vivido.

Nestes relatos são enfatizadas as várias experiências positivas vividas pelas mulheres sob a forma de encontros sexuais e amorosos, de resignificação de laços familiares e sociais, e de mudanças no uso do tempo a partir da menopausa, no climatério e durante a velhice, de modo a comprovar de que a pretensa perda de vitalidade feminina no envelhecimento faz parte da mitologia da medicina sobre as mulheres.

Para a autora, a principal contribuição de uma perspectiva feminista para a construção da autonomia das mulheres no climatério e durante o envelhecimento seria o confronto da ideia de que, do ponto de vista social e simbólico, as mulheres acabariam, deixariam de existir quando cessasse a sua capacidade reprodutiva, só lhes restando ir passando o tempo à espera da sua morte biológica.

Sob um olhar feminista, ao contrário, a menopausa poderia ser um rito de passagem para uma etapa da vida de maior liberdade, onde o ces-

sar da menstruação marcaria o fim do aprisionamento sexual das mulheres aos homens, e a conquista de um novo patamar de autonomia. A tarefa militante seria, portanto, trazer à luz as várias histórias de sucesso e de mudanças positivas nas vidas das mulheres após a menopausa, que pudessem servir de exemplos a seguir, bem como a criação de oportunidades de autorrealização para as mulheres nesta terceira etapa da vida.

As mulheres do Coletivo de Boston e a perspectiva de Envelhecer Juntas:

Lançado em 1970 pelo Coletivo de Boston para a Saúde das Mulheres, o livro “Our Bodies Ourselves” ficou internacionalmente famoso como um completo compêndio de saúde das mulheres elaborado sob uma perspectiva feminista.

O livro foi escrito com a intenção de que as mulheres pudessem ter um maior controle sobre seus corpos e sua saúde a partir de um conhecimento básico de alguns aspectos da sua anatomia, fisiologia, e dos fatores que poderiam contribuir com a sua saúde e bem-estar.

“Envelhecer juntas” inicialmente foi um capítulo desta obra seminal. No entanto, o envelhecimento das coordenadoras do projeto, e das próprias mulheres que se beneficiavam dos trabalhos do Coletivo fez com que este capítulo fosse ganhando acréscimos nas edições seguintes, tendo o tema se tornado objeto de um projeto específico. Assim, em 1987 foi lançado o livro “Envelhecer Juntas” (“Ourselves, Growing Older”), tendo como uma das principais preocupações desmistificar a medicalização da menopausa, e ainda desafiar a concepção de que o envelhecimento deveria ser sinônimo de deficiências, restrições e perdas.

O eixo central que orienta a reflexão e a proposta de ação expressa no livro é a ideia de que o pessoal é político, uma das importantes bandeiras do feminismo da segunda metade do século XX, e de que a autonomia sobre o corpo é essencial para uma postura de autodeterminação sobre a vida.

Assim, a publicação busca apresentar, de modo claro e simples, os processos biológicos ligados ao envelhecimento, oferecendo sugestões sobre como lidar com eles. Nesta oferta de sugestões são abordados os temas

sobre sexualidade, homo e hetero, masturbação, prevenção do HIV, amores e paixões. Ou seja, não se trata mais de dizer que as mulheres mais velhas podem continuar sendo ativas do ponto de vista amoroso e sexual, e sim de exemplificar maneiras de manter a atividade amorosa e sexual a partir de novos padrões de erotismo, excitabilidade, atratividade e capacidade física.

Questões como o manejo de dinheiro e do tempo, do enfrentamento das limitações físicas e das fantasias relativas à morte também são discutidas, visando que as mulheres possam desfrutar da maior independência financeira e pessoal até o final das suas vidas. A perspectiva é que, para as mulheres, envelhecer bem, mantendo-se ativas e produtivas para si mesmas, sem se subordinar às demandas familiares ou do aparato médico no sentido de serem as eternas cuidadoras ou as doentes crônicas, é uma ação essencialmente política.

Entretanto, o principal dispositivo político assumido como orientador da ideia de envelhecer bem é a noção de solidariedade. Para além de um ato singelo ou espontaneísta de amor ao próximo, a solidariedade, na perspectiva do feminismo, é entendida como um ato intencional e revolucionário, no sentido de que esta é uma atitude que rompe com posturas individualistas, competitivas e egoístas que marcam as sociedades contemporâneas.

Segundo esta concepção, existe um amálgama entre as estruturas de dominação masculina e do capitalismo com fortes repercussões morais e societárias no sentido das posturas citadas acima.

Deste modo, a prática da solidariedade é uma construção ativa, baseada no princípio ético da não desqualificação da outra, sua visão como uma coitada, desvalida, imersa num mar de necessidades e carências, e sim o seu reconhecimento como igual, capaz de trocas horizontalizadas. Contrapondo-se às ideias de caridade, generosidade e filantropia, que na sua perspectiva de dar sem receber guardam uma dimensão de poder e superioridade sobre o outro, a solidariedade entre as mulheres velhas seria uma ação política essencial.

Perante a operação de apagamento social que ocorre ao longo do envelhecimento das mulheres, a solidariedade seria o dispositivo político para torná-las visíveis e existentes. A materialidade real e simbólica das mulheres velhas, produzida pela criação de redes de solidariedade, permitiria a ultrapassagem dos mitos da bruxa má, da vovozinha ou do espectro que peram-

bula pela vida sem sentido, sem rumo e sem uma existência real, esperando que a morte livre a ela e aos próximos do incômodo desta presença.

Comentários

Se pusermos as obras comentadas resumidamente numa linha de tempo, podemos observar mais continuidades que rupturas entre as teorizações apresentadas. Existe, nas três perspectivas aqui sintetizadas, o reconhecimento da invisibilidade das mulheres velhas no mundo e a construção da perspectiva do envelhecimento como um fato social e não apenas biológico. Construção que dá sustentação a jogos de poder voltados para garantir a hegemonia de grupos comprometidos com a produção, reprodução e aprofundamento das desigualdades sociais que mantêm e amplificam a movimentação dos mercados no mundo capitalista.

Assim, após o primoroso diagnóstico de Simone de Beauvoir a respeito da inexistência social das mulheres velhas, o que se seguem são iniciativas buscando preencher este vazio por meio de ações voltadas para dar luz e voz às experiências de mulheres no climatério. Num terceiro momento, a proposição de ações solidárias entre as mulheres visa romper com a solidão e o silêncio que invade esta fase da vida, de modo que a voz e a imagem, recuperadas por meio da publicização das experiências das mulheres ao envelhecer possam se desdobrar em experiências de construção de pautas de vida que possibilitem que esta só se acabe com o morrer, e não antes.

Estas teorizações de algum modo acompanham o crescimento do número de mulheres no climatério e velhas em todo o mundo, e das discussões a respeito de estratégias socialmente adequadas para o enfrentamento de um tema que não deve ser considerado exclusivamente sob o ângulo da saúde ou dos aspectos biológicos. A proporção de velhas e velhos num determinado grupo tem implicações econômicas, para o mercado de trabalho, para a arquitetura das cidades, a produção de espaços de lazer e várias outras dimensões da vida social. Incluem-se aí também as repercussões sobre organizações e dinâmicas familiares, dadas as chances de estabelecimentos de relações amorosas, sexuais e conjugais entre pessoas que já cumpriram as suas carreiras reprodutivas.

É nesta direção que as publicações feministas mais recentes sobre o envelhecimento das mulheres têm apontado. Aí se incluem o último trabalho de Betty Friedan, “The Fountain of Age”, publicado em 1993, quando a autora estava com 72 anos. Neste, é discutido o desafio de envelhecer com dignidade num mundo que entroniza a juventude, e frente a estratégias do mercado médico, estético e cosmético, que buscam maximizar os lucros do segmento coagindo as mulheres a negarem o envelhecimento dos seus rostos e corpos por meio de diversas tentativas de maquiagem este processo.

Trilhando um caminho próximo ao de Simone de Beauvoir, e fazendo eco à reflexão sobre a interseccionalidade que tem permeado a produção teórica feminista mais recente, o livro de Calasanti e Slevin, *Gender, “Social Inequalities and Aging”* (2001) apresenta uma análise crítica das representações do envelhecimento como um processo basicamente biológico, que afeta indistintamente os seres humanos a partir de um determinado tempo de vida. As autoras ponderam que existem diferenças importantes no processo de envelhecer para mulheres e de homens, mas que estas diferenças não podem ser consideradas sem referência às sinergias entre desigualdades de gênero, de classe, de raça/etnia e de orientação sexual. Nesta perspectiva, uma análise feminista do processo de envelhecimento das mulheres deveria considerar as diferenças que existem entre mulheres inseridas em diferentes segmentos sociais, e analisar as dimensões do seu modo de envelhecer por referência às suas respectivas inserções socioculturais, econômicas, étnico-raciais e sexuais.

Ou seja, a crescente produção feminista sobre o envelhecimento das mulheres, embora esteja relacionada à produção mais recente sobre o tema em diversas disciplinas, segue, em linhas gerais, as matrizes engendradas pelas primeiras publicações de ampla repercussão a se ocuparem do tema. Considera-se o envelhecimento como um fenômeno socialmente construído, a partir de disputas políticas por poder e hegemonia dos adultos, e da voracidade do mercado em produzir mais um nicho de lucratividade. Neste processo, intensifica-se a desvalorização social das mulheres, que com o envelhecimento perdem os trunfos que garantiam sua inscrição simbólica na sociedade masculina – a maternidade e a sedução sexual apoiadas na juventude e num determinado padrão de beleza. Caberia às feministas, portanto, dar visibilidade às experiências

das mulheres pós-menopáusicas, e buscar estabelecer entre si laços de solidariedade, no sentido de produzir e fortalecer uma nova inscrição social para as mulheres além da reprodução. Isto, sem desconsiderar as diferenças que existem entre as mulheres, e situando a experiência do envelhecimento de cada uma em relação aos demais marcadores sociais que determinaram toda a sua trajetória de vida e de construção identitária.

Neste sentido, é lamentável que as políticas públicas, principalmente as de saúde, incluam todas as pessoas com mais de 65 anos numa categoria ampla e assexuada denominada “idosos”, como se envelhecer fosse um processo semelhante para homens e para mulheres. Ademais, a categoria “idosos” é evocada como se também não existisse diferença de classe social, escolaridade, renda, acesso a recursos e suportes sociais entre os diversos sujeitos, e como se ter 60 anos fosse o mesmo que ter 65, 80 ou 90.

Considerações finais.

O número de mulheres com mais de 60 anos vem crescendo no Brasil, assim como no resto do mundo, estimulando a realização de estudos sobre as características e necessidades dessa população que aumenta a cada dia. No entanto, em relação às condições da sua vida cotidiana, incluindo aspectos da sua sexualidade, da vida amorosa, do lazer, prazer e demais realizações pessoais ainda existe um relativo silêncio. Este silêncio é mascarado pela criação de uma categoria genérica e virtual de pessoas, os “idosos”, vistos como um grupo homogêneo, assexuado, a quem se deve simplesmente garantir alguma dignidade para viver o tempo que os separa da morte.

Mesmo no âmbito dos estudos feministas, usualmente mais sensíveis aos temas relativos à sexualidade e à vida cotidiana das mulheres, existe uma relativa precariedade na reflexão desta temática quando o foco são as mulheres mais velhas. É, portanto, necessário um esforço para dar visibilidade às iniciativas que, de alguma forma, buscam refletir sobre as vivências sexuais e amorosas das mulheres na pós-menopausa, no sentido de desfazer preconceitos ou percepções distorcidas em relação ao tema, e assinalar as possibilidades de trocas afetivas e sexuais em todas as fases da vida humana.

As limitações corporais e a consciência da temporalidade têm-se tornado um foco marcante na problematização médica, e do senso comum, sobre o envelhecimento. Reflexivamente, estes temas têm repercutido e sido reiterados no discurso das mulheres sobre o envelhecer, embora com diferentes nuanças e intensidades em função das suas inserções sociais. Entretanto, corpo e tempo se entrecruzam no devir do envelhecimento, e como consequência disso, emergem as diversas velhices e suas consequentes e múltiplas representações.

Assim, como cada mulher tem uma velhice singular, as velhices passam a ser incontáveis e a definição do termo torna-se um impasse. Afinal, uma mulher é tida como velha por referência a um tempo de vida, a algum tipo de declínio orgânico, ou em função da maneira pelas quais ela própria, e as pessoas com quem interage, a encaram?

Muitas das mulheres feministas que participaram da construção da mudança da condição social das mulheres na segunda metade do século passado atualmente já chegaram à velhice.

Para muitas, esta etapa trouxe a possibilidade de “*ressignificar*” o sentimento de rebeldia que fomentou a transformação das suas vidas cotidianas, deslocando-o para a reflexão sobre a opacidade da velhice, em especial no que diz respeito à sexualidade, entendida como matriz de prazer e de pulsão de vida.

A sexualidade, ponto angular da revolução feminista, é estruturante da busca pela qualidade de vida e contraponto fundamental da vivência das perdas e das dores, físicas e emocionais, que com o passar do tempo vão-se avolumando. Daí, desconstruir a ideia da velhice como uma etapa sem desejo, sem impulso de vida, dar espaço e visibilidade para que as mulheres velhas possam falar das suas experiências eróticas e sexuais, é essencial para o reconhecimento de que a velhice, para as mulheres, não precisa significar uma forma de morte em vida.

Debert (1999) aponta a necessidade de reinvenção da velhice, visando desconstruir os tabus e preconceitos sobre esta etapa da vida. Com a mesma perspectiva, Swuam (2003) propõe uma “*ressignificação*” da sexualidade e corporalidade das mulheres idosas, acompanhada de uma desconstrução paradigmática e epistemológica sobre o tema. Neste sentido, seria importante que houvesse uma produção acadêmica brasileira que

buscasse preencher as lacunas sobre os diversos mecanismos discriminatórios que se exercem contra as mulheres velhas, em especial no que diz respeito à sua vivência da sexualidade e do prazer. Vale aí ressaltar o retorno da presença da repressão sexual na velhice, talvez em função da associação entre atividade sexual e reprodução, dificultando, assim, as trocas eróticas e afetivas entre pessoas que já passaram da fase de procriação.

Há também que se considerar a questão da reciprocidade, importante amálgama das relações sociais. A reciprocidade exige essencialmente que um sujeito possa apreender a experiência do outro. No entanto, na relação dos adultos com as velhas ocorre o inverso. Mulheres velhas – salvo exceções – não fazem mais nada que seja considerado como tendo algum valor social. Elas são definidas por uma *exis*, e não por uma *práxis*. O tempo as conduz a um fim – a morte – que não é o seu fim, pois não foi estabelecido como um projeto de vida. E assim a velha aparece aos indivíduos ativos como uma “espécie estranha”, na qual eles não se reconhecem.

O olhar tardio do movimento feminista para o processo de envelhecimento talvez tenha sido relacionado a uma agenda política que exigia um envolvimento imediato com outros temas, como o aborto, a violência de gênero e outras questões relativas à saúde reprodutiva das mulheres.

Foi a prática de construir teorias a partir da reflexão sobre o cotidiano que permitiu que progressivamente as intelectuais feministas se voltassem para buscar apreender a experiência do envelhecimento das mulheres.

Assim, a partir das suas próprias experiências, a “*ressignificação*” da velhice para as mulheres demandada e construída numa perspectiva feminista exige três níveis de ação: num primeiro, a busca cada vez maior da visibilidade da existência das mulheres velhas, que ativamente pensam, sonham e desejam, a partir de seu lugar específico, um lugar onde não podem ser negadas as mudanças trazidas pela vida, mas também o seu aprendizado de como viver cada vez melhor; num segundo nível, trata-se de, junto às mulheres, desconstruir o medo de viver, buscando construir a convivência com as diferentes perdas, quer de padrões corporais, sensoriais e rítmicos, seja na juventude, seja na fase adulta, ou de pessoas próximas. Por último, é necessário transformar estes aprendizados em conhecimentos, de forma a propiciar a sua apreensão, experimentação e transformação por outras mulheres. Só quando a velhice deixar de ser uma experiência silenciosa,

solitária e invisível poderemos pensar em uma inscrição social das mulheres velhas que permita que os adultos se beneficiem das suas possibilidades de atuação no mundo. Como foi dito no início, a sobrerrepresentação das mulheres entre os velhos afirma que velhice é assunto de mulher. Para o qual convidamos a todas para que venham compartilhar.

Referências

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

_____. **La vejez**. Buenos Aires: Editorial Sudamerica, 1970.

BRETAS, A.C.P. **Envelhecimento e trabalho**: um estudo com aposentados. 1999. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

BUTLER, J. Como os corpos se tornam matéria. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.10, n.1, pág 155-167, jan. 2002

_____. Conversando sobre psicanálise. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.18, n.1, pág 171-174, jan./abr. 2010.

CALASANTI, T.; SLEVIN, K. G. **Social inequalities and aging**. Califórnia: Altamira, 2001.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DORESS, P.B.; SIEGAL, I.D. **Envejecer, juntas, paidós**. Buenos Aires: Colectivo de Boston para la Salud de las Mujeres, 1993.

FIRESTONE, S. **The dialectic of sex**: the case for feminist revolution. New York: Morrow, 1970.

FRIEDAN, B. **The fountain of age**. New York: Simon & Shuster, 1993.

GREER, G. **A mulher eunuco**. Rio de Janeiro: Circulo do Livro, 1974.

_____. **Mulher, maturidade e mudança**. São Paulo: Augustus, 1994,

HELLER, A . **O cotidiano e a história.** São Paulo: Paz e Terra, 1989.

RUBIN, G. The traffic in women: notes on the political economy of sex. In: REITER, R. (Ed). **Toward an anthropology of women.** New York: Monthly Review, 1975).

SWAIN T. Velha? Eu? autorretrato de uma feminista – **Revista feminista Labrys**, online, Brasília ,Québec, Paris, 2003, número 3. Disponível em: <<http://www.tanianavarroswain.com.br/brasil/anahil.htm>> acesso em: 28 nov. 2011

VILLELA, W. **A epidemia do HIV/aids entre mulheres no Brasil:** fatos, feitos e falas. 2010. Tese (Livre Docência) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Sexualidade e envelhecimento

Margarida Barreto¹

Roberto Heloani²

Introdução

O coração, se pudesse pensar, pararia.

(Fernando Pessoa)

Chegamos ao século XXI com a esperança de vida ao nascer, em nosso País, em torno dos 73 anos de idade e uma população acima de 60 anos (a denominada terceira idade) em ritmo crescente, segundo os últimos dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Estão concentrados, fundamentalmente, nas regiões Sul e Sudeste, com 11,4% e 11,7%, respectivamente (IBGE, 2010).

No contexto nacional, as mulheres compõem 51,3% da população brasileira e, apesar de nascerem mais pessoas do sexo masculino, são as mulheres que têm uma sobrevida maior. Aqui, temos um ponto importante a ser lembrado: as mulheres procuram cuidados mais precocemente e cuidam da saúde ao longo de toda sua vida de forma mais firme e constante, independentemente de uma doença ou temores. No entanto, a compilação dos saberes quanto à sexualidade e desejos dos mais velhos ainda é tema tabu ou transversado por preconceitos e mitos, segundo o sexo.

O enfoque que encontramos está centrado, preferencialmente, sobre a necessária atividade física (caminhar, exercitar-se, dançar), os hábitos alimentares e outras rotinas, relacionando-os habitualmente aos cuidados com a saúde, com a promessa de uma “velhice feliz”. São práticas

1 Margarida Barreto (megbarreto@uol.com.br) é médica do Trabalho e Ginecologista. Mestre e Doutora em Psicologia Social-PUC/SP. Professora convidada do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

2 Roberto Heloani (roberto.heloani@fgv.br) é pesquisador e Professor Livre-docente e Titular na Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP e na Fundação Getúlio Vargas - FGV-SP

valorizadas, apregoadas e divulgadas como um imperativo categórico, no qual os métodos e técnicas seriam a garantia de maior autonomia e bem-estar, restando ao mais velho “contentar-se” com o normatizado pela ciência, ou seja: frequentar o geriatra, o clínico, o cardiologista, o dermatologista e até mesmo o psiquiatra, submetendo-se a variados tratamentos, incluindo “medidas antienvhecimento” como, por exemplo, preocupar-se com o estilo de vida, fazer ioga e viajar. Mas, o que pensam ou fazem as pessoas que chegaram aos 60 anos de idade ou aquelas que estão aposentadas? Como vivem o envelhecer? Como trabalham ou lidam com seus desejos e vontades, em uma sociedade assinalada por normas, convencionalismos e preconceitos? O envelhecer com saúde é bem mais simples e possível que palavras vazias e discursos que tentam normatizar comportamentos e corpos. É o que nos informam os novos saberes, as novas práticas, as novas vivências, as novas condutas e atitudes perante a vida, independentemente das novas drogas ou cirurgias plásticas que chegam com a promessa de “felicidade” e eterna juventude.

Elucidamos aos que leem este artigo que qualquer que seja o enfoque que abracemos sobre sexualidade e envelhecimento estaremos perante uma história tramada socialmente e tecida por memórias afetivas. São vivências e experiências pouco faladas por aqueles que as vivem e/ou mal compreendidas ou conhecidas por aqueles que as escutam. Este duplo aspecto distorce e firma julgamentos, levando muitos a pensar o processo de envelhecimento como um período sem desejos e vontades, sem alegrias e encantos, sem saúde e pleno de medos e angústias; portanto, permeado por doenças e assexuado. Afinal, como anda a anatomia do desejo e sexualidade nos sessentões, e em especial para as mulheres?

Sexo, sexualidade, envelhecimento e desejos: comentários breves sobre a anatomia do desejo.

*“Só podemos nos fiar nas palavras se estamos certos
de que sua função é a de revelar, e não a de esconder”*

(Arendt, 1994)

Quando falamos em sexo, nos referimos às diferenças biológicas expressas na configuração anatômica singular que adquirem os diferen-

tes corpos de homens e mulheres. Igualmente, pode expressar um importante componente da relação entre duas pessoas, precedida de reconhecimento, afeto, ternura e respeito ao outro. A relação sexual ou coito sucede em todo o reino animal e com frequência é precedida por um ritual antes da cópula ou acasalamento, nos lembrando uma suave e fascinante dança da “sedução” que envolve duas pessoas em busca do prazer. Desse modo, o ato sexual resulta das vicissitudes afetivas, constituindo-se em arte e complemento do amor. São vários os mecanismos abrangidos que induzem e alteram desejos e libido, constituindo uma experiência global, vivida por todos os neurônios e moléculas; vasos sanguíneos e órgãos sexuais. É um conhecimento radical de nosso ser, pois estamos mergulhados em um oceano químico, o qual determina ondas de respostas que se espalham por todo o nosso corpo, favorecendo a ereção, a lubrificação, a excitação que pode resultar em orgasmos múltiplos e singulares, estabelecendo uma experiência emotiva, subjetiva e simultaneamente física (Olszewer, 2001), conformando o ápice da relação.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade organiza “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contato, ternura e intimidade”, integrando-se nos modos de andar a vida, sentir, tocar, vivenciar. É ser, simultaneamente, sensual e sexual. Desse modo, a sexualidade influencia nossas emoções, pensamentos, sentimentos, ações e relação com os outros, tendo influência nas interações, e por isso incide de forma direta em nossa saúde física/mental (Cunha, 2006).

Como bem apontam Laplanche e Pontalis (1983), no campo da psicanálise a sexualidade não designa apenas atividade e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital. Mais que isso: uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontra a título de componentes na chamada forma “normal” do amor sexual. Para não estreitarmos o conceito, podemos dizer que sexualidade não é apenas sexo. Assim, a criança que coloca o dedo na boca e o suga avidamente, sem qualquer função fisiológica, mas com grande prazer, denota uma atividade sexual, pois a necessidade fisiológica bruta transforma-se, modifica-se. A fome vira apetite, desejo de comer, desejo de ser acariciado, desejo amoroso, pois o desejo, por estra-

nho que possa parecer, é a matriz das emoções e não o simples reflexo das necessidades físicas. Logo, desejo é potência em ação, vividos com afeto. É o que nos permite acessar o amor, nossa força vital, materializada em energia sexual no contato com o outro ou outra.

Para Sartre (2006), as emoções não são efeitos de realidades, mas a realidade humana mesmo, realizando-se sob a forma de emoção. Do mesmo modo, quando se aprecia uma bela pintura, o prazer estético causado pelo olhar não deixa de ser sexual. Igualmente, o desejo pode algumas vezes nos parecer muito estranho quando, por exemplo, uma pessoa busca realizá-lo em situações as mais diversas, em especial no mundo do trabalho ou mesmo no esporte, estando associado às dores, com certa frequência.

A sexualidade consiste e contém as preferências, as predisposições e experiências sexuais na descoberta da identidade e atividade sexual, em determinado período da nossa existência. Manifestamos a nossa sexualidade através dos gestos, atitudes, comportamentos, ações e interações. Desse modo, o comportamento sexual resulta das experiências e “forças biológicas” cuja resposta envolve todo o corpo, ou seja, o nosso cérebro, nossos órgãos e química hormonal, de tal modo que a sexualidade forma uma unidade dialética indissociável com o bem-estar sexual, constituindo e integrando o conceito de saúde em sua integralidade. É esta dimensão que nos permite vivenciar de forma simultânea energia vital e força vital, quando estamos apaixonados, independentemente da idade que tivermos. Estar apaixonado inclui o amor pela vida. É vivenciar um sentimento de conexão com o outro, em uma manifestação singular de nossos autênticos “eus” (Northrup, 2011). Logo, ter saúde sexual corresponde a um “processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, relacionado com a sexualidade” (OMS, 2000). Quem sabe por isso, os psicanalistas afirmem que a sexualidade constitui a realidade de nosso inconsciente.

Em Herrmann (1999), o sentido forte do alargamento da noção de sexualidade não é o de que toda a vida é um derivado da sexualidade, mas o de que toda vida é vida sexual, ou seja, todos os movimentos vitais tanto incluem tendências à conservação e à destruição da pessoa quanto comportam uma carga de satisfação erótica ou de negação dessa forma de prazer. Nesse sentido, como se vê, há libido investida em todos

os atos psíquicos, de uma forma ou de outra, independentemente do fator idade, raça, etnia e sexo biológico.

Envelhecer: resultado de um ciclo de vida e barreiras culturais

*Era aí o deserto, a pedra dura,
A sede e a solidão.
Sobre a palma de espinhos, triunfante,
Flor, ou coração?*
(Saramago, 2005)

É consenso considerar-se que uma pessoa envelheceu quando chegou aos 60 ou 65 anos de idade. Para Houaiss, envelhecer significa “perder o viço, o frescor, o colorido; aparentar ou ter mais idade” (2001). É entrar no grupo da terceira idade. Este aspecto independe da classe social a que pertence, da sua história singular, do seu modo de sentir e viver a vida, do seu modo de pensar e situação particular, todos envelhecemos e experienciamos esse processo, de formas diferentes. Por outro lado, há consenso mundial que “uma vida larga é um sinal de boa saúde” (OMS, 2009). Entretanto, o envelhecer da população mundial nos revela que nem tudo são flores e alegrias. Há muito sofrimento, dores e atos de violência.

Apesar do nível de desenvolvimento dos países, o envelhecimento constitui um indicador da melhora da saúde mundial, indicando maior acesso às informações, cuidados com a saúde e evidenciando mudanças de comportamentos diante da vida. Hoje, a população mundial com 60 anos ou mais perfaz o total de 650 milhões e, provavelmente, teremos, em 2050, dois bilhões de pessoas (OMS, 2011). Entretanto, ao afirmarmos isso, não queremos ou podemos esquecer que as desigualdades entre as classes sociais ainda está longe de sua superação, o que interfere diretamente na esperança de vida. Desse modo, enquanto as pessoas no Japão vivem em média até os 82 anos de idade, nos Estados Unidos, a esperança de vida é maior nas classes mais abastadas em comparação às classes pobres, instituindo uma diferença de 20 anos a favor dos pri-

meiros. Aqui, ressaltamos que a maior proporção de “velhos”, mundialmente, será formada por mulheres.

Desde outubro de 2010, as organizações internacionais direcionam seus estudos sobre o envelhecimento, considerando fundamentalmente três eixos: prevenção das doenças crônicas; maior acesso a serviços de atenção primária adaptados às pessoas de mais idade; criação de espaços adaptados às pessoas de “maior idade” ou mais velhas. São medidas necessárias, se levarmos em consideração o aumento da esperança de vida. Porém, há muito por fazer!

Contudo, o enfoque global não pode ficar restrito às questões das doenças e, por isso, deve ser multiprofissional e transdisciplinar. Deve considerar o homem em movimento social, tanto no espaço do trabalho quanto mirar e refletir os modos de caminhar a vida, socialmente. Precisa contemplar o mais amplo possível, sejam os direitos humanos, sejam as condições de vida nos diferentes países. Afirmamos isso, pois não podemos nos esquecer que, ao envelhecer, as pessoas passam a ser vítimas de vários tipos de preconceito e maus-tratos (físico, psicológico, sexual e moral), dentro da própria família ou até mesmo em mãos de cuidadores da saúde. Muitas vezes, são vitimadas pelo desprezo, constrangimentos, castigos, abandono, exploração econômica, abuso de medicamentos e tantos outros atos violentos.

Para a OMS, os maus-tratos às pessoas mais velhas estão aumentando na mesma proporção que o envelhecimento da população se amplia. Maltratar alguém significa ofender com palavras ou atos em relações nas quais “existe uma expectativa de confiança”. Compreende açoitar, bater, humilhar, machucar, gritar, entre outros. Ocorre quando se rompe o respeito e reconhecimento, produzindo danos e sentimentos tristes à pessoa mais velha que é vítima da ação.

Nos Estados Unidos, por exemplo, 10% dos enfermeiros reconheceram e admitiram maus-tratos aos mais velhos que estavam sob seus cuidados em clínicas assistenciais. Esta cifra somou 40% nos casos de violência psicológica. Os autores dos atos de violência em 44% são homens e 14% mulheres que submetiam a tratamento áspero seus genitores de 60 anos ou mais. Na Inglaterra, 45% dos cuidadores admitiram infligir maus-tratos enquanto no Canadá, 15% a 20% dos idosos sofrem maus-tratos psicológicos, físicos e econômicos.

Além dos maus-tratos, temos variadas causas de morbidade e mortalidade em mulheres com 60 anos ou mais, que se assemelham em muitos aspectos, tanto na América do Norte (Canadá e Estados Unidos) quanto na América Latina e Caribe. Dessa forma, a OMS refere que as causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos estão relacionadas às doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; ao câncer de pulmão; ao diabetes e problemas nutricionais; às doenças crônicas e incapacitantes, como artrites e osteoporoses; à deficiência sensorial (como, por exemplo, a perda auditiva); ao transtorno mental, no caso a depressão e a demência. Na América Latina e Caribe, igualmente, prevalecem as enfermidades crônicas, o câncer do colo de útero, as doenças infectocontagiosas (tuberculose, pneumonia), diabetes e problemas nutricionais (anemia, obesidade); as doenças incapacitantes (artrite e osteoporose), enfermidades múltiplas, deficiência sensorial (cataratas), e transtornos mentais, mais especificamente a depressão.

Por outro lado, não podemos esquecer que homens e mulheres passam grande parte de suas vidas no mundo do trabalho, produzindo e reproduzindo valores. Dessa forma, os desejos perpassam fronteiras cujas características humanas são almejar e procurar o prazer. Características estas que serão aproveitadas e expropriadas quase que ao extremo no universo do trabalho, especialmente quando os objetos que são desejados, impostos e constituídos (também pela cultura), levam as pessoas a erigirem objetivos estranhos e incompreensíveis, inclusive desejando coisas que as fazem sofrer, mas que, de alguma forma, propiciam um nível de prazer e gozo (como competir com o colega ao extremo ou fazer esporte). Em consequência, as pessoas são enganadas por estranhos objetos de desejo que são colocados em seu cotidiano, alienando-se do prazer em família e do contato com os amigos e contentando-me muitas vezes com laços precários, frouxos e virtuais.

Aqui, o que procuramos ressaltar é que a sexualidade não está restrita ou aprisionada em espaços privados, como por exemplo, no ambiente “doméstico-familiar” em que predominava o modelo heteronormativo (Green, 2011). Ao contrário. Com o declínio da influência das religiões, as formas de expressão do desejo e sexualidade passaram por um processo histórico de liberalização. Está em toda a parte, onde existem relações humanas.

Logo, desejar não tem fronteiras, nem limites preestabelecidos, em especial quando estão no reino da imaginação. Ao longo da obra “*O Mal-estar na Civilização*” (1930/1996), Freud se preocupou em nos pontuar inúmeras evidências da relação de interdependência da constituição psíquica do ser humano e a organização social.

E as pulsões sexuais são parcialmente sublimadas, transformando-se em ideais coletivos, e as agressivas, recalçadas, são transferidas ao superego, que as dirige contra o próprio indivíduo, sob a forma de sentimento de culpa. Este aumenta, portanto, com cada sacrifício da pulsão agressiva, em vez de diminuir. Eis o mal-estar: frustração e culpa. O ressentimento contra a civilização é uma consequência lógica desse mal-estar. Por essa visão, o mal-estar é inerente a qualquer tipo de civilização, em qualquer estágio evolutivo. Em nossos dias, pode-se falar em mal-estar moderno, ou num mal-estar na modernidade. E se há renúncias, estas foram impostas pela autoridade externa introjetada (Rouanet, 2001: 96). É a forma contemporânea assumida pelo mal-estar na civilização e que nos atinge, individualmente, originando vazios, apesar dos nossos anseios por combatê-los.

Envelhecer e desejar: é da natureza do corpo imaginar e da alma pensar

*Agora os homens apenas procuram o mar
para se lamentarem diante da grande voz das ondas.*

(Saramago, 2005)

As mulheres chegam à menopausa quando deixam de menstruar ou sangrar irregularmente até que cessem os fluxos e se instaure o último. Há um período de transição que pode ser longo, demorado e cujo término caracteriza-se por sua forma muitas vezes inesperada e até indesejada, pois culturalmente, significa a antessala do envelhecimento. O término da menstruação ocorre em torno dos 45 e 51 anos, podendo algumas mulheres chegar a menstruar até os 55 anos. Este fenômeno corresponde pura e simplesmente à diminuição dos folículos primor-

diais que cessam de ser expelidos na menopausa associado à insuficiência da produção hormonal.

Nas ciências da saúde, em especial a medicina, considera-se que a mulher chega a senescência (terceira idade) após os 65 anos. Quanto aos homens, constituídos e formados da mesma substância (óvulos e espermatozoides), persiste o silêncio social quanto à andropausa ou virinopausa (de viril), sendo lembrado pelos homens, somente quando envolve a dimensão da impotência, fato difícil de ser suportado e tolerado ainda nos dias atuais. A andropausa também é conhecida como “deficiência androgênica do envelhecimento masculino” e ocorre por volta dos 50 anos, caracterizando diminuição da produção da testosterona que pode vir acompanhada de perda ou diminuição da libido, irritabilidade e sensação de cansaço.

Somente na década de 1990 é que o tema começou a ser objeto de pesquisas na área da biomédica, mas o interesse já nasce comprometido com as terapias para a impotência. Sete anos depois, uma reportagem veiculada pela *Revista Veja* (28 de maio de 1997), batizada como “*O outono do macho: cresce o número de homens que buscam na reposição hormonal o vigor da juventude*”. Nesta reportagem, um novo fato chamava a atenção: os homens procuravam cada vez mais “urologistas, endocrinologistas ou especialistas em medicina ortomolecular. Este fenômeno se sobressai nos Estados Unidos, onde 200 mil “madurões” na década começavam a usar a reposição hormonal de testosterona. Isso significa que nada mais que 30% dos homens – entre 50 e 60 anos – faziam uso do Viagra, o que, por si, fala dos valores que permeiam as nossas sociedades.

No Brasil, sabemos do excessivo consumo, mesmo que por vias indiretas, ou seja, o sucesso estrondoso da substância “citrato de sildenafila” usada para a disfunção erétil (Rhoden, 2011). Seria uma dádiva dos deuses para a sexualidade dos homens? Certamente, são duas imagens contraditórias: a do homem viril, e aquele que esconde sua impotência, usando medicamentos e omitindo seus medos, em intolerável solidão, à margem do outro que está ao seu lado.

Cabe refletirmos: como os homens lidam com o envelhecimento? Cuidam-se ou esperam ser cuidados? E sua libido, com a idade, sofre abalos ou fica adormecida? Se a diferença está em que a andropausa não indica o fim dos espermatozoides, expressando uma vida reprodutiva maior

quando comparada às mulheres, isso seria a justificativa do sentir e significar tão distintamente esses corpos hormonais? Aqui, as diferenças biológicas sustentam, até os dias atuais, as desigualdades e diferenças impostas e cultivadas por uma cultura milenar, pensada e articulada por uma parte da população e permeada por acusações às mulheres que buscavam prazer com o seu esposo. Esta proximidade era considerada excessiva e, assim, indesejada, devendo ser condenada, desaprovada e censurada.

Sabemos que um corpo pode ser afetado de diversas maneiras, interferindo em sua capacidade de agir, sentir e pensar. Ao ser afetado, sua potencia de agir e amar, tanto pode aumentar quanto diminuir. Isso significa que a mulher, por exemplo, prefere o companheirismo, o toque, a sensibilidade, o romantismo em sua relação sexual, ao passo que o homem está preocupado com sua virilidade, potência e ereção. Enquanto o desejo e a resposta sexual feminina estão relacionados ao ser total da mulher: emocional, psicológico e espiritual, físico e hormonal, constituindo uma unidade complexa, o homem está centrado em manter o seu poder exterior, penetrar e satisfazer suas necessidades fisiológicas (Northrup, 2011), daí a presumível explicação para o sucesso do Viagra, redefinindo e atualizando a virilidade. O fato é que a função sexual masculina, no envelhecer, não pode ficar restrita à duração da ereção e rigidez peniana. Há outros elementos que devem ser aprimorados entre duas pessoas que estão juntas – gestos de reconhecimento, compartilhar ações, ajuda mútua, pois excesso de trabalho e cuidados que o feminino tradicionalmente dispensa ao outro, levam ao esgotamento, à depressão, à diminuição da libido. Naturalmente, nem tudo é consequência da queda hormonal (idem, 2011). Portanto, uma mulher de 60 anos ou mais, não significa que está condenada a uma vida sexual “agonizante”. Os resultados do uso de terapia hormonal, por exemplo, somente serão satisfatórios para os dois se o relacionamento íntimo é satisfatório, saudável e mútuo.

Se pensarmos que ao longo da história a matriz simbólica que nos constituiu e nos constrói marca as diferenças a partir do binômio masculino/feminino, deixando marcas no corpo social, compreenderemos o “porquê”, tradicionalmente, que os homens devem ser ativos e as mulheres passivas. Tal “sina” não pode favorecer o desenvolvimento pleno dos seres humanos, em especial as mulheres, até porque não são elas que

constroem boa parte das normas que compõem esse “código moral” sutil na sua elaboração, mas draconiano na sua execução. Talvez por isso, enquanto elas eram conquistadas, cabia ao masculino o lugar de conquistador. Não de suas esposas, já que estavam proibidos de ter prazer com a mãe de seus filhos e, contraditoriamente, “autorizados” a satisfazer seus desejos fora de casa. Esse aspecto era considerado uma oxigenação necessária para quebrar a monotonia e rotina do casamento.

Essa construção sócio-histórica reforçou as desigualdades entre homens e mulheres e não soa estranho que a razão e a libido fossem tidas como algo próprio do corpo masculino. As consequências se fazem notar até na psicanálise, quando Freud sugere que “as moças e rapazes deveriam organizar sua sexualidade em torno do pênis” (Priore, 2011). Desse modo, são os corpos femininos normatizados, regulamentados, “protegidos por todos os tipos de nós, botões e laços” (idem, 2011), tornado-se, assim, cuidadoras e cumpridoras de seus deveres de boa esposa e mãe.

Identidade social e sexual de homens e mulheres: mudanças e diferenças

Nosso corpo é marcado por diferenças de gênero, afirmava Gilberto Freire de forma acertada e antecipada em anos. Este aspecto marcará o ciclo da vida, do nascer ao envelhecer e morrer. Ser mulher e ser homem guardam suas diferenças culturais, aprendidas ao longo da história e com a sexualidade não foi diferente. Outro autor que nos esclarece sobre o tema identidade é Goffman (1980). Ele discorre sobre como o que chama de ‘informação social’, isto é, ‘a informação que o indivíduo transmite diretamente de si’ interfere na aceitação social dos indivíduos.

Para Goffman (1980),

a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que tem probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacio-

namento com as ‘outras pessoas’ previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos permitem prever a sua categoria e seus atributos, a sua ‘identidade social’ – para usar um termo melhor do que ‘status social’, já que nele se incluem atributos como ‘honestidade’, da mesma forma que atributos estruturais, como ‘ocupação’ (p. 11,12).

O autor diferencia dois tipos de identidade social, que são a identidade social virtual, que engloba as exigências e expectativas que se imputa ao indivíduo, e a identidade social real, que se caracteriza pelos atributos e categorias que ele comprova possuir na realidade. Quando entre a identidade social virtual e a real surge alguma discrepância, isto é, evidências que aquela pessoa possui atributos que a torna diferente da categoria que o classifica, tem-se o estigma. Normalmente esse atributo é depreciativo e incongruente com a imagem que se cria para o indivíduo.

Quando se fala em identidade sexual, não podemos deixar, mais uma vez, de nos referirmos a Goffmann. Esse autor ressalta que não é o atributo em si que gera o estigma, pois é necessário haver uma linguagem de relações, ou seja, “um atributo que estigmatiza alguém, pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem vergonhoso” (p.13).

Os mitos: nossa herança cultural

*Que pode uma criatura senão,
entre criaturas, amar?
amar e esquecer,
amar e malamar,
amar, desamar, amar?*

(Carlos Drummond de Andrade)

Depois de Sigmund Freud, temos consciência de que somos um conjunto de desejos e crenças. Um mito é uma crença ou um conjunto

delas mantidas popularmente com certa aspiração de veridicidade. Só aspiração. Pois o mito aparece quando nós temos dificuldade de explicar algo, mas tentamos. Na maioria das vezes nasce mediante uma generalização de algum fato, que não é possível de ser estendido a outras situações semelhantes. Desse modo, podemos dizer que, até certo ponto, o mito também é produto de nossa imaginação e superstições.

Muitas atitudes de natureza médica e psicológica estão carregadas de convicções, quase sempre duvidosas, que se não fossem produzidas de “boa-fé” beirariam o charlatanismo. Durante muito tempo, a masturbação foi considerada um ato que desencadearia algumas patologias, a saber: as deformações da coluna vertebral, o raquitismo, a anemia e até a oligofrenia. O ato masturbatório era o responsável por tudo isso, segundo a ciência da época. A “convicção” dos malefícios de tal “vício” era tamanha, que, por volta de 1850, apetrechos bizarros eram vendidos em lojas comuns, com o intuito de impedir os movimentos dos jovens “libertinos que se rendiam ao sujo desejo”. Mas, o pior: esses estranhos aparelhos eram indicados pelos médicos! A medicina atual sabe muito bem, hoje, que algumas deformações da coluna vertebral são de origem ocupacional, reumática, etc.; que a oligofrenia é resultado de um cromossomo defeituoso; que a anemia resulta da carência de ferro nos glóbulos vermelhos ou pequenas hemorragias e que o raquitismo seria difícil de ocorrer se não houvesse a falta de vitamina D no nosso organismo (KUSNETZOFF, 1996).

A crença mais comum e que ainda hoje coloniza o imaginário de boa parte da população brasileira e mundial é a de que a menopausa para a mulher e a andropausa para o homem são libelos acusatórios de mulheres, principalmente; verdadeiras sentenças de morte no que concerne à vida sexual. Se existe mito recorrente é o de que mulheres e homens, com mais de 60 anos, não possuem vida sexual ativa. Em geral, em nossa sociedade, considera-se a vida erótica como exclusiva de corpos jovens. Se assim é, devemos interpretar tal dogma como um mandamento que nos obriga – depois de determinada idade – a abdicar de nossa sexualidade.

Ainda hoje é sabido que muitos jovens “liberados e emancipados” se surpreendem com determinadas trocas de carinho entre pessoas mais idosas, como se isto fosse “obsceno”, no sentido original, etimológico, ou seja, “fora de cena”. Embora vários autores (Kaplan, o casal Master & Jo-

hnson e J. Mannocci), em suas diferentes pesquisas, tenham demonstrado que mais de dois terços dos homens de 70 anos tinham vida erótica ativa, o preconceito em relação aos corpos envelhecidos continua sendo tão arraigado que, infelizmente, significativa parcela da população vê-se obrigada a privar-se de carinho e ternura, mediante contato físico, em uma fase da vida na qual tais expressões humanas podem se constituir no limiar entre a sanidade e a depressão. Talvez, por essa razão, a grande realização de Immanuel Kant, em nossa opinião, foi desenvolver um sistema filosófico separando a moralidade da religião.

A mitificação do velho-jovem ou um teatro da experiência

O mito é o nada que é tudo.

(Fernando Pessoa)

Numa sociedade em que fortes valores patriarcais ainda imperam e na qual as mulheres continuam sendo o foco central dos discursos sobre o corpo hormonal é de se esperar, mesmo que nos surpreenda, a ausência quase absoluta de estudos sobre a andropausa. E, assim, constrói-se uma mitologia pessoal e individualizada, centrada no masculino e na ausência da andropausa. Em contrapartida, mitifica-se o ser velho na medida em que é visto como um ser que adoce, atrapalha, é inútil, ridículo, ultrapassado; enfim, a velhice é um estorvo para a família e sociedade.

A quase ausência de pesquisas sobre a matéria mantém o ocultamento do fato, sustenta mitos e inventivas que atravessam décadas, reafirmando a supremacia de um corpo sobre o outro, o que torna os homens vítimas de seus próprios experimentos, ou seja, morte mais precoce quando comparado à sobrevivência das mulheres. Ainda hoje, ouvimos afirmações de profissionais da área de saúde que (des) informam as mulheres sobre seus órgãos genitais com comentários acolchoados de preconceitos e ausência de conhecimento. Afiançam, por exemplo, que após a “menopausa o desejo desaparece”, ou que, na menopausa, a “vagina murcha”, os “ovários atrofiam ou desaparecem”; se tornam senis e até retornam ao seu estágio “infantil”; nos exames colpocitológicos, profissionais reafirmam às mulheres que sua va-

gina está tão seca quanto uma terra nordestina ou que seus “grandes lábios murcharam” e atrofiaram. Há outros profissionais que fazem comentários infelizes e sem qualquer propósito quando realizam ultrassons em mulheres acima dos 50 anos. Afinal, como manter o desejo e vida sexual ativa ao envelhecermos, se esbarramos constantemente com preconceitos?

Recentemente, uma mulher nos relatou que ao perguntar à sua ginecologista sobre a integridade de seus órgãos genitais esta lhe respondeu: “Mulher depois dos 40 só falta criar rabo. São só problemas”. Enfim, esses comentários constituem marcos significativos na vida das mulheres, em especial quando feitos por profissionais de saúde, o que equivale a afirmar: a senilidade chegou aos órgãos genitais das mulheres, as doenças serão certas, deixando-as fora de qualquer possibilidade de desejos, exceto se aderirem às terapias hormonais, consideradas por muitos especialistas como eficazes no enfrentamento do envelhecimento.

Convenhamos: não há quadro mais deprimente e/ou sem imaginação quando comparamos o universo dos provérbios populares que cercam o imaginário social: “homens que se masturbam após os 80 anos são imortais”; ou que “burro velho gosta de capim novo”; ou ainda que “homem não pode chorar”; sem mencionar outras tantas histórias que constroem e fortalecem um imaginário popular sustentado em credices: “homem tem que ser duro, na cama e fora da cama”; “pênis pequeno não dá prazer”; “o tamanho do pênis varia segunda a raça”; “mãos grandes, pinto pequeno”; ou “pé grande, pinto grande”; e tantas outras bizarrices que, enraizadas no imaginário de homens e mulheres, vão aparecer em sua plenitude na “lei do banheiro masculino, que decreta que o pinto dos homens devem estar disponíveis para a contemplação pública”, um do outro (Edelman, 2011). Essas “credices”, tão enraizadas e difundidas socialmente, induzem a comentários desastrosos, como, por exemplo, uma mulher ao tentar ser gentil após o coito, comenta: “amor, nunca tinha visto um bigulinho tão pequenino!” Ou o oposto, que homens com pênis grande dão maior prazer; ou que o homem ao se entregar a uma mulher perde sua liberdade pessoal.

A partir da lei da masculinidade, que propõe um ideal de homem racional, frio, forte e potente, é frequente eles rebaterem esses comentários com certa ironia: “melhor um pequeno brincalhão que um grande bobão”.

São manobras dialéticas que resultam em comentários contrários aos aqui realizados e reafirmados pelos homens em relação aos corpos femininos.

Contudo, o que há de verdade em todos esses comentários que ocupam um “lugar-comum” no ideário masculino, camuflado na ridicularização das características da zona genital de outros homens ou na hipervalorização de certos atributos femininos? Certamente, uma construção social baseada em folclores e alegorias que são tecidas ao longo da história, formando-os e informando-os enquanto corpos ideologizados e fetichizados em identidades estruturadas e estruturantes que eternizam os estereótipos como se correspondessem ao real que deve ser vivido. Se levamos essa lógica ao pé da letra, nem todos os homens preenchem os requisitos preestabelecidos por esse imaginário homocêntrico e heteronormativo, imposto culturalmente aos demais.

Para Helen Kaplan, a “monogamia quente” é a força que mantém a paixão sensual entre os casais monogâmicos. Os elementos necessários e que devem ser cultivados estão centrados no diálogo aberto entre os dois; na criação do clima propício às carícias; na intimidade que coloca em conexão um com os pensamentos e sentimentos do outro; na capacidade de saber o que os excita, o que funciona ou não para alcançar o prazer; na variedade e inovação constante do amor entre os dois; na capacidade de manter a chama acesa do romantismo entre os dois; no olhar o próprio corpo com respeito e compreender as mudanças, não como um fardo, mas com um novo olhar da experiência e vivência; cultivar a paixão pela vida e pelo outro, cotidianamente, pois o cérebro, acrescenta Northrup, “é o maior órgão sexual do corpo”. E se não tem um parceiro, acrescenta, “cultive um relacionamento sensual consigo mesma”.

Somos diferentes em nossas configurações, formas e atributos. Mas que fique esclarecido: desejo, prazer, orgasmos e relação com o outro que se baseiam em tamanho dos órgãos genitais, das mamas e glúteos, não podem ser chamados de uma boa relação. Quando as mulheres se “ligam” a outra pessoa, tais atributos são secundários, elas estão conectadas por um forte sentimento amoroso, transversado por uma inexplicável química da paixão na qual amor e sexo se confundem em um só fluxo que potencializa o agir e fortalece a argamassa que atrela vitalidade, sensualidade, sexualidade, afetos e disposição sexual.

Contudo, somos livres – homens e mulheres – para desejarmos de formas diversificadas, não por imposição social. É possível viver uma vida de alegrias contínuas e pouquíssimas tristezas? Sim, sem necessitar ignorar ou regular nossas dores e amores, sem se submeter à lógica midiática. As paixões não esgotam o campo da afetividade e racionalidade. Ao contrário. Assim sendo, não há motivo para ignorar ou superar as paixões, mas vivê-las de forma autêntica, sem preconceitos quanto à sua pessoa e a de seus semelhantes. Eis a sabedoria da experiência e da maturidade.

Referências

ARENDDT, H. R. **A vida de uma judia alemã na época do romantismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Editora, 1994.

ALMEIDA, T.; LOURENCO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.**, v.10, n.1, p.101-113, 2007.

CORBIN, A; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. **História do Corpo. 1. Da Renascença as Luzes**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

_____. **História do Corpo. 2. Da Revolução a Grande Guerra**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

_____. **História do Corpo. 3. As mutações do Olhar: o século XX**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CUNHA, M. C. M. A importância dentro de mim: educação sexualizada e jovens com deficiência mental. In: ANDRIES, A. (Org). **Educação, arte, inclusão**. Rio de Janeiro: Funarte, 2002. (Caderno de textos)

EDELMAN, L. Banheiro dos homens. In: PENTEADO, F. M.; GATTI, J. (Org). **Masculinidades: teoria crítica e artes** São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2011. Pag. 255-268.

KAPLAN, H. S. **Manual ilustrado de terapia sexual**. São Paulo: Manole, 1978.

LIMA, C. A. R. P. **O papel da família no processo da construção da sexualidade.** In: Garcia, R. S. (org.) Anticoncepcionais. Uma liberdade de escolha. São Paulo: O nome da Rosa Editora, 2006.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização.** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol.21 (1927-1931).

GREEN, J. N.; HERBERT, D. Política, homossexualidades e masculinidades no Brasil nas ultimas décadas do século XX. In: PENTEADO, F. M. ;GATTI, J. (Org). **Masculinidades:** teoria, crítica e artes. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2011. Pag. 131-149

HERRMANN, F. **O que é Psicanálise.** São Paulo. Psique, 1999.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KUSNETZOFF, J. C. **Andropausa:** a sexualidade masculina aos cinquenta. São Paulo: Gente, 1996.

MANNOCCI, J. F. **Disfunções sexuais:** abordagem clinica a terapêutica. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. **O vinculo do prazer.** São Paulo: Circulo do Livro, 2011.

NORTHRUP, C. **A sabedoria da menopausa. Criando saúde física e emocional, curando-se durante a mudança.** São Paulo: Gaia, 2011.

OLSZEWER, E. **Como enfrentar a andropausa. Envelhecimento sexual masculino.** São Paulo: Ícone, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud sexual.** Recomendaciones para la acción. Guatemala:Asociación Mundial de Sexología , 2000. Disponível em:< http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf>. Acesso em: 1 out. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Envejecimiento y ciclo de vida,** 2009

Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>>. Acesso em 3 Out. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maltrato de ancianos y alcohol.**

Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder_es.pdf>. Acesso em: 3 out. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **El maltrato de las personas mayores in: Informe Mundial sobre la Violencia y la salud, 2005. Disponible em:** <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf>. Acesso em: 5 out. 2011.

PESSOA, F. **Do livro do desassossego.** São Paulo: Companhia das Letras. 2011

PRIORE, M. **Histórias íntimas. Sexualidade e erotismo na história do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

ROHDEN, F. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.17, n. 35, p. 161-196, jan./jun. 2011.

SARAMAGO, J. **Poesia completa.** Buenos Aires: Aguilar, 2005.

SARTRE, J. P. **Esboço para uma teoria das emoções.** São Paulo: L&PM, 2006.

SPINOZA, B. **Ética.** Belo Horizonte: Autentica Editora, 2007.

O fim do sangue: menopausa e envelhecimento entre as índias guaranis do Rio Silveira

Belkis Trench¹

Rafael Tadashi Miyashiro²

Introdução

Ao nos determos, ainda que brevemente, sobre o imaginário construído a partir do fim do ciclo reprodutivo das mulheres, facilmente identificaremos associados a este período palavras e imagens impregnadas de conteúdos negativos, patológicos e depreciativos. Acrescente-se ainda que o denominado *l'enfer des dames*, o inferno feminino já foi associado à bruxaria e à histeria (Green, 1996; Walker, 2001). No que diz respeito a associações mais recentes, entre os tantos exemplos possíveis, escolhemos o que foi escrito por Robert Wilson (1966), em seu famoso livro *Eternamente feminina* – já que foi a partir de algumas de suas premissas que se ancoram grande parte dos discursos biomédicos sobre a menopausa. Vejamos o que ele diz, quando compara a mulher na menopausa a um eunuco:

Toda vez que falo em menopausa como sinônimo de castração, alguns melindrosos de ambos os sexos – muito deles médicos – protestam dizendo que estou exagerando. Acredito que castração é a palavra certa para uma síndrome que priva uma pessoa de suas funções sexuais. Não importa que a castração seja acarretada pela remoção dos órgãos genitais com uma faca – como na remoção cirúrgica dos ovários – ou que os

1 Belkis Trench (belkis@isaude.sp.gov.br) é doutora em Psicologia (IP/USP) e pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP).

2 Rafael Tadashi Miyashiro (raftz29@yahoo.com) é mestre em Artes (IA/UNICAMP) e doutorando em Arte Visuais (UNICAMP).

ovários tenham definhado e morrido em consequência da menopausa. Em ambos os casos, o efeito é o mesmo: a mulher torna-se equivalente de um eunuco. (WILSON, 1966, p.41)

As consequências desta castração, segundo ele, provocariam diferentes efeitos no corpo das mulheres, tanto secundários (derrames cerebrais e afecções cardíacas) quanto primários (secura vaginal, seios murchos e caídos), e outros que, por serem tão variados, obscuros e caprichosos, deixariam a maioria dos médicos perplexos. E pergunta:

O que pode fazer um pobre médico para uma mulher que se queixa de nervosismo, irritabilidade, ansiedade, apreensão, fogachos, suores noturnos, dores na junta, melancolia, palpitações, crise de choro, fraqueza, vertigens, enxaquecas, distração, perda de memória, indigestão crônica, insônia, micções frequentes, coceira na pele, vista seca, nariz seco, boca seca e dores nas costas? (WILSON, 1966, p.43)

A busca por tratamentos que amenizassem os diferentes sofrimentos atribuídos a essa fase da vida também perpassam diferentes épocas, sendo também os mais diversos. Podemos citar alguns: ervas, sangrias, purgações, bastões eletrificados introduzidos no útero ou na vagina da mulher, hidroterapia e ingestão da associação de extratos feitos de órgãos de ovelha (seio, ovários) e plantas medicinais, como vemos na composição do medicamento Fandorine, publicado em anúncios do medicamento em almanaques brasileiros, nas primeiras décadas do século XX.

O desenvolvimento dos hormônios sintéticos na década de 1960 abriu possibilidades para que os discursos biomédicos hegemônicos apropriem-se sistematicamente desse ciclo, especialmente a partir da noção de que a menopausa, tal qual a diabetes, pode ser considerada como “uma doença de privação”, pois ambas seriam causadas pela falta de certa substância na química do organismo: em uma, a insulina; na outra, o estrogênio. Diz Robert Wilson (1966), seu criador: “Para curar o diabetes, suprimos a substância ausente com a insulina. Uma lógica similar pode ser aplicada à menopausa: os hormônios que faltam podem ser substituídos” (Wilson, 1966). A seguir, vincula-se à sua prevenção, tratamento e cura à terapia de reposição hormonal (TRH).

Uma das consequências mais negativas destas construções discursivas é que ao tentar normatizar e universalizar este ciclo desconsideraram

a diversidade física, psíquica, social, econômica, étnica e cultural da mulher na menopausa. Estudos realizados em outras culturas, tais como os de Brian M. Du Toit (1990), Margareth Lock (1994), Flint Marcha e Suprapati Samil Rata (1990), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996), com mulheres pertencentes a outros segmentos sociais (Amaral, 2002) (Trench e Miyashiro, 2006), e até mesmo aqueles que focalizam questões relacionadas à menopausa e homoerotismo (Covolán, 2005), abrem perspectivas para que este evento seja compreendido em seu caráter particular e relativo, e não como sendo da ordem do universal ou padronizado.

A questão da prescrição da TRH às mulheres na menopausa tornou-se uma questão polêmica em nossa cultura, e a visibilidade dada a ela extrapola o âmbito restrito dos especialistas, ou o círculo íntimo de amigas. É tema da música *Menopower*, de Rita Lee, de entrevistas de personalidades artísticas, filmes, comunidades na internet, documentários e de numerosos livros de autoajuda, cujos títulos, às vezes, mostram-se bastante sugestivos: *Está quente aqui ou só eu?* (SAND, 1995), *Sorria, você está na menopausa* (BASTOS, 2001). De evento “invisível”, tal como descrito por Mankowitz (1987), e de “a passagem silenciosa”, por Sheehy (1994), hoje, criou-se tanta publicização que há até um dia especial para sua comemoração: a Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM) divulga em seu *site* que 18 de outubro é o Dia Mundial da Menopausa³.

O presente artigo é resultado de um estudo etnográfico⁴ realizado com as mulheres guaranis que vivem na Aldeia Rio Silveira, localizada no litoral norte de São Paulo. Nosso objetivo foi o de tentar compreender como as mulheres pertencentes a esta etnia vivenciam o envelhecimento e o fim da vida reprodutiva e quais os sentidos que são atribuídos a estes acontecimentos. Imaginávamos que, pelo fato de estarem relativamente

3 <http://www.spmenopausa.pt>.

4 O estudo fez parte do *Projeto Ondas*, pesquisa coordenada por Belkis Trench, entre os anos de 2002 e 2005, no Instituto de Saúde (SES-SP), com financiamento da FAPESP. Rafael Tadashi Miyashiro participou como bolsista TT3 FAPESP. O tema do projeto foi menopausa e envelhecimento, trabalhado em três campos de pesquisa distintos: Barra do Una e Aldeia do Rio Silveira, no litoral de São Paulo; e Capela do Socorro, na periferia sul de São Paulo. A pesquisa, de caráter estritamente qualitativo, se utilizou de diferentes técnicas de pesquisa e de coletas de dados (como observação participante, história de vida, entrevistas) e de registro (diário de campo, filmagem em câmera digital, fotografias). No campo da Aldeia de Rio Silveira foram entrevistadas oito mulheres indígenas, entre 42 e 70 anos; as entrevistas não se ativeram apenas a elas: foram incluídas mais duas mulheres indígenas de 25 anos e um homem de 42 anos. Os depoimentos incluíram também as falas do pajé, cacique, vice-cacique, ex-vice-cacique, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e do superintendente da Funai.

distantes dos discursos que associam menopausa ao envelhecimento e à medicalização, outros e novos sentidos poderiam lhes ser atribuídos.

Para que tais objetivos fossem atingidos fizemos os seguintes movimentos: em primeiro lugar, buscamos compreender o contexto, ou o que Bourdieu chama de *habitus*, para que tais discursos emergissem; em segundo lugar, procuramos investigar, através da observação participante, das entrevistas e de suas narrativas, o papel que a menopausa adquire nesta cultura e nessas vidas. O fato de não haver na língua tupi-guarani nenhuma palavra que nomeie o fim da vida reprodutiva fez com que investigássemos o tema ampliando-o: perguntávamos sobre o sangue, a menarca e a menstruação, para então falarmos sobre o fim do sangue.

Através dos detalhamentos dessas diferentes fases da pesquisa, o artigo também adquire o sentido de um relato – não exatamente do relato tradicional de uma pesquisa, mas, sim, como a ele se refere Michel de Certeau, especialmente quando faz entre *relato* e *metáfora* a seguinte analogia:

Na Atenas contemporânea os transportes coletivos são chamados de *Metaphorai* (...) Assim sendo, para ir ao trabalho ou voltar para casa, os atenienses tomam uma metáfora – um ônibus ou um trem. Os relatos poderiam ter igualmente este belo nome: todo dia eles atravessam e organizam lugares, eles os selecionam e os reúnem em um só conjunto, deles fazem frases e itinerários. São percursos de espaço (CERTEAU, 1996, p. 199).

No espaço deste relato, fizemos os seguintes movimentos. Em *Exteriores*, fazemos uma descrição sucinta de alguns aspectos que parecem ser singulares a esta cultura, para que o leitor possa compreender o contexto em que o estudo foi desenvolvido. *Interiores* mostra, a partir dos depoimentos dados sobre o sangue e o fim do sangue, o sentido que adquire em suas vidas – tanto o do fim da vida reprodutiva quanto o da velhice e o do envelhecimento. Nas conclusões, *do Invisível ao Visível*, refletimos sobre as diferentes maneiras que uma cultura imprime os seus sentidos aos marcos biológicos do corpo das mulheres e quanto eles direcionam as relações entre os gêneros.

Exteriores

A fixação das aldeias Guaranis no litoral inscreve-se dentro de uma dinâmica muito própria e numa perspectiva mítica e religiosa: a busca messiânica dessa etnia por uma terra sem males (Shaden, 1974; Unkel, 1987). A busca deste ideal de *terra boa*, transubstanciada em *terra sem mal*, de inspiração profética, organiza a visão de mundo do Guarani (Guimarães, 2003, p.102).

No litoral de São Paulo, sua fixação ocorre num contexto de grande disputa com os especuladores imobiliários da região. É só a partir da mobilização de diferentes segmentos da sociedade que os guaranis da Aldeia do Rio Silveira conseguem, durante o governo Montoro (1983-1987), a demarcação de suas terras. A reserva está localizada na mata atlântica entre os municípios de Bertioga e São Sebastião, litoral norte de São Paulo. Chega-se lá entrando pelo bairro de Boraceia e percorrendo toda a extensão da Avenida Guarani. Durante o trajeto, já é possível avistar alguns índios. Vemos que alguns se deslocam a pé, outros de bicicleta, há aqueles que andam acompanhados de crianças, outros sozinhos ou apenas carregados de suas compras. Na entrada da reserva existe uma guarita-portaria, sem que ninguém a vigie e uma placa onde se lê: *Área Proibida. Terra Indígena com acesso interdito a pessoas estranhas. Governo Federal – Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio.*



Fig. 01 – Entrada da Aldeia do Rio Silveira
(Rafael Tadashi Miyashiro).

Após atravessar esta guarita, e adentrar a área interdita, anda-se menos de um quilômetro em estrada de terra e logo se avista, à direita, o posto da Funai e da Funasa; à sua frente, um campo de futebol; logo adiante, identificam-se as primeiras moradias. Enquanto esperamos ser recebidos pelo superintendente da Funai que formalizaria a nossa entrada oficial na aldeia, observamos o movimento de alguns índios que lá estavam à espera de atendimento e/ou medicamento. Surgem assim as primeiras conversas e contatos. Nossa primeira informante é uma auxiliar de enfermagem com larga experiência de trabalho com populações indígenas – viveu quase 20 anos no Alto Xingu e há quatro anos trabalha com os Guaranis. Rindo, os define citando o que dizem deles os índios Xavantes: “*Os guaranis são parados que nem árvore*”⁵.

Sabemos que as árvores não são dadas a deslocamentos, porém, o primeiro aspecto que chama a atenção ao estudar esta população é a capacidade de mobilidade especial desta tribo. Vivem, sobretudo os homens, em constantes deslocamentos por outras aldeias guaranis, localizadas em diferentes pontos do Estado – Rio Branco e Boa Vista no litoral; e M’Boi Mirim, Morro da Saudade, Ciucutu, e Jaraguá no Planalto. As mulheres, jovens e crianças circulam pelas diferentes praias de Bertiooga e São Sebastião e, literalmente, fincam o pé na estrada em busca de compradores para pupunha, bromélias e artesanato.

Fisicamente, os guaranis são facilmente reconhecíveis, especialmente se os compararmos com os índios de outras etnias: são de baixa estatura, vestem-se de maneira discreta e modesta e usam poucos adereços. Andam em pequenos grupos familiares – raramente os vemos em grandes grupos. Uma das explicações que poderia justificar este comportamento é dada por um estudioso desta cultura:

A consciência tribal para os guaranis contemporâneos parece nunca ter chegado a ocorrer. Cada um dos subgrupos procura acentuar e exagerar as diferenças existentes, a ponto de se criticarem e ridicularizarem uns aos outros. A diversidade dos dialetos, das crenças e práticas religiosas, de constituição

5 Entrevista com Nadir a Belkis Trench (2004).

física e mesmo de aparência física serve de motivo para cada bando afirmar a sua pretensa superioridade sobre os demais (SCHADEN, 1974, p.1).

Espacialmente a aldeia é subdividida em cinco grandes núcleos de moradia e, segundo o vice-cacique, essas divisões aconteceram em função das atividades de trabalho que são desenvolvidas pelas famílias em torno dos viveiros de plantas. Em cada um destes núcleos se agregam famílias e, às vezes, interesses de trabalho e financeiros. A venda de pupunha, bromélias e artesanato constitui a sua principal fonte de poder e de renda.

O sentimento de religiosidade parece ser o elemento que mais os une. A reza ou *porohéi* é realizada diariamente na aldeia e conta com a participação da maioria de seus moradores. Entretanto, mesmo neste aspecto, prevalece um aspecto individual ou individualista, seja porque cada um pode desenvolver as suas experiências religiosas próprias, e de acordo com os pendores místicos de sua personalidade, ou porque nesta concepção de vivência religiosa a natureza da alma humana é por si só suficiente para levá-lo ao destino que lhe cabe (Ibidem, 1974, p.107). No caso da Aldeia do Rio Silveira, a religiosidade na aldeia se manifesta em depoimentos de nossos entrevistados nas mais diferentes formas; quando perguntamos, por exemplo, para Armino⁶, por que termina o sangue das mulheres, ele responde: “É o nosso pai, Deus, *Nhanderu*, lá de cima, é que determina isto”.

A população da aldeia era constituída, na época do estudo, de 320 pessoas, e, se considerarmos que a OMS define como pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa a faixa etária entre os 40 e 70 anos, teremos nesta aldeia apenas 16 mulheres vivenciando estas etapas da vida. A menopausa, segundo o relato dos profissionais de saúde entrevistados, nunca foi motivo de qualquer queixa e até mesmo de referência por parte das mulheres índias. Tivemos oportunidade de pesquisar ao acaso alguns prontuários e grande parte de suas queixas referiam-se a tosse ou dor de cabeça. Quando perguntamos ao pajé o que ele faria se uma mulher se queixasse de calor, ele fica em dúvida e quem responde é sua mulher, Doralice: “Se

6 As entrevistas e depoimentos na Aldeia do Rio Silveira foram feitos a Belkis Trench, e registrados em câmera de vídeo minidv por Rafael T. Miyashiro, no ano de 2004. Optamos por evitar a referência recorrente às citações dos entrevistados no campo de pesquisa, buscando maior fluência do texto.

a gente sente muito calor, vai tomar banho na água fria. Vai na cachoeira, ora!”, “Mas se não tiver cachoeira?”; perguntamos. Aí finalmente o pajé, brincando, responde: “Ora, compra um carro de gelo e põe nas costas.”

Interiores

O sangue

Em guarani a palavra *Inhangué* designa a primeira menstruação, ou, como nos explica Doralice, “que a menina está ficando feito mocinha”. Diz a tradição que durante esse período a mulher deve ficar de resguardo e algumas medidas são prescritas, especialmente em relação à alimentação:

O essencial é que a jovem menstruada se alimente apenas de “comida escolhida” em pequena quantidade e preparada com pouco sal. Além do alimento principal, peixinhos ou passarinhos (carnes leves), dá-se-lhe batata-doce, beiju. É preciso evitar, sobretudo, carne de caça: veado, anta, paca, queixada, catego. A não observância de tais prescrições traria consequências prejudiciais à saúde, variáveis segundo a crença de cada tribo. Além do resguardo forçado e das restrições alimentares, a jovem índia tinha o seu cabelo cortado em forma circular, ou raspava-se a cabeça que ela mantinha coberta com um pano, a fim de evitar ataques de maus espíritos (IBIDEM, 1974, p.86).

Quando perguntamos às índias da aldeia do Rio Silveira sobre como foi seu *Inhangué*, todas, das mais velhas às mais novas, relatam que tiveram seus cabelos cortados segundo a tradição. Cleonice, de 25 anos, relata suas lembranças deste dia:

Eu não contei para minha mãe, eu não sabia o que era. Foi só depois que eu contei pra ela que tava, assim, fazendo xixi em sangue. E que eu não sabia o que era. Daí minha mãe falou pra mim assim: “Não, isso não é xixi em sangue”. Aí ela começou explicar para mim como era, foi aí que ela cortou o meu cabelo.

Em relação às outras prescrições, parece não haver consenso a respeito. Cleonice diz que podia comer todos os alimentos; Doralice, uma

das entrevistadas mais velhas e também uma das mais antigas parteiras da aldeia, diz que sua mãe falava que era pra ela “fazer as coisas, para ela não ter preguiça, não ficar deitada, não ficar parada”. Já Ana Rosa, 60 anos, parece ter feito 15 dias de resguardo e durante esse período só comia milho e mandioca, nem café podia tomar, só chimarrão. Depois desse período tinha que carpir. Manter a tradição de resguardo durante esse período é hoje praticamente impossível: existem as obrigações escolares e, sobretudo, a influência do discurso médico – as palavras dores e cólicas estão presentes nos relatos das mais jovens.

Tanto as meninas quanto os meninos iniciam sua vida sexual ainda quando adolescentes; no caso das mulheres, a menarca é quem sinaliza este acontecimento e que ela está apta para o namoro e o casamento. O namoro dura no máximo quatro semanas, depois das quais eles já passam a viver juntos. Durante a fase de namoro, dificilmente eles mantêm contato físico, “o índio não experimenta antes, experimentar é casando mesmo”, é o que Doralice nos explica.

O fato de as mulheres engravidarem tão jovens faz com que mãe e filhos criem uma relação de igualdade, cumplicidade e uma dinâmica de ordem diversa da que conhecemos. Tereza e Margarida, 70 e 59 anos, respectivamente, duas de nossas entrevistadas, são tanto mãe e filha como parecem ser companheiras inseparáveis. Dividem a mesma casa e não parece haver papéis diferenciados entre elas, assim como não há separação explícita entre quem é neto de Tereza ou bisneto de Margarida.

O fim do sangue

Na cultura guarani o fim da vida reprodutiva, a princípio, poderia ser compreendido como um acontecimento invisível. Não existem ritos que demarquem essa passagem, não se identifica a presença de uma palavra em tupi-guarani que a nomeie e, principalmente, nenhuma das mulheres a associa a qualquer tipo de sintoma ou patologia. “Não senti nada”, “Não aconteceu nada...” foram as frases repetidamente ouvidas. Caso insistíssemos, o máximo que ouvíamos era um pouco de dor de cabeça, que aparecia muito mais associada a outro evento, “peguei chuva e tive dor de cabeça”, do que relacionada à menopausa.

Quando pesquisávamos sobre um dos sintomas mais descritos como característico dessa fase da vida, a depressão, recebemos de Doralice uma resposta surpreendente:

Belkis. Depois que terminou o sangue, você ficou alguma vez mais triste ou teve vontade de chorar?

Doralice. Tá louco [risos]... Eu, não. Chorar à toa, por quê?

Da mesma forma, ela se surpreendeu quando perguntamos sobre os cuidados específicos sobre esta fase da vida: “A gente tem que tomar mais cuidado quando a gente tem nenê pequeno; aí tem que se cuidar, mas quando não tem nada: vai se cuidar pra quê?”



Fig. 02 – Frames da entrevista de Doralice a Belkis Trench (Rafael Tadashi Miyashiro).

Já quando perguntamos sobre o uso de ervas com o Pajé e com as entrevistadas, algumas mencionaram o uso da Carobinha, mas a sua utilização necessitaria maior aprofundamento, pois fica difícil compreender se é utilizada para provocar ou para suspender a menstruação, visto que, como dizem, a erva serve para tudo. Carobinha (*Jacarandá copaia*), um dos melhores depurativos do sangue contra sífilis, doença de pele, doenças reumáticas e amebas intestinais⁷. O fato deste acontecimento não ser nomeado nesta cultura, porém, não significa necessariamente que o evento passe totalmente despercebido, ou que seja destituído de sentido. “Tempo de parar, tempo de descanso”, frequentemente, são expressões que as mulheres utilizam e que também parecem nomear um dos sentidos que é atribuído ao fim do sangue. O outro, sem dúvida, é o envelhecimento: “...Está ficando velhinha, é velha”, aparece em praticamente todos os depoimentos. A associação *fim da vida reprodutiva-envelhecimento* parece também sinalizar outro evento: a interrupção da atividade sexual. Aos velhos, ao que parece, não só é negada a libido ou o desejo, como ainda parece que lhes é reservada uma vida casta e virginal.

Belkis. E por que que para o sangue?

Margarida. Não sei.

Tereza. Ficando velha, já, né!...

Belkis. Quando fica velha, para.

Tereza. É... para...

Belkis. Qual é o outro sinal, que sabe, quando a mulher fica velha? Tem algum outro?

Tereza. Acho que não.

Belkis. Ela continua tendo relação com homem?

Tereza. Não.

Belkis. ... Por quê?

Tereza. Porque já tá velha, né!...

⁷ Seu uso medicinal depende do modo de preparo e ingestão. Ver, por exemplo, Castro (2006), Di Stasi e Hiruma-Lima (2002).

Belkis. Mas e se tiver vontade?

Tereza e Margarida (risos).

Tereza. Nem vontade não tem mais.

Margarida (risos).

Belkis. E por que para a vontade?

Margarida. Para... porque não quer mais.(...) Que nem mulher virgem, assim.



Fig. 03 – Retrato de Margarida a partir de filmagem (foto de Rafael Tadashi Miyashiro).

Das cinco mulheres mais velhas entrevistadas apenas duas ainda são casadas, ambas com pajés. A atividade sexual, nestes casos, parece que é mantida, ainda que o desejo se ausente, apenas para satisfazer o desejo do marido. O depoimento de Doralice é muito elucidativo a esse respeito, especialmente quando diz: “... Quando a gente é sozinha, a gente fica mais *tranquilo*. Quando a gente tem companheiro... a gente não tem jeito [risos]... Não sente, mas se o homem quiser, a gente não tem jeito, tem que fazer”.

As mulheres mais jovens, como Carol e Cleonice, não só desconhecem a palavra que nomeia o fim do ciclo reprodutivo, como parecem surpresas com a descoberta. Já as que estão na faixa etária dos 40 anos, tais como Aparecida e Deustina, 40 e 42 anos, respectivamente, ainda que associem a parada do sangue ao envelhecimento, não parecem ter ideia de quando

chegará o seu dia. Curiosas, fazem algumas perguntas a respeito, como, por exemplo, com que idade as mulheres param de sangrar, ou o que sentem.

Ainda que o descanso, o envelhecimento e o término das atividades sexuais apareçam nos discursos das mulheres mais velhas vinculados à menopausa, tais acontecimentos são vividos como sendo da ordem do privado e do invisível – ninguém a comenta, parece não haver nenhuma tradição oral a este respeito, mesmo entre membros de uma mesma família.

Os índios e o envelhe(ser)

Nesta cultura, o envelhecimento parece ser por eles aceito, à semelhança de qualquer outro acontecimento, ou evento de suas vidas. É algo não só da ordem do determinado quanto do esperado; portanto, não há por que fugir, negar ou adiar tal fato. Eis o que pensa Doralice sobre a velhice e o envelhecimento:

A gente fica velha porque a gente é pra isso. A gente não vai ficando um pouco velha, depois fica nova. Não, a gente vai ficando velha, velha, cada vez mais velha, ficar velhinha até engatinhar.

Aliás, a verdade nua e crua, que está presente na fala desta entrevistada, nos fez pensar e observar que, nesta aldeia, velho é velho mesmo, ou seja, não há utilização de meio-tom ou meias-palavras – maduro, terceira idade, melhor idade, idoso, etc. A única diferença de grau, se é que existe, talvez esteja relacionada ao uso das palavras velho e velhinho. E o critério para ser incluído em uma ou em outra categoria, pelo que vimos, não é necessariamente a idade. Aparecida, 42 anos, se considera velha porque já é avó; Tereza, 60 anos, se autodenomina de velhinha porque é bisavó. Didiocó se sente velho “porque fica cansado, trabalhou muito... dói tudo e porque acabou a plantação de lavoura”.

Já os sinais de envelhecimento no homem são palpáveis e objetivos:

Belkis. Quando você acha que as pessoas ficam velhas? [...] E o homem?

Armando. [...] quando para, quando o piu-piu caiu, então já tá velho.

Belkis. E que idade que cai os piu-piu dos homens?

Armando. 75... é ... é quando começa a cair. Aí já... tá velho...

Belkis. E quando tá velho pode continuar tendo relação?

Armando. ... não sei, aí depende a vontade de cada pessoa. Cada um é uma pessoa... cada um vai ver... se tem aquela emoção ainda, então vai. Mas se você não tiver, então, tanto faz...

Se tomarmos como referência os padrões de envelhecimento da OMS, teremos nessa aldeia uma população muito pequena de velhos; são apenas cinco mulheres e cinco homens. Todos moram com suas famílias e apenas dois, o senhor Gumercindo e dona Catarina, podem ser considerados totalmente dependentes dos cuidados da família. Os demais velhos desempenham várias funções. As mulheres dividem os cuidados da casa com os demais membros da família, cuidam dos netos e bisnetos e fazem qualquer serviço quando preciso. Envelhecer, por outro lado, parece que lhes dá a prerrogativa de escolher e decidir as tarefas que querem ou não fazer ou desempenhar. Doralice, por exemplo, auxilia o marido pajé em suas atividades, lava roupa, cuida da casa, mas, cuidar dos netos, claramente, é algo que ela não quer mais fazer:

Ah, já tô cheia... quero ficar tranquila aqui... quero estar na minha... eu não quero mais cuidar de criança nenhuma. As mães que cuidem! Que daqui por diante, não dá!

Muitas vezes é difícil discriminar pelos seus discursos se o que falam sobre o cansaço e a falta de desejo, por exemplo, de trabalhar, diz respeito ao envelhecimento ou à falta de perspectiva em relação à solução dos problemas das aldeias, como a demarcação de suas terras.

Belkis. A senhora trabalha, ainda, faz alguma coisa?

Tereza. Ih, agora não trabalho mais, não.

Belkis. Não?

Tereza. Não aguento mais.

Belkis. É... por quê?

Tereza. É porque eu tô muito velha agora, cansada... de primeiro, eu trabalhava demais.

Belkis. O que a senhora fazia tanto?

Tereza. Fazia a roça, plantava... ramo de mandioca... batata-doce... De primeiro tinha, agora nem vontade não tenho mais.

Belkis. O que a senhora tem vontade de fazer, agora?

Tereza. Tenho vontade de plantar ramo, mas não tem lugar pra mim plantar alguma coisinha. É...

Belkis. E o que a senhora faz todo dia?

Tereza. Não... Eu fico aqui em casa. Faço... lavo a louça, a roupa, essas coisinhas eu faço.

Aqueles que são mais jovens, e cujos pais são velhos, não titubeiam sobre os cuidados que, no futuro, deverão dedicar a eles. Da mesma forma, não parece pairar dúvidas que, quando eles também forem velhos, serão seus filhos ou netos que cuidarão deles. A religiosidade, sem dúvida, é um fator importante para que o ciclo de cuidados com o outro seja mantido:

Belkis. Quem cuida dos velhos aqui?

Armando. Vamos supor: eu fico velho aqui, quem deveria cuidar seria o meu filho, o meu neto, parte da família.

Belkis. Como é para vocês cuidar dos velhos?

Armando. Eu acho até importante cuidar. Aí, eu estou fazendo o bem para mim e pra ele.

As diferenças mais perceptíveis identificáveis entre a geração de novos e velhos índios vão além da formalidade que propicia as classificações por faixa etária ou de uma sintomatologia, como fadiga, cansaço, presença e ausência de doenças. Nessa tribo, a principal separação que existe, nos parece, é entre índios que estão mais arraigados à tradição e aqueles que tentam ressignificá-la. Os mais arraigados à tradição, obviamente, não só se mostram menos disponíveis à incorporação de outros valores, como se mostram mais irônicos e distanciados de tudo que a eles parece influência do branco. Para os outros, é justamente o contrário,

tudo que permite uma maior identificação com o branco é sinal de incorporação, igualdade, e, em alguns casos, superioridade.

Podemos pensar a este respeito, tomando como referência tanto as questões relacionadas à saúde, como por exemplo, as que dizem respeito à incorporação de algumas práticas contraceptivas entre algumas índias, ou através da crença, ou da falta de, em relação aos ritos de cura adotados pelo pajé, e até quanto ao uso de ervas ou medicamentos. A manifestação desse comportamento também é perceptível nos espaços da aldeia que são investidos de símbolos da outra cultura e que sinalizam poder e prestígio. Ter um escritório de trabalho, por exemplo, como fazem questão de nos mostrar, orgulhosos, o cacique e o vice-cacique, também é para evidenciar não só o seu poder na aldeia, mas também quanto os nossos códigos foram por eles apropriados.

Do invisível ao visível

Na vida das mulheres, diferentemente do que acontece com os homens, há marcos concretos e objetivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas vidas, tais como a menarca, a ruptura do hímen, a última menstruação. São marcos visíveis no corpo físico e cada cultura os investe de sua rubrica. Destes marcos, os dois primeiros foram, e ainda são, em diferentes culturas, alvos de diferentes ritos. Já em relação ao último, talvez pelo fato de a vida reprodutiva exercer ainda na maioria das culturas um papel normatizador e estruturador nas relações entre os gêneros, o seu término é considerado, especialmente entre aquelas que vinculam o sexo apenas à reprodução, um acontecimento cuja simbologia se manifesta muito mais através de silêncios e de *não ditos*, socialmente invisíveis, do que de ritos. No caso da cultura Guarani, por exemplo, ainda que não se dê à menopausa qualquer tipo de visibilidade, seja através da constituição de uma sintomatologia, da construção de ritos específicos, ou mesmo trocas orais a este respeito, é inegável que a ela se agregam sentidos visíveis, tais como envelhecimento e término da atividade sexual, manifesto claramente em seus depoimentos através das expressões “tempo de parar”, “tempo de descanso”, “está ficando velha”, “velhinha”, ou até mesmo significando um retorno a um período o qual a vida reprodu-

tiva ainda não era exercida, “é quem nem mulher virgem”, como é dito por uma das entrevistadas.

A virgindade, a menopausa e a esterilidade, ainda que suscitem imaginários diferenciados, talvez possam ser explicados segundo a mesma lógica simbólica, pois talvez não seja o sexo, como mostra Françoise Heretier (1996), e, sim, a fecundidade que faz a diferença real em diferentes culturas entre masculino e feminino. Para os Nuer, da África Ocidental, cita como exemplo quando uma mulher é reconhecida como estéril, ou por ter sido casada e ter ficado sem filhos, ou por ter ingressado na menopausa, regressa à sua família de origem, e passa a ser considerada como um homem, e também:

[...] irmão dos seus irmãos ou tio paterno para os filhos de seus irmãos. Adquirirá ainda todos os direitos e prerrogativas como se fosse um homem, tal como procurar uma ou várias esposas. O que é evidente em ambos os casos é que a mulher não é, ou não é mais considerada como uma mulher (IBIDEM, 1996, p. 217).

Na nossa cultura, por mais estranho que à primeira vista nos pareça, foram estas mesmas premissas que possibilitaram o médico Robert Wilson a proclamar em seu famoso livro *Eternamente feminina*, que a TRH é a concretização de um ideal que toda mulher mal ousava sonhar: “...A eterna feminilidade, pela preservação indefinida de todos os atributos de sua juventude. [...] As mulheres, afinal de contas, têm o direito de permanecer mulheres. Elas não devem viver como seres sexualmente neutros durante metade de suas vidas” (Wilson, 1996, p. 27).

O fato da pertença temporal se apresentar em grande parte das culturas tão intimamente vinculada aos ciclos biológico e reprodutivo, ainda possibilita compreender o porquê da menopausa aparecer tão vinculada em diferentes imaginários ao envelhecimento feminino. A juventude não só é sinônimo de vida reprodutiva como o seu término é associado às marcas do envelhecimento. Neste aspecto, muito pouco se diferenciaria a construção de nosso imaginário e a dos guaranis; tanto para eles quanto para nós a menopausa é o principal sinalizador do envelhecimento das mulheres. O que os diferencia, no entanto, é que tanto a menopausa

quanto o envelhecimento são acontecimentos incorporados a sua existência, como vimos em seus depoimentos, de forma positiva.

O fato de iniciarem a vida sexual bastante jovens, terem um grande número de obrigações e cuidados com filhos, talvez contribua para que tanto a menopausa quanto o envelhecimento também sejam vividos como um belo descanso merecido; aliás, como diz também Guimarães Rosa, “Ah, a gente, na velhice, carece de ter sua aragem de descanso” (ROSA, 1988 p.4).

“Mais do que ter uma idade, pertencemos a uma idade”, diz Lloret (1998, p.14). Parafrazeando-a, diríamos que as mulheres, mais do que ter um ciclo biológico, pertencem e são aprisionadas a este ciclo. Os ciclos nos têm e nos fazem; fazem com que sejamos crianças, jovens, adultos, velhos. E um dos aspectos que talvez mais sinalize as diferenças entre nós e os guaranis é que, na medida em que nos apropriamos da tecnologia contraceptiva e reprodutiva, estendemos e rompemos o pertencimento exclusivo a tais ciclos. Ao nos descolarmos destes ciclos, não só criamos novas categorias de idade, tais como puberdade, maturidade, terceira idade, estendendo a adolescência e o envelhecimento a limites até então inimagináveis, como abrimos possibilidades para que a tecnologia biomédica cada vez mais se aproprie de nossos corpos e nos faça ver e crer quanto é verdadeiro o que diz Francois Dagognet em relação à nossa medicina: “...Na atualidade parece existir mais imagens do que sintomas e mais portadores do que doentes” (Deleuze, 2008, p.166). Não se trata, nos parece, de apenas mais uma afirmação que apenas confirme o que os autores Foucault (1980), Canguilhem (2005), Ilich (1975), já manifestaram em suas obras, seja a respeito da medicalização da sociedade, do poder médico ou de produção e fabricação de doenças, e, sim, apontar para que percebamos a tendência no nosso mundo contemporâneo de considerar toda forma viva como uma soma organizada de mensagens, igualando os níveis de existência e esvaziando as coisas de sua substância própria e de seu valor. Neste sentido, no que diz respeito ao fim da vida reprodutiva, a experiência e a vivência de escuta em outras culturas possibilitam que percebamos que não é a invisibilidade dada a este acontecimento o que mais o nomeia e, sim, o quanto as reduções simbólicas relacionadas ao sangue emitem os seus sentidos às práticas sociais e direcionam as relações de gêneros.



Fig. 04 – Retrato de Rosa (foto de Rafael Tadashi Miyashiro).

Referências

ALMANACK do Urudonal, 1930.

AMARAL, L. **A menopausa em questão: conversas com mulheres do campo.** São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Estudos em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica.

BASTOS, M. H. **Sorria, você está na menopausa.** São Paulo, Ed.Ground, 2001.

CANGUILHEN, G. **Escritos sobre a medicina.** Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 2005.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer.** São Paulo, Editora Vozes, 1996.

COSTA, R. R. Mulher climatérica: ponto de vista do ginecologista. In: PINOTTI, José Aristodemo et al. (Org.). **Menopausa.** São Paulo, Roca, 1995, p.22.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro, Editora 34, 2008.

DI STASI, L. C.; HIRUMA-LIMA, C. A. **Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica.** São Paulo, Unesp, 2006.

DU TOIT, B. M. **Aging and menopause and among indian south african women.** Albania: State university of New York Press, 1990.

FOULCAUT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Ed.Forense Universitária, 1980

GREER, G. **Mulher, maturidade e mudança.** São Paulo, Augustus, 1994.

GUIMARAENS, D. **Museu de arte e origem, Mapa das Culturas Vivas Guaranis.** Rio de Janeiro, Contracapa Livraria, 2003.

HÉRITIER, F. **Masculino/feminino, o pensamento da diferença.** Lisboa, Instituto Piaget, 1996.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde.** Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.

LEE, R. **Menopower.** Disco de origem: Rita Lee, 1993, Lado A, faixa 5. número de referência (catálogo) 405.0034, Som Livre.

LLORET, C. As outras idades ou as idades do outro. In: LARROSA, J.; LARA, N. P. de (org.). **Imagens do outro.** Rio de Janeiro, Vozes, 1998

LOCK, M. **Enconters with aging mythologies of menopause in Japan and North American.** Los Angeles: University of California Press, 1994.

LUIZ E CASTRO, D. L. **Aspectos toxicológicos das plantas medicinais utilizadas no Brasil: um enfoque qualitativo no Distrito Federal.** [Trabalho final do Curso de Especialização de Qualidade em Alimentos]. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

MANKOWITZ, A. **Menopausa, tempo de renascimento.** São Paulo: Ed. Paulinas, 1987.

MARCHA, F.; RATNA, S. S. Cultural and Subcultural Meanings of the Menopause. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 592, n.1, p.139, 1990.

OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 866. **Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa.** Genebra, 1996.

PALACIOS, S. **Climatério y menopausa.** Madrid: Mirpal, 1996.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: Veredas.** Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1986.

SAND, G. **Está quente aqui ou sou eu?** São Paulo, Summus editorial, 1995.

SCHADEN, E. **Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani.** São Paulo, EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1974

SHEEHY, G. **Menopausa, a passagem silenciosa.** Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1994.

TRENCH, B. Projeto Ondas: imagens, falas e gestos de mulheres caiçaras sobre envelhecimento e menopausa. In: II SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO INTERCULTURAL, GÊNERO E MOVIMENTOS SOCIAIS, 2., abr.8-11 2003, Florianópolis. **Resumos.** Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

TRENCH, B; SANTOS, C. G. dos. Menopausa ou Menopausas? In: **Saúde e Sociedade.** 2005; 14:91-100.

TRENCH, B.; MIYASHIRO, R.T. Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres sem voz. Menopausa ou Menopausas? In: **Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales,** Colección Monografías, nº 39, 2006. Disponível em www.globalcult.org.ve/Publicaciones.htm. Acesso em 23/08/2011.

UNKEL, C. N. **As lendas da criação e destruição do mundo.** São Paulo, Hucitec, Ed. da Universidade de São Paulo, 1987.

WILSON, R. **Eternamente feminina.** São Paulo: Edameris, 1996.

Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo

Júlio Assis Simões¹

Na expansão e diversificação dos espaços de sociabilidade e trocas eróticas homossexuais masculinas nas grandes cidades brasileiras, homens mais velhos também se fazem mais visíveis e presentes. Na cidade de São Paulo, um ponto especial de concentração de homens mais velhos está no centro, na Avenida Vieira de Carvalho, no quarteirão entre a Praça da República e a Rua Aurora, especialmente na calçada do lado esquerdo de quem segue na direção ao Largo do Arouche. Os mais velhos também estão em algumas boates da região, notadamente *ABC Bailão*, que já teve os antigos apelidos de *desmanche*, *festa-baile* e *INPS*. A presença de homens mais velhos nesses lugares de sociabilidade homossexual no centro de São Paulo, chamados de *coroas*, já era notada desde meados dos anos 1980, mas ela se tornou mais visível nos anos recentes. *Coroa*, *tiozão*, *paizão* e categorias assemelhadas variantes parecem designar o homem maduro de apresentação mais discreta e viril, que tem saúde, disposição física, apresentação pessoal e dinheiro suficiente para frequentar espaços de sociabilidade homossexual, encontrar amigos, beber, se divertir e também tentar a sorte no mercado da paquera.

Embora mais *visível*, no sentido de não se restringir ao espaço dos bares a meia-luz, o *coroa* parece corporificar um tipo de personagem público que remete aos *entendidos* dos anos 1970: homens que valorizavam a aparência masculina e procuravam desvincular suas vivências de homossexualidade das convenções de afetação, afeminação e papel exclusivamente “passivo” no ato sexual (Guimarães, 2004; Fry, 1982). Parece promissor pensar os atuais *coroas* como os *entendidos* que envelheceram.

¹ Júlio Assis Simões (juliosimoes@uol.com.br) é antropólogo, doutor em Ciências Sociais pela Unicamp, professor e pesquisador do Departamento de Antropologia da USP.

Além disso, podemos notar nesses *coroas* uma série de disposições associadas a representações modernas de envelhecimento ativo.

Tentando avaliar o modo como esses homens homossexuais mais velhos lidam com o envelhecimento, em diálogo com a produção de novas identidades ligadas à homossexualidade e com representações de envelhecimento bem-sucedido, apresento a seguir uma análise preliminar de seus pontos de vista sobre corpo, sexualidade e relacionamentos, a partir de uma tessitura de falas proferidas em entrevistas em profundidade conduzidas com uma rede homens homossexuais de camadas médias em São Paulo, na maioria brancos, com idades variando entre 59 e 70 anos – o que se poderia chamar mais propriamente de *envelhescentes* e não tanto de idosos. O objetivo aqui não é mais do que realizar um contraponto etnográfico que ajude a sinalizar algumas linhas de interpretação ainda a ser aprofundadas. Trata-se, pois, de uma reflexão ainda tentativa e exploratória.²

Homossexualidade e envelhecimento ativo

A primeira impressão trazida pelos *coroas*, de uma velhice não-vitimizada, sexualizada, orgulhosa, com disposição para a vida pública noturna e, ainda por cima, associada à homossexualidade, chama a atenção por contrastar vivamente com a imagem mais usual do envelhecimento homossexual, a qual tendia a compor um quadro de solidão, isolamento, depressão e perturbações psicológicas crescentes, desde a meia-idade precoce até a velhice e seu amargo fim. Seu retrato sociológico por John Gagnon e William Simon, em seu célebre estudo sobre a conduta sexual, publicado na década de 1970 (Gagnon e Simon, 2005 [1973]).³

Gagnon e Simon situavam o início dos sentimentos de envelhecimento, para os homens homossexuais, já na passagem dos 30 anos, ou, no mais tardar, aos 40, numa idade em que o declínio da atratividade sexual entraria em tensão crescente com o estilo de vida centrado na relevância da sexualidade. Um impacto especialmente negativo seria provo

2 Uma versão mais curta deste texto apareceu na revista *A Terceira Idade: Estudos sobre Envelhecimento*, São Paulo, SESC (Simões, 2011).

3 Para uma discussão mais ampla das visões do envelhecimento entre homens homossexuais, ver Simões (2004).

cado pelas mudanças na aparência física: cabelos grisalhos e rugas podem compor um padrão estético atraente para os homens heterossexuais, indicadores de caráter e sucesso; mas, entre os homossexuais, seriam considerados repulsivos. Nesse período, de modo geral, a redução das oportunidades de vida desencadearia sentimentos pesados de depressão e solidão, que Gagnon e Simon consideraram ser semelhantes aos que presumivelmente afetariam as mulheres heterossexuais solteiras ou divorciadas. Uma transição bem-sucedida por essa fase de crise dependeria fortemente da afeição e do apoio dos outros próximos, o que deixaria os homossexuais em séria desvantagem, porque não contariam com os vínculos familiares dos quais se poderia esperar apoio.

Em contraste com isso, os *coroas* parecem ter mais a ver com concepções e práticas relacionadas a um envelhecimento positivado, que procuraram enfatizar as vantagens e enriquecimentos que a maturidade traz, bem como as possibilidades de reinterpretar e reconstruir o corpo e o envelhecimento. Vários autores chamaram a atenção para o papel desempenhado pela gerontologia na desconstrução das concepções de periodização da vida baseadas no reconhecimento de etapas específicas de desenvolvimento, estabilidade e declínio, substituindo-as pela imagem da maturidade como um “platô indefinidamente extenso de consumo ativo e agradável” (Featherstone, 1994)⁴. Nessa desconstrução, o que importa é a capacidade de conservar controle sobre movimentos e funções corporais, sobre as emoções e as faculdades cognitivas – atributos básicos que permitem que uma pessoa seja reconhecida, valorizada, levada em conta em qualquer relação social. A velhice torna-se, então, a falência desses controles e competências; e, em contrapartida, os atributos que usualmente marcavam a juventude, como o esforço de exploração e a construção da identidade, são transpostos à vida adulta e à maturidade, vistas agora como abertas à variação e à reinvenção pessoal.

Critérios importantes para avaliar o envelhecimento bem-sucedido são: o cuidado na prevenção de doenças; a manutenção de um elevado padrão de funcionamento cognitivo e físico; e o engajamento na vida.

4 Para outras referências sobre a reconfiguração do envelhecimento na experiência contemporânea e o papel da gerontologia, ver Debert (1999); Cohen (1994); Katz (1996).

Nessa medida, são incentivadas atitudes que fomentem uma postura mais reflexiva e atenta ao próprio corpo e ao desenvolvimento de formas de *cuidado de si*, que levem o indivíduo operar judiciosamente em meio a alternativas de atividade e desengajamento; ou seja, tanto no sentido de rever valores e crenças sobre seu corpo, sua idade e sua sexualidade, quanto no sentido de se informar, aceitar e lidar positivamente com as mudanças trazidas pelo envelhecimento.

Acrescente-se a isso o encontro da gerontologia com a sexologia, e a nova cruzada que ambas passam a promover contra *o mito da velhice assexuada*. Nota-se que o declínio da atividade sexual, relacionado à idade, tende a ser cada vez menos tolerado, e passa a ser visto como uma alteração do bem-estar corporal passível de tratamento médico. Num padrão recorrente e reconhecido de operação dos saberes gerontológicos e sexológicos, que se apropriam seletivamente das problematizações e reflexões das ciências sociais, o mito da velhice assexuada tende a ser concebido como uma *construção cultural* que se destina a reforçar os estigmas que recaem sobre a própria velhice. Nesse sentido, “assexuado” torna-se um qualificativo privilegiado para assinalar a anulação do próprio sujeito que envelhece. Em contrapartida, a intervenção destinada a combater o declínio da atividade sexual e seus efeitos se dá no nível do indivíduo e envolve a dimensão de seu corpo (Brigeiro, 2002). Os especialistas em sexualidade no campo da gerontologia argumentam que a atividade sexual pode ser menos frequente com o passar dos anos, mas isso pode ser compensado pela maior intensidade do prazer sexual na idade avançada. Essa vivência mais plena e gratificante da sexualidade pode ser alcançada mediante esforços de libertação de condicionamentos e coerções morais que permitam assumir a legitimidade do desejo sexual em qualquer idade e erotizar o corpo por inteiro (Debert e Brigeiro, 2012). Os idosos são assim interpelados a reorientar seus pontos de vista sobre sexualidade e envelhecimento, bem como a buscar auxílio farmacêutico, médico e psicológico especializados para superar o impacto das pressões sociais fundadas em ideias e valores equivocados que os obrigariam a conformar-se com uma inevitável ausência da atividade sexual e ajustar-se moralmente a esse suposto imperativo.

Boa parte das referências que inspiram o tratamento da sexualidade na gerontologia provém de desenvolvimentos da tradição empírica da

sexologia que justapuseram, de forma tensa, a visão clínica ou “hidráulica” do comportamento sexual humano e a insistência na importância do conteúdo emocional e da comunicação nas relações sexuais humanas (Robinson, 1977). Essa compreensão da sexualidade como uma técnica ao alcance de todos, a ser aprendida, renovada e preservada favoreceu as intervenções terapêuticas e dá ênfase crescente à dimensão mecânica da atividade sexual, centrada no organismo e desvinculada das parceiras, em termos de “disfunções do orgasmo”. Outra marca persistente nos discursos gerontológicos e sexológicos mais recentes sobre sexualidade e envelhecimento é tomar a conjugalidade heterossexual como modelo privilegiado – senão único – de referência. Como ressaltam Debert e Brigeiro (2012), as descrições da fisiologia sexual e das dinâmicas de conjugalidade, assim como as argumentações sobre as formas de vivências a sexualidade, são todas elas “condizentes com a gramática heterossexual”.

Esses aspectos ficam patentes, por exemplo, na visão da impotência masculina como “distúrbio da função erétil” e na comercialização de medicamentos apresentados como solução para essa “falha sexual”, tal como o Viagra. Como mostraram Brigeiro e Maksoud (2009), as estratégias discursivas de divulgação do Viagra no Brasil mobilizaram convenções bastante tradicionais sobre virilidade e sexualidade masculina, ao mesmo tempo em que posicionaram a questão da potência sexual dentro de uma lógica mercantil, como um bem que poderia ser restabelecido por meio do consumo de tecnologia. Assumindo a sexualidade masculina como naturalmente excessiva e a potência sexual como cerne da honra e da virilidade que devem ser mantidas a qualquer custo, o discurso midiático em torno do Viagra reentronizou o valor dos genitais e da penetração como ideal de desempenho sexual masculino, conforme as imagens mais convencionais e conservadoras de gênero e heterossexualidade, nas quais o homem é o protagonista do encontro erótico.

Embora as reconceituações gerontológicas da sexualidade tendam a ignorar a homossexualidade, cabe notar que as mesmas ideias e valores que realçam a natureza intensamente sexual dos homens no senso comum costumam ser intensificadas quando se trata de homens homossexuais. Não por acaso, Gagnon e Simon, acima referidos, lembravam a centralidade da autocomercialização sexual (Weeks, 1983) no estilo de

vida dos homens gays modernos, ligando os sentimentos crescentes de envelhecimento e depressão precisamente à percepção de um apelo erótico em inexorável declínio com o passar da idade. Nos comentários a partir das falas e narrativas de homens gays maduros, que apresento a seguir, essa percepção do envelhecimento como um processo inevitável de declínio e perdas combina-se de modo ambivalente com uma visão de mudança que, em diálogo com as novas convenções sobre envelhecimento ativo, também sinaliza outras possibilidades.

Operando o envelhecimento: sexualidade, corpo, relacionamentos

Duas concepções ressaltam nas visões sobre envelhecimento expressas pelos entrevistados. Uma é que envelhecer é um processo inevitável, com decorrentes limitações físicas, algumas manejáveis, outras não. Como resumiu Duílio⁵: “Envelhecer é uma coisa louca. O seu corpo começa a despencar. Não tem como, né? Saber administrar isso é que é importante”.

A outra concepção diz respeito ao sentimento dos entrevistados de se verem comparativamente *mais jovens* do que as pessoas que observam no cotidiano e que teriam a mesma idade. Uma das declarações mais eloquentes nesse sentido foi a de Abel, soropositivo há quase duas décadas:

Eu não sei o que é ter 65 anos... Quando vou ao banco e deparo com a fila dos idosos, eu não me vejo em nenhuma daquelas pessoas, no porte, no jeito. Eu me vejo diferente. Eu me sinto mais ativo, mais atirado, mais vivo. E as outras pessoas estão tão mais abatidas, tão caídas. Eu não vejo aquilo como futuro pra mim. Acho que esse modelo de velho, para as pessoas que passaram pelo que eu já passei, ainda está para ser criado.

Abel tem uma trajetória que o aproxima, em parte, da figura de um *baby-boomer* brasileiro: a coorte geracional que, à semelhança dos seus congêneres nos países ocidentais do Norte, contribuiu decisivamente

5 Os nomes atribuídos aos entrevistados são fictícios.

tanto para a produção das modernas *culturas gays* como de novos discursos e imagens mais *positivas* do envelhecimento. Abel nasceu em 1945, fez parte da primeira onda do movimento homossexual brasileiro, no final dos anos 1970, assim como foi dos primeiros a militar nas associações civis dedicadas ao combate à AIDS, em meados dos anos 1980. Assistiu ao *desbunde*, desfrutou da primeira eclosão do espetáculo de consumo gay e foi também atingido, um pouco mais tarde, já na virada dos anos 1990, pelo HIV. Sua trajetória política o singulariza em relação aos demais entrevistados desta rede, e não surpreende, portanto, que ele seja um dos principais porta-vozes do mote “eu não me sinto velho”.

Entretanto, é o mesmo Abel quem apresentou também as visões mais sombrias quando refletia sobre as perspectivas do envelhecimento homossexual de forma mais geral, e articulava essa reflexão a uma interpretação da própria conduta que o levou a contrair o HIV.

As amizades entre os homossexuais são fortes, mas também são marcadas por certo humor meio maldoso, meio maldito. Acho que nós nos detestamos um pouco. À medida que a gente não aceita o que é, passa a odiar o outro também. Isso tem consequências muito grandes ao longo da vida da gente e obviamente na velhice. Eu costumo dizer que o homossexual é a criatura do momento. Como ao homossexual não é dado uma outra perspectiva de vida como é dado aos outros segmentos da sociedade, ele pensa: vou aproveitar esse momento, porque depois não sei o que vem, não tem outra perspectiva mesmo, não vai casar, não vai ter filhos. O desejo está gritando na frente. Vai saber quando vai ter outra oportunidade. Você se joga, se joga mesmo.

São palavras que lembram, em parte, o diagnóstico sociológico de Gagnon e Simon. Elas evocam também a visão um tanto neorromântica que marcou boa parte da geração rebelde a que Abel pertence, na valorização da juventude e de suas possibilidades como os verdadeiros pontos altos da vida, em contraposição a uma espécie de autopreservação mesquinha e insossa rumo a uma velhice confortável (Featherstone e Hepworth, 2000). Mas ela também traz uma visão recorrente nos en-

trevistados, a de realçarem a centralidade da sexualidade em suas vidas, e especialmente a força do desejo sexual que experimentaram. Sob essa perspectiva, a *maturidade*, um termo que eles referem também com frequência, é vista de forma positiva. Ela possibilita acalmar o desejo intenso e a atentar mais para o *cuidado de si*, inclusive no sentido de cultivar outras formas de prazer, sensuais ou não.

A sexualidade já foi uma parte maior da minha vida. Quando era mais jovem meu desejo era intenso, meu desejo de transar era mais intenso ainda. Atualmente eu sinto desejo, mas não é mais como era. Se eu ficar sem transar mais de uma semana, dez, quinze, vinte dias, um mês ou dois, isso não vai ser o fim do mundo, porque eu tenho outras coisas que ocupam meu tempo. Cuidar de alguém, sair de casa ou ficar quieto no quarto vendo um filme... São coisas que preenchem mais meu tempo agora como não preenchiam antes. (Abel)

A sexualidade hoje está morna. ...Meus amigos estão igual também. Baixaram muito a bola. Maturidade trouxe tranquilidade. Inclusive no desejo sexual, que eu tinha, que era um fogo, uma coisa incontrolável... (Fausto)

Nas visões atuais sobre a sexualidade, aparece também a concepção de que *menos é mais*. Reduz-se a quantidade em favor da qualidade das relações, ao mesmo tempo em que se enuncia o interesse por explorar outras formas de erotismo e prazer menos centradas na genitalidade.

Fiquei mais contido. Dei uma reduzida. Sexualmente eu fiquei mais transado. É uma coisa de você tomar as rédeas do seu prazer, é de sapiência, maturidade. Minha sexualidade era mais hormônio mesmo, mais tesão. Era uma ejaculação precoce. Hoje você se controla. Você busca o prazer no outro. Você troca prazeres, carícias... Sente seu corpo e o corpo do outro mais presentes. (Duílio)

As referências ao corpo, e às mudanças do corpo, são muito marcantes nas entrevistas. Estamos diante de um conjunto de pessoas que

demonstra um grande senso de observação do próprio corpo e do impacto que o corpo tem na sociabilidade e nos encontros sociais em diversos planos. Os sinais de envelhecimento corporal são meticulosamente investigados, reconhecidos e elaborados. Todos se assumem como vaidosos, ainda que com modulações e matizes. Rugas, queda de cabelos, bolsas nos olhos, flacidez nos membros, gordura, barriga, nádegas murchas, dificuldades de manter ereção são todos motivos de lamento, preocupação, alguma depressão, mas não conformismo.

O cuidado e a atenção com que vigiam e verificam seus corpos é, em parte, correlato ao recurso regular que fazem dos especialistas médicos. Consultam médicos regularmente e adotam, de modo geral, as prescrições destes com vistas a lidar com a saúde. Adoção de dietas, com diminuição ou eliminação do consumo de café, cigarro, álcool, refrigerantes, gorduras, carne vermelha foram frequentemente mencionadas nas entrevistas. Mas os entrevistados não revelam a mesma disposição para aderir à prática de atividades físicas. Todos mencionam recomendações médicas nesse sentido, mas só aderem efetivamente à ginástica aqueles que foram completamente convencidos de que terão comprometimentos físicos sérios se não o fizerem. Todos dizem ter preguiça para ir à academia, ou mesmo para recorrer a aparelhos de ginástica de que podem eventualmente dispor em suas moradias ou condomínios.

O cuidado com o corpo se estende à preocupação com a apresentação corporal em geral, no que se refere à seleção e uso de roupas e acessórios, especialmente no lazer e na paquera. Com modulações, essa preocupação diz se guiar pelo esforço de encontrar um meio-termo entre se mostrar *descontraído*, e ao mesmo tempo evitar usar indumentária que não mais consideram adequada à idade que têm. Como resume um entrevistado:

Hoje procuro uma roupa que não me deixe parecer um tiozinho careta, mas não posso me vestir como um garoto de 25 anos, a camisetinha justinha, a calça com a bunda aparecendo... (Cláudio)

A tendência predominante entre os entrevistados – mesmo entre aqueles que se mostraram mais debilitados, pela idade e/ou pelo HIV-AIDS – é buscar meios para reverter ou amenizar o que é visto como prejuízo es-

tético decorrente do envelhecimento. Os entrevistados afirmam recorrer a tecnologias de manutenção corporal e a profissionais especializados sempre que possível. Embora expressem também limites nisso: cirurgias plásticas para eliminar bolsas de gordura nos olhos, por exemplo, são aceitas e recomendadas, mas há resistência a intervenções estéticas mais radicais, de *puxar tudo*. Calvos lamentam a perda dos cabelos. Implantes são tecnologias consideradas aceitáveis. Tingir os cabelos ou usar peruca, porém, não são recursos que contam com a aprovação dos entrevistados.

Sem desconsiderar o argumento que desqualifica essas alternativas por seus resultados estéticos falhos ou inadequados, sugiro que esse tipo de atitude revela fronteiras de um tipo de apresentação e performance de masculinidade que os entrevistados não querem arriscar. Coerentemente com a sugestão de que se trata de *entendidos que envelheceram*, esses homens têm cuidado em conservar certas insígnias de masculinidade que também procuram nos próprios parceiros. Esses homens não são afetados, cultivam uma espécie de virilidade suave, preferem os *discretos* e não se interessam eroticamente pelos *efeminados*. Como resumiu Fausto: “Pode até ser um Brad Pitt, que, se for borboleta, perco todo o tesão!”

Ser *discreto* não é exatamente o mesmo que *ficar no armário*, ser *enrustido* ou *incubado*. Certamente é uma atitude que envolve prudência e contenção em relação à autoexpressão pública da orientação sexual. Envolve também, eventualmente, algum tipo de censura aos que se comportam de maneira a ostentar sua homossexualidade em qualquer ambiente. A discricção pode estar associada à avaliação do tipo de conduta que esses homens julgam mais adequada a si mesmos, como também à produção de um estilo de apresentação pessoal mais atraente e valorizado do ponto de vista das expectativas de contatos e trocas eróticas. Provavelmente combinam-se aqui uma hierarquia estética de valorização da aparência *viril* e a adoção de estratégias seletivas de visibilidade e ocultamento (Saggese, 2009). Seja como for, a virilidade é um componente importante para a composição da imagem dos *coroas* que tentam a sorte no mercado da paquera gay.

As pesquisas feitas nas Paradas do Orgulho GLBT no Rio de Janeiro e em São Paulo, em 2004 e 2005, respectivamente, indicaram que a preferência por parceiros mais velhos, entre os homens homossexuais, é mais

marcada nas faixas de idade mais jovens e vai diminuindo progressivamente à medida que a idade sobe, atingindo seu menor índice na faixa dos 40 e mais. (Carrara e Ramos, 2005; Carrara, Ramos, Simões e Facchini, 2006). O fato de que o *coroa*, o *paizão*, o *tiozão* sejam personagens relativamente frequentes em contos pornográficos gays veiculados por revistas e outros meios especializados de difusão da dita *cultura gay*, ou, ainda em festas de clubes de orgia (Braz, 2007), são também outro indício de que os mais velhos constituem um foco de interesse erótico nesse universo, mesmo que seja no segmento das chamadas *estéticas alternativas*.

Dentre os entrevistados que declararam manter parcerias estáveis, os parceiros eram homens mais jovens do que eles. A preferência dos entrevistados para envolvimento erótico e afetivo sempre se dirigia a homens mais jovens, não necessariamente garotos, mas também o que poderíamos chamar de *adultos jovens*. Mesmo aqueles que incluíam *maduros* em suas preferências, acrescentavam a ressalva “mas não tão maduros quanto eu”. Alguns entrevistados disseram achar *estranho* que rapazes ou homens mais jovens possam se interessar sexualmente e afetivamente *de verdade* por homens mais velhos. Embora reconhecessem que existe *alguma coisa* neles que os mais jovens possam achar atraente, acrescentavam que quando jovens nunca experimentaram esse tipo de interesse. Ao mesmo tempo, alguns desses também diziam que encontravam “até mais facilidade” de ter contato com jovens agora, que estão mais velhos.

Entre as características que o jovem pode achar atraente nos mais velhos, segundo os entrevistados, estão as compensações materiais e simbólicas de diferentes ordens e tipos que a relação com o mais velho pode oferecer: além de presentes e algum dinheiro, também *experiência*, relações sociais e *cultura*, no sentido amplo de acesso a conhecimentos, arte, espetáculos, educação e refinamento. Pois, como diz Claudio, os jovens “têm corpo bonitinho, mas não têm conversa”.

Essa ênfase nas compensações do relacionamento não quer dizer, no entanto, que não haja também da parte de alguns jovens pelo menos preferência erótica por mais velhos. *Experiência* pode aludir também à *experiência sexual*. Sob esse aspecto, cabe notar que os entrevistados são bastante críticos em relação aos mais jovens: “...São afoitos, não sabem transar direito, querem gozar logo, não querem beijar”. Ao mesmo tempo, alguns entre-

vistados afirmaram que os mais jovens esperam deles mais habilidades no desempenho erótico adquirido com a *idade* e a *experiência*. Sabem também, por vivência própria, que calvície, cabelos brancos e barriga podem ser convertidos em fetiches eróticos: sinais de *estabilidade social* e *competência emocional* que podem operar como atraentes aos mais jovens.⁶

Isso, em linhas gerais, sugere condições favoráveis à formação de parcerias intergeracionais, baseadas em mútua atração entre mais velhos e mais novos. Essas relações podem se dar tanto à base de parcerias mais igualitárias quanto à base de relações mais assumidamente *transacionais*, em que o mais velho retribui os favores sexuais do mais jovem por meio de presentes ou prestações que não representam uma contrapartida imediata de dinheiro por sexo, como na prostituição. O mais velho como iniciador do mais jovem parece ser uma convenção na cena gay (Hocquenghen, 1980), uma espécie de roteiro de parceria em que a sexualidade amplia o campo de atuação dos mais jovens e realça os mais velhos como proporcionadores de uma série diversa de contraprestações materiais e simbólicas – tais como levar a restaurantes, cinema, teatro, exposições e espetáculos em geral, oferecer pequenos presentes e até mesmo oferecer suporte a outras pessoas com quem o mais jovem mantém relações de parentesco e convivência⁷. Abel contou que dá suporte à filha de seu ex-amante mais jovem, que o reconhece como uma espécie de *tio*. Fausto contou que é reconhecido pela esposa de seu ex-amante como um *amigo* com quem ela e sua família podem contar em horas de aperto financeiro, mesmo que ela nunca admita explicitamente saber que as relações entre seu marido e Fausto envolveram (ou eventualmente ainda envolvam) mais do que amizade.

Mesmo nas trocas sexuais mais claramente mediadas por dinheiro, como as que acontecem nas saunas, a distância entre gerações parece ser um fetiche sinalizador de algo mais do que a condição financeira do cliente. Nesse ambiente, o corpo envelhecido e destoante em relação ao que são consideradas formas bem torneadas não pode ser disfarçado: ao contrário, é exposto, não sendo apenas o espectador passivo de uma cena protagonizada pelos *boys* fisicamente atraentes. Não é apenas o cliente

6 Sobre a erotização dos sinais do envelhecimento em relações homossexuais entre homens, ver também Paiva (2011).

7 Sobre as transações entre homens mais velhos e mais jovens, ver também Paiva (2011).

que avalia o *boy*: este também avalia o cliente, já que muitos procuram estabelecer *programas fixos* ou *casos* em suas carreiras nas saunas. O cliente tipo *programa fixo* é certamente um mantenedor, que pode arcar com despesas do *boy*, dentro ou fora das saunas, por um determinado período da vida de ambos (Santos, 2007).

Levando tudo isso em conta, pode-se dizer que o problema para os mais velhos, no circuito de sociabilidade que estamos enfocando, não é tanto a falta de interesse dos mais jovens, mas a necessidade de administrar esse interesse. Ser *masculino* e *discreto* parece ser também uma maneira de se proteger desses riscos, ainda que essa forma de proteção implique seus próprios riscos. Por exemplo, faz parte desse código de masculinidade pagar as despesas, quando se está com um jovem acompanhante. Pagar a despesa parece ser uma forma de mostrar independência, de atrair o interesse do mais jovem e manter o controle da situação. Mas é também a atitude que deixa o mais velho sujeito a formas de exploração material. Das transações cotidianas eventualmente percebidas como *exploração* provêm as suspeitas sobre as reais intenções do parceiro jovem, assim como as acusações dirigidas a este, de falta de reconhecimento, de insensibilidade ou de egoísmo. Sobre isso, um entrevistado observou:

Se eu fosse procurar alguém mais jovem, prefiro ir de jeans e camiseta para parecer mais igual. Se eu for muito arrumadinho, ele poderá ficar interessado no que eu pareço e no que eu tenho, não no que eu sou. Tenho um amigo, que quando conhece alguém, a primeira coisa que ele faz é mostrar o carro novo dele. Depois, passa meses reclamando que o cara é interesseiro. Daí eu falo: mas foi você quem deu a oportunidade! Percebo que à medida que fui envelhecendo fiquei mais centrado nessas coisas. Porque eu tive muitas experiências com michês... Tem michê de grana e tem aquele que sai contigo sem pedir grana, mas você é que sustenta. Os dois casos. Mas, pelo menos, no primeiro momento você consegue saber se a pessoa está interessada em você um pouco, pelo menos, e não só no que você tem. Agora, é claro que se você já chega com um puta carrão, o cara vai ficar apaixonado. Pelo carro! (Cláudio)

Uma resposta a isso, da parte dos mais velhos, é a tentativa de distinguir os mais jovens em duas categorias – os que *gostam mesmo* de mais velhos ou *se interessam pelo menos um pouco* em suas pessoas, e os que querem *apenas se aproveitar*. Trata-se de uma distinção nada fácil de ser feita, pois ambas as categorias aparecem misturadas na experiência. Vários acreditam, como Cláudio, que essa distinção tem mais a ver com a habilidade do mais velho de conduzir o relacionamento, de modo a evitar que tudo decaia em interesse material. De todo modo, isso acaba conduzindo os mais velhos à posição um tanto complicada de procurar os que parecem pertencer ao primeiro tipo sem descartar os que parecem pertencer ao segundo. O gosto pela aventura e pelo risco de se envolver erótica e emocionalmente com parceiros mais jovens se confronta aqui com o temor das consequências negativas de se deixar levar pelo desejo sexual. O temor aqui pode ser que o desejo, ou a afeição, ou o medo da solidão, ou tudo isso combinado, acabem levando à perda do respeito e da honra, que acarretaria uma perda simbólica de masculinidade. Essas perdas parecem ter menos a ver com o fato de quem desempenha o papel *ativo* ou *passivo* na relação sexual, e mais com quem comanda o relacionamento e quem se deixa comandar, como o *dependente*, ou o que *corre atrás*. Esse é um jogo instável, frequentemente indecído, entre quem tem o poder material e quem tem o apelo sexual.

Se essas prescrições de prudência não são exclusivas das relações homoeróticas que envolvem os mais velhos, entre estes elas parecem incidir com mais força, tendo em vista os estereótipos negativos relacionados à própria velhice e potencializados pelo estigma da homossexualidade. As *tias velhas* patéticas, afeminadas, desprovidas de atrativos e meio gagás; as *bichas amargas*, solitárias, maledicentes e deprimidas; as *mariconas* desesperadas por companhia e capazes de atacar qualquer jovem incauto: todas essas imagens compõem um elenco de assombrações que parece pesar sobre os homens homossexuais mais velhos. São categorias fantasmagóricas das quais se deseja fugir, já que a identificação com elas realça o ridículo e o ostracismo daquele que é incapaz de governar o próprio corpo e os próprios desejos – condição que obrigaria ao desengajamento e a renúncia final à sexualidade, o que nenhum dos entrevistados parece desejar.

Considerações finais: contra o estigma, o cuidado de si

Estes comentários exploratórios sugerem algumas linhas de interpretação que devem ser mais exploradas. Vou mencionar sinteticamente três delas, à guisa de conclusão.

A primeira observação se refere à combinação singular de marcas de gênero, sexualidade e geração que esses entrevistados conformam, ao expressarem uma relação extremamente reflexiva com o próprio corpo e uma considerável preocupação com *cuidados de si*. Retomamos aqui a formulação sobre uma relação reflexiva com o corpo, proposta no trabalho já clássico de Boltanski (2004 [1977]), em termos do grau de interesse e atenção que se confere ao próprio corpo, sua aparência, suas sensações, do modo de falar sobre o corpo, de exibi-lo, de agenciá-lo; assim como em termos da demanda por regras, instruções e conselhos difundidos e comercializados por diferentes tipos de especialistas do corpo e da sexualidade.

Boltanski sugeriu uma variação de gênero e classe na configuração de uma relação mais sensível com o corpo, ao ressaltar que as mulheres e os membros das classes altas escutariam seus corpos mais facilmente e seriam mais treinados na percepção e na expressão de suas sensações do que os homens e os membros das classes populares – visto que estes seriam socialmente mais suscetíveis à necessidade de agir fisicamente de forma mais intensa. Diante da abrangência atual dos discursos e intervenções que valorizam de forma extrema a boa aparência e o bem-estar corporal, bem como superpõem visões hedonistas e sanitárias da sexualidade, somos autorizados a supor que aquelas correlações de classe e gênero sofreram deslocamentos significativos e devem se manifestar em combinações remodeladas.

Seria o caso de averiguar quanto essas manifestações se distinguem das que podem ser vistas (ou não ser vistas) em homens *não gays* na mesma faixa etária e na mesma situação de classe. A questão da geração parece importante aqui, pois uma observação impressionista sugere que preocupações de caráter “*metrossexuais*”, semelhantes às dos entrevistados, podem ser mais facilmente encontradas entre homens hoje na casa dos 40 anos, na mesma situação de classe. O que poderia sugerir um papel talvez relevante para essa coorte geracional no sentido de veicular ima-

gens de masculinidade corporalmente reflexiva para um público masculino mais amplo, para além da homossexualidade.

A segunda observação, que matiza sociológica e historicamente a anterior, sugere que os cuidados com o corpo e com a saúde (que parecem distinguir não só essa geração de homens gays mais velhos, mas também os mais jovens, de forma crescente), tenha a ver com a centralidade que a questão da saúde corporal alcançou não apenas por força de todo maquinário a serviço da valorização da beleza juvenil e das tecnologias de produção e manutenção corporal – que fizeram com que a beleza deixasse de ser um dom para se tornar uma meta alcançável por todos mediante disciplina e tecnologia adequadas (Malysse, 2002) –, mas também por conta do impacto da pandemia do HIV-AIDS.

A AIDS reatualizou a associação entre homossexualidade e doença, bem como a articulação entre prevenção, vigilância sobre os possíveis agentes contaminadores e os cuidados com a saúde. As sondagens epidemiológicas buscando mapear comportamentos de risco contribuíram para ressanitar o discurso sobre a sexualidade e deslocaram a ênfase crescentemente hedonista que marcou a experiência da coorte geracional dos entrevistados. Parece interessante investigar até que ponto esses dois fenômenos – a emergência do HIV-AIDS como perigo global e a reprivatização do cuidado com a saúde e com o corpo – influenciaram mutuamente na experiência destes homens.

A observação final diz respeito à revisão dos estigmas que associam envelhecimento e sexualidade e seu impacto na sociabilidade dos homens gays maduros. Se, do ponto de vista da *heterossexualidade compulsória* a homossexualidade é um lugar de perigo e poluição, isso se acentuaria com os homens gays mais velhos – que trariam não só o estigma da velhice em meio a um mundo focado na associação entre desejo, beleza e juventude, como também os malefícios adicionais convencionalmente associados ao sexo entre gerações, que também é mediado, de forma mais ou menos direta, pelo dinheiro ou por um fluxo regular de compensações materiais e simbólicas de diversos tipos.

Ser obrigado a pagar para obter companhia e prazer erótico parece ser um grande marco de passagem para o envelhecimento entre homens gays. Isso tende a colocar os homens homossexuais mais velhos numa

situação de vulnerabilidade crescente: é o que se evidencia, por exemplo, nas convenções acionadas nos casos de crime de morte vitimizando homens homossexuais, em que as vítimas são, de modo geral, mais velhas que os acusados ou réus (Carrara e Vianna, 2004; Arruda, 2001). Parece que, quanto mais velhas as vítimas, mais os agentes da polícia, da justiça e os próprios jornalistas carregam as tintas da sua caracterização, de modo a enquadrá-las no estereótipo do homossexual solitário, deprimido e desesperado por companhia. Arruda (2001) conta que a delegada da Divisão de Homicídios de São Paulo que recebeu as primeiras informações da morte do homem de 66 anos – ex-garçom, negro, que prestava serviços simples de decoração – mesmo diante de um inquérito policial ainda bastante vago, imediatamente encaminhou um pedido especial de *exame de conjunção anal* na vítima, baseada na suposição de que esta levava uma *vida desregrada*. Outro investigador envolvido no caso escreveu num relatório que *apesar de seus 66 anos, a vítima mantinha relações com rapazes, na maioria das vezes de pouca idade, os quais fazem esse tipo de relação com o objetivo de obter dinheiro*. Carrara e Vianna (2004) transcrevem um trecho dos autos referentes ao processo de um ministro aposentado de 61 anos, assassinado no Rio de Janeiro, em que este é caracterizado como “velho e rico pederasta passivo que morava só, curtindo a sua dramática e oprobriosa degenerescência ético-sexual”.

A essas imagens sombrias do envelhecimento se contrapõe a experiência etnográfica aqui relatada de que os mais velhos – que têm boa saúde, algum dinheiro e vida sexual ativa – têm um lugar no circuito de escolhas e trocas eróticas produtoras de estilos de vida e de sociabilidade que marcam o universo gay moderno. Nem eles estão fora da sociabilidade e das trocas sexuais homoeróticas, nem estas se resumem simplesmente a encontros pagos com desconhecidos mais jovens. Essas relações parecem se estruturar em torno de um fluxo de transações materiais e simbólicas de parte a parte, e envolvem graus variados e ambíguos de proximidade, que podem não caber exatamente no modelo da parceria afetiva segundo uma ideologia do amor romântico, mas, em contrapartida, sugerem uma gama de vínculos que podem ser mais duráveis.

Nem sempre a idade avançada é um atributo negativo no mercado de desejos e afetos homoeróticos. Há os que valorizam exatamente o en-

contro de diferenças, que definem certos roteiros de parceria entre o mais velho e o mais novo, o estabelecido e o emergente, o vivido e o inexperiente, o apaziguado e o ardente – os quais merecem investigação mais aprofundada. Pode ser promissor explorar esses roteiros na forma de convenções de práticas homossexuais estruturadas pela diferença de idades ou gerações, expressando status distintos e desiguais, como se configurassem formas ritualizadas de transmissão, dos mais velhos para os mais jovens, de algum atributo, capacidade ou conhecimento especial, podendo assinalar alguma *passagem* relevante na trajetória de vida destes mais jovens.

Quando, porém, a idade se associa aos estereótipos de gênero e passividade sexual, estamos diante de uma diferença extrema, que tende a ser fortemente rechaçada. A sexualidade desenfreada e marcadamente destoante com a expectativa dominante de gênero, que se personifica na *bicha velha* e suas variações, parece potencializar invariavelmente o estigma da idade como destruidor das competências e controles emocionais que sustentam a construção da individualidade autônoma, responsável e respeitável, tão central para as imagens e convenções da masculinidade. Em meio a um conjunto de discursos e práticas que contribuem para viabilizar novas possibilidades de vivência e sociabilidade para os homens gays mais velhos, o fantasma da *bicha velha* ainda parece ser a ameaça que desestabiliza e, ao mesmo tempo, disciplina.

Referências

ARRUDA, R. **Dias de ira**. São Paulo: Globo, 2001.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

BRAZ, C.A. Macho versus macho: um olhar antropológico sobre práticas homoeróticas entre homens em São Paulo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, p.175-206, jan.-jun. 2007.

BRIGEIRO, M. Envelhecimento bem-sucedido e sexualidade: relativizando uma problemática. In: BARBOSA, Regina M. et al. (Org.). **Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Unicamp, 2003. p.171-206.

BRIGEIRO, M; MAKSOUD, I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.71-88, jan.-abril 2009.

CARRARA, S.; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª. Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

CARRARA, S.; RAMOS, S.; SIMÕES, J.; FACCHINI, R. **Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª. Parada do Orgulho GLBT – São Paulo 2005.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006

CARRARA, S.; VIANNA, A. “As vítimas do desejo”: os tribunais cariocas e a homossexualidade nos anos 1980. In: PISCITELLI, Adriana et al. (Org.). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras.** Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 365-383.

COHEN, L. Não há velhice na Índia: os usos da gerontologia. In: DEBERT, Guita (Org.). **Antropologia e velhice: textos didáticos.** Campinas: IFCH/Unicamp, 1994. p. 73-134.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2012. No prelo.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. Em: DEBERT, Guita (org.). **Antropologia e velhice.** Campinas: IFCH/Unicamp, 1994. p.49-71. (Textos didáticos)

FEATHERSTONE, M; HEPWORTH, M. Envelhecimento, tecnologia e o curso da vida incorporado. In: DEBERT, Guita; GOLDSTEIN, Donna (Org.). **Políticas do corpo e o curso da vida.** São Paulo: Sumaré, 2000, p. 109-132.

FRY, P. **Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira.** Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GAGNON, J.; SIMON, W. **Sexual conduct: the social sources of human sexuality.** 2. ed. New Brunswick: Aldine Transaction, 2003.

GUIMARÃES, C. D. **O homossexual visto por entendidos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004

HOCQUENGHEN, G. **A contestação homossexual**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

KATZ, S. **Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge**. Charlottesville: University of Virginia, 1996.

MALYSSE, S. Em busca dos (h)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. Em: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Nu e vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002, p. 79-137.

PAIVA, C. **Coroas e filhões: gênero, erotismo e geração em relações homossexuais masculinas**. Trabalho apresentado no 35º. Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, 2011.

ROBINSON, P **A modernização do sexo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

SAGGESE, G. **Quando o armário é aberto: visibilidade e estratégias de manipulação no coming out de homens homossexuais**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SANTOS, E. N. **Entre amores e vapores: as representações de masculinidade inscritas nos corpos nas saunas de michês**. Trabalho apresentado no 13º. Congresso Brasileiro de Sociologia, Recife, 2007.

SIMÕES, J. A. Homossexualidade masculina e curso de vida: pensando idades e identidades homossexuais. In: PISCITELLI, Adriana et al. (Org.). **Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, p. 415-447.

SIMÕES, J. A. Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 22, n. 51, p.7-19, jul. 2011.

WEEKS, J. O problema dos homossexuais mais velhos. In: HART, J.; RICHARDSON, D. (Org.). **Teoria e prática da homossexualidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 236-246.

Envelhecer em outro corpo

Luís Pereira Justo¹

I – A história de Paulina

Que relações são possíveis entre o envelhecer e o poder se afirmar o que se é? Qual a importância do envelhecimento para alguém que teve como a tarefa mais onerosa ao longo da vida afirmar uma identidade, masculina ou feminina, que contradiz o corpo com o qual nasceu?

O que esperar? O que buscar?

Questões distintas e ao mesmo tempo com tanto em comum, abrem espaço para os exercícios tróficos da vitalidade. Tecer vida, e acima de tudo desejá-la.

Viajando da universalidade dessas questões para a história de alguém, encontramos uma figura de mulher. E uma figura é algo tão plástico, complexo e misterioso que não permite a emissão de saberes sólidos e permanentes sobre ela.

Assumindo riscos próprios de todas as impressões, essa mulher pode ser descrita como alguém que já viveu muitos anos. Muitos mesmo. Há nela até algo de grotesco, embora seja notável seu esforço em apresentar-se bem. Discreta e com a feminilidade própria de uma senhora idosa. Os olhos brilham de modo um tanto indecifrável. Podem ser a denotação do desejo de falar, de ter algo para falar, e ao mesmo tempo de uma desconfiança na capacidade de compreensão do interlocutor. Vale ouvi-la.

Paulina diz, com uma calma que destoa da expressão de seus olhos, que está ali porque nunca desistirá. Tem 73 anos.

Nasceu numa minúscula cidade do interior do Brasil e quando muito pequena sentia-se tão bem quanto qualquer criança de suas relações. Porém, num momento impreciso da infância, que se transformava

¹ Luís Pereira Justo (luisjusto1@ig.com.br) é psiquiatra do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT) da Secretaria de Saúde de São Paulo.

em adolescência, começou a sentir que algo desandava. Os pais se impacientavam com qualquer coisa que fizesse e outros adultos a tratavam com uma espécie de hostilidade. As crianças oscilavam entre o comportamento de sempre e o repúdio. Diz lembrar-se que aos 10 anos levou uma grande surra de seu pai, que a arrancou de uma brincadeira de “casinha” com duas de suas vizinhas. Ela não chegou a compreender as razões do pai, mas pressentiu que havia algo de errado com ela. Não ousou perguntar por que apanhava. A mãe parecia estar chorando, mas falou-lhe com dureza. Dois anos depois o pai, vendo-a usar um vestido emprestado de sua prima, levou-a para fora de casa, arrancou-lhe a roupa, rasgando-a violentamente, pegou uma pedra do chão e bateu repetidamente com a pedra em sua cabeça. Quando ela se deu conta da agressão, percebeu que não conseguia ouvir bem o que o pai lhe dizia, mas com esforço entendeu que ele gritava que, dali em diante, ela teria de ser homem. Ela seria homem ou então iria morrer de “tanto levar porrada”.

A vertiginosa sensação de estranheza em relação à vida, como ela a havia percebido até então, correspondia à solidez da ameaça. E em seguida teve a noção de não ter alternativa. Havia uma impossibilidade incontornável. Não se sentia capaz de se transformar em outra pessoa. Não entendia como poderia alcançar o que dela esperavam. Até então ela só existira. Livremente. Agora precisaria adquirir habilidades de natureza ainda obscura, mas já pressentidas como devoradoras das coisas boas de sua vida.

A convivência com outras pessoas passou a ter a nota amarga da desconfiança e da reprovação. Os momentos a sós com o pai tornaram-se puro terror.

Um dia, um dos vizinhos de idade próxima à sua morreu afogado no rio. Os pais do menino choraram, mas não se desesperaram tal qual ela tinha visto outras pessoas diante de outras mortes. O menino era chamado de “maricas” por alguns. Pareceu-lhe que aquela morte, mesmo contendo elementos de desgosto, trouxera também alívio aos pais do afogado.

Ela passou a ter muito medo do rio e mais medo ainda do rio quando o pai estava por perto. Em pouco tempo começou a imaginar que seria afogada pelo pai. Ele continuava parecendo muito aborrecido, e mesmo enfurecido, com sua presença, mesmo que totalmente silenciosa. O silêncio era uma capa necessária, mas não a defendia inteira-

mente da violência que o mundo anunciava. Naquele mundo parecia não haver espaço para ela.

Depois de parco planejamento, ela retirou um pouco de dinheiro de um pote, onde os pais guardavam suas economias e foi para a estrada. Achou que poderia ir, caminhando, para outro lugar. Achou que só assim sobreviveria. Um motorista de caminhão ofereceu-lhe “carona”. Essa viagem, com muitas etapas intermediárias, acabou em São Paulo.

Nunca soube de que alguém a tenha procurado e supôs que sua família tinha ficado melhor sem ela.

Sem saber muito bem como, foi parar no centro da grande cidade. Foi acolhida por mulheres que trabalhavam nas ruas à noite. Havia diversos tipos de mulheres naquelas ruas. Ela as dividiu em dois grupos: as que diziam que queriam cuidar do menino e as que diziam que ela poderia ser a nova menina da turma, a bonequinha, a mascote. Com estas ela ficou.

Ganhou roupas de menina e maquiagem. Isto parecia muito normal agora. As mulheres com quem ela preferiu se abrigar eram, e ela sempre soube disso, homens com roupas de mulher. Como observou, viviam numa condição intermediária entre homem e mulher. Comportavam-se como mulheres um pouco exageradas nas reações de alegria ou agressividade, que tentavam criar uma esfera de brilho estelar em torno, como se fossem artistas. Ouviu os nomes que eram dados a elas: travestis, travecas, monas, bonecas e outros.

As travestis cuidavam dela e não gostavam que ficasse na rua enquanto estavam trabalhando. Ela devia estar em casa realizando suas tarefas, que eram basicamente arrumação e limpeza. Tudo parecia perfeito. Ela vivia quase como as mulheres que conhecera em sua terra. Aprendeu com rapidez a cozinhar, que era tida como a atividade mais nobre e difícil por suas protetoras.

Mudou-se algumas vezes, seguindo umas travestis e deixando outras, por razões diversas e nem sempre bem compreendidas por ela. Teve que se desapegar repetidamente de algumas daquelas pessoas, que pareciam irmãs bem mais velhas, e buscar apoio em outras. Com o tempo adquiriu mais habilidade nestas trocas de vínculo afetivo do que qualquer outra coisa que a vida demandava dela.

Tinha uma boa noção sobre o que as travestis faziam na rua todas as noites, e isso para ela era algo à parte, que não interessava muito.

Num ponto impreciso do tempo começaram a sugerir que ela poderia contribuir com dinheiro para seu sustento, se de vez em quando fosse trabalhar na rua também. Ela não gostou da ideia. Novamente uma ameaça. Mas não tão grande.

Começou a trabalhar como profissional do sexo, quase mirim, embora já tivesse crescido bastante. Foi uma fase difícil. Descobriu que, quase tão insuportável quanto a exigência de seu pai de que se comportasse como os meninos, era o fato de que muitos de seus clientes queriam manipular seu sexo. Desde muito cedo ficou claro para ela que o pênis não era algo que pertencesse à sua alma, só ao seu corpo. Era um apêndice que a fazia lembrar a terrível verdade de sua vida: estava condenada a viver aprisionada num corpo que não era realmente o dela. Achava que devia ser um tipo de castigo.

Depois de alguns reveses conseguiu voltar para dentro de casa. Agora era chamada de empregada. Recuperou algum bem-estar. Contudo, passou a ter medo sobre o que a vida lhe reservava, do que poderia ter que vir a fazer para sobreviver.

Com o tempo, as designações de empregada e faxineira serviram de inspiração. Começou a oferecer seus serviços para arrumar a casa, lavar e passar roupas e, principalmente, cozinhar, no que se considerava especialmente capaz. Conseguiu trabalho. Voltava para casa com dinheiro para contribuir nas despesas, e de qualquer modo ainda se responsabilizava pelos cuidados com a casa onde morava.

Nem tudo foi tranquilo. As travestis, antes mais amigas suas, passaram a caçar de sua timidez, chamavam-na de caipira, de “broaquinha”, e, o pior de tudo, às vezes, sabendo de seu horror a ter o pênis exposto, arrancavam-lhe as roupas e faziam comentários sobre seu tamanho e inutilidade. Falaram-lhe que só “viraria gente” quando aprendesse a usar seu “brinquedinho”.

Ela tomou a decisão de virar gente de outro jeito. Tornou-se empregada “fixa”, numa casa meio miserável do centro, próximo de onde moravam as travestis, que tão importantes haviam sido para ela.

Nessa época cresceu sua impressão de que era realmente “errada” na vida e concluiu que quanto mais escondida vivesse, melhor seria. Talvez não desse mesmo para “virar gente”.

Agora tinha por amigas outras empregadas, tão miseráveis quanto ela e trabalhando para patrões igualmente pobres. Aprendeu como viver de um jeito um tanto diferente e bem mais fácil. Pelo menos para ela. Com o tempo já poucos sabiam que ela não tinha sido sempre a mocinha vinda do interior para ser empregada doméstica. Ela mesma tentava não se lembrar. Era como se tivesse vivido outras vidas antes, menos compatíveis com o que ela sentia e desejava. Que se perdessem nos escondidos da memória.

Todavia, o pênis continuava onde sempre estivera, para lembrar que ela não era o que gostaria de ser. Tinha vergonha de seu corpo mesmo quando sozinha em seu quartinho. Nunca deixava que a vissem sem roupas. Não usava calças, mesmo que fossem femininas, somente vestidos, muito fechados e compridos. Fumava para justificar a voz grossa. Não queria ter namorados, e sentia pânico quando as conversas com as amigas assumiam teor cruamente sexual. Algumas queriam dar-lhe conselhos sobre como melhorar a aparência para arrumar um homem, com quem ela pudesse casar, um homem para cuidar e com ele formar família. Sobre isto ela gostava de conversar.

Fantasiava uma vida em que se unia a um homem mais velho, que já tinha filhos e casa para cuidar. Mas achava que, de fato, isso fosse algo impossível. Talvez estes sonhos só servissem para criar uma possibilidade de deleite. Mas também tentava arquitetar soluções, pois sabia que havia travestis que tinham namorados, mesmo tendo pênis, como ela tinha. Algumas vezes procurou suas antigas companheiras e cuidadoras, mas a conversa era quase sempre a mesma. Ela tinha que perder o medo, ficar mais bonita, mais ousada e, principalmente, “botar em pé seu instrumento de trabalho”. Depois poderia até ter um “bofe” que fosse viver com ela.

Continuou atuando como doméstica por muitos anos. Teve alguns “namoricos”, em que não permitia que lhe tocassem os genitais e muito menos que a desnudassem. Queria muito ser mulher para um homem. Sem medos. Não sabia se algum aceitaria viver como seu marido, mesmo que conservasse o pênis. Foi se permitindo tentativas para encontrar alguém. Acabou conseguindo.

Conheceu um tipo de satisfação que era completamente novo para ela. Um cobrador de ônibus, depois de muitas provocações que a deixavam entre excitada e envergonhada, levou-a para o lugar onde morava e fez sexo

com ela. Era como se ele já soubesse de tudo. Não houve necessidade de explicações. Não houve exclamações de espanto. E melhor ainda, ele soube como não desagradá-la com perguntas difíceis ou tentando pôr a mão no seu sexo. Os encontros passaram a ser frequentes. Faziam amor no escuro. No claro, ele passou a tratá-la como uma namorada e com o tempo propôs que deixasse o emprego e fosse viver com ele. Não foi preciso insistir.

Um dia ele falou sobre a questão de ela não ser “uma mulher de verdade”. E disse que isso o estava incomodando, pois tinha medo de ser tomado por homossexual. Ela não soube o que responder e menos ainda o que fazer.

Tomou coragem e consultou um médico num posto de saúde. Tinha ouvido algumas vezes suas amigas travestis mencionarem o termo “operada”, brincando ao falarem sobre outras travestis ou rapazes homossexuais e muito afeminados, com quem conviviam. Perguntou ao médico se seria possível fazer uma operação para remover o pênis.

Apesar de não ter conseguido as respostas objetivas de que precisava, deu o primeiro passo num longo caminho de busca de soluções para seus problemas. Encontrou uma organização de apoio à diversidade sexual e aprendeu muito sobre o que significava o seu modo de se sentir e sobre como poderia viver melhor. Também conheceu muita gente. Era a diversidade pulsante. Encontrou quem soubesse definir sua condição como transexualidade. Estabeleceu diferenças entre seu modo de ser e o de outras pessoas que eram travestis ou homossexuais.

Em pouco tempo já usava hormônios sexuais, orientada por uma transexual mais velha. Tornou-se bem mais feminina. Passou a sentir-se mais segura, acreditando que talvez não achassem mais que ela havia nascido num corpo de homem. Quanto ao pênis, aprendeu a escondê-lo de modo eficaz. Não teve mais ereções ou ejaculações, devido aos hormônios. Soube de pessoas como ela que quando conseguiam dinheiro suficiente viajavam para países estrangeiros e faziam cirurgias transformadoras. Livravam-se do órgão masculino e ainda adquiriam uma vagina, quase igual à de mulheres “já nascidas no corpo certo”. Depois soube que isso seria possível também no Brasil. Parecia haver uma solução. A atividade sexual ficou melhor com o companheiro, e fez a ele a promessa de que se operaria e ninguém poderia saber que ela não tinha nascido mulher.

A esperança tornou-se enorme. A vida ganhou mais sentido.

Os anos passaram. Ela não conseguiu a cirurgia de transgenitalização, embora tivesse obtido laudos de alguns médicos e psicólogos, que atestavam sua condição de transexual. Tornou-se cabelereira bem-sucedida. Ganhou dinheiro suficiente para adquirir uma casa. Teve poucos companheiros, e denominava seus relacionamentos amorosos de casamentos. Quando chegou ao primeiro serviço público de saúde destinado ao atendimento de transexuais e onde realmente se realizavam cirurgias, já tinha 65 anos.

Paulina tinha a aparência de uma senhora discreta, talvez um pouco mais desgastada que o esperado para essa idade. Bem cuidada, falava baixo e de modo não muito expansivo. Apesar de relativamente econômica no discurso, empregava as palavras com precisão, e tinha senso de humor. Vivia sozinha, desfrutando de algum conforto. Não desejava mais ter namorados ou viver com um homem. Tinha algumas amigas, geralmente mulheres de sua vizinhança. Era tratada como uma senhora por seus vizinhos e sentia-se grata pelo respeito que demonstravam ter por ela. Sua vaidade restringia-se a manter uma aparência bem cuidada, sem exageros, e a manter e adornar a casa, que dizia ser um “refúgio” mais bonito do que todas as casas que conhecia. Dizia que, até então, sua casa era o bem mais seu que possuía. Mais do que seu próprio corpo. E afirmava com firmeza que iria lutar até o fim pela cirurgia de transgenitalização.

A presença do pênis em seu corpo continuava causando o mesmo constrangimento, o mesmo travo amargo que causava desde que era muito jovem. Sentia-se ofendida quando sugeriam que desistisse de um procedimento tão delicado, por ser já alguém “com idade” e que, além disso, nem mesmo desejava encontrar marido.

Em sua percepção atual de si mesma e do mundo, acreditava que seus infortúnios não eram mais nem menos importantes que outros, mas bem diferentes dos de outros seres humanos. Esperava um esforço de compreensão, por parte da sociedade, representada pela equipe de saúde que a atendia, sobre a importância de sua ânsia por ter um corpo, que na intimidade de seu quarto, não desmentisse tudo o que sentia, ou pelo menos que não fosse a negação tão veemente de seu ser interior. Achava que tinha direito a todos os processos que dessem a ela um corpo mais próximo daquele que Deus lhe tinha negado. Usava a palavra Deus mais ou

menos como acaso ou destino, pois não era religiosa. Não acreditava em vidas passadas nem futuras e dizia isso de modo cômico. Não acreditava em perfeição e por isso não achava que o fato de poder ter somente uma “adaptação do corpo” invalidasse sua busca. O mais fundamental era que pênis e testículos não poderiam continuar em seu corpo. Ambicionava viver ainda muitos anos e ter uma vagina. Morrer com uma vagina. Quando falava isso, dizia que era questão de conforto íntimo, mas nem por isso algo menor, e que os velhos tinham os mesmos direitos que os jovens de viverem e morrerem com a maior qualidade possível.

Em dado momento, anunciaram-lhe a realização da cirurgia como algo quase imediato. Ficou muitíssimo feliz. Não durou. Começaram as entrevistas preparatórias, em que vários profissionais tentaram demovê-la do projeto tão acalentado, alegando que a idade talvez fosse demasiada. Ela já se enfurecendo perguntava: “...Demasiada para o quê?”. Deram-lhe várias respostas, umas salientavam os riscos envolvidos, relação vantagens/desvantagens e também que talvez não valesse mais a pena, pois ela mesma dizia que não tinha mais interesse em ter atividade sexual, se casar, etc. Isto fez crescer sua indignação.

Antes de tudo, ela questionava o direito de qualquer idoso de lutar por seus desejos. Alegava que estava sendo induzida a desvalorizar a vida, quando estava bem de saúde e que amava viver. Dizia que qualquer que fosse o tempo que tivesse após a cirurgia, talvez fosse o período em que poderia desfrutar pela primeira vez de um corpo mais seu, mais autêntico, menos cruel. Falava que mais uma vez tornava-se vítima da discriminação, do preconceito. Primeiro todo o sofrimento para conquistar um corpo que não fosse um “carro emprestado, que não podia dirigir direito”, e agora tinha que conquistar o direito de poder olhar para a vida e não para a morte. Queria ser aceita como uma pessoa viva, sem que se ficasse contando quanto tempo lhe restava. Caso morresse no dia seguinte à cirurgia de transgenitalização, dizia ser um alento saber que seria enterrada com vagina e não com um pênis.

E continuou defendendo seus pontos de vista.

E aguardando.

Insistindo.

Perdurando.

II – Reflexões

Preâmbulos

Envelhecer é um verbo. Muito rico em possibilidades de sentido, que raramente são articuladas de modo automático. Seu esteio é tão plural quanto o do verbo viver. Guardam muitos segredos quanto à forma com que podem ser conjugados, complementados e integrados ao conjunto do texto em que se inserem.

Em descompasso com esta ideia de pluralidade e multissemia, nós humanos tendemos a preferir as concepções mais fechadas e cristalizadas sobre as vastas áreas do viver. Supostamente os saberes rígidos são mais úteis nas obras da vida. Pouco atentamos para o fato de que ao nos fazermos e sermos feitos operários embrutecidos, incapazes de reconhecer nuances ao longo de nossa formação, vamos nos tornando seres mais cegos do que o inevitável, mais pobres e muito mais medíocres do que poderíamos ser.

Aceitar a variabilidade dos seres humanos não é tarefa fácil. Por isso não está exaurida de utilidade a denúncia de que os humanos costumam considerar o que é diferente como a apresentação do mal. E o mal deve ser rejeitado e combatido.

No bojo de nosso funcionamento rígido e espoliado de gradações tendemos a classificar as pessoas e situações dentro de padrões estreitos e antefixados culturalmente. Dificilmente levamos em conta o movimento tão rico e por vezes estonteante de nossas possibilidades enquanto seres carregados de vida, de desejo, de necessidade, de dor, de prazer. Nosso produto e produção. Temos necessidade de descrever nosso mundo de modo estanque, de constituirmos verdades e de vivermos orientados por elas.

Lutando contra nosso “apequenamento”, vale refletir.

Pensemos em algumas questões sobre sexo e sobre identidade de gênero, enquanto condicionantes fundamentais dos mecanismos que regem o viver.

Em princípio aparentamos ser binários. Homens ou mulheres. Designados através de nossa anatomia, antes de tudo, mas também de nosso meio cultural e afetivo. Podemos pressupor os desdobramentos

complementares, no sentido de sermos atraídos para o sexo oposto e nos acasalarmos. Afirmamo-nos como componentes de um dos dois gêneros “normais”, masculino ou feminino. E ainda, como responsáveis evolutivos pela continuação do mundo. Mundo em que nos reproduzimos e que nos reproduz. Descartamos gradações. Tememos variações. Ocultamos coisas e nos ocultamos através de reduções convenientes.

A aparência é de clareza quanto à existência de uma lei que rege invariavelmente tal funcionamento vital. Uma lei que alguns acreditam ser criada por um Deus. Outros pela portentosa Natureza. Outros pela magnífica vontade e arbitrariedade dos seres humanos. Outros ainda, mais ecléticos, elaboram conjecturas (nem sempre disponibilizadas para a refutação) de combinações diversas dessas possibilidades, e possivelmente de outras não incluídas na menção. Aquilo que se apresenta como diferente é a deformidade ou o que sem necessidade de definições ou compreensões, deveria ser proscrito e eliminado.

Entretanto, aos seres humanos não foi concedido o privilégio da paz como atributo ou tendência inerentes. Somos portadores das irregularidades e das contradições. Somos carreadores da desuniformidade da vida e, ainda, de suas transformações. Somos sujeitos e objetos do que não buscamos e não conhecemos. Somos dados à terrível imprevisibilidade do acaso, dos acontecimentos complexos do mundo em que fomos lançados, e das operações que estando dentro e fora de nós, turbulentamente fazem com que sejamos as pessoas que somos. E esses que somos, às vezes tão assemelhados a imagens padronizadas e outras vezes tão estranhos, às vezes tão únicos e outras tão múltiplos, emitem e portam afirmações inesperadas sobre e sob a identidade pela qual precisam ser conhecidos e reconhecidos.

Falar sobre o que é ser homem ou ser mulher é tentar descrever um mundo dentro de outros mundos. Ter o sentimento de que se é homem ou de que se é mulher, talvez dependa de acontecimentos múltiplos e emaranhados entre si. Poder afirmar socialmente o que se sente ser é uma liberdade a ser conquistada. Mas nosso olhar não deixa de viajar através da superfície deslizante do que pensamos, dizemos e recebemos como informação formadora do mundo. Aliás, a liberdade nesse campo é substantivo imensamente abstrato, concretizável à custa de esforço e dis-

posição a arcar com custos psiquicamente significativos, quase sempre invisíveis a olho nu. Mergulhar, saindo da superfície, é difícil. Para além da superfície está a heterogeneidade do mundo.

Homens e mulheres são sempre complexos. Como o viver. Como o olhar que deve ser dirigido à vida, para que ela seja mais rica. A complexidade é uma possibilidade do olhar e do experimentar, e implica, neste sentido, a consideração do múltiplo em tudo o que se vive. Viver é um incessante desdobrar do nosso ser, que produz transformações e é transformado. Viver é envelhecer. E quando as simplificações são excessivas pode-se envelhecer mal, vivendo-se mal.

Quem perdura sempre perde, e ganha. Quem perdura pode aprender muito, como contrariamente, pode manter-se néscio.

Perdurar é ter oportunidades. Por exemplo, de romper com a rigidez da idealização e colher o melhor daquilo que é possível. Saber desistir do que não é possível, com luto mínimo e sem deixar durar o fel. Também é saber insistir e não desistir. Certas possibilidades são criadas pela persistência. Envelhecer pode ser aprender a reconhecer o que é fundamental. O fundamental próprio da singularidade de cada vivente. A real ontogenia. E aqui insitir. E nisto persistir.

A transexualidade

O uso dos termos transexualidade, transexualismo ou transexual pode resultar em muitos enganos quando não se busca um rigor maior em suas definições.

A primeira grande ilusão, e talvez mais danosa, é a ideia de que ser transexual é uma “escolha” que os indivíduos fazem. E sendo uma escolha, poderia se optar por aquela que fosse mais adaptativa, mais adequada e aceita socialmente. Optar-se-ia por não ofender a moral da sociedade em que se vive ou a natureza, da qual fazemos parte. Mas não é disso que se trata e sim da inexorabilidade do que se sente. Daquilo que se precisa expressar para sustentar uma identidade. Quando se abordam questões sobre gênero e também sobre comportamento sexual, há indagações fundamentais que dificilmente entram nas reflexões usuais das pessoas, como: é isto uma escolha dada a cada um de nós? Quanto e o que há de

voluntário nestas condições? É possível modificar ou inverter a essência do nosso desejo sexual ou do sentimento de pertinência de gênero, com intervenções médicas, psicológicas ou sociais? Como compreender a natureza de que fazemos parte?

Parece difícil nos apercebermos da força, premência e incontornabilidade da necessidade de se viver de acordo com aquilo que se sente ser.

Apesar de ser possível identificarmos aspectos que podem ser elencados como fatores voluntários e eletivos na escolha de parceiros sexuais, do que constitui nossos seres masculinos ou femininos, ou do modo como vamos nos comportar em determinadas situações, basta um pouco mais de carga inteligente na apreciação dos indivíduos, para constatar a preponderância do involuntário, do não escolhido, ou não livremente escolhido, ou mesmo indesejado, naquilo que é tão fortemente determinante no nosso universo. No entanto, o uso da expressão “opção sexual”, ou da ideia de que o modo do indivíduo se sentir quanto a seu gênero depende de uma escolha, são amplamente difundidos em muitas sociedades. Talvez possamos vislumbrar nisso mais um exemplo sobre quanto podemos ser primitivos nas nossas percepções de nós mesmos e do mundo em que estamos.

Certamente o cerne do que determina nosso repertório de escolhas de objeto sexual e de nossa conformação de gênero dependem pouco de nossas opções, de nosso livre arbítrio. E, fato não menos importante, falam muito pouco de nosso caráter moral, de nossas capacidades para o compartilhamento de valores sociais, para o respeito aos direitos dos nossos semelhantes, para o engajamento e compromisso com os mecanismos de produção, etc.

O que talvez nos reste é empreender um enorme esforço para fazer algo com o que foi feito de nós. Ou ainda, com o que está sendo sempre feito de nós pelos mecanismos biológicos e psicossociais em que estamos inseridos e que estão inseridos em nós.

Não cabem, pois, julgamentos de valor sobre um indivíduo, com base em seu ser sexual ou sua identidade de gênero. Isto pode significar cometer injustiças e atos de grande violência. Mesmo que façamos ressalvas ao direito dos indivíduos quanto a dar vazão a impulsos que ultrapassem seus próprios direitos, como as ações de alguns pedófilos e *frotteurs*, criando mecanismos sociais que coibam este tipo de comportamento.

Além desta consideração de ordem mais genérica, há a vacuidade de reflexão mínima em torno de questões como, o que é ser diverso, em termos de sexo e gênero.

O que significa a transexualidade?

Incorrendo no risco da simploriedade, mas no intuito de contribuir para alguma clareza possível, podemos definir a transexualidade como a condição de se sentir mulher tendo um corpo de homem, ou se sentir homem tendo um corpo de mulher. Sem que isto possa ser justificado por variações objetivas de ordem biológica, como acontece na intersexualidade. Significa sofrer muito por não ter nascido no corpo do sexo que corresponda ao sentimento sobre o que se é. E ter o sentimento de inadequação ao se defrontar com o meio social, por não poder ter o comportamento relativo a gênero que a sociedade espera. E quase invariavelmente não conseguir obter prazer através dos órgãos sexuais com os quais se nasce. E ter o desconforto de não ser reconhecido pelo mundo como reconhece a si mesmo.

A transexualidade não se confunde com homossexualidade, pois não se restringe a uma variação quanto à orientação sexual. Representa uma condição em que a identidade de gênero não corresponde à anatomia. A identidade de gênero implica em muito mais aspectos do que a direção do desejo sexual. O indivíduo transexual também é distinto do travesti, que não rejeita seu corpo inteiramente, vivendo num estado híbrido entre os dois gêneros, sem repulsa à sua genitália.

Muito provavelmente os seres humanos transexuais existem desde que o homem existe. Os transexuais têm, antes de tudo, um grande desconforto por se verem dentro de um corpo que não sentem como realmente seu. Independentemente de qualquer questão sobre pessoas de que sexo e gênero desejam para buscar o prazer sexual. Eles podem não ter, e geralmente não têm, a noção clara do que se passa com eles, durante uma parte de sua vida. Mas cedo vão se dando conta, dolorosamente, de que não são o que se esperava que fossem, dentro de suas famílias. Onde se esperava que fossem meninos ou meninas e se comportassem como tal, eles se sentem deslocados e quase infratores. Só conseguem identificar-se com e como alguém do sexo oposto à sua anatomia de nascimento. E do sexo oposto em sentido amplo, o que inclui sentimentos, percepções de mundo, interesses

e atitudes na intimidade, além da interação com o grupo social e familiar. São vistos como pessoas estranhas e até ridículas. São desqualificados enquanto instrumentos de satisfação das expectativas parentais, fraternais e sociais. E eles, em sua maioria, pelo menos no início de suas vidas, compartilham de quase todas estas maneiras de desqualificação, sentindo-se inferiores. Durante algum tempo tentam atender às demandas dos pais e se transformarem no que lhes dizem que “é o certo”, mas não podem sustentar isso. Quando conseguem algo neste sentido, é à custa de muito sacrifício silencioso, de muita angústia, de muito disfarce. Não sabem como obter ajuda. Só sentem que não são o que deveriam ser. Sonham em dormir, e ao acordar se verem no corpo que realmente seja o que lhes deveria pertencer. Ao se tornarem adolescentes buscam grupos com os quais acreditem ter elementos em comum, como alguns tipos de homossexuais e travestis. São tentativas frequentemente fadadas ao fracasso, pois os transexuais continuam se sentindo deslocados e às vezes ainda mais confusos sobre o que são, pois não conseguem sentir que se assemelham verdadeiramente aos outros e tampouco definir melhor o que são.

Algumas vezes, para as pessoas que nasceram com sexo masculino, mas sentindo-se como componentes da população do gênero feminino, há algum conforto no convívio com travestis. Excessão no que concerne ao ato sexual, campo em que preferem não ter atividade alguma, se não puder ser desempenhando o papel exclusivo de mulheres. Isto não se resume a atividade sexual receptiva, mas a serem tratados como mulheres. Para indivíduos que nasceram em corpos do sexo feminino e se sentem homens, a inclusão num grupo social pode ser ainda mais difícil. São muitas vezes tachados de mulheres homossexuais. Ao tentarem assumir este lugar, experimentam muita frustração, quando não, desespero. Sentem quase como uma agressão o fato de uma parceira sexual dizer que desejam outra mulher, o que não sentem ser. Muito frequentemente isolam-se e algumas vezes desejam morrer, embora isto não signifique necessariamente que queiram ou consigam chegar ao ato mais radical de tentar o suicídio.

Geralmente, só quando adolescentes tardios ou adultos jovens é que conseguem identificar uma categoria ou definição na qual se incluam. O seu lugar no universo das designações de gênero e sexo. E isto depende da aquisição de informação. O surgimento da “internet” abriu um importan-

te espaço para o compartilhamento de informações gerais e experiências pessoais. Em geral é nesta fase que adquirem força para assumir o desejo de viver integralmente como pessoas do gênero oposto ao anatômico e daí partem para as tentativas de transformação física. Esta transformação física tem início com o uso de roupas do gênero que sentem adequados a si, assunção aberta de comportamentos e atividades compatíveis (embora, com frequência, procurem evitar os aspectos caricaturais) e depois a busca por intervenções quanto ao uso de hormônios, implante de próteses (um pouco menos frequentes), cirurgias plásticas e finalmente a mudança de nome em registro oficial e os processos cirúrgicos de transgenitalização. Quase todos sabem que não se tornarão homens ou mulheres, que já nasceram com o sexo compatível com este lugar. Isso não os impede de lançarem mão de todos os recursos que possam, para tentarem transmutar sua aparência e adaptá-la a seus sentimentos e desejos.

Quando lutam duramente, têm saúde e a sorte os bafeja, adquirem profissões ou ocupações satisfatórias, e conseguem estabelecer relações amorosas duradouras. Há casos de transexuais que têm desejo e atividade sexual dirigidos a parceiros do mesmo gênero, e, neste caso, consideram-se homossexuais ou bissexuais. A grande maioria dos transexuais masculinos ou femininos considera-se heterossexual, partindo do princípio que se sentem homens que desejam mulheres ou mulheres que desejam homens, independentemente da presença de seus próprios órgãos sexuais de homens ou mulheres.

Não há evidências científicas suficientes para explicar as causas da transexualidade. Possivelmente elementos biológicos anteriores e posteriores ao nascimento, e depois a interação com o meio ambiente, contribuem para a gênese da condição.

O mais importante para um transexual é poder viver como uma pessoa do gênero que sente ser o seu, e ser reconhecido socialmente como tal. Sem se dissolver enquanto ser desejante e sem perder direitos básicos próprios a todos os cidadãos. O que resulta na preservação da dignidade humana.

Os transexuais aspiram a modificações em seu corpo que lhes permitam estarem à vontade tanto quando vestidos como quando nus, acompanhados ou sozinhos. Desejam não ter vergonha de seu corpo. Corpo de que não podem apropriar-se inteiramente para transformá-lo em outro.

Repudiam as partes que, nele, acusam sua diferença para consigo mesmos, sua contradição identificatória. Reapresentação concreta de uma ameaça à afirmação da unidade mínima necessária de seus seres, para que não se desintegrem. Para estas pessoas as tentativas de adaptação às “leis” da anatomia e da aceitabilidade convencionalizada pela maioria dos grupos sociais não são processos possíveis. E o que são é o que sentem ser. É só isto que podem ser. Aquilo que sentem, o que identificam como sendo eles. Natural, porque não imposto de fora. Natural, porque verdadeiramente sentido. De direito por não ferir diretamente a outros. Na mesma medida do direito de existência de todos os outros seres humanos.

As vestes, os gestos, a atitude, o nome escrito num documento oficial, anunciado e chamado com voz clara, e especialmente os atributos anatômicos, são seus instrumentos identificatórios. A possibilidade de ampliarem seu mundo e terem uma vida mais parecida da dos outros seres humanos, mais amplamente compartilhável.

Transexualismo é um diagnóstico psiquiátrico, pelo menos em parte, por implicar em sofrimento e prejuízos significativos na vida social e afetiva. Muitos consideram este fato um elemento a mais para a estigmatização, mas é possível que este modo de ver a questão se deva à confusão entre transtorno mental e loucura ou incapacitação, o que não corresponde à realidade da prática médica, mas que está muito difundido na sociedade.

Desafortunadamente, muitas dessas pessoas, não conseguem o que tanto aspiram. Ou conseguem muito menos do que consideram fundamental. Crescem, vivem e envelhecem como estrangeiras em seus corpos.

Ganhando e perdendo: envelhecer, viver.

O passar dos anos traz muita coisa. E também leva.

Mulheres e homens transexuais que não podem ou não querem esconder sua condição, não raramente ficam alijados da aprendizagem formal que vai além do ensino básico. Acabam por abandonar a escola quando não suportam mais a segregação e humilhação. Optam por recolherem-se a suas casas, ou a comunidades em que se sintam aceitos com algum grau de liberdade de expressão. Outros, ou por serem mais resilientes ou por saberem e poderem se esconder por mais tempo, com-

pletam cursos universitários e adquirem profissões socialmente valorizadas. Todavia, todos terão que aprender bem mais que conhecimentos específicos para exercer uma profissão. É imprescindível a elaboração de estratégias de sobrevivência, o que mais ou menos equivale a encontrar/criar o mundo em que seja possível viver sem ter que esconder o que se sente, e sem ter que tratar o corpo como se este em nada lhes pertencesse. Estas pessoas necessitam de um mínimo de posse do corpo que habitam.

Como a questão de sobrevivência dessas pessoas não se restringe ao exercício de uma sexualidade no sentido erótico, é preciso que aprendam a construir o mundo em que pratiquem a vida de modo espontâneo, em que materializem sua identidade de gênero em roupas, gestos, ocupações, relações com amigos e circunstâncias, e eventualmente, a formação de uma família em que possam ter o papel adequado ao que sentem. É preciso que possam ser uma presença sólida e extensa, transitando com liberdade num corpo adaptado para portar o seu ser. É preciso ocupar um lugar onde caibam. E isso demanda tempo. Tempo e ação.

A maturidade pode trazer conforto. A perda de certas ilusões pode compor a trajetória para se alcançar alguma serenidade. Assim como a aquisição de novas ilusões pode renovar cores do viver. Os quereres deslizam pela materialidade, assim como o desejo. Esse movimento traz a resignificação dos problemas, dos sonhos, das satisfações.

Talvez as maiores necessidades possam ser satisfeitas com os sofridos e obrigatórios movimentos que criam seus lugares em seus mundos. Talvez os maiores prazeres sejam produto do reconhecimento e aceitação por parte das pessoas que estão próximas, da possibilidade de manifestação de sentimentos, desejos, opiniões etc., sem que pareçam elementos de uma fraude. E também da possibilidade de ter uma vida com sexo, para a maioria talvez, um tanto oblíquo e para os que conseguiram cirurgias, hormônios, próteses, e possivelmente outros instrumentos de modificação da aparência, mais livre, frontal. Literalmente. Como todos os prazeres possíveis, para qualquer ser humano, estes também serão elementos de fronteira com a incompletude. Não resolverão todas as necessidades postas em demandas ou mal articuladas ou não articuladas, mas serão o desfrutar de uma existência com o sabor da dignidade e da pertinência dentro de grupos sociais e familiares.

É longo e sofrido o percurso necessário para os transexuais obterem alguma compreensão possível sobre si mesmos, para poderem se aceitar com a discrepância existencial imposta pelos corpos com que nasceram, e para se sentirem fortes o suficiente para reivindicarem o direito de existirem como são. Custa tempo, energia e recursos financeiros a transformação da aparência. As vidas deles passam tão rapidamente quanto as de outros seres humanos, e suas conquistas consomem muito mais tempo.

O envelhecimento para o transexual nem sempre é percebido do mesmo modo que se espera para homens e mulheres que não têm questões tão cruciais sobre gênero. Muitos transexuais dizem que quando percebem que a juventude se foi, se dão conta também do quanto tiveram que investir na árdua luta para ser alguém. Os processos que objetivam a transformação de seus corpos e modos de vida, ajustando-os ao gênero que vige em sua construção identificatória parecem não cessar. Nem mesmo deixam por muito tempo o centro de seus pensamentos e atividades. Muitos dizem que pretendem também conquistar o direito de viver sem se ocuparem tanto com estas questões.

A maioria chega à idade madura já tendo transformado seus corpos, no que concerne à aparência mais externa e também com estilos de vida que sentem como apropriados, mas grande parte das mulheres transexuais permanece com seus pênis e dos homens com seus seios, ovários, úteros e vaginas. As mulheres têm que tentar impedir que seus parceiros amorosos toquem seus pênis, têm que enfrentar constrangedoras ereções eventuais e mesmo ejaculações. Os homens têm também que evitar o contato das parceiras com as mamas, e sofrem muito quando acontece uma menstruação.

Um recurso utilizado para ganhar uma liberdade maior na vida cotidiana é mudarem-se do lugar onde nasceram e viveram como pessoas do gênero indesejado e deixarem os ambientes onde são vistos como aberrações ou objeto de escárnio. Transferem-se para outros bairros ou outras cidades e tentam viver do modo esperado para mulheres ou homens em que se transformaram externamente. Alguns conseguem viver sem que os vejam como seres discrepantes. Podem ser tomados por pessoas nascidas no sexo/gênero com que se apresentam. Embora seja quase impossível esconder sua condição de companheiros amorosos, podem

escondê-la do restante da comunidade. Constituem casais e mesmo famílias. As famílias são formadas especialmente através da integração dos filhos dos companheiros oriundos de casamentos anteriores. E aí pode surgir outro receio, às vezes pavor, o de serem “descobertos”. De serem acusados de estarem se passando por quem não são, quando sua vivência é justamente a do contrário. Não se trata, portanto, de culpa por estarem cometendo um delito. É o medo de se verem em condições semelhantes àquelas das quais fugiram. De serem tratados com desrespeito, deboche ou a complacência desqualificadora. E às vezes surge um curioso temor: o de morrerem e terem seu sexo de nascimento revelado quando dos preparativos para o velório e enterro. Esta preocupação para o que poderia acontecer para além de suas vidas parece denotar a extensa dimensão de suas questões identificatórias, não só no que diz respeito a seu papel de gênero, mas também à natureza de seu caráter. Estas pessoas não querem ser vistas como tendo se colocado indevidamente num papel que não seria o seu, não querem ser vistas como alguém que burla e engana outras pessoas. Mais uma vez, a demanda por intervenções cirúrgicas que adequem seus corpos aparecem como premências.

Querem envelhecer ocupando com conforto e legitimidade seu lugar de gênero. Isso significa mais vida. Vida com a liberdade para estarem à vontade no mundo. Para muitas pessoas transexuais as perdas impostas pela degeneração do corpo são muito menos importantes que o veto a fazer parte da população de mulheres ou homens que sentem ser, ou a impossibilidade de envelhecer de acordo com o modo como imaginam que seria o das pessoas de seu gênero. Todavia, algo que nunca perde a importância é a propriedade do corpo que construíram ou buscam construir. Querem envelhecer num corpo que seja seu e não o de alguém que é o mesmo, mas também muito e gritantemente, outro. Do outro sexo.

Envelhecer é, então, cumprir, operar, suportar e gozar muitas etapas, e alcançar uma fase da vida, que se alongou o suficiente para isso. É talvez a mais concreta forma de vivência da contradição entre a apropriação e desapropriação do corpo, que é característica dos processos que conduzem os seres entre o nascimento e a morte. Talvez o tempo da mais intensa percepção dos descompassos entre as várias dimensões do ser, no tempo. E uma forma de confirmação da vida. E para alguns de nós, seres humanos, o

envelhecimento é a atualização mais intensa, talvez colossal, da necessidade de manter a luta para a afirmação do que se sente ser. É poder continuar conquistando e preservando o direito de navegar pela vida num corpo que seja reconhecido como próprio, como sendo do sexo/gênero a que se sente pertencer. É manter vivas as ideias e praticar as ações que relativizam a força da concretude anatômica do corpo com que se nasce, enquanto destino inevitável e também quase concreto, enquanto amálgama da identidade ou instrumento absoluto de sua negação.

Envelheço na cidade: sobre cotidianos do envelhecer na região central de São Paulo

Monique Borba Cerqueira¹

Manuela de Resende Botelho Rizzaro Pucci²

Joyce Bernardo³

Rodrigo Marcinkevicius Saltão⁴

Laura Castelo Branco Silveira⁵

De uma cidade não aproveitamos as suas sete ou setenta e sete maravilhas, mas a resposta que dá às nossas perguntas.

(Ítalo Calvino)

Uma cidade só existe por causa das pessoas que a habitam e modelam cotidianamente. Por isso a cidade é feita de odores, sons, objetos, desejos, rotinas, diversidade, movimento e mudança constante. Lugar de refúgio e ameaça, a cidade protege e agride, une e separa, inscrevendo-se no registro do múltiplo e inesperado.

A vida psíquica dos indivíduos foi radicalmente alterada quando as cidades se modernizaram em todo o mundo:

O próprio tumulto das ruas tem algo de repugnante, algo que revolta a natureza humana. Essas centenas de milhares de pessoas de todas as classes e situações, que se empurram umas às outras (...) passam correndo uns pelos outros, como se não tivessem absolutamente nada em comum, nada a ver uns com os outros; (...) não ocorre a ninguém conceder ao outro um olhar sequer. Essas indiferenças brutais, esse isolamento insensível de cada indivíduo em seus interesses priva-

1 Monique Borba Cerqueira (monique@isaude.sp.gov.br) é bacharel em Ciências Sociais (UERJ), mestre em Sociologia (UNICAMP), doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais (PUC/SP) e pesquisadora do Instituto de Saúde - (SES/SP).

2 Manuela de Resende (manuelapucci@gmail.com) é psicóloga, Universidade Presbiteriana Mackenzie

3 Joyce Bernardo (jororob@gmail.com) é enfermeira (Universidade Nove de Julho)

4 Rodrigo M. Saltão (rsaltao@gmail.com) é fisioterapeuta (Universidade de São Paulo - USP)

5 Laura C. B. Silveira (lau.castelo@gmail.com) é psicóloga (PUC/SP)

dos, avultam tanto mais repugnantes e ofensivos quanto mais esses indivíduos se comprimem num espaço exíguo (Engels, 2008, p.82).

A cidade cria diferentes formas de ser, sentir, viver, produzindo constantemente novos valores que apontam para a emergência de diferentes padrões de comportamento e convivência. Ao mesmo tempo em que ao cidadão metropolitano resta adotar os contatos superficiais e posturas de autopreservação e reserva, é “nesse espaço coletivo que se dá a mistura propriamente urbana e em alguma medida uma dessegregação, mesmo que sempre provisória e local” (CAIAFA, 2007, p.20). No espaço urbano são exigidas outras relações sociais, onde a velocidade e as transformações tornam a existência uma tarefa urgente.

Este universo veloz da cidade poderia submeter negativamente os velhos ao seu caráter implacável, segundo uma lógica temporal com ênfase no futuro e desprezo pela memória, além de seus códigos múltiplos, confusos e permanentemente descartáveis. No entanto, essa realidade opressiva aparentemente soberana da cidade não é absoluta. Embora quase sempre não tenhamos olhos para ver, os velhos, personagens habituais no espaço público, possuem estratégias singulares no enfrentamento das cenas urbanas que estão incessantemente em construção.

Na cidade, as densas relações entre os indivíduos estimulam o conflito e a contradição, mas também o *eu e o outro*. Feita da fronteira, que afasta e que aproxima, a cidade é a possibilidade da conquista e da contínua retomada da vida. (Hissa, 2006, p. 90).

Este ensaio é parte de um estudo etnográfico exploratório sobre a questão do envelhecimento na região central da cidade de São Paulo, realizado no Instituto de Saúde em 2010. O estudo percorreu bairros, ruas, viadutos e avenidas tradicionais, pontos importantes do centro da cidade de São Paulo, como a Avenida Paulista, Rua 25 de Março, Ladeira Porto Geral, Praça da Sé, Viaduto do Chá, Praça da República, Pátio do Colégio, Largo de São Bento, Largo do Arouche, Rua Barão de Itapetininga e outros conhecidos logradouros paulistanos em busca de uma cena comum — os velhos na cidade de São Paulo. Quem são, onde estão, o que fazem?

A partir de exercícios sistemáticos de observação e conversas informais com os sujeitos de pesquisa, considerando seus mapas de pertencimento socioculturais, buscou-se retratar os diferentes lugares sociais ocupados pelos velhos na cidade, nas dimensões do trabalho e lazer.

Percorrer a cidade tomando as ocorrências do envelhecer como foco do cotidiano urbano acabou revelando experiências notáveis, contrariando muitos estereótipos da velhice, como a impotência, dependência, fragilidade e isolamento social. Os rótulos caem por terra diante do modo singular como os velhos têm construído seu lugar social na cidade, evidenciando uma postura de determinação, coragem e afirmação da vida.

Norbert Elias (2001, p. 83) chamava a atenção há mais de duas décadas para a necessidade de que a sociologia se ocupasse do tema envelhecimento, na ocasião, restrito às ciências médicas e à fisiologia.

A experiência das pessoas que envelhecem não pode ser entendida a menos que percebamos que o processo de envelhecer produz uma mudança fundamental na posição de uma pessoa na sociedade e, portanto, em todas as suas relações com os outros (Elias, p.83).

A longa trajetória de negatização da velhice está associada a um repertório de perdas no envelhecimento que se prolonga desde os papéis sociais até as capacidades físicas e mentais (UCHÔA, 2003, p.851). Embora uma tendência de rebaixamento dos velhos na sociedade já possa ser identificada no fim do século XIX, a definição do envelhecimento centrada no enfraquecimento do corpo, na supressão dos prazeres da vida e na proximidade da morte faz parte do cenário atual (HAREVEN, 1999, p.34). A velhice como déficit vital e social, sem saída para resistir a rótulos, estereótipos e condutas padronizadas que lhe são impostas, torna-se o produto de uma perspectiva depreciativa e reducionista do envelhecer que produz o mascaramento da realidade social.

Ao contrário de uma trajetória de mão única, o processo de envelhecimento é marcado por uma imensa gama de variações associadas a diferentes contextos sociais e subordinado às representações que cada sociedade constrói. Nesta perspectiva, o envelhecimento como visão do mundo social é capaz de contribuir para manter ou transformar formas de conceber e viver o envelhecer (DEBERT, p. 53).

Por isso, é perversa a produção de conceitos sobre o envelhecimento que defina modelos ou normas de comportamentos para os velhos, condicionando e definindo padrões de inserção e oportunidades coletivas na vida social. O envelhecimento como construção social acena para inúmeras possibilidades de vida, como mostram as investigações antropológicas sobre os Bambara, do Mali:

Os Bambara consideram a velhice uma conquista. Para eles, o envelhecimento é concebido como um processo de crescimento que ensina, enriquece, enobrece o ser humano. Ser velho significa ter vivido, ter criado filhos e netos, ter acumulado conhecimento e ter conquistado, através destas experiências, um lugar socialmente valorizado. (...) Toda a vida social é organizada em função do princípio de senioridade. Considera-se que os mais velhos estão mais próximos dos ancestrais e, por essa razão, detêm a autoridade. Respeito e submissão marcam o conjunto de comportamentos dos mais jovens para com os mais velhos (UCHÔA, 2003, p. 850).

O processo de envelhecimento de outros povos mostra que os modos de envelhecer são decisivamente marcados pela cultura, como se pode observar entre os Cuiva, população indígena da Colômbia:

(...) os Cuiva negariam todas as formas de envelhecimento, pois, preocupados com os ideais de igualdade e homogeneidade que estruturam a sociedade, evitariam tudo que poderia provocar ruptura social. (...) os Cuiva não constroem uma idade da velhice: depois de sair da infância, o indivíduo integra o grupo de adultos e continua confundido neste grupo até a sua morte. Não existe espaço social particular para os velhos nem atividades das quais eles são excluídos. Entre os Cuiva, ninguém é considerado velho demais para produzir, tomar decisões, casar ou qualquer outra coisa. (...) a sociedade Cuiva trata os velhos como se a velhice não existisse, evidenciando um modelo radicalmente oposto ao modelo ocidental (ARCAND, 1989, apud UCHÔA, 2003, p.851).

Ao mesmo tempo em que o envelhecimento está associado a fenômenos biológicos, seu significado é atribuído social e culturalmente, variando ao longo do tempo e segundo diferentes culturas (HAREVEN, 1999, p.16). Além disso, é importante sempre lembrar que os discursos sobre a velhice são flutuantes, sujeitos a modificações de acordo com o contexto histórico, econômico e social.

A cidade e os velhos

Bordado aberto, sem fronteiras, a cidade interroga a todos – como se a todos pudesse representar em sua indagação. Onde começa a cidade sem pórticos? Para onde se destina a cidade sem bordas? Indefinidas no nível do seu terreno, as imprecisões da abertura e do fechamento da cidade – sem orlas e sem portais – anunciam a simplicidade e a complexidade da vida (HISSA, 2006, p. 88).

São Paulo é uma cidade que impressiona – é exuberante e impiedosa. Conhecida como a capital dos negócios e das oportunidades, é o maior centro cultural e gastronômico do País. Trata-se de uma metrópole com 19 223 897 milhões de habitantes, a sexta maior metrópole do planeta. Os paulistanos têm fascínio por esta megacidade, onde o Metrô transporta 2,5 milhões de pessoas por dia, há 15 mil ônibus em circulação e 5,5 milhões de automóveis nas ruas⁶. Mas apesar de ser o centro financeiro do País, a cidade apresenta também alto índice de negócios ligados à economia informal. A fantástica economia de São Paulo – o maior Produto Interno Bruto do País – contrasta com um cenário expressivo de segregação social e urbana. As periferias caracterizam-se como espaços homogêneos localizados nas extremidades da região metropolitana e constituídos de áreas irregulares e terrenos invadidos que dividem o espaço de segregação da cidade com as favelas. A pobreza altamente concentrada espacialmente e a profunda desigualdade na divisão dos benefícios da

6 Disponível em: <<http://www.saopaulominhacidade.com.br/>>. Acesso em: 28/4/2010.

urbanização fazem parte da rotina urbana. A cidade de São Paulo está associada a um acúmulo de situações de risco social, espacial e ambiental que combinam desastrosos indicadores socioeconômicos com acidentes naturais, enchentes e deslizamentos de terra periódicos (TORRES, 2003, p. 100). Segundo dados⁷ de 2010, a cidade possui 11,88% da população com mais de 60 anos. “Na cidade de São Paulo, nos últimos dez anos, o número de paulistanos com 60 anos ou mais subiu 35% e chegou a 1,3 milhão.”⁸

Envelhecer em São Paulo não é tarefa fácil.

Velhos trabalhadores



Fig. 01 Descontraído no bar – Bixiga

Há velhos por toda a parte no centro da cidade de São Paulo – trabalhando, descansando, fazendo compras, sentados nas sarjetas, encontrando amigos, divertindo-se, procurando comida no lixo – seja como for, eles marcam presença na paisagem urbana. Na região central de São

7 Proporção da população de 60 anos ou mais (em porcentagem) em relação ao total da população em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: SEADE

8 Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net>> Acesso em: 6/5/2010.

Paulo, muitos velhos ocupam trabalhos precarizados. Há os que trabalham 8 horas por dia sob sol e chuva, vindos de longe e sem vínculo empregatício. O trabalho informal nas ruas talvez seja uma das poucas opções que restam a esses homens e mulheres com idade avançada e baixa escolaridade. Neste grupo podemos citar os plaqueiros, engraxates, carroceiros, camelôs e panfleteiros, entre outros.

Em meio ao vaivém de pessoas, *plaqueiros* chamam a atenção. Carregam informações sobre vagas de empregos, compra e venda de ouro, anúncios de xerox, etc. Um deles, 65 anos, residente em Itaquera, relatou que trabalha nessa área há um ano, após ter deixado de ocupar a vaga de servente de pedreiro, devido a uma cirurgia cardíaca. Depois disso, foi obrigado a procurar uma ocupação para complementar a renda familiar, passando a trabalhar 8 horas por dia sem qualquer garantia trabalhista. Segundo ele: “Se faltar um dia, eles colocam outro no lugar” (Diário de campo).

Os *engraxates* podem ter pontos fixos ou não. Há casos em que seu espaço de trabalho é mais organizado e elaborado (com sombrinha, jornal e revistas), em outros, é composto apenas por caixotes. Seus clientes mais constantes são homens executivos mais velhos.

Os *carregadores* transportam materiais até as lojas – ferragens, frutas e legumes.

Os *carroceiros* andam pelas ruas entre os carros empurrando carroças geralmente feitas de madeira e pneus de carro, em busca de material reciclável – papelão, plástico e ferro. O preço pago pelo que recolhem nas ruas varia de acordo com o peso e o tipo do material. Um velho carroceiro, sentado na sarjeta, chamou a atenção quando massageava uma de suas pernas com varizes e feridas. Seu semblante era de dor, e o seu carrinho, cheio de peso, exigia esforço além dos seus limites.

A maioria dos *camelôs* idosos do centro não têm licença da prefeitura, apesar da Lei Municipal nº 11.039, de 23 de agosto de 1991, que favorece a aquisição de permissão de trabalho para pessoas acima de 60 anos. Talvez isso se deva ao fato de que suas mercadorias sejam contrabandeadas e ao despreparo desses trabalhadores para lidar com a burocracia.



Fig. 02 Engraxate



Fig. 03 Carregador descansando

Algumas outras ocupações/profissões chamam a atenção no centro da cidade de São Paulo: os *office-velhos*, versão *sênior* dos *office-boys*; os *advogados* que, mesmo aposentados, ainda exercem a profissão; profissionais da fé – pregadores, pastores, cartomantes; artistas populares e artesãos.

Encontramos informações sobre *office-velhos* em uma empresa que publicou um anúncio no jornal: “*vaga para office-boy, podendo ser aposentado*”. No escritório fomos informados que ali trabalhavam, no momento, quatro *office-boys*, sendo dois aposentados e um com mais de 65 anos. O interesse econômico das empresas na contratação do *office-velho*, apelidado de *office-vô* pelos outros funcionários, é consequência da política de cortes de gastos nas despesas. O *office-velho* tem passe livre devido à idade acima dos 65 anos, havendo ainda a vantagem de que os velhos não permanecem nas filas de bancos, cartórios e fóruns. Em São Paulo, algumas empresas estão mudando a forma de avaliar o perfil de contratação do auxiliar administrativo, após a constatação da eficiência dos *office-velhos* que ainda somam outras qualidades – responsabilidade, seriedade, honestidade, moral elevada e postura de “pai adotivo” ou “paizão” no relacionamento com os demais funcionários. A dificuldade, segundo o responsável pelo escritório visitado, é conseguir candidatos qualificados “*que consigam no mínimo ler, escrever e consultar o guia de ruas*”. É importante lembrar que a jornada de trabalho do *office-vô* é cansativa, devido ao desgaste dos longos deslocamentos. O horário de trabalho é das 8 às 18 horas e os vencimentos são da ordem de um salário mínimo, incluindo o pagamento do almoço pela empresa.

O grupo dos chamados *profissionais da fé* refere-se àquelas pessoas que propagam a fé, divulgam crenças ou a espiritualidade, de forma remunerada ou não. Nesse grupo encontramos várias pessoas idosas entre cartomantes e pastores evangélicos.

As *cartomantes*, em geral mulheres, são comuns no centro da cidade. Atendem seus clientes em cantos recuados da calçada, sentadas em bancos de plástico, à sombra de uma árvore ou guarda-sol. Uma senhora de 76 anos relatou ter descoberto seu dom para vidência ainda criança, quando brincava com as cartas de baralho do pai. Disse ainda que durante sua vida adquiriu experiência sozinha, apenas se concentrando, sem a presença de instrutores ou manuais e que, por muito tempo, trabalhou em uma firma das 6 às 14 horas, onde fazia faxina e café.



Fig. 04 Cartomante

Após o expediente, ia para a Praça da República, onde lia cartas para quem a procurava. Disse que, em geral, cobra R\$ 15 por leitura, mas atende ao cliente mesmo que ele não tenha dinheiro. Relatou que “gosta muito do que faz”, mas que hoje as cartas são uma forma de completar o pagamento de suas contas e de passar o tempo.

São muitos os *artistas populares* de idade avançada: zabumbeiros, sanfoneiros, violinistas, que, em grupos, ou individualmente, animam a região central – Praça da Sé, Praça da República, Viaduto do Chá e Largo São Bento. No intervalo de cada música passam o chapéu ou uma caixinha pela plateia, pedindo contribuições.

Uma situação diferente aparece no Bixiga, bairro tradicional da capital paulistana, onde muitos velhos encontram-se empregados no mercado formal de trabalho. Há *empregados e donos de comércio*, sobretudo cantinas italianas, mas também pequenos mercados, bares, barbeiros, brechós, oficinas de costura e de pequenos consertos, lojas de antiguidades, borracharias, mecânicas, feiras livres, etc.

Outra modalidade profissional, a dos velhos *artistas e vendedores de antiguidades*, foi observada nos seguintes locais: Bixiga, Praça Dom Orione, Praça da República e Avenida Paulista, seja no vão livre do Museu de Arte de São Paulo (MASP) ou diante do Parque Trianon. Em geral, o trabalho nas feiras ocorre nos finais de semana, havendo um ambiente de grande sociabilidade com os demais comerciantes e a presença da família nos locais de venda.

Encontramos também no centro da cidade *escritores* idosos que editaram seus próprios livros. Rosa Corvino, 84 anos, nasceu no Teatro Municipal, onde seu pai e avô trabalharam na construção do prédio. Ela escreveu um livro sobre suas experiências e a história do teatro:

Logo que me aposentei, comecei a escrever o livro para não ficar parada (...) demorei três anos para concluir. Como não entendo nada de computador, uma amiga teve que me ajudar. Deu muito trabalho. (Diário de campo).



Fig. 05 Escritora

Disse ainda que seu livro não estava nas livrarias por opção própria:

(...) algumas livrarias se propuseram a vender o meu livro, mas cobram muito caro, mas como fui professora de música toda a vida, gosto de falar com as pessoas e contar a história do livro (Diário de campo).

Outro fenômeno interessante verificado na região central, o qual vem crescendo em toda a cidade, é uma rede de agenciamento de idosos para o setor de serviços. Há grandes redes de supermercados, fast-foods e drogarias, como é o caso do Pão de Açúcar, Bob's, Pizza Hut e Ultrafarma, que empregam idosos a partir de uma política de "incentivo à melhor idade". Este tipo de iniciativa vem abrindo o mercado de trabalho para segmentos cuja faixa etária é mais elevada - acima dos 55 anos. As empresas não exigem experiência profissional na função, apenas o segundo grau completo, simpatia, conversa fluente e facilidade em lidar com as pessoas. Os velhos trabalham menos horas que outros funcionários, não realizam tarefas pesadas e, pelo que se pôde observar, parecem menos cobrados pelas chefias, atuando fundamentalmente como mediadores entre a empresa e o público. Neste caso, os velhos é que emprestam à empresa uma imagem associada a valores nobres, como solidariedade e respeitabilidade. Os funcionários com os quais tivemos contato estavam bastante satisfeitos com o trabalho, sobretudo pelo novo status que a colocação no mercado de trabalho lhes propiciava. O gerente de um fast-food relatou também que os velhos, além de serem mais dedicados ao que fazem, têm mais uma vantagem, permanecem por mais tempo no emprego, ao contrário da alta rotatividade dos demais funcionários. Ele acrescentou, apontando para um cartaz com a foto da funcionária mais velha da loja: "Ela foi premiada aqui na loja como revelação do mês". (Diário de campo). Tais empresas alegam que a contratação de pessoas mais velhas cumpre uma função social, na medida em que reinsere esses indivíduos no mercado de trabalho, mas nada mais é que uma estratégia de *marketing* com o intuito de elevar a imagem da empresa perante o público.



Fig. 06 Funcionário de bar no Bixiga



Fig.07 Feira de Antiquidades, Bixiga, Praça Dom Orione



Fig. 08 Entregador – Rua Boa Vista

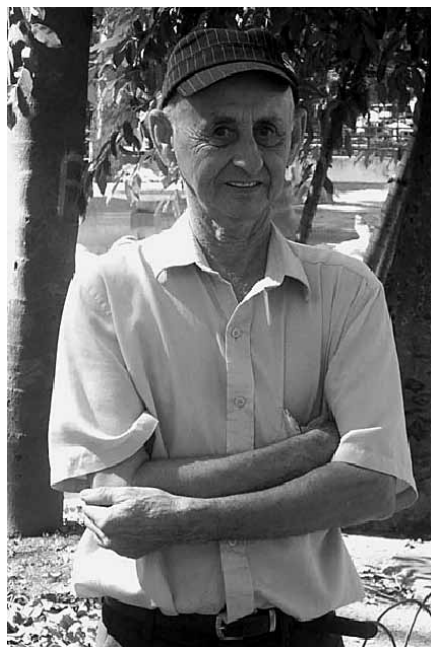


Fig. 09 Pedreiro – Praça da República



Fig. 11 Homem cartaz – Rua Barão de Itapetininga

Fig. 10 Controlador de acesso.
Rua Barão de Itapetininga

Festa da Achiopita: tradição no Bixiga

O Bixiga é um antigo e aconchegante bairro italiano, considerado o mais paulistano de São Paulo. Esse típico local de encontro de intelectuais e artistas, localizado na região da Bela Vista, centro da cidade de São Paulo, é cenário dos 84 anos de realização da Festa da Igreja Nossa Senhora Achiopita, que levanta fundos para trabalhos sociais desenvolvidos pela Paróquia. A Paróquia Nossa Senhora Achiopita, integrante da Arquidiocese Sé, foi fundada por imigrantes italianos em 4 de março de 1926 e fica localizada na famosa Rua Treze de Maio, 478. Lá são desenvolvidas várias obras sociais, consolidadas por uma forte comunidade local. Muitos velhos não apenas participam, recebendo benefícios sociais, como são voluntários nas obras sociais da paróquia e nas diversas tarefas para a sua realização. A festa anual recebe milhares de pessoas e os velhos estão presentes ativamente, desde a organização, até as tarefas mais simples, trabalhando tanto na cozinha quanto nos banheiros da festa.

Segundo o *Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil*, dos 68% dos católicos da cidade de São Paulo, a grande maioria concentra-se na região central (JACOB et al, 2003). A religiosidade é um ele-

mento agregador no Bixiga e a devoção é amplamente compartilhada no bairro, principalmente pelos antigos moradores. A devoção Mariana que os italianos trouxeram para o Brasil é comemorada no dia 15 de agosto, dia da Assunção de Nossa Senhora. A festa no Bixiga inicia no dia 15 do mês de agosto com a procissão, mas o evento se estende por todo o mês, com um público em torno de 200 mil frequentadores por dia. Tamanho movimento requer um árduo trabalho. Ouvimos um senhor de idade, durante o evento, comentando que estava de pé desde as 4 horas da manhã, pois havia ido ao CEAGESP⁹ buscar alimentos frescos para as receitas da festa. Aliás, todas as comidas servidas na festa são tipicamente italianas – macarrão, *fogazza*, *pizza*, *fricazza*, polentas à *bolognese* e frita, antepasto, sardela, peperone, entre outras. Nesse sentido, o evento acaba se mantendo fiel às tradições italianas, quando, na verdade, uma minoria das pessoas que ali trabalham é realmente descendente de italianos.

A organização da festa e as atividades da Paróquia da Achiropita seguem rígida hierarquização, até porque é a partir dos recursos levantados pelos festejos que se estabelece a base de sustentação para as obras sociais. A organização das atividades parte de cinco casais que assumem a linha de frente dos preparativos. Estes casais integram o Encontro de Casais com Cristo, o qual ocorre semestralmente na paróquia com o objetivo de evangelizar as famílias. Os casais dividem-se de forma absolutamente planejada, conforme a natureza das atividades, demonstrando complexa organização para que o desenvolvimento da festa seja bem-sucedido.

Um ponto que chama a atenção é o relato de como o trabalho desenvolvido pelos velhos é comentado entre os mais jovens. Para eles, os velhos ficam de fora do trabalho considerado mais pesado e participam como podem sentados, ou em tarefas mais leves, que não exijam tanto esforço. No entanto, ao conversarmos com os velhos, estes se referem ao trabalho que realizam como intenso. Ana conta como senhoras idosas carregam grandes painéis pesados, segurando uma de cada lado, ao longo da rua. Orlando diz que, apesar dos problemas de saúde, trabalha desde o período da manhã até 21 horas, todos os finais de semana da festa, no andar inferior, onde é muito frio. Evidentemente, o esforço necessário

9 Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo.

para a realização das tarefas aumenta com o envelhecimento. Muitos velhos relataram, inclusive, problemas de saúde como impedimento para um maior envolvimento no trabalho. Eliana fala do desenvolvimento de uma artrose que a impediu de participar mais efetivamente e conta sobre uma colega, Joana, que já trabalhou muito na festa, mas sofreu um infarto e agora participa com mais cautela. De qualquer forma, pode-se dizer que o investimento dos velhos na realização da festa é imenso.

Os velhos fazem a festa

Nos anos 1970, surge a primeira *fogazza* e, com o sucesso de vendas, a festa cresce, sai do estacionamento e passa a ser realizada na rua. Segundo Orlando¹⁰, 85 anos, “as pessoas foram gostando e a produção foi aumentando”. Orlando é casado há 60 anos com a paroquiana Irlanda, a dona da receita da *fogazza*, que ele afirma ser um segredo. Dos 140 quilos de massa por noite, que eram amassados com as mãos durante 5 horas, a produção saltou para 1,2 mil quilos por noite. Mais recentemente, com a ajuda de maquinário, grandes pás mexem a mistura pesada de farinha e água. Orlando conta que apesar da ajuda das máquinas, o ponto da massa continua o mesmo. No ano passado foram produzidas 120 mil *fogazzas*, o que resulta em 2 mil pastéis por hora, ou seja, aproximadamente 30 por minuto, conta orgulhoso, o responsável pela masseira. Durante o trabalho, Orlando fica coberto de farinha e sorri satisfeito com o sucesso da produção, contando sua história de vida e participação na comunidade. Considera-se “100% *Achiropita*”. Nasceu no bairro e fez a primeira comunhão ali na igreja. Irlanda e Orlando trabalham para as obras sociais desde jovens. Como todo bom descendente de italianos, falou sobre as mudanças no mundo e sobre a importância de Deus e da comunidade. Emociona-se ao lembrar-se dos pais e de todo o bem que lhes proporcionaram, referindo-se ao trabalho social como uma maneira de agradecimento.

Mas são muitos os velhos que fazem a festa da Achiropita, conversamos com alguns, todos paroquianos: João, 70; Marinês, 70; Ana, 74; Eliana, 74 anos; e Cecília, 69 anos.

10 Todos os nomes mencionados foram alterados para preservar a identidade dos participantes.



Fig. 12 - Voluntária da barraca de pizza



Fig. 13 - Voluntários da barraca de suvenires na Festa da Achiropita

Fomos informados que dos quase mil voluntários da festa, os velhos estão mais presentes nas atividades relacionadas à cozinha, onde podem participar sentados, respeitando-se suas eventuais limitações físicas. Outra forte participação dos velhos se dá no grupo “Fé e Compromisso”, responsável pela parte espiritual da festa e que promove reuniões para todos que participam como voluntários. Os velhos estão muito presentes neste grupo e durante a Festa da Achiropita são eles que preparam a “mística para receber as pessoas” que vem à Paróquia de Achiropita.

Os significados da religiosidade e do trabalho social, pautados na experiência coletiva, produzem um sentido pessoal para cada um dos participantes da festa, de acordo com os valores individuais e o tipo de inserção comunitária desenvolvida. Esse conjunto de fatores colabora para a construção e o desenvolvimento de laços sociais que se traduzem em um ambiente socialmente gratificante e acolhedor para os velhos no Bixiga. Mas a presença e importância dos velhos na festa da Achiropita, evento tradicional no calendário paulistano, mostra, sobretudo, a capacidade de negociação das identidades sociais dos mais velhos: “A festa não apaga as diferenças, mas antes une os diferentes” (GUARINELLO, 2001, p. 973). É por entre canais de influência e poder que se estrutura a produção de um grande festejo, onde os mais velhos se jogam no espaço aberto do mundo social, com seus afetos e emoções, em meio à festa que é uma grande e bem-sucedida produção social. Se a participação concreta em um determinado coletivo estimula a força legitimadora da vida cotidiana, não se pode perder de vista que a festa “(...) é um trabalho social específico, coletivo, da sociedade sobre si mesma” (Idem, 2001, p. 974).

A festa como celebração é produto do cotidiano, seus significados e memória no espaço social, lugar de alegria e tradição, amplamente compartilhada pelos velhos no Bixiga.

O ABC Bailão

O ABC Bailão existe desde 1997 no centro de São Paulo e surgiu com a expansão dos bares e casas noturnas dirigidas ao público GLS na cidade. Os donos da casa realizavam, na década de 1990, bailes gays em diversos locais de São Paulo, até se fixarem no salão American Graffiti e darem início ao baile “Amigos Bailam Comigo”, cuja sigla dá o nome a casa atual, ABC Bailão. O baile ocorria somente aos sábados, mas devido ao sucesso de público, a programação foi se estendendo e hoje os bailes acontecem às quintas, sextas, sábados, domingos e feriados, no período noturno, a partir das 21 ou 23 horas, dependendo do dia. Ao nome da casa, ABC Bailão, segue o slogan “Encontro de Gerações”, pois com o passar dos anos, a música e o público se tornaram mais ecléti-

cos e, independentemente do público-alvo ser gay e possuir uma idade mais avançada, os mais jovens e heterossexuais também passaram a frequentar o espaço. Na entrada, além das placas de proibições costumeiras, há uma específica, “não tirar a camisa”. Percebe-se que práticas que podem ser comuns em outras casas voltadas para o público gay, ali não são permitidas. O promotor José explica que a proibição é para “manter o ambiente familiar”. Estas regras diferenciam o “bailão” de outras casas voltadas para o público gay, onde se costuma ver, por exemplo, as chamadas carícias mais ousadas, o que não ocorre neste cenário, onde se reúne um público gay mais maduro.

O logotipo da casa é representado por dois ursinhos de pelúcia de braços cruzados com a insígnia gay do arco-íris, em pose máscula. Na gíria gay, “ursos” são os frequentadores das comunidades “ursinas”, uma subcultura GLBT, que determina uma identidade e também se refere a um tipo físico – homens mais velhos, ou com aparência de mais velhos, peludos, barbudos ou mais gordos, mas, acima de tudo, com aspecto másculo, em contraposição ao estereótipo do gay afeminado.

De fato, os homens encontrados no bailão seguem, em sua maioria, estas características. Os gays ali não são estereotipados como os que se encontram normalmente nas baladas gays da cidade. Ali vão homens comuns, figuras habituais do cotidiano, com trajes familiares, calça jeans ou social, camisa, sapato e paletó. Alguns se assemelham a figuras convencionais como “pais ou tios” de classe média. Não há plumas, brilhos, paetês, couro, roupas justas nem trajes mais modernos e chamativos. Neste caso, não se trata dos gays “assumidos” que costumamos ver pela cidade, mas daqueles (in)visíveis, com a clara preocupação de não revelar suas preferências ou opção sexual. Mas não há somente idosos na pista, mas também rapazes jovens, acompanhados de homens mais velhos.

Na pista de dança esses homens parecem uma grande massa dançante, bailando ao som de música romântica, brega, disco dos anos 1970, *dance music* dos anos 1980, música pop internacional, sucessos atuais, em meio a uma grande variedade de estilos. O ambiente escuro, com muitas luzes, fumaça e música alta, requer um esforço do olhar para que se enxergue as fisionomias das pessoas. Mensagens que proíbem fotografar e filmar são enfáticas: há um cartaz logo na entrada, e no telão, cons-

tantemente, é dado o recado. As músicas remetem ao romance e o que se observa são casais de rosto colado que não mudam de parceiro a noite toda. No decorrer da noite, o baile vai esquentando. Um casal se abraça e se beija freneticamente tal qual dois adolescentes, sem as barreiras do pudor e rompendo os mitos que vinculam sexo à juventude.

A obscuridade que envolve as práticas sexuais desses homens é um fator determinante. No curta-metragem *Bailão*, documentário de Marcelo Caetano, um frequentador do ABC Bailão fala da marginalidade a que esse grupo de gays mais velhos foi condenado. Mesmo com a aparente liberação e maior tolerância conquistada perante a sociedade, este homem diz que “aprendeu a ser marginal” e seu desejo foi condicionado ao contexto da marginalidade, do obscuro e não revelado.

Meu desejo foi educado para isso, como eu te disse, ah... a liberação veio tarde demais para mim, já não dá mais para eu me reeducar, eu fui educado para ser marginal, não dá para ser mocinho, agora... com 66 anos não dá para ser mocinho, eu vou continuar sendo marginal” (*Bailão*, filme de Marcelo Caetano, 2009).

O ABC Bailão parece estar entre o baile e a balada, o clima mais romântico de baile, com casais dançando de rosto colado, de mãos dadas, entre afagos e carinhos, mas também a atmosfera de balada, noitada, pista cheia com pessoas dançando sozinhas e paquerando, segurando uma latinha de cerveja e transitando por entre os frequentadores. Os mais velhos vão embora mais cedo e com o avançar da noite, o baile se torna mais próximo da balada, com a *dance music* e música eletrônica em lugar das músicas mais românticas e *flashbacks*.

Lá dentro, na pista quadriculada de preto e branco, típica de discotecas, muitos dançam juntos, de rosto colado, outros sozinhos. Nota-se que há muitos *habitués*, pois se cumprimentam uns aos outros e ao promover José que os recebe com um abraço e beijo no rosto. José parece conhecer a maioria dos frequentadores, mesmo havendo centenas deles. Em volta da pista forma-se um grande círculo de observadores, os mais tímidos arriscam alguns passinhos, outros quietos, simplesmente parados, observam.

Considerações finais – A cidade é dos velhos

Seguir as rotas do cotidiano significou obedecer a uma lógica de descobertas que, longe dos rígidos quadros teórico-conceituais, buscou a realidade social onde ela se insinua, porque a “fonte primeira de todo o conhecimento é o cotidiano, é o vivido” (PAIS, 2003). Os diferentes contextos do envelhecimento na região central da cidade de São Paulo apontam, fundamentalmente, para a questão da diversidade e para uma incrível capacidade de superação. Uma questão evidenciada no trabalho de campo mostra um fato central: ao longo do processo de envelhecer, muitas vezes, a imposição de adversidades e o revés imposto aos sujeitos sociais criam incríveis forças de resistência a padrões estereotipados e ao status quo vigente. A velhice como problema social remete, então, à interrogação: “Como os indivíduos de mais idade, vivendo em condições distintas, reelaboram representações e redefinem novas práticas? (DEBERT, 2009, p.61). Este trabalho procurou mostrar quanto o referencial identitário do envelhecer pode ser construído a partir da cotidianidade, ou seja, de relações vividas no universo local, na rua, no bairro, na cidade.

Durante o estudo etnográfico foi possível observar a dimensão trabalho como importante *locus* afirmador da identidade do indivíduo e mecanismo produtor de status na vida social. Assim, a multiplicidade de ocupações desempenhadas pelos velhos no centro de São Paulo evidencia, desde a situação de precariedade social vivenciada por alguns, até a experiência do trabalho pelo simples prazer de trabalhar. Neste grupo multifacetado nem sempre o trabalho existe apenas para cumprir uma função econômica, mas também moral:

A moral do homem que tem força e disposição para trabalhar, articula-se à moral do provedor, que traz dinheiro para dentro de casa, imbricando-se para definir a autoridade masculina e entrelaçando o sentido do trabalho à família (SARTI, 2003, p. 94).

Aqui, além da força e coragem surgidas na dimensão trabalho, o convívio propicia a este grupo de idosos a possibilidade de circulação nos espaços sociais, o que fortalece e reproduz os laços de convivência no

nível local. Além disso, fica evidenciado que os velhos, em alguns casos, podem ser mais competentes que os mais jovens e possuir um perfil mais adequado ao desempenho de algumas funções. Trabalhar passa a ser também romper fronteiras e *ressignificar* a vida, experimentando novas formas de sociabilidade.

A festa de Nossa Senhora da Achirupita se inscreve na memória coletiva dos seus participantes, transformando práticas sociais a partir da rotina dos seus integrantes, comprometidos com ideais sociais. É assim que, a partir do intenso simbolismo propiciado pela festa, modelam-se sentimentos e solidariedades. Família, amigos, parentes e vizinhos reatualizam seus códigos de reciprocidade, a partir de ligações sociais e afetivas experimentadas como ritos de interação. Tais rituais mesclam, combinam atualizam as dimensões do viver e do pensar (PEIRANO, 2003, p.42). Mais que isto, a festa como ritual reelabora as ações de modo criativo e pode construir novas legitimidades (Idem, 2003, p.47). Assim, o debate sobre os diferentes modos de envelhecer estabelece formas de gratificação, satisfação e transformação de valores sobre a velhice.

A construção de maneiras distintas de envelhecer interfere no modo como os velhos percebem seus problemas e elegem estratégias para enfrentá-los. Na obscuridade que qualifica a experiência homossexual desses homens, parece central encarar a dupla estigmatização sofrida pelos sujeitos, seja pela ascendência da moral heterossexual na nossa sociedade, seja pelo desprestígio e desqualificação da velhice. Porém, a experiência sexual na sociedade contemporânea tem conquistado novos padrões de sociabilidade num contexto de identidades múltiplas, onde o padrão família que tanto rejeitou a homossexualidade, vem se readequando às transformações socioculturais e a um complexo jogo de identidades sexuais.

Paralelamente às pressões e possíveis constrangimentos quanto à negociação de posturas entre o ser e estar homossexual, o baile é um lugar de conquista, do exercício da sedução, baseado na tríade corpo, dança e sensualidade. É na pista de dança que uma convivência espontânea e mais libertadora é possível, através de propósitos comuns entre homens que desejam relações de camaradagem romântica, para além dos conflitos e contradições da vida social.

Quando o mundo é cartografado por acontecimentos significativos, num sentido contrário à *domestificação* do envelhecer, a vida torna-se muito melhor de ser vivida.

Referências

CAIAFA, J. **Aventura das cidades: ensaios e etnografias**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

CALVINO, I. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Cia das Letras, 2003.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M.M.L. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV, 2009. p 49-57.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ENGELS, F. **A situação da classe operária na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo : 2008.

GUARINELLO, N. L. Festa, cultura e sociabilidade na América Portuguesa In: JANCSÓ, I (Org.). **Festa, cultura e sociabilidade na América Portuguesa**, São Paulo: Edusp, 2001. V.2, p. 952-993.

HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. **Cadernos Pagu**, n. 13, p.11-35,1999.

HISSA, C. E. V. Ambiente e vida na cidade. In: BRANDÃO, C.A.L. **As cidades da cidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 81-92.

JACOB, C. R.; HESS, D.R.; WANIEZ, P.; BRUSTLEIN, V. **Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

PAIS, J.M. **Vida cotidiana: enigmas e revelações**. São Paulo: Cortez, 2003.

PEIRANO, M. **Rituais ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003

SARTI, C. **A família como espelho**. São Paulo: Cortez, 2003.

TORRES, H. G.; MARQUES, E.; FERREIRA, M.P.; BITAR, S. Pobreza e espaço: padrões de segregação em São Paulo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.47, p. 97-128, 2003.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

BAILÃO. Documentário. Direção: Marcelo Caetano. Brasil, 2009. Curta metragem (35 mm).

Envelhecimento em situação de rua: A história de Maria Rosa¹

Anderson da Silva Rosa²

Ana Cristina Passarella Brêtas³

Introdução

*Vocês estão vendo aquela mulher de cabelos brancos
Vestindo farrapos, calçando tamancos
Pedindo nas portas pedaços de pão?
A conheci quando moça, era um anjo de formosa
Seu nome: Maria Rosa, seu sobrenome: Paixão
Os trapos de suas vestes não é só necessidade
Cada um, para ela, representa uma saudade*
(Lupicínio Rodrigues)

O envelhecimento é um fenômeno natural, complexo, pluridimensional, revestido por perdas e aquisições individuais e coletivas. A velhice, última etapa desse processo, não é uma cisão em relação à vida precedente, mas, sim, uma continuação da juventude, da maturidade que podem ter sido vividas de diversas maneiras (BOBBIO, 1996). Assim, não há alternativa: morrer prematuramente ou envelhecer e vivenciar a velhice. (BEAUVOIR, 1990).

Cada sociedade define os períodos que compõem o ciclo da vida dos seres humanos, que sofrem influências culturais, sociais e históricas. Basicamente três são os princípios utilizados por elas para organizar os

1 Este estudo integra o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da Universidade Federal de São Paulo, por meio da linha de pesquisa Saúde, Vida e Morte na Rua.

2 Anderson da Silva Rosa (anderson_epm@hotmail.com) é enfermeiro, mestre e doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

3 Ana Cristina Passarella Brêtas (acpbretas@ymail.com) é enfermeira, socióloga e sanitarista. Professora associado da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

ciclos da vida: a idade cronológica, a idade geracional e os níveis de maturidade. (DEBERT, 1994)

As idades cronológicas são baseadas em um sistema de datação, surgem nas sociedades modernas, prevalecendo nas culturas ocidentais. São utilizadas na formulação de direitos civis, políticos e sociais, como por exemplo: atribuição de maioridade legal; entrada e permanência no mercado de trabalho; direito à aposentadoria, gratuidade de transporte coletivo, entre outros. Os estágios de maturidade, por sua vez, são observados com mais frequência nas estruturas sociais das sociedades não ocidentais, onde são consideradas as capacidades dos indivíduos realizarem certas tarefas. A validação cultural desses estágios é feita mediante uma autorização para o exercício das práticas, sendo que o ritual de passagem para o outro estágio é definido, quase sempre, pelos mais velhos que fazem parte destas sociedades. A idade geracional, por outro lado, pode ter como referência a estrutura familiar, como também representar um conjunto de pessoas que vivenciou determinados eventos responsáveis pela definição de mudanças de comportamentos e construção de memórias coletivas sobre fatos sociais e históricos – contextualizando as condições políticas, culturais, econômicas e sociais que as marcaram simbolicamente em determinado momento histórico. (DEBERT, 1994; BRÊTAS, 1999)

Entendemos que esses princípios – utilizados pelas sociedades para organizar os ciclos da vida dos seres humanos – respondem em parte à problemática do processo pluridimensional do envelhecimento individual e populacional, e que a geração, mais do que a idade cronológica ou os estágios de maturidade, permite que os seres humanos tomem consciência de suas experiências extrafamiliares, remetendo-os às vivências coletivas enquanto grupos responsáveis por mudanças de comportamento e construção de memórias coletivas incorporadas na esfera social e política da história da humanidade. (BRÊTAS, 1999)

Considerando a heterogeneidade das sociedades, defendemos que as diversidades de gênero, de classe social e de etnia precisam também ser analisadas, pois são os responsáveis pela delimitação do espaço social que o indivíduo ocupa na sociedade. (BRÊTAS, 1999). Compreendemos que para estimular reflexões sobre a velhice da mulher que

envelhece em situação de rua⁴ na cidade de São Paulo é imprescindível pensar a partir de tais disparidades.

Assim, neste contexto, este capítulo busca estabelecer o diálogo entre conceitos selecionados da Gerontologia, a nossa experiência cuidando de adultos e idosos em situação de rua e as narrativas de uma mulher com 61 anos de idade que envelhece há pelo menos dez anos alternando longos períodos em albergues com pequenos momentos em moradias alugadas.

Destacamos que esta senhora foi selecionada dentre as 22 mulheres entrevistadas pelo pesquisador Anderson da Silva Rosa, na sua tese de doutoramento *A cartografia das mulheres em situação de rua*⁵, que está sendo realizada junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Neste capítulo, essa narradora será chamada de *Maria Rosa*, tentando garantir o sigilo nominal acordado com ela no momento da entrevista.

Envelhecimento feminino

A população brasileira envelheceu, trazendo grandes desafios à formulação, implantação e acompanhamento de políticas públicas inter-setoriais específicas para o segmento idoso e/ou intergeracionais, sobretudo nos grandes centros urbanos. (LOUVISON *et al*, 2008). Deste modo, as transformações na estrutura etária do país estão ocorrendo sem que as conquistas sociais tenham atingido a maioria da população, evidenciando processos de envelhecimento desiguais, contrastes e profundas desigualdades sociais, observando-se segmentos miseráveis como os dos países mais pobres e, ao mesmo tempo, segmentos que desfrutam de facilidades e serviços típicos do mundo desenvolvido (BRÊTAS, 1999).

Vivemos nas duas últimas décadas acentuado processo de transição demográfica. Por isso, graças à natureza deste trabalho, daremos

4 A população em situação de rua é classificada em duas categorias: moradores de rua e acolhidos. Os moradores de rua “são pessoas que não têm moradia e que pernoitam nas ruas, praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viadutos, mocós, terrenos baldios e áreas externas de imóveis”; os acolhidos “são pessoas que, também sem moradia, pernoitam em albergues ou abrigos”. (SCHOR, VIEIRA, 2009, p. 2)

5 O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp, por meio do parecer 0027/11, e as mulheres que aquiesceram participar do estudo após terem sido informadas sobre os objetivos, metodologia e formas de divulgação da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

maior importância aos dados que se relacionam com as mulheres, principalmente idosas. Segundo dados do censo brasileiro, realizado em 2010, dos 21 milhões de idosos do país 55,8% são do sexo feminino. A expectativa média de vida das mulheres é de 77 anos em detrimento aos 69,4 anos para os homens. A idosa tem maior probabilidade de ficar viúva, fato que, algumas vezes, associa-se às dificuldades econômicas e sociais no final de suas vidas (IBGE, 2011). Também depreendemos, a partir dos mesmos dados, que uma maior expectativa de vida traz consigo limitações no corpo decorrentes da senilidade.

A predominância da população feminina entre os idosos é resultado da maior mortalidade masculina. E os dados censitários dos últimos 30 anos demonstram uma redução mais acentuada na mortalidade feminina. Segundo Camarano (2003), essa predominância tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois se acredita que atualmente a maioria dessas mulheres esteja viúva, sem experiência de trabalho no mercado formal, com menos anos de escolaridade; além de experimentar piores condições de saúde. Isto requer uma maior assistência tanto do Estado quanto das famílias. O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais, tema impregnado com fortes características de gênero; afinal, são as mulheres as mais dependentes de cuidados e as tradicionais cuidadoras.

Parece haver em curso, então, uma importante mudança nas relações de gênero. A maior parte das idosas de hoje passou a vida adulta desempenhando papéis tradicionais femininos. Apenas um quarto das idosas de hoje trabalharam quando tinham entre 40 e 59 anos. Hoje, chefiam metade das famílias onde vivem, contribuindo significativamente para o orçamento destas. Isto se deve em grande parte ao recebimento do benefício da Previdência Social. Ou seja, o que parece estar acontecendo é que as mulheres, quando envelhecem, passam do seu papel tradicional de dependentes para o de provedoras. Esta, dentre outras mudanças, tais como o aumento das famílias de três gerações, tem levado a que os idosos, de uma maneira geral, estejam liderando uma mudança social de grande porte. (CAMARANO, 2003, p. 57)

O maior acesso aos benefícios previdenciários e os avanços nos cuidados à saúde viabilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm proporcionado melhores condições de vida e longevidade. Camarano (2003) aponta que a última fase da vida deixou de ser residual, vivenciada por uma minoria, para ser uma fase de duração até maior do que a da infância e a da adolescência. A mulher brasileira, mesmo idosa, continua desempenhando o seu papel de cuidadora, mas assumiu também o de provedora. Observou-se uma melhoria absoluta e relativa nas suas condições de vida, medidas por indicadores de rendimento, o que repercutiu nas suas famílias.

A universalização da Seguridade Social, as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos, tais como nos meios de comunicação, elevadores, automóveis, entre outros, podem estar sugerindo que viver só, para os idosos, representa mais formas inovadoras e bem-sucedidas de envelhecimento do que abandono, descaso e/ou solidão (DEBERT, 2004). Viver só pode ser um estágio temporário do ciclo de vida e pode estar refletindo preferências, afinal é importante diferenciar a condição de '*ficar só*' devido desejos pessoais e a situação de '*estar sozinho*' decorrente da ausência de alternativa de vida.

Como vimos é fato já reconhecido que a mulher idosa brasileira está vivendo mais e em melhores condições de vida. Isto se deve à ação conjunta de três fatores: ampliação da cobertura previdenciária, maior acesso aos serviços de saúde e crescimento da tecnologia na área da saúde. Camarano (2003) analisando algumas características das mulheres idosas brasileiras, a partir dos dados censitários em 1980, 1991 e 2000 afirma que a primeira mudança observada é o aumento da esperança de vida ao nascer e aos 60 anos, na qual nos 20 anos em estudo, as mulheres, em geral, passaram a viver 8,2 anos a mais, e as idosas, 3,6 anos. A redução da mortalidade beneficiou ambos os sexos, mas foi mais expressiva entre as mulheres, o que resulta na sua maior representatividade dentro a população idosa. Duas outras mudanças marcantes e bastante inter-relacionadas que afetaram as condições de vida das mulheres idosas observadas no período referem-se a rendimentos e à posição das mulheres na família. O percentual de mulheres idosas sem rendimentos experimentou forte redução, passou de 42,2% em 1980 para 18,4% em 2000. A proporção de mulheres pobres foi reduzida em 21,3 pontos percentuais,

representando queda de aproximadamente 56%. Foram as indigentes as que experimentaram o maior impacto relativo, de 72%; a sua proporção declinou de 14,5 para 4,1%.

Entretanto, a realidade social em qualquer país capitalista é marcada pela desigualdade social, fruto da má distribuição de renda, onde poucos ganham muito e muitos vivem com muito pouco. (BRÊTAS, 1999). Beauvoir (1990) reforça esse pensamento ao mencionar que mais escandaloso do que o tratamento destinado à velhice é o tratamento que a sociedade inflige à maioria dos seres humanos na juventude e maturidade. Para ela, a sociedade só se preocupa com os indivíduos na medida em que produzem força de trabalho, são mercadorias que devem ser consumidas.

Assim a pobreza está fortemente atrelada a indicadores econômicos, principalmente os relacionados à renda. No entanto, a influência que ela terá na precarização das condições de vida está associada ao grau de integração social que cada pessoa possui. Marques (2009) em seu estudo sobre as redes sociais e seu impacto na pobreza urbana, aponta que a relação entre espaço urbano e redes indicou que as redes de indivíduos pobres são marcadas por intenso localismo. A velhice tende a reduzir as redes e a torná-las menos ricas, em termos de sociabilidade, mais locais e mais centradas na família. Indivíduos com escolaridade mais elevada, mesmo entre os mais pobres, tendem a ter redes mais ricas e menos locais em termos de vínculos. O sexo tende a não produzir efeitos significativos sobre as redes sociais.

Neste contexto torna-se evidente que nem todas as mulheres envelhecem de forma igual, as disparidades sociais impactam sobre suas redes sociais refletindo nas condições de vida, principalmente nos grandes centros urbanos. Em particular, na cidade de São Paulo. É neste cenário que trazemos à reflexão a questão da velhice da mulher que *envelhece na e da rua*.

A velhice da mulher em situação de rua

Os estudos sobre os moradores de rua realizados pela FIPE/SAS em 2000 e 2003 não padronizaram os recortes etários e, sobretudo, não consideraram a faixa de idade 60 anos e mais, tampouco a variável sexo, para apresentação dos dados, dificultando a análise no que tange ao acompa-

nhamento do número de idosas e idosos em situação de rua na cidade de São Paulo. O que podemos destacar, apenas a título de reflexão, é que no censo de 2000, dos 8.706 moradores de rua entrevistados, 1.655 (19%) tinham de 50 a 64 anos e 349 (4%) 65 anos ou mais de idade; e, na pesquisa de 2003, dos 10.399, 1.456 (14%) possuíam 56 anos ou mais de idade. (FIPE/SAS 2000 e 2003).

Merece realce o estudo realizado em 2005 pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) com o objetivo de conhecer e informar as características e dimensões da população idosa em situação de rua usuária de albergues e abrigos com ela conveniados. A coleta de dados foi baseada em informações extraídas do Sistema de Informação da Situação de Rua (SISRUA), tendo como referência a data de 31 de julho de 2005. Totalizou 701 usuários com idade a partir de 60 anos, atendidos em 27 albergues e nove abrigos. Desses, 88 são mulheres (12,6%) e 613 homens (87,4%). Quanto à faixa etária é predominante o número de idosos com 60 a 69 anos (81,8%); no entanto, cabe ressaltar o fato de 20 (2,9%) terem 80 anos ou mais de idade. (SÃO PAULO, 2005)

Em 2009 foi realizado outro censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo, no qual foram registradas 13.666 pessoas, sendo que 6.587 pernoitavam em logradouros públicos, mocós, terrenos baldios e áreas externas de imóveis, enquanto 7.079 pernoitavam em albergues ou abrigos. Dentre os 6.587 “desabrigados”, 503 (7,7%) tinham 50 anos ou mais de idade e 1.023 (15,5%) eram mulheres. Se compararmos a distribuição etária de pessoas com 50 anos e mais dos Censos de 2000 e 2009 temos que esse segmento populacional aumentou 7,8%; por outro lado, a população feminina diminuiu 2,6%. (SCHOR, VIEIRA, 2009 e 2010)

Entretanto, envelhecimento e velhice, por mais que possam (e precisam) ser estudados por diferentes campos das ciências, quem envelhece é o indivíduo e, como tal, necessita ser considerado. Afinal é a pessoa que interioriza sua situação de ‘ser velha’ e reage a ela (BEAUVOIR, 1990). Estas observações são fundamentais, sobretudo no *contexto da vida na e da rua*, desta forma, a *Maria Rosa* impregna de sentido a nossa reflexão sobre a condição de envelhecer em situação de rua: por ser mulher e viver esta experiência há pelo menos 10 anos. Traz à teoria a vida e, com isso, possibilita a práxis.

Maria Rosa relata que:

Olha! Eu estou com 61 anos, eu já vim para esse albergue aqui umas quatro ou cinco vezes para ficar aqui. Eu fico... eu vou ficando, mas quando eu enjojo do lugar, eu não brigo, não discuto com ninguém, eu só passo a mão nas minhas coisinhas e arrumo outro lugarzinho. (Maria Rosa)

A pessoa em situação de rua – “*moradora de rua*” ou “*acolhida*” – é aquela que para e habita tempos e espaços desvalidos no epicentro do turbilhão urbano e, por obrigação ou opção, se contrapõe à lógica da cidade capitalística, ávida pela velocidade e atemorizada pela violência (MIZOGUCHI, COSTA, MADEIRA, 2007). Subvertem o espaço público⁶ revertendo às suas maneiras a lógica dos *não lugares*. É neste contexto que se relacionam, amam, sofrem, sonham – (*sobre*)*vivem*. Fazem parte, mesmo que indesejadamente, da paisagem urbana. Por vezes invisíveis aos olhos dos que simplesmente passam – outrora ameaçadores à ordem pública.

Aqui [albergue] tem muita gente diferente, gente sofrida, gente acomodada, mas a gente não pode julgar. Com o tempo vamos fazendo amizade. Passo um tempo aqui, depois vou para o Liggia [outro albergue], ou outro e reencontro as pessoas, precisa de ver a felicidade de achar algum que você gosta. (Maria Rosa)

Para Bauman (2001), a vida urbana requer civilidade, no entanto, nas grandes cidades contemporâneas os espaços públicos reúnem pessoas que não interagem com esses espaços ou entre si, afastando-se assim do modelo ideal, que o autor chama de espaço civil. Segundo Sennet (2010), o espaço urbano foi transformado em um simples corredor – um lugar de passagem – que para navegar por sua geografia requer muito pouco esforço físico e, por isso, quase nenhuma vinculação com o que está ao seu redor. Modernizam-se as vias e as formas de se transitar por elas, sempre no intuito de percorrer o maior espaço possível no menor tempo.

⁶ Neste capítulo entendemos como espaço público não apenas os logradouros públicos, mas também os terrenos baldios, áreas externas de imóveis privados, albergues ou abrigos.

Em consonância com essas ideias, Marc Augé (2010) constrói sua teoria da supermodernidade, onde prolifera o que chamou de *não lugares*. Os *não lugares* são tanto instalações necessárias à circulação acelerada das pessoas e bens, quanto os próprios meios de transporte ou os grandes centros comerciais, ou ainda os campos de trânsito prolongados onde são alojados os refugiados do planeta.

São Paulo é uma cidade multicultural em movimento com corpos em movimento e com objetivos divergentes no contrafluxo das ideologias de igualdade, dificultando a vivência de projetos coletivos. Desta maneira o pensamento sobre pessoas em situação de rua que se movimentam em lugares e *não lugares* não está desvinculado do pensamento da cidade – da capital do capital.

Ao habitar o oco, o morador de rua subverte o status e a funcionalidade destes espaços vazios, preenchendo-os de novos sentidos. Amacia o concreto frio e cinza com o calor do corpo que ali ressoa vivo. Faz do espaço renegado por tantos cidadãos uma morada: lugar marcado pela singularidade que ali habita. Faz do não lugar um lugar, e ali, naquelas paredes esquecidas, afirma a consistência de sua existência desviante da sedentariedade civilizada. (MIZOGUCHI, COSTA, MADEIRA, 2007 p. 41).

A desterritorialização é uma premissa básica na vida das pessoas em situação de rua, ocupam o espaço público⁷ de forma provisória, mas muitas vezes recorrente. Vagam nos espaços em um movimento constante de resistência e submissão entre tantas outras pessoas e poderes que exercem alguma influência no território: moradores, comerciantes, polícia, traficantes, grupos de intolerância, além de interesses políticos e imobiliários.

[Quando faleceu toda a família] Daí eu quis ficar com a minha sobrinha, mas ela falou: Eu não posso ficar com você porque eu sou casada, eu tenho duas filhas para criar, então dê um jeito de arrumar algum lugar para você ficar, porque eu não posso ficar com você, a casa não é minha, é do meu marido e

7 Ver nota anterior.

da minha sogra. Então a senhora cuida de você, e se precisar de alguma coisa, venha que eu te dou, mas eu não posso ficar com você. Então, nisso, eu arrumei um albergue e vim viver no albergue. (Maria Rosa)

Para Schor e Vieira (2010, p.3) “a rua e o albergue são faces da mesma moeda”, lugares usualmente utilizados pelas pessoas em situação de rua. Eventualmente, conseguem meios para alternativas de pernoite, como por exemplo: casa de amigos/parentes, quartos de pensão, hotéis, cortiços ou locais de trabalho. Destacam que poucos tiveram apoio de parentes e amigos ou condição de ir para pensão ou cômodo antes de chegar à situação de rua.

[Não cheguei a dormir na rua], porque eu sempre fiz amizade com os outros, eu tenho uma sobrinha, que não é minha sobrinha, ela é como se fosse uma filha para mim, ela mora no Itaim Paulista, é casada, tem seu marido, sua filha e gostaria que eu morasse com ela. Então quando eu estou sem lugar eu vou ficar com ela, mas nunca fico muito, porque eu sei que atrapalho a vidinha que eles levam. (Maria Rosa)

A maioria dos adultos e idosos que estão em situação de rua, da área central da cidade de São Paulo, vive sozinha nas ruas. Dos que vivem acompanhados, prevalecem companhias de pessoas sem nenhum grau de parentesco. Merece destaque o fato de que quanto maior a idade, menor a presença de companheiro(a) vivendo com a pessoa na rua. (SCHOR, VIEIRA, 2010).

Eu arrumo companheiro para viver com eles, mas só que os companheiros que eu arrumo bebem. Eles, quando chega sexta-feira, pegam o dinheirinho que ganha e vai para o bar, quando sai do bar já sai gabiado. Esse mesmo que eu tenho aqui, está comigo aqui no albergue. Já morei com ele umas quatro vezes, já saí de albergue e fui morar com ele em quartinho que ele aluga, ele aluga às vezes uma casinha, mas só que no primeiro mês é tudo bem, no segundo mês já vem aquela falha por causa da branquinha da pinga. Eu falo para ele,

para com isso, primeiramente o aluguel, paga o aluguel para nós viver num lugar sossegado, depois você pega e vai beber, mas primeiro paga o aluguel, faz uma comprinha para a casa, depois você vai fazer o que você quer fazer. Mas ele quer ser o maior, ele quer ser o tal, na bebida e no cigarro. (Maria Rosa)

O consumo de álcool e/ou outras drogas é comum entre as pessoas em situação de rua – 74,4% afirmaram fazer uso de um ou de ambos –, sendo que muitos já faziam uso antes de chegar à situação de rua, fato que pode ter sido uma das causas que desencadeou desestruturação familiar, perda de emprego e moradia. (SCHOR, VIEIRA, 2010).

‘*Maria Rosa*’ é uma exceção nesta estatística, apesar da “vida pública” do albergue ela consegue construir lugares de encontro nos *não lugares* institucionais.

Ah, meu filho! A gente vai ficando velha e perde aquela ganância de namorar. Quando é jovem não pode encostar que já fica toda assanhada, depois tudo é mais controlado. Aqui não tem como, dividimos o espaço com muita gente, mas jantamos juntos, conversamos bastante lá embaixo, ele me faz muita companhia eu cuido dele e ele cuida de mim. Quando a gente tinha nossa casinha, nosso cantinho era diferente, a gente podia ter intimidade. Só tem um problema, outra vez a branquinha, essa história de beber sempre prejudica muito o homem meu filho; se deixar, ele sai para trabalhar e chega gambiado e desmaia na cama, não consegue nem comer, imagina namorar. Peço muito a Deus para ele parar de beber, ele é um homem muito bom, honesto e trabalhador. (Maria Rosa)

Apesar da capacidade de adaptação aos lugares e *não lugares* e às dinâmicas da vida na rua, ‘*Maria Rosa*’ nos deixa claro um sentimento de incompletude. Falta-lhe sentido de valia frente aos hábitos e costumes, que incorporou durante sua vida, no que diz respeito ao seu papel de ser mulher no contexto doméstico e familiar.

Gosto de acordar cedo, respeito as regras direitinho, não arrumo confusão, gosto de todo mundo. Prefiro estar aqui do que

incomodando minha sobrinha, mas se eu encontrasse o resto da minha família, os parentes da minha mãe, não sei como seria, mas ia ficar feliz se eu pudesse ter alguma serventia para alguém. Queria ter minha casinha com o [companheiro] e convidar eles para almoçar na minha casa. Sabe, filho, aquela coisa de mulher mesmo, de cozinhar, receber as pessoas, cuidar direitinho dos detalhes. Essa é a parte ruim, apesar da gente ter tudo aqui fica faltando essa parte, sabe, de ser útil, de cuidar da casa. Apesar de que eu lavo minha roupa, a do [companheiro], coloco para secar, tem ficar por perto olhando porque tudo some aqui. (Maria Rosa)

Tecendo os comentários finais... Iniciando novas reflexões...

Com o olho dos salões acadêmicos não é fácil ver quem vive no meio da rua. Só um treinamento diferente permite esta nova visão. Este treinamento exige aliar sentimento às análises teóricas, coisa que a universidade teima em se negar a fazer.

(BUARQUE, 2003, p. 7)

Pensar a velhice em situação de rua nos remete a refletir sobre a sociedade capitalista; portanto, a partir da consciência de que a divisão social e sexual não é fruto do acaso, mas o resultado das iniquidades previstas nesta forma de organização social. Beauvoir (1990, p. 265) alerta que “é a classe dominante que impõe às pessoas seu estatuto; mas o conjunto da população ativa se faz cúmplice dela”.

Neste contexto, na cidade de São Paulo, vimos observando cada vez com mais frequência a população em situação de rua envelhecendo e ficando idosa nessa condição. Considerando que a média etária dessas pessoas é 40 anos⁸, que o desemprego estrutural é uma realidade neste grande centro urbano, que a exigência de escolaridade e preparo para o mercado

8 (SCHOR, VIEIRA, 2010)

de trabalho são cada vez maiores, depreendemos que esta geração que envelhece *na e da rua* dificilmente conseguirá viver a velhice fora dela.

Neste cenário vislumbramos políticas públicas assistencialistas focadas no abrigo provisório de idosos e idosas; contudo, não preveem “portas de saída” da condição de rua. Iniciativas pontuais da sociedade civil e/ou organizações sociais constroem com as pessoas em situação de rua possibilidades de saída dessa condição; entretanto, conseguem atingir um número limitado deste segmento populacional.

O entendimento sobre a velhice da mulher em situação de rua traz consigo a necessidade de ampliar o olhar sobre diversos matizes que direta ou indiretamente se relacionam e compõe as dinâmicas da vida urbana, das ocupações e funções do espaço e do tempo na sociedade que vivemos. Os estudos sobre a condição feminina na rua ainda são escassos, prevalecendo nas academias o recorte de classe social que classifica a pobreza absoluta e traça seu perfil a partir das variáveis: sexo, idade e cor. Torna-se necessário o implemento a esses estudos de outros olhares, capazes de trazer à reflexão especificidades demandadas também pelas categorias analíticas de gênero, geração, raça/etnia.

Enfim, sabemos pouco sobre o que acontece com a população de rua idosa, principalmente em relação às mulheres. Vimos constatando durante a convivência de quase duas décadas com esse segmento populacional (envelhecemos com ele) que para viver *na e da rua* a pessoa precisa ter capacidade para controlar o seu corpo e suas emoções. A maioria é andarilha, em busca de comida, acolhimento e proteção; assim, no mínimo precisa ter condição de se locomover pela cidade para sobreviver. (FERNANDES, RAIZER, BRÊTAS, 2007; BRÊTAS *et al*, 2010).

‘*Maria Rosa*’, como tantas outras ‘*Marias*’, traz no corpo e na alma marcas de um processo de envelhecimento vivido na penúria, na busca cotidiana para a provisão de suas necessidades mais básicas. Reinventa formas para envelhecer enquanto vive *na e da rua* e, desta forma, se reinventa como mulher que deixa o ‘espaço doméstico’ para criar espaços que atribuem novos significados à experiência feminina em lugares e *não lugares* que lhe é permitido desbravar.

Diferencia-se das outras ‘*Rosas*’ que – por opção ou não – viveram a maternidade e com ela a preocupação com o cuidado e sobrevivência

da prole em situação de carência econômica (raramente, afetiva). Assemelha-se às '*Rosas Marias*' na vivência do manejo do corpo durante a menstruação, a ovulação e a menopausa; na experiência do sexo, com ou sem camisinha, público ou privado, com consentimento ou violento; nas mudanças silenciosas do corpo decorrentes do envelhecimento; na velhice que chega sem avisar e nem sempre assegura a dimensão do tempo que resta, e aos poucos consome a esperança da retomada da história, da construção da morada, da reinvenção da mulher. Assim, '*Maria Rosa*' por ser '*Marias*' e por ser '*Rosas*' nos provoca à reflexão sobre as especificidades de ser mulher em situação de rua e com isso nos cobra atitudes – políticas e éticas – para que a morte social não se antecipe à morte biológica.

Referências

AUGÉ, M. **Não lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. 8. ed. Campinas: Papyrus; 2010.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOBBIO, N. **De senectute e altri scritti autobiografici**. Torino: Einaudi, 1996.

BRÊTAS, A.C.P. **Envelhecimento, saúde e trabalho: um estudo com aposentados e aposentadas**. 1999. Tese de Doutorado em Enfermagem – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

BRÊTAS, A.C.P.; MARCOLAN, J.F.; ROSA, A.S.; FERNANDES, F.S.L.; RAIZER, M. V. **Quem mandou ficar velho e morar na rua?** *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v.44, n.2, p. 476-81, 2010.

BUARQUE, C. Olhar a (da) rua. In: BURSZTYN M. (Org). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 7-10.

CAMARANO, A. M. **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** *Estudos Avançados*, v.17, n.49, p.35-63, 2003.

DEBERT, G.G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: _____. **Antropologia e velhice**. Campinas, IFCH/ UNICAMP, 1994. p.7-30. (Textos didáticos, 13)

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

FERNANDES. F.S.L.; RAIZER, M.V.; BRÊTAS, A.C.P. Old, poor and out on the streets: on the road to exclusion. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.esp., p.755-61, 2007.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONOMICAS. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONOMICAS. **Recenseamento dos moradores de rua da cidade de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2003.

LOUVISON, M.C.P.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.; SANTOS, J.L.F.; MALIK A.M.; ALMEIDA, E.S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.733-40, 2008.

MARQUES, E.C.L. As Redes sociais importam para a pobreza urbana? **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.52, n.2, p.471-505, 2009.

MIZOGUCHI, D.H.; COSTA, L.A.; MADEIRA, M.L. Sujeitos no sumidouro: a experiência de criação e resistência do Jornal Boca de Rua. **Rev. Psicologia & Sociedade**, v.19, n.1, p. 38-44, 2007.

RODRIGUES, L. **Maria Rosa**. Disponível em: < <http://www.cifras.com.br/cifra/lupicinio-rodrigues/maria-rosa> > [acesso em: 30 set. 2011]

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Caracterização de idosos nos serviços em atenção à população de rua: albergues e abrigos.** São Paulo: SMADS, 2005.

SCHOR, S.M.; VIEIRA, M.A.C. **Principais resultados do censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo.** São Paulo: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, 2009.

SCHOR, S. M.; VIEIRA, M.A.C. **Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da cidade de São Paulo.** São Paulo: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, 2010.

SENNETT, R. **Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental.** 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

Envelhecer nos quilombos

Anna Volochko¹

Brasileiros, e em especial paulistas, se orgulham de sua sociedade multi-étnica e multirracial, mistura e miscigenação de povos de diversas origens que convivem em harmonia (COVAS, 1997). Temos como valor a convivência pacífica entre raças, credos, povos, classes.

Se isto é verdade, em maior ou menor grau, para os emigrantes europeus e asiáticos que desembarcaram no Brasil e em São Paulo no século XX, essa impressão se esvai ao nos aprofundarmos nas evidências históricas que desvelam relações raciais conflituosas entre os principais grupos da nacionalidade brasileira – europeus, indígenas e africanos.

Um pouco de história

Logo após sua descoberta, o território brasileiro foi intensamente explorado e ampliado, para além dos limites do Tratado de Tordesilhas, pelas entradas e bandeiras, cujo objetivo era escravizar índios, descobrir jazidas de minérios e ampliar as fronteiras. A tentativa dos colonos portugueses de atender às imposições de produção da corte por meio de escravos indígenas não vingou, tendo que recorrer a escravizados africanos. As demandas da coroa portuguesa para as colônias d'além-mar eram de natureza predatória – garimpo de ouro, prata, pedras preciosas, pau-brasil e outras madeiras nobres, especialmente mogno; seguidas de monoculturas intensivas de *commodities* da vez – açúcar, fumo, café, borracha. Em todas essas atividades usava-se a mão de obra escravizada africana, empregada ainda no trabalho doméstico e urbano. (MOURA, 1989)

Estima-se que em 1583 a população da colônia era de 57mil habitantes, dos quais 25 mil europeus, 18mil índios e 14 mil negros. Em 1798,

¹ Anna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública, doutora em Ciências e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

dos 3.250.000 habitantes, 48,7% eram escravos (221mil pardos e 1.361.000 pretos) e em 1817, dos 3.817.000 habitantes, 1.930.000 (50,6%) eram escravos e 589 mil (15,4%) negros livres. (ANDRADE, 1993)

No Brasil colônia, quilombo era o sítio que abrigava escravos foragidos, locais que também existiram na Colômbia, Cuba, Haiti, Peru e Guianas. O quilombo dos Palmares chegou a ter uma população entre 20 e 30 mil pessoas, a maioria de pretos, e ainda índios, mamelucos, mulatos e brancos (desertores, marginalizados e trabalhadores rurais expulsos das terras. (ANDRADE, 1993)

Nas legislações brasileiras pré-republicanas, os quilombos eram criminalizados como antros de desordem e bandidagem a serem exterminados. Após a lei Áurea, e na primeira constituição republicana as comunidades negras desapareceram da agenda oficial (SANTOS, 1997). Reapareceram um século depois, na constituição de 1988, como remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras e se lhes reconhece sua propriedade definitiva.

Pilares do racismo

Nesse ínterim, essa população foi entregue à sua própria sorte, sem políticas que garantissem sua inclusão na sociedade. Pelo contrário, no fim do império e início da república gesta-se a política de branqueamento no País. Transcrevo alguns excertos dos Anais da Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo de 1869 e de outros autores, citados por Ana Azevedo (1987), para ilustrar as discussões em voga sobre as relações raciais e o imaginário coletivo em relação aos negros:

... protesto em nome da província e do império contra essa repugnância de se receber americanos, porque são faltos de docilidade! (...) Homens valentes, de energia, que sabem respeitar as autoridades, quando a autoridade é a lei, porque sabem se opor a ela, quando transgride seus deveres. Bastava somente esta qualidade para eu dizer: 'São homens que nos convêm, pois é preciso inocular em nossas veias

sangue novo, porque o nosso já está aguado.' (...) Não são, por exemplo, africanos novos que se quer trazer, não são coolies, chineses, raça já abatida e velha que pode inocular vícios de uma civilização estragada, ao contrário, é uma nação vigorosa que tem uma civilização sua, uma política toda do país, e que era um acerto se dotássemos.

Deputado (e Senador) Bento de Paula Souza.
Em *ALPSP*, 1869, p. 247-8 e 144-5.

Um país que, muito antes que se desenvolvesse a civilização do ocidente, havia criado uma civilização sua, embora hoje inferior à nossa, mas em todo o caso prodigiosa para aqueles tempos, um país que inventou a imprensa antes da Alemanha, e que inventou a pólvora, um país que criou indústrias (...) não pode de forma alguma ser comparado ao hotentote bruto, ao zulu ou a outro qualquer povo africano. Um país nestas condições, um país independente que tem governo seu, que tem instituições, não pode produzir homens iguais na inteligência a hordas selvagens da África, que, importados para o Brasil, vieram constituir a fonte de nossa escravatura! (...)

Deputado Inglês de Souza. Em *ALPSP*, 1880, p. 285; p 151.

Esta população escrava, longe de dever ser considerada como um bem, é certamente grande mal. Estranho aos interesses públicos, sempre em guerra doméstica com a população livre, e não poucas vezes apresentando no moral o quadro físico dos vulcões em erupção contra as massas que reprimem sua natural tendência; gente que quando é preciso defender honra, fazenda, e vida, é o inimigo mais temível existindo das famílias livres.

Brigadeiro José Eloy Pessoa da Silva, imigrantista,
**Memória sobre a Escravatura e Projecto de Colonização
dos Europeus e Pretos da África no Império do Brazil.**

Rio de Janeiro: Plancher, 1826; p. 42.

Como as crianças, eles têm os sentidos inferiores e sobretudo o paladar e a audição relativamente desenvolvidos. O negro gosta do tabaco (...); ele adora as coisas açucaradas, a rapadura; mas o que ele gosta acima de tudo é da cachaça (...). Para conseguir cachaça, ele rouba (...) e sacrificando tudo a esta paixão, inclusive a própria liberdade, ele trabalhará até no domingo (...).

Louis Couty, médico francês, professor da Escola Politécnica e do Museu do Rio de Janeiro (1878), em *L'Esclavage au Brésil* (Paris, Guillaumin et Cie, 1881, p. 8-10).

O que constitui, porém, o grosso da nossa população escrava é o contingente das outras populações caracterizadas todas anatomicamente pela sua menor massa de substância cerebral; e esta condição anatômica de inferioridade é bem própria para abrandar os rancores abolicionistas contra a parte da sociedade, que tem por si a vantagem efetiva da sua superioridade intelectual.

Luis Pereira Barreto, médico fluminense e imigrantista, *Os Abolicionistas e a Situação do País*, publicada de 20 a 30 de novembro de 1889, no jornal *A Província de São Paulo*, p. 69.

Como a colonização africana, distinta principalmente pela sua cor, veio para ter tão grande entrada no Brasil, que se pode considerar hoje um dos três elementos na sua população, julgamos do nosso dever consagrar algumas linhas neste lugar a tratar da origem desta gente, a cujo vigoroso braço deve o Brasil principalmente os trabalhos do fabrico do açúcar, e modernamente os da cultura do café; mas fazemos votos para que chegue um dia em que as cores de tal modo se combinem que venham a desaparecer totalmente do nosso povo os característicos da origem africana, e por conseguinte a acusação da procedência de uma geração, cujos troncos no Brasil vieram conduzidos em ferro do continente fronteiro, e

sofreram os grilhões da escravidão, embora talvez com mais suavidade do que em nenhum outro país da América, começando pelos Estados Unidos, onde o anátema acompanha não só a condição e a cor como a todas as suas gradações.

Varnhagen, historiador do séc. XIX. História Geral do Brasil. In: *Varnhagen: História*. Org. Odália, Nilo. São Paulo: Ática, 1979. p. 73-4.

Não converta o Brasil em Negroland... As providências do Senhor D. João VI para civilizar os índios e abrir as comunicações do interior devem multiplicar os braços úteis e vigorosos dos naturais do país... Se odiamos a raça negra, não sejamos inimigos de nós mesmos, querendo ver o país pobre e inculto, podendo ser rico, próspero e de progênie forte e bela de naturais do Reino Unido, com a ajuda gradual e voluntária expatriação de boa gente estrangeira.

Visconde de Cairu, Carta ao Regente D. João VI. (SILVA, 2011)

Cumpra não confundir o problema da imigração com o da substituição dos brancos necessários à grande lavoura. Esta quer salarizados e chega a preferir até os de raça inferior. O escopo da imigração, porém, é de ordem muitíssimo mais elevada, busca organizar os elementos que devem formar a grande nacionalidade brasileira, senhora da maior e melhor parte do continente Sul-Americano. Exige, por isso mesmo, a maior seleção nestes elementos.

Ora, para que o imigrante ativo, laborioso, inteligente, progressivo, venha para o Brasil, é preciso que este país ofereça condições de bem-estar para si e para sua família, impossíveis de encontrar na Europa.

Senador e Visconde Alfredo d'Escagnole Taunay, em "Artigos de Propaganda", ano I, bol. N. 1-4, dezembro de 1883 - agosto de 1884, p. 3.

Esta é a ideologia racial desqualificadora sobre o negro, que fundamentou e justificou a discriminação e o racismo, amplamente incorporados na sociedade. Após a abolição, a propriedade de terras e a maioria dos trabalhos nas cidades lhes foram vedadas. (FERNANDES, 1964). O racismo foi interiorizado pelo povo negro, que se refugiou e submergiu nas *terras de pretos*² (RATTS, 2000), vivendo da lavoura de subsistência e da coleta dos recursos naturais, sem ousar reivindicar o usufruto dos direitos de cidadania da república recém-instalada, dos quais não se julgava merecedora.

Vestígios da trajetória do Movimento Negro

Uma parte da história é essa porque, paralelamente, corre a história da oposição, da luta. O Movimento Negro inicia-se com as primeiras reações à escravidão, nos navios negreiros, nas tentativas de fuga nos campos de comércio escravista na África e na defesa de sua cultura e religião.

Nos 340 anos de escravidão a *quilombagem* foi o principal modo de luta, uma sublevação contínua, importante na erosão dos fundamentos econômicos do escravismo, impactando na sua substituição pelo trabalho livre (MOURA, 1989). Consistia em organizar quilombos que abrigassem escravos fugidos, mas abrangia outras formas de protesto: coletivos como *insurreições* (a revolta do Malês, em Salvador, em 1835) e *bandoleirismo*, (grupos de escravos que atacavam vilas e viajantes); e individuais – fuga, morte de feitores e senhores, incêndio de plantações e propriedades, suicídio e aborto (SANTOS, 1997).

A quilombagem é bem anterior ao movimento abolicionista (romantizado em obras como *Sinhá Moça*) difundido depois de 1880, quando a escravidão agonizava. Sem mediadores entre escravos e senhores, as reações dos primeiros eram resolvidas pela violência dos proprietários ou do Estado e a maioria dos quilombos não resistiu muito tempo, exceto a “República de Palmares” que durou quase um século (RATTS, 2000).

2 “...*terras de preto* compreendem aqueles domínios doados, entregues ou adquiridos, com ou sem formalização jurídica, a famílias de ex-escravos a partir da desagregação das grandes propriedades monocultoras. Os descendentes de tais famílias permanecem nessas terras sem proceder ao processo formal de partilha e sem delas se apoderarem individualmente. São também alcançadas pela expressão *terras de preto* aqueles domínios ou extensões correspondentes aos quilombos que permaneceram em isolamento relativo, mantendo regras de direito consuetudinário que orientavam uma apropriação comum de recursos. Localizáveis em regiões do norte de Goiás, São Paulo, Maranhão e Minas Gerais, caracterizam-se pela mobilização em confronto.” (ALMEIDA, 1988 apud RATTS, 2000).⁸

Na Inconfidência Mineira, movimento de independência sem base popular, os negros estiveram ausentes, mas na “Inconfidência Baiana” ou Revolta dos Alfaiates, em 1798, com objetivos muito mais radicais e com a libertação dos escravos no primeiro plano, sua presença foi maciça. Entre dirigentes e participantes, havia “negros forros e escravos, pardos escravos e forros, artesãos, alfaiates, ou seja, membros das camadas mais oprimidas e/ou discriminadas na sociedade colonial baiana (MOURA, 1989).

Abro um parêntese para uma cronologia histórica que auxilia na compreensão das ações do Movimento Negro e dos determinantes da Abolição da Escravatura no Brasil.

Em 1845, o parlamento inglês aprovou a Bill Aberdeen outorgando à marinha britânica o direito de expropriar navios negreiros. Os primeiros imigrantes chegam ao país em 1847, para a fazenda de café do senador Vergueiro e em 1850, a lei Eusébio de Queirós finda o tráfico de escravos. Em 1864, o Paraguai invade o Mato Grosso e o Império garante alforria e terras aos negros alistados. As Sociedade de Libertação e Sociedade Emancipadora do Elemento Servil são fundadas em 1870 e passam a comprar a alforria de escravos. A Lei do Ventre Livre é promulgada em 1871 e em 1883 surge a Confederação Abolicionista onde Castro Alves publica *Os Escravos* e Joaquim Nabuco *O Abolicionista*. Em 1884, o Ceará e o Amazonas extinguem a escravidão. A Lei do Sexagenário é criada em 1885 e dois anos depois a Igreja manifesta-se publicamente pelo fim da escravidão. Em 1888, a Lei Áurea abole a escravidão (SCHWARCZ, 2000).

Após a Abolição, alguns grupos negros engajaram-se na defesa da Princesa Isabel, a Redentora. Um deles foi José do Patrocínio, que formou a *Guarda Negra*, uma milícia de ex-escravos capoeiristas para dissolver comícios republicanos (MOURA, 1989).

Com o fim do Império, alguns grupos negros aderiram a movimentos messiânicos, como o de Canudos e do beato Lourenço e participaram da “Revolta da Chibata” em 1910. Chefiada pelo marujo João Cândido, este levante fez com que a Marinha de Guerra abolisse o açoite dos marinheiros (na maioria negros). Apesar da vitória e da promessa de anistia, os líderes foram exterminados um ano depois. Cândido sobreviveu ao expurgo, mas morreu esquecido e na miséria. A seguir, o movimento opta por formas pacíficas de resistência, em grupos de lazer, cultura ou esporte.

“(...) durante a escravidão o negro transformou não apenas a sua religião, mas todos os padrões das suas culturas em uma cultura de resistência social. Essa cultura de resistência, que parece se amalgamar no seio da cultura dominante, no entanto desempenhou durante a escravidão (como desempenha até hoje) um papel de resistência social que muitas vezes escapa aos seus próprios agentes, uma função de resguardo contra a cultura dos opressores.” (MOURA, 1989)

Em meados de 1910, o movimento afro-brasileiro passa a publicar jornais, em São Paulo e no Rio. **O Menelick** foi o primeiro jornal paulista, em 1915, seguido de **A Rua**, **O Alfinete**, **A Liberdade**, **A Sentinela**, **O Getulino** e o **Clarim d’Alvorada**, onda que se estende até 1963, quando o **Correio d’Ébano** fecha. Essa imprensa, em geral, ignorava os grandes acontecimentos nacionais atendo-se a assuntos específicos. A fermentação ideológica acesa por ela origina, em 1931, a Frente Negra Brasileira atuando contra o racismo e melhores condições de trabalho, educação e saúde da população negra. Em 1936, a FNB vira partido político, mas é extinto em 1937 quando Vargas decreta o Estado Novo. Até 1945 o movimento refluíu para a resistência cultural. O Teatro Experimental do Negro, de Abdias do Nascimento, no Rio, estimulava o despertar da consciência da **negritude** por meio do jornal **O Quilombo**.

Fundando o Teatro Experimental do Negro (TEN) em 1944, pretendi organizar um tipo de ação que a um tempo tivesse significação cultural, valor artístico e função social. De início havia a necessidade urgente do resgate da cultura negra e seus valores, violentados, negados, oprimidos e desfigurados. Depois de liquidada legalmente a escravidão, a herança cultural é que oferecerá a contraprova do racismo, negador da identidade espiritual da raça negra, de sua cultura de milênios. O próprio negro havia perdido a noção de seu passado (NASCIMENTO, 1982).

No Sul, intelectuais gaúchos negros fundam, em 1907, o jornal **A Alvorada** em Pelotas, como tribuna dos operários negros da cidade, cidade em plena industrialização, e que tinha nos afrodescendentes sua principal mão de obra. O 1º Congresso Nacional do Negro realizou-se em Porto Alegre em 1958 com delegações do Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal.

O movimento negro se rearticula a partir dos anos 1950, com a criação da Associação Cultural do Negro (ACN) em São Paulo, em 1954. Apesar de ideológica, a ACN cuidou da assistência com departamentos de Cultura, Esporte, Estudantil, Feminino e Comissão de Recreação. Ressurgiu em 13 de maio de 1977 com escola e cursos de alfabetização e madureza, mas perdeu o *ethos* (MOURA, 1987) encerrando as atividades logo depois.

A ditadura militar inibiu manifestações de cunho racial transformando o mito da democracia racial no cerne da propaganda oficial. Militantes e artistas que teimavam no tema eram tidos como “impatrióticos”, “racistas” e “imitadores” dos ativistas americanos pelos direitos civis. Nas palavras de Hanchard (2000):

Durante as décadas de 1970 e 1980, os afro-brasileiros que impregnaram suas atividades expressivas de um protesto e uma condenação explícitos da situação dos negros na sociedade brasileira foram frequentemente censurados, em termos formais ou informais, por elites que viam tais acusações como uma afronta ao caráter nacional (HANCHARD, 2001).

O movimento como proposta política ressurgiu em 7 de julho de 1978, em um ato contra a discriminação de jovens negros no Clube Tietê, em São Paulo, que originou o **Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial** (MNU).

Como líder de debates e de pressão política quanto à discriminação racial, o MNU impactou o governo do Estado de São Paulo que instituiu em 1984 a primeira instância pública a dar apoio ao movimento: o **Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra**. O governador Montoro também indicou um representante dos negros para a **Comissão Arinos**, que introduziu a criminalização do racismo na Constituição de 1988.

O movimento negro ganhou força política não só em São Paulo, mas em outros Estados, garantindo que vários de seus interesses fossem contemplados na Constituição de 1988³, em especial os referentes aos quilombos.

3 O artigo 68 das Disposições Transitórias garante aos remanescentes das comunidades de quilombos que permanecem nas suas terras a propriedade definitiva e nos artigos 215 e 216 um conjunto de diretrizes sobre a valorização e difusão de suas manifestações culturais materiais e imateriais.

Em 1995 e 1996, o INCRA e a Fundação Palmares reconheceram e titularam as terras dos quilombos Boa Vista, Água Fria e Pacoval no Pará, estabelecendo os procedimentos para o reconhecimento das demais comunidades.

Implementando políticas públicas no Estado de São Paulo

O Ministério Público Federal instou o Estado paulista a agilizar os processos de regularização fundiária e promoveu debates para superação dos obstáculos da legislação vigente. Respondendo a esse reclamo o governador Mario Covas criou, em 1996, grupo de trabalho para cumprir os dispositivos constitucionais no Estado (MATIELO, 1997), institucionalizados pelo Decreto 41.774, de 13 de maio de 1997 (Programa de Cooperação Técnica e Ação Conjunta para identificação, discriminação e legitimação de terras devolutas do Estado de São Paulo e a regularização fundiária das terras ocupadas por Remanescentes das Comunidades de Quilombos, implantando medidas socioeconômicas, ambientais e culturais). O Grupo Gestor de Quilombos, coordenado pela Secretaria de Justiça e da Defesa da Cidadania, foi criado para coordenar o programa a ser operado pela Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo (Itesp).

Em 2003, o governo federal regulamentou a identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes de quilombos,⁴ atribuindo essas competências ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) do Ministério do Desenvolvimento Agrário, ***sem prejuízo das competências concorrentes dos Estados, Distrito Federal e Municípios***. O INCRA pode firmar convênios com instituições públicas ou privadas para a consecução dessas tarefas. A autodefinição das comunidades é inscrita no Cadastro Geral da Fundação Cultural Palmares que expedirá certificado. Compete à Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e à Fundação Palmares assistir e acompanhar o INCRA nas ações de regularização fundiária.

Em 2000, Anjos contou 43 terras de pretos em São Paulo, contagem que chegou a 85 em 2005 (ANJOS, 2005; ANJOS, 2006). Em 2007, o Itesp

4 (Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003)

arrolou 49 comunidades e a Equipe de Articulação e Assessoria das Comunidades Negras (EAACONE)⁵ outras 28 (SANTOS, 2008). É provável que as fontes subestimem o universo quilombola, sendo seu número provisório. Com o passar do tempo novas comunidades se autoidentificam e pleiteiam o reconhecimento (VOLOCHKO, 2009).

Hoje, novembro de 2011, há 28 comunidades quilombolas reconhecidas e oito tituladas pelo Instituto de Terras do Estado de São Paulo (Itesp). Quadro 1. O Itesp computa 19 comunidades apontadas e quatro delas em reconhecimento. Das 28 comunidades reconhecidas, 20 situam-se em municípios do Vale do Ribeira (seis em Eldorado, quatro em Iporanga, quatro em Barra do Turvo, três em Iporanga e Eldorado), três em Ubatuba e uma em cada um dos municípios seguintes – Cananeia, Capivari, Itaoca, Itatiba, Itapeva, Iguape, Registro e Salto do Pirapora. Estima-se que os quilombos reconhecidos do Vale somem pelo menos 900 famílias, cerca de 3.600 pessoas.

Quadro 1. Quilombos reconhecidos no Estado de São Paulo, municípios-sede e número de famílias.

Comunidade	Município	Nº de Famílias*
1. Maria Rosa	Iporanga	20
2. Pilões	Iporanga	51
3. São Pedro	Eld./Iporanga	39
4. Pedro Cubas	Eldorado	40
5. Ivaporunduva	Eldorado	98
6. Cafundó	Salto Pirapora	24
7. Caçandoca	Ubatuba	19
8. Jaó	Itapeva	53
9. André Lopes	Eldorado	76
10. Nhunguara	Eld./Iporanga	91
11. Sapatu	Eldorado	82
12. Galvão	Eld./Iporanga	29
13. Mandira	Cananeia	16

5 Associação que congrega os quilombos do Vale do Ribeira.

14. Praia Grande	Iporanga	26
15. Porto Velho	Iporanga	9
16. Pedro Cubas de Cima	Eldorado	22
17. Capivari	Capivari	17
18. Brotas	Itatiba	32
19. Cangume	Itaoca	33
20. Camburi	Ubatuba	39
21. Morro Seco	Iguape	47
22. Poça	Eldorado	44
23. Ribeirão Grande/ Terra Seca	Barra Turvo	77
24. Reginaldo	Barra Turvo	N/D*
25. Cedro	Barra Turvo	N/D*
26. Pedra Preta	Barra Turvo	N/D*
27. Sertão de Itamambuca	Ubatuba	N/D*
28. Peropava	Registro	N/D*

Fonte: Itesp. Comunicação pessoal, 2011.

Segundo os Relatórios Técnico-científicos, laudos antropológicos que informam sobre o caráter de remanescente de quilombo de determinado sítio, a maioria dos quilombolas do Vale do Ribeira são remanescentes de escravos que adentraram o Ribeira através do porto de Iguape no século XVII para explorar os garimpos de ouro descobertos no século XVI, propiciando a formação dos primeiros povoamentos rio acima – Xiririca, Ivaporunduva, Apiaí. Os indígenas da região (Carijó) influenciaram as comunidades negras do Vale do Ribeira compartilhando com eles legados genéticos e culturais, que foram apropriados e adaptados, expressando-se em técnicas de pesca, agricultura rotativa e toponímicos.

Em 1763, a Casa de Fundição de Iguape fecha as portas, marcando o fim da mineração de lavagem. O garimpo de aluvião continuou em pequena escala até o século XIX. Encerrado o garimpo, sem monocultura exportadora (salvo arroz, por curto período) e dificuldade de manutenção dos escravos, os negros foram abandonados à sua própria sorte estabelecendo-se em comunidades rurais de agricultura de subsistência (AMORIM, 1998). Por ocasião da Guerra do Paraguai, diversos negros conscritos desertaram e buscaram refúgio nas terras de pretos do Vale do Ribeira.

Condições de vida

O terreno montanhoso do Alto Ribeira, que concentra a maioria dos quilombos e a técnica de coivara ou poisio⁶, faz com que as roças sejam afastadas e íngremes e o trabalho, árduo e penoso. Cultivam frutíferas, hortaliças e plantas medicinais, criam animais nos terreiros, praticam agricultura perene e colhem os recursos das matas. Para fazer roças têm que pedir permissão para retirar mata nativa ao Departamento Estadual de Recursos Naturais da Secretaria do Meio Ambiente, processo moroso, que dificulta o trabalho. A produção agrícola de subsistência e a comercial têm diminuído, sendo insuficiente para garantir a segurança alimentar das famílias (SANTOS, 2008).



Fig 1. Panorama visto da estrada estadual que liga a BR 116 à cidade de Barra do Turvo.
Foto: Anna Volochko

6 Cultivam suas roças por três anos e deixam-nas descansar por cerca de cinco anos,

Embora a maioria dos quilombos tenha luz elétrica, ela não é acessível a todas as casas e geladeiras são escassas. Consumo de carne fresca é pequeno, em geral de galinhas. A maior parte da carne usada é salgada, em geral carne de porco.

Há casas de alvenaria, mas muitas conservam partes (em geral a cozinha) ou são inteiras de pau a pique. A maioria das casas tem fogão a gás, mas usam o fogão a lenha diariamente. Metade das casas não dispõe de fossas negras. Não há saneamento básico, isto é, água tratada e esgoto. O lixo sólido é queimado na maioria das comunidades e o orgânico é oferecido aos animais domésticos.

A região de governo do Vale do Ribeira é a mais pobre e menos desenvolvida do Estado e a maioria de seus municípios é de pequeno porte e grande extensão. Sua malha viária é precária e grande parte das estradas não é asfaltada, dificultando o transporte. Para diversas comunidades, o acesso é via balsa na travessia do rio, o qual é paralisado quando chove muito ou se a estiagem é prolongada.



Fig 2. Casa de pau a pique antiga. Quilombo Ribeirão Grande/Terra Seca.
Foto: Anna Volochko

Os municípios prestam assistência básica à saúde das comunidades por meio da Estratégia Saúde da Família, na maior parte das vezes precária, pois a administração municipal tem dificuldade em fixar os profissionais universitários nas equipes. As visitas das equipes de saúde são semanais, mas muitas vezes falham por falta de viatura ou más condições das estradas. Menos da metade das comunidades dispõe de consultório médico, dificultando o exame físico do paciente, nem há facilidade para a coleta de exames. Não há atendimento odontológico e a saúde bucal é bastante precária.

Mas as dificuldades se multiplicam quando há necessidade de atendimento hospitalar. O hospital mais próximo é o Hospital Geral de Pariqueira-Açu, com inúmeras dificuldades de remoção (as comunidades têm telefones públicos – orelhões e não há sinal para celular). Por outro lado são numerosas as queixas quanto à qualidade da assistência hospitalar prestada, não só quanto às informações bem como às orientações dadas, mas principalmente quanto à resolubilidade do atendimento.

Estudo realizado na população de nove quilombos (cerca de 800 pessoas com mais de 17 anos) do Vale do Ribeira evidencia a prevalência de sobrepeso e obesidade na sua população masculina (20,2%), a qual é menor que a da população rural masculina brasileira (28%), mas é maior na sua população feminina (48,3%) do que na população feminina rural brasileira (40%) (MINGRONI et al. Data). Estudo exploratório do Sistema de Informações da Atenção Básica de Iporanga e Eldorado mostra alta prevalência de hipertensão e diabetes.

Os antigos de Ribeirão Grande/Terra Seca

Os quilombos do município de Barra do Turvo – Ribeirão Grande/Terra Seca, Reginaldo, Cedro e Pedra Preta, reconhecidos em 2009, ficam afastados do eixo clássico dos quilombos do Vale ao longo do Rio Ribeira. Situam-se em território bastante ondulado perto da divisa com o Estado do Paraná, no Mosaico de Jacupiranga, em Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS). Os trabalhos de reconhecimento e desenvolvimento social desses quilombos são de responsabilidade do escritório do Itesp de Pariqueira-Açu, situado a 120 quilômetros pela BR 116 – Rodovia Régis Bittencourt.

Os trabalhos de desenvolvimento social nestes quilombos foram iniciados há muito pouco tempo e relacionam-se mais a projetos de agricultura familiar, em parceria com o Itesp.

No ensejo da reunião do Grupo Gestor de Quilombos estabeleci contato com a líder do quilombo de Ribeirão Grande/Terra Seca, agendando visita exploratória para conversar com quilombolas sobre suas condições de vida e de trabalho e impressões sobre os serviços de saúde.

A entrada do quilombo, à beira da rodovia estadual asfaltada, dista aproximadamente 15 km da sede do município onde se concentram os serviços de saúde, escolas e comércio. Há dois horários do ônibus em direção à cidade – um de manhã, às 9 horas e outro às 16 horas. A comunidade atravessa a pista da estrada, e se espraia por ambos os lados por estradinhas de terra que sobem e descem morros íngremes. Várias casas ladeiam as estradinhas, mas a maioria é ligada a elas por trilhas mais ou menos longas, mais ou menos acidentadas.



Fig 3. Estradinha de terra que conduz à sede da associação do quilombo de Ribeirão Grande/Terra Seca e que serve para o escoamento da produção agrícola.

Foto: Anna Volochko

No município há três equipes completas de Saúde da Família que trabalham no pronto atendimento na sede do município, raramente visitando as comunidades. A agente comunitária de saúde que atende Ribeirão Grande reside na cidade e não pertence à comunidade. Vem pelo ônibus da hora do almoço depois de visitar outras vilas. No dia anterior ela avisou os quilombolas que o médico e a enfermeira visitariam a comunidade no dia seguinte. Voltou no dia seguinte para avisar que a visita estava adiada *sine die*. Vários quilombolas deixaram de ir à roça esperando o médico... Um quilombola idoso diabético com ambos os pés amputados ficou sem atendimento...

Ribeirão Grande/Terra Seca possui um galpão onde se realizam as reuniões da associação, as aulas do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) do Ministério do Desenvolvimento Agrário, as festas da comunidade e as consultas médicas em uma mesa e duas cadeiras, sem mesa de exame físico.

Foram visitados três domicílios. O primeiro fica na beira da estrada de terra que liga a estrada estadual à sede da associação. É uma casa de madeira à moda paranaense com três cômodos onde mora dona Isaíra. Atrás da casa passa o murmurante Ribeirão Grande.

Dona Isaíra

Na conversa com dona Isaíra ela me contou que o nome do lugar onde mora é Corgo Grande, mas o nome de batismo do quilombo é Ribeirão Grande. Ela tem 57 anos e diz que está no grupo da melhor idade, mas acha que o nome não corresponde porque não tem nenhum acompanhamento de saúde. O grupo é semanal e se reúne das 14 às 15 horas em Barra do Turvo, mas como só tem ônibus às 9 horas tem que passar a manhã inteira na cidade e sair antes pra pegar o ônibus da volta. As reuniões têm palestras e convivência com as pessoas, mas como é custoso o deslocamento ninguém da comunidade vai.

Dona Isaíra ficou viúva há 14 anos. O finado bebia e batia nela e nas crianças. Quando ele morreu foi uma libertação. Teve que sustentar os filhos sozinha, mas isso ela já fazia quando ele era vivo, e ele ainda gastava o pouco dinheiro que tinham na cachaça.



Fig. 4. Dona Isaíra. Quilombo Ribeirão Grande/ Terra Seca . Anna Volochko

No meio da conversa é passado um café, que para atender meu pedido é servido sem açúcar.

Ela não acha que a velhice é a melhor idade porque quando se é jovem tem disposição, ânimo, coragem para qualquer coisa. Quando se é velho não encontra mais companhia para fazer as coisas. Tem que fazer tudo sozinha. Ela ainda faz de tudo, mas é mais devagar. Só não faz mais farinha de monjolo, é mais fácil comprar na venda.

O avô de seu pai veio da África, mas os mais velhos que conheceu não contavam muitas histórias de escravos.

As doenças que mais prejudicam os velhos são a pressão alta, diabetes, artrose e colesterol. “Tem gente que tem pressão alta e passa a noite inteira sem poder dormir porque tem cansaço.” (insuficiência cardíaca?⁷)

Dona Isaíra tem pressão alta e faz acompanhamento no posto da cidade. Todo mês faz acompanhamento com nutricionista no hospital regional de Pariquera-Açu, que pede exame de colesterol. Esse exame ela colhe e recebe o resultado no posto da cidade de Barra. Muitas vezes o resultado do exame não chega a tempo para a consulta de retorno em

7 Interrogação do entrevistador

Pariquera e tem que remarcar. Por todas essas razões ela acha que a assistência à saúde é muito precária e muitas vezes faltam os remédios.

O que dona Isaíra acha a coisa mais importante para ensinar aos mais novos é sobre a alimentação natural. A importância de comer aquilo que plantam. Agora compra tudo no mercado. Os mais novos não têm mais interesse em trabalhar a terra. Os mais novos querem tudo fácil.

Para dona Isaíra é bom ser quilombola e poder dizer para todos que é negro. “... porque quilombola é feliz e tem a vida tranquila.”

Dona Maria José

Já dona Maria José mora do outro lado da estrada estadual que liga a BR116 a Barra do Turvo, num local chamado Corgo do Sarto.

Para chegar à sua casa há uma estrada de terra com forte declive, passa sobre a corredeira do Córrego do Salto por uma ponte de madeira que dá passagem para uma pessoa de cada vez e continua por uma trilha serpenteando um morro de aclave médio, até chegar, 500 metros depois, a um platô onde se localiza, à esquerda, a casa de alvenaria nova com vista para o vale. De onde se vem, e à direita, em direção ao morro íngreme, a ampla cozinha de pau a pique e fogão de lenha.



Fig 5. Corgo do Sarto. Quilombo Ribeirão Grande/Terra Seca.
Foto: Anna Volochko

É no fogão de lenha que se cozinhou a panelada de feijão e de arroz. O lume do fogão a lenha continua aceso e sobre uma das bocas se aquece a água de uma grande chaleira. Acima do fogão, em um varal pendurado por arame no esteio do telhado, uma barrigada de porco salgada seca.

Nossa comitiva, composta pela líder da comunidade e por mim é engrossada pelo motorista e pela agente comunitária de saúde. Dois netos menores são levados até o ponto de ônibus para ir à escola. Logo se juntam dois netos que voltam da escola e uma filha que volta da roça. O marido de dona Maria José conversa na sala com o técnico da fundação florestal assistidos por seus dois netos, que já tinham almoçado. Na roça se almoça cedo, pois o dia começa antes do amanhecer.

Somos convidados a almoçar e é impossível resistir ao cheiro de comida que invade a casa. Os frangos caipiras, esbeltos, de coxas secas, foram cozidos e ensopados no fogão a gás da cozinha nova. Uma farofa de cebola e uma salada de tomates. Nos acomodamos à mesa, as panelas são destampadas e um enorme silêncio desce sobre a cozinha.

Dona Maria José tem 66 anos e ainda trabalha na roça, além de cuidar da casa e de seu entorno. Há cerca de seis anos a comunidade se autoidentificou como quilombo, um processo importante porque uniu os moradores em torno de um interesse comum. Agora as pessoas vivem conversando, trocando ideias.

Qualquer idade é boa se Deus dá saúde. Mas o jovem é mais animado, mais forte. Passando dos 40 já é idoso, o povo vai ficando mais fraco. Não é como antigamente, que até os velhos sobreviviam da roça. Não se comia nada de química. A comida era toda natural.

Apesar de já estar na terceira idade a vida está boa. Tem seus problemas, mas está boa. Hoje já não consegue subir os morros carregando peso, mas ainda sobe os morros. Ainda carrega peso, mas pouco porque faz uns 11 anos que sofre de problema nas juntas (muita dor). Dá muita dor nas juntas que parece que quer desconjuntar. Tem muita dor no peito quando lava roupa.

“Agora a vida está mais fácil. Antes não tinha aposentadoria. Agora se aposenta com 55 anos pelo FUNRURAL. Mas continua trabalhando porque ficar sem fazer nada não dá. A gente trabalha para se sentir bem.”

Dona Maria José tem pressão alta faz 26 anos e a aposentadoria serve para comprar a medicação se ela falta no posto. Quando para de tomar o remédio da pressão acha que pode ter derrame, fica irritada e sente que vai desmaiar. Toma cinco medicamentos diferentes para a pressão – captopril 25mg, ácido acetilsalicílico para afinar o sangue, diurético (furseimida), nefidipina e dipirona para a dor. Ela também está com colesterol, mas toma remédio do mato. Ela faz chá e toma o chá por oito dias e passa oito dias sem tomar durante quatro meses.

Quando tem problemas de saúde dona Maria José procura o posto de saúde em Barra e raramente vai para Pariquera em busca de assistência.

Para ela, a assistência de saúde é precária porque nem o médico nem a enfermeira visitam a comunidade. Tem carro para trazer o médico, mas não para trazer as enfermeiras. Quando eles vêm, a consulta é no salão do quilombo. A agente de saúde vem pra avisar que o médico vai passar visita, depois vem para avisar que não vem mais.

Precisava melhorar o atendimento tendo mais transporte e mais médico porque tem muitos pacientes, muitos doentes.

“Nós conversamos e ensinamos para as crianças os nossos costumes, o trabalho na roça, ensinamos a respeitar os mais velhos, a serem bem-educados. Mas hoje as crianças estão mais sabidas que a gente, os netos explicam as coisas melhor para a gente porque nós não fomos para a escola.”

“Antes da gente ser quilombo éramos igual às outras comunidades. Em muitas coisas continua tudo igual. De diferente tem as reuniões de um tempo pra cá, para arrumar uma coisa, outra coisa sem ser reunião de político antes das eleições.”

Dona Maria Rosa e Seu Camilo

Dona Maria Rosa (59) e seu Camilo (59) são casados e moram em uma grande casa de madeira no caminho para a casa da dona Maria José antes do Corgo do Sarto. Sua ampla cozinha abriga numa das extremidades um belo fogão a lenha. Os dois moram sozinhos, pois seus filhos são casados e moram em casas vizinhas. Abrigam em sua casa um primo, de 62 anos, que teve ambos os pés amputados devido ao diabetes. O primo trabalhava na roça quando se feriu. Seu ferimento não foi tratado “direito” e acabou ‘arruinando’. Ele estava descansando em seu

aposento e não quis conversar. Estava aborrecido porque o médico vinha visitá-lo e essa visita foi adiada.

Para dona Maria Rosa e seu Camilo, “a gente fica velho quando começa a ficar preguiçoso. Quando já não tem o ânimo dos jovens de fazer as coisas. Quando o trabalho na roça começa a pesar. “

Tanto dona Rosa quanto seu Camilo têm hipertensão, colesterol e diabetes, mas são magros. Tomam quatro remédios cada um e mais um ou outro chá de ervas do mato. Tratam-se no posto de Barra e eventualmente em Pariqueira. Até dois anos atrás preferiam ir se tratar em Curitiba, que fica a 100 km de distância. Mas hoje o hospital em que iam não aceita mais pacientes de São Paulo. Eles consideram que o atendimento em Curitiba era melhor.

Acham que a saúde em Barra não é muito bem cuidada, sempre faltam remédios. O médico diz que vem, mas faz muitos meses que não visita a comunidade. Estão preocupados com seu primo que tem dores nas pernas e passa as noites em claro.

Seu Camilo e dona Maria Rosa não falam muito quando o assunto é sobre ser quilombola. Mas falam bastante sobre o trabalho coletivo na terra. Nas terras da comunidade há as áreas de uso particular de cada família, a casa, o quintal e as roças. Mas há também as roças coletivas nas quais toda a comunidade trabalha. As mulheres cuidam mais dos quintais onde tem a horta, o pomar e os animais de criação – galinhas, porcos e eventualmente cabras, em uma parte separada do quintal. Elas também cuidam de algumas roças. Cada família é responsável por algumas roças e há as roças das mulheres e as roças dos homens. De tempos em tempos, de acordo com as necessidades, é organizado um mutirão que rodizia pelas roças. Esses mutirões ocorrem tanto nas roças das mulheres quanto nas dos homens. Acabam também sendo oportunidades de convívio, socialização, troca de informações e eventos festivos com refeições coletivas. O trabalho coletivo também é articulado para erigir casas, sedes de associações ou outros edifícios.

Conclusão

Os quilombos são locais onde remanescentes de escravos ocupam territórios onde cultivam suas tradições, histórias, modos de vida e de trabalho de seus antepassados. Estão encravados em áreas devolutas ou

áreas que muito mais recentemente foram designadas como Unidades de Conservação. No texto da Constituição destacam-se a valorização e difusão de suas manifestações culturais materiais e imateriais.

Suas técnicas agrícolas são questionadas e coibidas pelas legislações ambientais vigentes, particularmente nas áreas de amortecimento de unidades de conservação. Apesar de diversos quilombos paulistas, em especial os do Vale do Ribeira, estarem estabelecidos há centenas de anos no mesmo sítio, praticando sua agricultura de coivara ou poisão; de constituírem, não por acaso, a maior áreas de preservação da Mata Atlântica do Estado de São Paulo e das roças serem reconhecidas como um banco “*in situ*” de espécies agrícolas, os entraves ambientais têm diminuído a produção agrícola sendo crescentemente insuficientes para a autonomia alimentar das famílias (SANTOS, 2008).

Os guardiães dessa cultura material e imaterial são os “antigos”⁸, algo confusos e desconfiados ante os modos das novas gerações. Apesar de lhes passarem os valores e as maneiras de fazer, ficam abismados face aos conhecimentos dos netos, que frequentam a escola e se perguntam quanto eles, analfabetos na sua maioria, podem de fato lhes ensinar.

Em todos os quilombos os mais velhos se queixam do desinteresse das novas gerações nos modos tradicionais de vida; temem que as novas gerações saiam dos quilombos e se percam para sempre nas cidades. Arquitetam estratégias de garantir a permanência dos jovens na terra, tentam esconjurar o pesadelo do esvaziamento dos quilombos. De certa forma, criticam a fraqueza dos moços, os quais não têm forças para se autossustentar e à sua família, por meio do trabalho na terra.

Mas como é o trabalho na roça? É quase o mesmo praticado na idade da pedra. Seus instrumentos de trabalho são a enxada e a foice. Não usam sequer o arado, quer tracionado pelo homem ou por animal. De fato, a incorporação tecnológica é muito pequena. Também não utilizam técnicas orgânicas de controle de pragas e de garantia da qualidade da produção, as quais são capazes de lhes proporcionar autonomia alimentar e espaço no mercado. Num mundo cada vez mais **tecnologizado**, a não incorporação de tecnologia adequada e sustentável praticamente condena os quilombos à dependência e à subordinação.

8 Designação dos idosos, dos velhos.

Também as condições de vida são muito penosas. Os equipamentos e serviços públicos e privados, desde os de infraestrutura como transporte, saneamento, luz, são ainda bastante precários, assim como o acesso à educação e à saúde. É necessário que o Estado cuide de reduzir as iniquidades para garantir um padrão de vida digno e compatível com a riqueza estadual.

Como conservar esse legado histórico-cultural que são os quilombos? Como e o que mudar para garantir sua permanência? Certamente cooperativas de pequenos produtores, criadores e artesãos são alternativas a serem mais sustentavelmente implementadas, assim como o turismo ecológico e histórico.

Por último, as condições de vida e a situação de saúde dos quilombolas idosos de Barra do Turvo são as mesmas de importante parcela da população rural deste Estado que reside em municípios de pequeno porte populacional e de Índice de Desenvolvimento Humano baixo. Por outro lado, em maior ou menor grau, mesmo nos países industrializados, as populações rurais têm menos acesso a equipamentos sociais e serviços de saúde, especialmente os grupos mais vulneráveis, o que impõe um grande desafio à equidade em saúde (KALACHE, 2008).

Referências

- AMORIM, C. R. **Relatório Técnico Científico de Ivaporunduva**. 1998
- ANDRADE, M.E.F. *Do quilombo à Fundação Palmares*. Brasília: FCP, 1993.
- ANJOS, R.S.A. dos. **Territórios das Comunidades Remanescentes de Antigos Quilombos no Brasil: Primeira Configuração Espacial**. Brasília: Mapas Editora & Consultoria, 2005.
- _____. **Quilombolas: tradições e cultura de resistência**. São Paulo: Aori Comunicação (2006).
- AZEVEDO, A. C. M. M., **Onda Negra, Medo Branco; o negro no imaginário das elites – século XIX**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, p. 85, 86.
- COVAS, M. Apresentação in Andrade, T. **Quilombos em São Paulo**. Tradições, direitos e lutas. IMESP. São Paulo, 1997.

FERNANDES, F. **A Integração do Negro à Sociedade de Classes.** São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, 1964.

HANCHARD, M. G. **Orfeu e o poder: o movimento negro no Rio de Janeiro e São Paulo (1945-1988).** Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

MATIELO, B. A. R.; OLIVEIRA, L. A. In **Quilombos em São Paulo. Tradições, direitos e lutas.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, IMESP, 1997.

MINGRONI-NETTO et al. Doenças modernas nos antigos quilombos: a obesidade e a hipertensão no Vale do Ribeira-SP. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA L. E. (Org) **Saúde nos Quilombos.** Temas em Saúde Coletiva nº 9. Instituto de Saúde/GTAE-SESSP. São Paulo, 2009.

MOURA, C. **História do negro brasileiro.** São Paulo: Ática, 1989.

_____. **Quilombos: resistência ao escravismo.** 2ª ed. São Paulo, Ática, 1989

NASCIMENTO, A. (org.). **O Negro revoltado.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

RATTS, A.J.P. “(Re) Conhecer Quilombos no Território Brasileiro”. In: **Brasil Afro-Brasileiro.** FONSECA, Maria NS. (Org) *Autêntica.* Belo Horizonte, 2000.

SANTOS, S.. Herdeiros de Zumbi: olhando o futuro, sem esquecer do passado. In **Quilombos em São Paulo. Tradições, direitos e lutas.** São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo, IMESP, 1997.

SANTOS, K.M.P. dos; TATTO, N. **Agenda socioambiental de comunidades quilombolas do Vale do Ribeira.** São Paulo: Instituto Sócioambiental. 2008.

SCHWARCZ, L. M. **As Barbas do Imperador. D.Pedro II, um monarca nos trópicos.** São Paulo: Companhia das Letras, 2.000.

SILVA, S. V. **Uma introdução à Questão dos Direitos das Populações Indígenas.** Disponível em: <http://www.biblio.ufpe.br/libvirt/revistas/ethnos/severino.htm>> Acesso em: 10 out. 2011.

VOLOCHKO, A. In: VOLOCHKO, A. ; BATISTA, L. E. (Org) **Saúde nos Quilombos**. Temas em Saúde Coletiva nº 9. Instituto de Saúde/GTAE-SESSP. São Paulo, 2009.

KALACHE, A.. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Ago 2008, vol.13, no.4, p.1107-1111.

Pelas lentes da memória: fotografia e interconhecimento no sertão da Bahia

Alessandra Alexandre Freixo¹

Introdução

Dentre a multiplicidade de vieses interpretativos sobre a velhice, apresento aqui uma possível abordagem de estudo, que envolve um diálogo entre fotografia e memória na busca da produção de uma memória socioambiental nos confins do sertão baiano. Tal abordagem buscou dar visibilidade às vozes e às biografias de *velhos agricultores* das terras do sisal, tornando-os protagonistas na história de um “lugar valente” (FREIXO, 2010).

Optei, ao longo dessa pesquisa, pelo termo “velho”, no lugar de “idoso”, para me referir às pessoas mais velhas do lugar, tomando como principal inspiração o trabalho de Ecléa Bosi (1983), sendo este o ponto de partida de minhas interpretações, já que a autora, ao assumir a categoria *velho*, propõe compreender o papel desses sujeitos como “trabalhadores da memória”. Além disso, nas minhas primeiras observações de campo, me deparei com uma categoria nativa, o “véio”, que em muito se assemelha em significado à categoria proposta por Ecléa Bosi.

Por outro lado, considero relevante distinguir a categoria “velho agricultor”, considerando que todos os participantes dessa pesquisa possuem em sua história de vida uma forte relação com a produção agropastoril, o que confere certa especificidade a essa categoria, em relação aos trabalhos em torno das representações da velhice (BARROS, 2006; BOSI, 1983; PEIXOTO, 2000; DEBERT, 2004).

E assim, os *velhos agricultores* vêm se constituindo uma fonte privilegiada de dados para a construção de narrativas sobre o passado, o

¹ Alessandra Alexandre Freixo (alessandrafreixo@yahoo.com.br) é doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRRJ) e Professora adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Departamento de Educação).

que me fez centrar esta análise nas suas narrativas e imagens, assumidas como ponto de partida para uma compreensão sobre a dinâmica das relações dos velhos em seu ambiente. A partir dessas produções narrativas e fotográficas, busco investigar a sociabilidade familiar e da comunidade como um elemento constitutivo do lugar, compreendendo como esta informa as ações dos agricultores no ambiente.

Neste sentido, organizei este texto em duas partes, a partir das quais teço algumas considerações sobre a potencialidade do recurso à memória e à fotografia nos estudos sobre a velhice e sobre a história do lugar: na primeira parte, a ênfase está na análise de algumas representações produzidas por estes sujeitos no seio da família e de suas comunidades e do papel que as fotografias assumem como meios de interconhecimento e de materialização de memórias. Na segunda parte, me debruço na análise de algumas fotografias produzidas por uma agricultora, que revelam memórias e elementos do seu cotidiano, bem como relações de sociabilidade vicinal e familiar, que se constituem em importantes chaves de leitura do lugar onde vivem os velhos sisaleiros.

Retratando o cotidiano dos velhos agricultores: em busca de uma história sobre o lugar

Pelos caminhos do sisal, busquei apreender os sentidos produzidos pelos velhos sobre seu lugar, me apoiando tanto nas narrativas produzidas a partir de entrevistas de longa duração, como em fotografias produzidas por mim ao longo desta pesquisa. Assim, tanto as narrativas quanto as imagens produzidas têm-se constituído na matéria-prima para a construção de uma memória sobre o lugar, estando estas inextricavelmente articuladas na compreensão das vivências cotidianas dos velhos e de suas representações do passado, atuando como coadjuvantes e complementares na interpretação de uma dada realidade.

Por outro lado, é fundamental destacar que na fase inicial desta pesquisa, por consequência da ênfase dada aos relatos orais, a incorporação dos registros fotográficos deu-se, inicialmente, numa perspectiva realista (BARBOSA e CUNHA, 2006), contribuindo tanto para a ilustração das ex-

periências etnográficas vivenciadas, quanto como complemento às anotações de campo. Entretanto, ao longo de minha jornada entre os caminhos do sisal, a fotografia foi adquirindo novas conotações, que ultrapassam a perspectiva da ilustração, sem, contudo, abandoná-la por completo, passando a ser percebida ela mesma como um objeto de reflexão e análise.

Seguindo este caminho de articulação entre imagem e narrativa, reconheço as dificuldades e os riscos a que me expus, principalmente no que tange à priorização de uma linguagem em relação à outra (fundamentalmente a narrativa oral em relação à imagem). Neste sentido, assumo que, apesar de em muitos momentos privilegiar, nesta pesquisa, as narrativas produzidas pelos velhos, o recurso às fotografias foi salutar, na medida em que estas se mostraram um importante elemento de reflexão sobre as relações dos velhos agricultores em seu ambiente. Assim, as imagens fotográficas são aqui percebidas como auxiliares na compreensão das formas sociais e no processo de comunicação de ideias, que compõem a base do encontro etnográfico (ANDRADE, 2002; BITTENCOURT, 1998; NOVAES, 2005).

Munida de uma máquina fotográfica digital, além do tradicional gravador, busquei privilegiar não apenas os significados expressos nas narrativas orais dos sujeitos, mas também apreender os sentidos imbuídos nos lugares em que estes tecem seu cotidiano. Neste sentido, para além do registro da fala, procedi ao registro fotográfico dos “lugares que falam” aos velhos, na tentativa de apreender os sentidos conferidos a esses lugares e o que lhes confere sua “topofilia” (TUAN, 1980), enfim, o que faz desses lugares referências de vida.

Nesse percurso fotográfico, todos os registros feitos por mim foram necessariamente acompanhados do diálogo com os depoentes. Essa “conversa” que envolveu cada foto permitiu que os sujeitos da pesquisa me indicassem objetos, espaços, situações e ângulos a serem registrados. Assim, tanto no momento da tomada das fotos, quanto no momento de sua apresentação aos depoentes, busquei um diálogo entre os olhares da pesquisadora e os olhares dos entrevistados.

As fotografias por mim produzidas ao longo das entrevistas tenderam a causar certo “alvorço” entre os informantes e parentes, que logo apareciam, para participar desse momento de registro. O registro fotográfico, assim como todo percurso da entrevista, traduzia-se para os sujeitos

num “acontecimento”, para o qual se necessitava uma preparação prévia, tal como “botar uma roupa mais arrumada”, “fazer pose”, “dar um sorriso pra foto”. Enfim, todos participavam de uma maneira ou outra para a realização deste “acontecimento”, solicitando que eu registrasse uma foto de objetos importantes, da casa, dos parentes e vizinhos que ali se encontravam e ajudaram, com sua “imaginação fotográfica” (MARTINS, 2011), a construir o momento.

Logo em minhas primeiras incursões ao campo de pesquisa, percebi alguns significados importantes atribuídos às fotografias. Em primeiro lugar, por se constituírem novidades, que passaram recentemente a participar da vida cotidiana e, por isso, têm merecido um lugar de destaque, estando maciçamente presentes nas paredes da sala – o lugar privilegiado da casa, onde os velhos recebem os “de fora”. As fotos constituem assim um modo de apresentar a família aos visitantes, e, ao mesmo tempo, de relembrar, em família, os entes queridos. Em segundo lugar, as fotos são percebidas como “memória material”, que guardam lembranças de um tempo que passou, de um acontecimento especial e, principalmente, dos parentes, vivos ou mortos, que se eternizam nas fotos, tal como sugere Von Simson (2005).

É comum ainda a presença de fotos e gravuras antigas dos velhos e seus cônjuges, bem como de seus pais, tal como nos sugeriu Leite (1993), entronizados, junto às imagens dos santos. Outras fotos como de filhos, netos, ou outros parentes podem estar presentes.

Dona “Senhorinha” (76 anos) e Seu Sabino (86 anos)² costumavam afixar as fotos de seus familiares nas paredes da sala. Em que pese a presença de fotos de familiares em todas as paredes, me chamou a atenção uma dessas em especial: a parede mais próxima à porta de entrada da casa, repleta de fotos, constituindo-se numa espécie de “álbum” aos visitantes. Logo ao chegar à entrada da casa, a primeira cena que se vê é a variedade de quadros e fotos, prioritariamente de crianças, netos do casal. E assim Dona “Senhorinha” me convida a conhecer parte de sua família: “venha conhecer meus netos!”. E me apresenta foto a foto, como que me apresentando seus netos (Figura 1).

2 Já falecido.



Figura 1. Dona "Senhorinha" apresentando seus netos. Valente {BA}. 19 jan. 2007. Alessandra Freixo.

Outra parede da sala é reservada para as fotos dos filhos (tanto os naturais dela, quanto os enteados, filhos do primeiro casamento de Seu Sabino). Torna-se aqui claro o papel de Dona "Senhorinha" na organização das fotografias emolduradas nas paredes, bem como na apresentação destas aos visitantes, corroborando com a noção comum da mulher como a zeladora das fotografias e, de certo modo, da memória da família. Essa "função familiar", ou melhor, "a função que lhe atribui o grupo familiar" (BOURDIEU, 1979, p. 38) faz da fotografia um importante elemento de integração da família, reforçando seus elos e sua unidade.

A única foto que Seu Sabino me mostrou, com satisfação e, ao mesmo tempo, com pesar, foi uma em que aparece com alguns de seus netos (Figura 2). Com satisfação, por considerar esta a foto que ele mais gosta e com pesar por esta se encontrar em estado de deterioração. Lamentando seu estado, seu Sabino teme pela perda que representa sua deterioração, como perda de uma parte importante de sua vida. É neste contexto que me pede para fotografar a foto, na esperança de manter viva a memória de sua convivência com os netos.



Figura 2: "Foto-memória": Seu Sabino e seus netos. Valente {BA}. 19 jan. 2007. Alessandra Freixo.

Nessa perspectiva, no conteúdo de cada foto se inserem experiências de um momento e/ou situação significativos. Essas experiências são alimentadas de sensações e sentimentos e, de certo modo, as fotos auxiliam na restauração daqueles momentos que não podem voltar. É sob esse prisma que as fotografias podem ser tomadas como “objetos biográficos” que envelhecem com seus possuidores e que se incorporam a suas vidas, guardando momentos singulares (BOSI, 1983, BARROS, 2006). Por outro lado, a fotografia atua como uma espécie de “substituto mágico” (BOURDIEU, 1979) daquilo que se foi, suprindo as falhas da memória e como ponto de apoio à recordação e à comunicação desta recordação aos outros, atualizando-a continuamente.

Nesse percurso entre produção fotográfica e diálogo com os informantes dessa pesquisa, transpareceu de modo muito claro o papel da fotografia como meio não apenas de “materializar” memórias, mas também um importante elemento de comunicação e, sobretudo, de *conhecimento de si e do outro*. Parto dessa premissa por considerar fundamental o papel que a fotografia adquiriu nessa pesquisa, seja como um meio de apresentação da família (no caso dos “álbuns de família”, presentes nas paredes das salas) aos estranhos que chegam na casa, ou ainda como instrumento importante para preservar uma imagem e um conhecimento de si, revitalizando lembranças que de outro modo estariam, como alguns relatam, “perdidas”.

Nesse processo de conhecimento e reconhecimento de si e do outro, me inseri como uma “estranha”, e com o apoio de uma máquina fotográfica, não apenas produzi fotos, mas também compartilhei lembranças, e participei da produção de outras memórias, já que cada foto produzida apresenta-se prenhe de recordações desse momento fotográfico, em que os velhos posaram para as fotos, mostraram sua casa e o lugar onde moram, e narraram suas memórias.

Diante da possibilidade, garantida pela máquina fotográfica digital, dos velhos verem as fotografias imediatamente após sua tomada, estes foram copartícipes na construção desse momento, por vezes indicando ângulos e enquadramentos e opinando sobre cada fotografia produzida.

Além disso, tomei como rotina no trabalho de campo o retorno de algumas dessas fotografias aos velhos, inserindo-me num circuito de trocas recíprocas, nas quais os velhos, produtores de memórias sobre o lugar, recebiam em troca uma lembrança, na forma de registros fotográficos, do nosso encontro.

Outro momento neste circuito de trocas foi a elaboração dos aqui chamados *Cadernos de Memórias*, cadernos que reuniram as narrativas transcritas e algumas das fotografias produzidas no momento das entrevistas com os velhos. O primeiro caderno de memórias produzido marcou “um tempo de despedida”, ou seja, foi elaborado no intuito de fazer uma homenagem póstuma a um dos velhos, falecido meses após nossa entrevista. Esse primeiro caderno passou pelas mãos de diferentes pessoas da família e da vizinhança do velho falecido, revelando assim as “histórias do velho”, como assim se referiam os familiares próximos.

Com o falecimento de outro velho que participou da pesquisa, seus familiares próximos, ao tomarem conhecimento da existência do primeiro caderno, solicitaram a elaboração de um caderno também para seu ente, de modo a “eternizar sua história”, conforme eles mesmos demandaram. A partir desta solicitação dos familiares, esta “homenagem” foi ampliada a todos os participantes da pesquisa, que receberam seus cadernos como uma espécie de “reliquia”, compreendendo-o como uma prova de seu fazer histórico. Desse modo, os velhos, em sua maioria impossibilitados de ler, seja por conta da idade ou mesmo por não saberem, folheavam os cadernos, apreciavam as fotografias e recontavam suas memórias aos mais novos, presentes no momento de sua entrega, tomando como suporte fundamentalmente as fotografias distribuídas ao longo dos cadernos.

Considero fundamental delimitar aqui as narrativas e imagens presentes nos cadernos de memórias como leituras de uma realidade e, além disso, como construções coparticipadas, produzidas no diálogo entre os participantes das entrevistas (velhos, pesquisadores e membros da família que se fizeram presentes no momento). Por outro lado, estes cadernos se mostraram importantes elementos neste circuito de trocas simbólicas que envolveram a entrevista, a produção das fotografias e o retorno da pesquisa aos entrevistados. E, assim, o “dom da palavra”, a fala no momento das entrevistas, transforma-se em “história de velho”, transcrita nos cadernos, a partir da qual os velhos, em sua grande maioria, obrigam-se à retribuição, na forma de “bênçãos” e agradecimentos³.

³ Todos os cadernos de memórias atualmente encontram-se reunidos na obra “Entre as Trilhas da Memória” (FREIXO e TEIXEIRA, 2011).

Velhos fotógrafos e suas produções: ressignificando memórias e vivências

Considerando a fotografia como um importante instrumento de ressignificação e reatualização das memórias produzidas pelos velhos agricultores, procurei compreender como esta pode atuar no processo de rememoração e de ressignificação de suas relações no ambiente em que vivem. Dada a relevância da fotografia como “objeto biográfico” (BOSI, 1983), busquei avançar na pesquisa tomando a fotografia como instrumento de diálogo na construção da memória dos velhos, tomando como principais instrumentos de análise fotos produzidas pelos próprios velhos.

Assim, solicitei aos velhos (mesmo que com o auxílio de familiares ou conhecidos) que fizessem registros de sua propriedade, nos quais buscaram identificar elementos que expressavam seu sentimento de pertencimento ao lugar; que representassem a memória de seu passado; ou ainda representassem mudanças em relação ao passado de sua família e de sua propriedade. Após este momento de registros, em uma etapa posterior das entrevistas, dialoguei com os velhos sobre os significados conferidos a cada um desses registros.

Foi solicitado ainda que me mostrassem algumas fotos de seus álbuns de família (incluindo aquelas em destaque nas paredes das salas) que achassem mais relevantes para narrar sua “história”, relatando sobre o processo de produção e seleção destas fotografias, bem como os significados a elas atribuídos e como estas poderiam auxiliar na representação de seu passado.

Neste sentido, percorrerei a seguir um caminho por algumas fotos dos velhos agricultores, buscando compreender como estas contribuíram e ainda contribuem no processo de seleção de memórias, que de algum modo é compartilhada pelo grupo social a que pertencem os velhos – sua família, bem como as pessoas do seu entorno – conferindo um caráter coletivo a estas memórias.

Dona Angelina e Seu Amado são considerados legítimos contadores da história de sua comunidade. Nessa etapa da pesquisa, quase três

anos após nossa primeira entrevista⁴, Dona Angelina mostrou-se mais receptiva que seu esposo, que se encontrava enfermo e, portanto, participando com limitações da conversa. Desse modo, em que pese minha preocupação de incluir Seu Amado em todo processo investigativo, seja nas entrevistas ou no registro fotográfico, as intervenções de Dona Angelina nortearam esse momento da pesquisa, implicando a apresentação de um olhar predominantemente feminino sobre o lugar onde o casal mora.

As fotografias apresentadas a seguir foram registradas por uma neta de Dona Angelina, a pedido dela, e orientadas de algum modo por sua imaginação fotográfica. A primeira fotografia registrada (Figura 3) resultou de um pedido feito por Dona Angelina, para que eu posasse junto com ela e seu esposo para foto, para, segundo ela, “guardar uma lembrança” minha, já que eu, como ela mesma questionou, já havia registrado várias fotos do casal e da casa, mas nunca aparecia em nenhuma foto. Esta fotografia surtiu como um modo de apresentar-me à sua família, que há muito ansiava por um momento de conhecer a “menina curiosa de Feira”, se referindo a mim e à investigação que vinha desenvolvendo junto a eles.

Reforça-se assim o papel da fotografia como um meio não apenas de recordação de acontecimentos e pessoas considerados memoráveis, mas também, e principalmente, um importante instrumento de apresentação e conhecimento recíproco, podendo ser considerado como um “substituto mágico” (BOURDIEU, 1979) não apenas de momentos, mas de pessoas, que passam a ser conhecidas por outros, ausentes.



Figura 3. O casal e a “menina de Feira”, diante de um lírio, no quintal da casa. Papagaio, Valente {BA}, 18 abr. 2008. Claudiane Lima.

4 A primeira entrevista realizada com o casal ocorreu em junho de 2005. O segundo momento de entrevista se deu em abril de 2008, na qual inseri o registro fotográfico pelos velhos como elemento de análise. Em maio de 2008, retornei à casa dos velhos entrevistados, já munida das fotografias registradas por Dona Angelina e sua neta, de modo a complementar a análise dos registros êmicos.

Vale ressaltar que o lugar onde deveria ser registrada esta foto foi cuidadosamente planejado por Dona Angelina, que sugeriu que as três pessoas posassem para a foto, diante de um lírio plantado por ela em seu quintal, próximo à frente da casa. Apesar do lírio, para um espectador desavisado, permanecer ocultado por trás das pessoas, ele é considerado pelo casal e, principalmente, por Dona Angelina, como um elemento central da fotografia, servindo de certo modo para “coroar” o momento de união e amizade que nascera entre as três pessoas que posam para a foto. Há aí, portanto, um processo de subjetivação da planta, que foi registrada pelo menos mais duas vezes⁵.

Na primeira fotografia, Dona Angelina escolhe registrar o momento de nosso encontro junto à planta, buscando eternizá-lo com o auxílio do lírio, selando o acontecimento com uma planta que adquire para ela um sentido para além do paisagístico, do belo. Na segunda fotografia, Dona Angelina posa ao lado da planta, “seu” lírio, aqui subjetivado e transformado em um ente querido, sugerindo uma relação de proximidade que envolve uma possível ruptura de distinções sujeito (mulher)/objeto (planta), já que a velha agricultora expressa um sentimento pela planta que, percebida como um sujeito, torna-se um “ente querido”, cujas flores exalam seu olor, como que em retribuição ao amor e cuidado da velha com a planta.

Reforçando esta relação de proximidade e subjetivação da planta, está presente um forte componente religioso, que transforma o lírio num símbolo de encantamento. Este componente religioso, uma das principais chaves de leitura do mundo para todos os velhos agricultores entrevistados, é explicitado por Dona Angelina ao justificar um dos motivos de registrar o lírio para além de sua beleza e seu olor: “Pra eu achar bonito, já basta a palavra do ofício”.

A agricultora se refere ao “Ofício de Nossa Senhora”, reza a ser proferida ao longo do dia, com orações e hinos determinados, a serem recitados em horários prefixados. Entre esses hinos, há pelo menos dois em que o lírio é claramente comparado à santa, o que faz da planta um símbolo de sua presença. Dada esta simbologia religiosa envolvendo a planta, o lírio, mais do que subjetivado, é santificado, reforçando os laços que ligam a agricultora à planta.

5 Por questões de espaço, estas fotografias não foram aqui apresentadas, podendo ser encontradas em Freixo (2010).

Anarrativa reverte-se então da descrição dos cuidados com a planta para a recitação do ofício, com o auxílio dos familiares presentes, sendo nesse momento requisitada a palavra de seu esposo. Sendo a reza do ofício tradicionalmente um momento de reunião familiar e, portanto, um momento público, que tem lugar no espaço da casa de encontro entre o público e o doméstico (a sala), é compreensível que se dê voz ao homem da casa, legítimo representante do espaço público, e reconhecidamente aquele que sabe rezar todo o ofício em ordem, tal como disposto do livro de rezas do casal.

Ao fim de um dia de registro fotográfico e cumpridas suas atribuições domésticas, Dona Angelina seguiu em direção à casa de um dos filhos, que reside próximo à sua casa, no interior de sua propriedade. É aí que semanalmente ocorre o que a velha agricultora denomina “a matança da criação”, momento em que toda família se reúne em mutirão para a tarefa de abate de parte do rebanho de caprinos. O abate se inicia às sextas-feiras à noite e segue madrugada adentro, quando a criação, já abatida, segue para a feira aos sábados, onde é vendida. Esta é uma ocasião de encontro de boa parte da família, mesmo daqueles parentes que residem na cidade e vêm auxiliar o abate. Dada a centralidade do abate da criação como momento de reunião de familiares e por ocasião da oportunidade de registrar o momento, Dona Angelina solicita à neta que a acompanhe para fotografar o momento, que foi mais bem representado no conjunto de fotografias tomadas por Dona Angelina e sua neta, somando oito fotos, de um total de 25 registradas. Desse conjunto de fotos da “matança”, quatro delas foram dispostas na série fotografia a seguir (Figura 4).

A agricultora não se limitou ao registro da criação e de seu abate, mas também em focar os papéis de cada familiar nesse processo. Assim, sua descrição das fotografias foi de grande riqueza, à medida que buscou não apenas apresentar todas as etapas da “matança”, mas também apresentar todas as pessoas que apareciam nas fotografias, com seus graus de parentesco, detalhando a tarefa que cada uma executava.

A primeira fotografia apresenta uma neta de Dona Angelina⁶, responsável pelo preparo do “fato de bode”, iguaria semelhante ao chouriço de por-

6 Seu rosto aparece propositalmente distorcido na fotografia, de modo a preservar a identidade da imagem.



Figura 4. Série fotográfica da “matança da criação”. Papagaio, Valente (BA), 18 abr. 2008. Claudiane Lima.

co, preparado com intestinos e miúdos de bode. Esta é uma tarefa essencialmente feminina e envolve a limpeza dos intestinos de detritos e o preparo do recheio (feito com miúdos e pimenta, dentre outros temperos) para o enchimento dos intestinos. Esta fotografia registra o momento da limpeza dos intestinos, na qual a neta, a pedido de sua avó, posa para a foto junto às “tripas”.

Na segunda foto, a intenção de Dona Angelina foi registrar o exato momento do abate, tarefa essencialmente masculina. Na fotografia, um genro de Dona Angelina encena acertar a cabeça de um bode com um machado. A terceira fotografia registra outro neto do casal retirando o couro e preparando a carne do bode para a venda, tarefa também exclusivamente

masculina. Por fim, Dona Angelina posa para a foto ao lado de uma criação e dois netos e enquanto descreve a foto, chama a atenção para os chifres do bicho, que segura como um “troféu”, ao lado do neto. Também os bichos de estimação da família, como o cachorro que aparece na foto, participam do momento, ajudando na tarefa da “limpeza”, como ressalta a agricultora, ao ver o cachorro que aparece inadvertidamente na fotografia.

O reencontro de Dona Angelina com esta série de fotografias da “matança da criação” finda por desencadear um processo de rememoração no qual Seu Amado narra suas lembranças do cotidiano da feira de Valente, lugar em que outrora abatia bois. Neste momento, o velho agricultor, ausente na produção das fotografias, e mesmo no momento de sua descrição por Dona Angelina, é convocado a dar seu testemunho à memória do casal e inicia sua narrativa em torno do abate do gado, atividade atualmente proibida pelos diversos órgãos de saúde pública, mas que fazia parte dos ofícios do velho que, além da lida na roça, ocupava-se do abate e venda de animais na feira, tarefa também exclusivamente masculina. Acionando memórias de um tempo passado, o velho agricultor resente-se da idade e de sua incapacidade para o trabalho, o que para ele diminuiria sua humanidade e sua vitalidade.

Importa destacar aqui que esse apelo à memória do velho agricultor por seus familiares reafirma o caráter seletivo e mesmo distintivo que pode assumir a memória, à medida que as memórias das vivências associadas aos espaços públicos são com frequência um atributo masculino, ao mesmo tempo reivindicadas e atribuídas aos homens. As mulheres, por sua vez, são por vezes desautorizadas a narrar estas vivências, limitando-se às narrativas das vivências do espaço doméstico, compreendendo aqui o interior da casa e o quintal, incluindo aí os saberes associados às plantas que aí se encontram.

Este caráter distintivo das narrativas e da memória também parece envolver a produção fotográfica sobre o lugar, o que de algum modo nos auxilia a compreender as fotografias aqui apresentadas como “produções femininas” que, como tais, privilegiam o espaço doméstico. Desse modo, tendo sido raras as intervenções masculinas nos registros, estas foram também raras nas descrições e na rememoração dos acontecimentos suscitados a partir destas fotografias, exceto quando estas memórias ape-

lavam para uma narrativa mais detalhada sobre espaços públicos, como parece ter ocorrido no momento da descrição da “matança da criação”. Neste momento, enquanto Dona Angelina descreve as atribuições femininas que envolvem o preparo do “fato de bode” (a limpeza das vísceras, preparo do recheio e enchimento das tripas), bem como os laços de parentesco que envolvem os participantes desse “acontecimento” (na maioria, filhos e netos do casal, apresentados a mim no momento da descrição das fotografias), pede auxílio ao esposo para lembrar os momentos do abate do gado, do cotidiano da feira livre, onde semanalmente vendia a carne, atribuição eminentemente masculina.

Da imaginação fotográfica do casal, principalmente de Dona Angelina, que norteou mais claramente os elementos da paisagem de sua casa a serem fotografados, é possível presumir que predomina nesta relação de fotografias um olhar feminino, no sentido de que foi claramente privilegiado tanto o olhar quanto a narrativa da agricultora, o que se expressa na relevância que assume o espaço privado da casa e do quintal, lugar caracteristicamente feminino.

Considerações Finais

Em que pesem os distintos olhares sobre as imagens ora apresentadas, foi possível perceber que elas, se analisadas como elementos vivos e em construção, não como dados imutáveis, podem trazer à tona narrativas que não foram reveladas pelas entrevistas. Assim, o recurso à fotografia, entretecida às memórias relatadas nas entrevistas, desempenha papel fundamental na compreensão das relações de sociabilidade inscritas no lugar, bem como das transformações ocorridas na paisagem.

Não se pode negligenciar o papel da fotografia como instrumento auxiliar à pesquisa de campo, mesmo em sua perspectiva ilustrativa. Contudo, também não se deve ignorar o papel da fotografia como uma narrativa, à medida que nela podem estar impressos diferentes olhares tal como nos sugere Baceyro (1980). Além disso, a fotografia dialoga com quem a vê e pode trazer à tona outras narrativas, já que as percepções são forjadas nas experiências de cada um.

Desse modo, considero fundamental articular o uso da fotografia à

construção de narrativas sobre o passado como forma de reconstituição da memória do lugar, possibilitando uma reconstituição da história das relações entre homens e mulheres em seu ambiente.

Entretanto, tal como Darbon (2005), creio que a fotografia não deve ser considerada como portadora de um sentido em si, de uma intencionalidade “inata”, estando de alguma forma subordinada à narrativa, uma vez que quem confere sentidos à imagem são as pessoas que as produzem, nos contextos e nos lugares em que são produzidas. Uma “leitura” da imagem por si pouco contribuiria para a compreensão dos significados atribuídos a elementos como algumas plantas nas casas dos velhos entrevistados, que se revelaram repletas de significados para além do visível.

Por outro lado, as pessoas não se esgotam em suas narrativas, não são apenas seres pensantes, capazes de expressar-se exclusivamente pela narrativa oral. Há algo que a narrativa não é capaz de revelar, algo que as pessoas efetivamente sentem e fazem em seu cotidiano, que dificilmente é expresso em palavras. É neste sentido que a fotografia revela não apenas lugares e objetos memoráveis, mas também um modo de viver expresso nos utensílios domésticos e na vestimenta, que revelam toda sua expressividade no enquadramento fotográfico.

Neste contexto, a utilização da imagem fotográfica na pesquisa possibilitou uma maior visibilidade desses narradores e de sua “arte de dizer” (DEVOS, 2005). O narrador assume assim, nas palavras de Devos (2005), o status de “produtor de imagens”, dando forma às estórias/histórias narradas. Neste sentido, a fotografia constituiu-se aqui num importante elemento de análise das relações desses velhos agricultores em seu ambiente.

Referências

ANDRADE, R. de. **Fotografia e antropologia: olhares foradentro**. São Paulo: Estação Liberdade, 2002.

BACEYRO, R. **Ensayos sobre Fotografia**. Cidade do México: Arte y Libros, 1980.

BARBOSA, A., CUNHA, E. T. **Antropologia e imagem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

BARROS, M M. L. de. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 52, p. 109-132, 2006.

BITTENCOURT, L. A. Algumas considerações sobre o uso da imagem fotográfica na pesquisa antropológica. In: FELDMAN-BIANCO, Bela; LEITE, M. L. M. (Orgs.). **Desafios da Imagem: Fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais**. Campinas: Papirus, 1998.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 2. ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 1983. (Série Estudos Brasileiros, 1)

BOURDIEU, P. **Un arte médio: un ensayo sobre los usos sociales de la fotografía**. México: Editorial Nueva Imagem S. A, 1979.

DARBON, S. O etnólogo e suas imagens. In: SAMAIN, E. (Org.). **O fotográfico**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Senac, 2005.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 2004.

DEVOS, R. V. **Pra lá pra aquele lado lá tudo é assombrado: memória, narrativa, espaço fantástico e a questão ambiental**. *Iluminuras*, n. 59, p. 1-32, 2005.

FREIXO, A. A. **Entre a valentia do boi e as fibras do sisal: narrativas e imagens de velhos agricultores sobre seu ambiente**. 2011. 250 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica.

FREIXO, A. A.; TEIXEIRA, A. M. F. **Entre as trilhas da memória: velhos da terra do sisal**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2011.

LEITE, M. M. **Retratos de família: leitura da fotografia histórica**. São Paulo: EDUSP, 1993. (Texto & Arte, v. 9).

MARTINS, J. de S. A imagem incomum: a fotografia dos atos de fé no Brasil. In: _____. **Sociologia da fotografia e da imagem**. São Paulo: Contexto, 2011.

NOVAES, S. C. O uso da imagem na Antropologia. In: SAMAIN, Etienne (Org.). **O fotográfico**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Senac, 2005.

PEIXOTO, C. E. **Envelhecimento e imagem: as fronteiras entre Paris e Rio de Janeiro**. São Paulo: Annablume, 2000.

TUAN, Y. **Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente**. São Paulo: DIFEL, 1980.

VON SIMSON, O. R. de M. Imagem e memória. In: SAMAIN, E. (Org.). **O fotográfico**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Senac, 2005.

Envelhecendo na América Latina: narrativas e histórias de migrantes andaluzes

Mariola Bernal¹

Andrea González²

Salomé Valencia³,

Sandra Pinzón⁴

Carlos Moreno⁵

Antonio Sagués⁶

Alexandre Kalache⁷

1. Esperanza nos conta sua história

De Córdoba a Campinas: Uma mudança inesperada?

“Eu nasci em Andaluzia, em Sevilha, no ano de 1942. Estive três anos por lá. Depois fomos para Córdoba, cidade em que minha família sempre viveu. Lá em Córdoba passei a minha infância. Quando tinha 16 anos meu pai resolveu vir para o Brasil. Eu tenho um irmão que é 11 anos mais velho que eu. Ele veio para cá com meu pai, mas não se acostumou e voltou para a Espanha. Então, primeiro veio meu pai, passou um ano e pouco depois vieram minha mãe e minha avó. Claro que não podia ficar

1 Mariola Bernal (mariola.bernal.solano@gmail.com) é doutora em Antropologia da Medicina.

2 Andrea González (gr.andrea@gmail.com) é bacharel em Ciência Política e Mestre em Estudos de gênero e Mulheres pela *Universidad de Bologna*, Itália.

3 Salomé Valencia é médica e pesquisadora da *Escuela Andaluza de Salud Pública* (EASP).

4 Sandra Pinzón é professora da EASP.

5 Carlos Moreno é médico e pesquisador da EASP.

6 Antonio Sagués é chefe do Serviço de Atenção Sócio-Sanitária da Secretaria Geral de Saúde Pública de Andaluzia.

7 Alexandre Kalache é professor associado da EASP, assessor sênior de Políticas sobre o Envelhecimento Mundial da presidência da Academia de Medicina de Nova Iorque e diretor do Centro de Políticas sobre o Envelhecimento do Rio de Janeiro.

sozinha lá. Eu não queria vir, mas, enfim, era muito pequena [...]. Nós tínhamos um negócio, uma loja de sapatos, mas então as coisas começaram a ir mal. Meu pai tinha um amigo que veio para o Brasil e lhe escrevia, e dizia que aqui se vivia muito bem, que não sei o quê. [...] Meu pai era um pouco aventureiro e quis vir para cá.

Não gostei muito quando cheguei aqui porque estava acostumada a viver na Espanha, em Córdoba, em uma localização central, em um lugar com luz. E quando chegamos aqui, até que fomos para um bairro muito bom aqui de Campinas [...] Ao lado da minha casa vivia o meu marido, eu o conheci no dia seguinte que cheguei. Ele estava esperando por mim porque o meu pai lhe mostrou uma fotografia minha e lhe disse que íamos vir. Ele gostou de mim e disse: esta espanholinha é minha. Então, no início, é claro, eu chorei muito, assim no primeiro dia. Depois... porque eu me acostumo rápido com as coisas. No dia seguinte, sua irmã foi me conhecer e ela me levou para sua casa e o conheci e a partir daí ele não me deixava, íamos para lá e para cá, para me distrair. Então a vida toda com este homem, eu me acostumei facilmente.

No início eu chegava às lojas e me diziam que eu falava muito bem o português, e eu não falava nada, depois já fui falando melhor. [...], eu aqui tenho sotaque espanhol e na Espanha me dizem que eu tenho sotaque de brasileira, então eu digo que não tenho mais nacionalidade [...]. Aqui os brasileiros gostam muito dos espanhóis, sempre gostam do modo como falamos, e eu nunca fui discriminada.

O trabalho dos meus pais... meu pai primeiro montou uma oficina de rádio, ele era técnico de rádio e depois não deu muito certo. Depois, mais para a frente, montou uma fábrica de coisas de linha... sabe... assim, roupinhas de criança, blusas para senhoras. Íamos bem, íamos mal. Mas depois meu pai sofreu um acidente e não pôde trabalhar. Ficou um pouco para baixo, mas minha vida, na realidade, ia bem com meu marido, [...] tínhamos a nossa casa própria e graças a Deus fomos indo sempre para mais e mais e não podemos reclamar. [...] Eu nunca trabalhei fora, porque com meus filhos e minha casa já tinha o bastante, embora eu sempre tivesse alguém que fizesse as coisas de casa, eu tenho bastante trabalho. Tenho três filhos, um tem 43, um de 39 e outro com 37 anos. Os três são homens, o mais velho é casado, os outros dois separados, tenho quatro netos”

Envelhecimento no Brasil: família, amigos, identidades.

“Campinas é uma cidade bonita. Aqui no Brasil, o que acontece, se não fosse a violência que existe, é um país maravilhoso para se viver, estupendo. A Espanha agora está muito ruim. [...] Aqui, o bairro é muito bom, muito tranquilo e há muitas coisas.

Minha sogra é espanhola, ainda está viva, 92 anos de idade e mora com minha cunhada. Meu sogro era brasileiro, porque nasceu aqui, mas seus pais eram espanhóis, e então a família toda é espanhola. Somos de uma sociedade que tem muitos amigos. Combinamos jantares e saímos por aqui; então, o que mais fazemos é ir ao shopping e também viajamos. Agora, não viajo muito por causa da minha mãe, para não deixá-la sozinha.

Há uma sociedade [espanhola], mas não frequentamos. Uma vez por ano fazem *paella*, fazem alguma coisa, mas coincide de não estarmos aqui porque temos pousada em Monte Verde, uma cidade montanhosa a 160 quilômetros daqui e vamos muito para lá.

Faço comida da Espanha, em casa eles gostam, eu faço o *gazpacho*, tortilha espanhola, eu faço coisas daqui e de lá. Eu gosto muito da música espanhola, na época em que estivemos lá íamos para o flamenco e tal. [...] Nós assistimos à televisão espanhola aqui também, temos a TVE1.

A gente se sente tão só, lembro-me que antes com os filhos tinha um monte de trabalho [...], mas quando eles foram indo eu senti bastante; mas agora nos ligamos muito e eles vêm por aqui; hoje tem um que não está aqui porque não pôde vir, mas nós estamos sempre em contato.

[...]. Eu gosto muito do *skype*, porque eu vejo as pessoas e elas falam com você e é maravilhoso. Vou chamar daqui a pouco o meu irmão e a gente se vê pela câmera e então temos contato constante e com as amigas; também tenho uma amiga de infância em Córdoba [...] e nós sempre nos falamos por *skype*, eu tenho bastante relação. É o que eu digo à minha mãe, porque o meu irmão veio no ano passado, mas esteve quase dois meses e minha mãe fica triste quando o meu irmão se vai, mas eu digo: ‘... Olha, antes era mais difícil porque eram cartas e até ir e vir era muito tempo, depois o telefone, agora pelo computador você vê todos os dias se quiser’, diferente.

Eu não voto porque aqui os estrangeiros não votam; não tenho nacionalidade brasileira, eu sou apenas espanhola, eu voto na Espanha; meu marido também, toda a nossa família. Aqui não voto, não me interessa a vida política daqui, são uns ladrões”

Saúde

“Nós sempre tivemos um seguro de saúde particular, porque o do governo não se pode usar, não vale nada, tem que esperar sei lá quanto tempo para uma vaga e, depois, se você precisar de cirurgia, bem, você tem que esperar não sei por quanto tempo; então, não se pode esperar da previdência social, do governo, se morre antes [...]. Nós temos um plano de saúde privado muito bom, nunca tivemos qualquer problema.

Eu tive filhos por cesariana, fui bem atendida, depois eu tive algumas operações, uma coisa sem muita importância, um pé, uma operação maravilhosa. Meu marido diz: ‘...Estamos velhos’; eu digo: ‘..Velhos?!?!’... Se você pode fazer o que quiser, ora, não tem que pensar na idade; eu sou assim, não penso muito na idade. Eu faço o que eu tenho que fazer e pronto, não tenho nenhum problema de saúde nem fraqueza!...

A personalidade da pessoa... Ser assim ativa e não se calar diante dos seus direitos e tal. Eu sempre fui uma mulher ativa” [A entrevistada acredita que favorece o seu bem-estar]

Viagem de regresso

“Muito bem, nós estávamos tanto tempo sem ir lá, mas eu fui para lá após estar aqui 22 anos; fui com meu marido. Meus pais foram um pouco antes [...] como sofreram um acidente, eles vieram morar comigo; eu já era casada e depois de 16 anos estando aqui, meus pais foram para a Espanha e estiveram lá alguns meses. Então voltaram porque, claro, aqui está a nossa vida, temos que estar aqui. Depois sempre continuamos indo, então vamos a cada dois anos. Agora ficamos um pouco mais sem ir, cerca de nove anos, porque minha mãe é mais velha, e eu não posso deixá-la tanto tempo sozinha. Eu tenho um irmão na Espanha, Córdoba, que é casado; tem cinco filhos, seis netos... Toda a minha família é da Espanha, meus tios, meus primos... Todos... Agora, meus

tios morreram todos, meu pai também morreu e minha mãe ainda vive; vai fazer 104 anos agora em outubro.

Uma vez fomos para a Espanha e era Semana Santa, gostei muito; o meu marido não gostou muito... Estivemos na feira, na feira de Córdoba, uma maravilha... [lembrei] quando eu me vestia de cigana, eu era uma criança. Fico muito feliz de estar na Espanha e principalmente em lugares que eu frequentava quando criança.

Eu defendo muito o Brasil fora do Brasil e a Espanha eu também defendo... Eu sou assim... Mas há pessoas que não são assim; para minha mãe, por exemplo, a Espanha é a mãe do mundo. Para mim, a Espanha é muito linda, eu me sinto muito bem na Espanha, mas eu tive coisas ruins e coisas boas na Espanha e boas e ruins no Brasil. Não sou cabeça fechada que diz: ‘...O meu é melhor’.

Estou feliz por estar aqui, eu teria gostado de permanecer na Espanha da mesma maneira que eu estou aqui; estar na Espanha com a família que tenho aqui. Não, eu não posso nem pensar [em voltar], minha família está aqui. Agora eu posso, por exemplo, estar alguns meses lá e aqui; eu gostaria e até poderíamos ir mais para a Espanha, mas eu tenho minha mãe e eu não posso deixá-la tanto. Não sei se a vida lá teria sido como aqui, não sei... Mas eu acho que a minha vida aqui tem ido bem, não posso reclamar”.

2. Intercessões: migrações, saúde e envelhecimento. Um foco teórico e metodológico

A história de Esperanza é uma das tantas histórias que registramos para ilustrar e analisar as intercessões entre os principais eixos analíticos e discursivos deste estudo sobre andaluzes que envelhecem na América Latina: Esperanza é migrante, é uma pessoa mais velha e nos fala da sua saúde, entendida de uma perspectiva holística, não limitada à carga de doença que suporta e à atenção que busca e recebe.

Como sugere o título deste livro, as pessoas mais velhas passaram a ser as novas representações do Outro nas sociedades ocidentais da mesma forma que os imigrantes também passaram a ser. O campo da pesquisa científica por um lado e os meios de comunicação por outro levaram a

uma representação problemática desse Outro, conceituação que promove sua exposição a situações de exclusão social. Por um lado, o imigrante foi considerado como um grupo de risco para diferentes esferas da vida social e comunitária, mais especificamente no que tange à segurança pública, à estabilidade cultural e à saúde. Por outro lado, o envelhecimento foi contemplado na nossa cultura ocidental tradicionalmente como um problema, definido em termos de declínio físico e perda de habilidades sociais, o que, ligado à progressiva medicalização desta etapa vital na mão de uma biomedicina convertida em Modelo Médico Hegemônico⁸ (MENÉNDEZ, 2005), considera a velhice como uma doença em si mesma.

O que expomos neste capítulo corresponde ao trabalho realizado como parte de um estudo multicêntrico internacional⁹. O estudo “Envelhecimento Ativo em um País Estrangeiro” foi realizado pela Escola Andaluza de Saúde Pública nesta comunidade autônoma em 2011. Embora a relação entre migrações e seu efeito na saúde das pessoas seja uma área tradicional de estudo, tal relação foi pouco explorada em migrantes idosos, duplamente expostos a situações de exclusão, motivo pelo qual esse trabalho pretende ser uma contribuição neste campo emergente.

Diante da superação dos enfoques estruturalista e funcionalista – dominantes na gerontologia social e outros estudos sobre o tema cujos objetos de análise continuam sendo as debilidades, vulnerabilidades e fragilidades do envelhecimento, nos centramos em enfoques mais culturalistas, produto das reflexões derivadas do giro pós-moderno na teoria social contemporânea que refletem a heterogeneidade da população idosa, superam o adultocentrismo, defendem o envelhecimento como processo mais que como condição e consideram a pessoa de idade como um agente ativo de sua saúde. Seguindo essa perspectiva teórica, a OMS definiu o “envelhecimento ativo como o processo de otimização da saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2005). Esse estudo teve como

8 Este antropólogo menciona entre outras principais características deste modelo: seu biologicismo, associabilidade, a-historicidade, aculturalismo, individualismo e a cisão entre teoria e prática. (MENÉNDEZ, 2005)

9 “*Ageing in a Foreign Land: an International study of ageing, migration and belonging*” dirigido por Alexandre Kalache da Academia de Medicina de Nova York.

objetivo explorar tais processos no contexto da migração para poder analisar como estão envelhecendo atualmente um grupo de andaluzes que moram hoje na América Latina. E assim o fizemos adotando uma perspectiva de gênero como categoria analítica, que pretende superar os vazios gerados até o momento na pesquisa em envelhecimento tratando-a unicamente como variável de controle (HURTADO, 2011).

Para isso se aplicou uma metodologia qualitativa com o fim de conhecer as experiências pessoais e as subjetividades de quem envelhece hoje como migrante, dando atenção tanto aos processos particulares do curso vital (micro) quanto aos processos sociais globais (macro) que os contêm e que dão sentido a eles. Mostraremos a relação dialética existente entre ambos na junção de dois eixos de estudo fundamentais: migrações e as contribuições dos estudos sobre envelhecimento ativo como contribuinte de saúde (KING, 2002).

Apoiamo-nos em referências bibliográficas e estatísticas para descrever o contexto e analisamos sua história através da informação recolhida, mediante 17 entrevistas em profundidade realizadas com andaluzes residentes em dois países da América Latina: Argentina (Córdoba) e Brasil (Campinas e São Paulo), membros de associações culturais andaluzas e espanholas. No total, dez mulheres e sete homens com idades compreendidas entre 65 e 83 anos, que emigraram entre os anos 1930 e 1965. É importante ressaltar, pelas implicações que existem no presente estudo, que a metade deles deixou a Espanha com menos de 18 anos, tendo vivido no estrangeiro mais de dois terços de suas vidas. As entrevistas dirigidas para obter relatos de vida¹⁰ centrados principalmente na história migratória e nas áreas de envelhecimento ativo assinaladas mais acima foram realizadas por dois pesquisadores jovens, um homem e uma mulher que se deslocaram para esses países. Os encontros se produziram na casa do entrevistado(a) sempre que foi possível ou nas dependências das associações, onde foram tomadas as entrevistas.

Se na primeira parte do capítulo começamos expondo em primeira pessoa um relato de vida que retrata um modelo de envelhecimento em

10 O relato de vida se elabora a partir da aparição da forma narrativa em uma conversa e quando o sujeito a utiliza para entender o conteúdo de uma parte de sua experiência vivida (BERTAUX, 2005)

migração, continuamos agora inserindo o marco estrutural, que envolveu aquele movimento e como se desenvolve o processo de envelhecimento destas populações, ao mesmo tempo em que ampliamos e aprofundamos na compreensão do fenômeno do estudo ao entender como as interações entre os fatores estruturais e determinadas variáveis – composição familiar, gênero, nível educativo, socioeconômico e identidades culturais – modelam as subjetividades dando lugar a experiências diversas no que diz respeito à saúde, à migração e ao envelhecimento.

3. Motivações dos movimentos transoceânicos

A América Latina foi, depois da França, o segundo destino principal das migrações espanholas durante e depois da Guerra Civil (PLA, 2002). As primeiras pesquisas – desenvolvidas entre as décadas de 1970 e de 1990 – sobre estas migrações se ocuparam em explicar mediante causas de ordem estrutural tais êxodos massivos sendo a mais citada a Guerra Civil Espanhola e a recessão econômica de um país que ficou sem nenhum tipo de reservas e com capacidade de produção muito limitada (PLA, 2002, 1998) e que se viu altamente beneficiado por estes movimentos populacionais (LARAÑA, 1993)¹¹.

Causas estas de ordem política e econômica que se misturam e se ponderam em cada história de vida. Lola (78, Arg) lembrava de ambas as causas, a fome que passaram ela e sua família e o medo do seu pai diante da explosão de outra guerra em que seu irmão teria que participar como soldado; Juana (68, Arg) prioriza as razões políticas de seu pai, “não queria que nós passássemos pelo o que ele passou; ele esteve nas covas até terminar a guerra e como os familiares da minha mãe eram a favor de Franco e sabiam que meu pai era contra, o mantiveram preso e não sabíamos se sairia dali ou não”.

As causas políticas atendiam por uma parte aos efeitos da guerra que ameaçava constantemente a segurança, a integridade e a vida de quem vivia na Espanha, assim como aos fatores ideológicos em termos

¹¹ O dinheiro procedente da emigração ao exterior considera-se que foi um dos três motores do desenvolvimento espanhol, junto ao turismo e ao investimento estrangeiro.

de privação de liberdade que implicava o exercício do livre pensamento durante a guerra ou depois dela, sob um regime ditatorial.

A fome nos tempos de guerra foi outro grande motivo de expulsão. Rosário (77, Arg) lembra entre lágrimas sua infância junto a oito irmãos, sem nada para comer e tentando refugiar-se em covas onde a entrada eram-lhes negada, “isso ficou tão gravado, que até hoje estou no psiquiatra”. Os altos índices de desemprego no campo e na cidade, a perda de alguns empregos agrícolas derivados da mediana e lenta industrialização no país e a necessidade de encontrar novas fontes de manutenção e sobrevivência, fizeram com que muitas pessoas buscassem migrar para a América Latina (PALAZÓN, 1998:39). A maioria se tratava de pessoas com pouca qualificação, “eu tive nada mais que os primeiros ensinos, [...] meus pais eram analfabetos, os dois, meu pai a única coisa que sabia era trabalhar no campo” (Lola, 78, Arg), mas também partiam outros com estudos numa migração transoceânica que se esboçou, principalmente, a partir de 1957, como um fluxo de trabalhadores qualificados regularizados através de convênios bilaterais (ALTED, 2006). José (78, Br) havia cursado estudos na Escola de Facultativos de Minas e aspirava um futuro melhor: “...Eu vivia na Espanha e saí com muita desilusão, exatamente pelas poucas facilidades e oportunidades que surgiam para os jovens que estudavam”.

Embora a ideia romântica da viagem, a “aventura”, tenha sido um impulsor e um incentivo para alguns como o pai de Esperanza, com quem abrimos o capítulo, para nenhum deles chegou a representar a razão principal de sua partida ainda que tenha ajudado com que a experiência fosse menos dramática. “Eu tinha um negócio lá e era muito ruim, eu vendia petróleo. Vim para cá, vendi o pouquinho que tinha porque não tinha quase nada, e vim à aventura”. Manuel (83, Br) escolheu a Venezuela, mas acabou indo para o Brasil porque seu cunhado tinha amigos que viviam bem em São Paulo.

Os principais destinos escolhidos foram nesta ordem: México, Argentina, Venezuela e Brasil (PLA, 2002). A escolha de um país ou outro se deveu praticamente em todos os casos a contatos prévios com familiares e amigos ou conhecidos já estabelecidos lá, em certas ocasiões, desde o princípio do século. Os requisitos legais nas migrações, já altamente regularizadas, foi outro fator que ordenou os destinos. Durante, ao menos,

alguns anos, enquanto a Argentina solicitava uma *Carta de Chamada* que costumavam escrever os familiares já estabelecidos, o Brasil admitia a entrada livre: “Nós íamos para a Argentina, mas não conseguimos fazer a *Carta de Chamada*, então viemos para o Brasil, porque naquele tempo no Brasil não precisava” (Fernando, 72, Br).

Sobre a tomada de decisões e os motivos para migrar, existem claras diferenças gerais durante aquela Espanha em guerra ou já franquista. Os homens, tradicionais chefes de família, iniciavam as viagens bem antes que as mulheres e os filhos, para garantir o bem-estar destes antes que chegassem ao destino. Uma modalidade que variou notavelmente com o tempo¹². As mulheres foram seguindo àqueles que até então eram seus namorados, por amor, para começar no lugar de destino a formar uma família, casando-se previamente por poderes¹³: “Eu vim para cá por amor, porque éramos namorados” (Jacinta, 77, Br), ou seguindo o marido com seus filhos e reagrupando a família.

A maioria dos que envelhecem hoje na América Latina são precisamente os filhos destes, crianças, meninos e meninas, que tiveram que seguir a família sem ter tido a oportunidade de participar na tomada de decisão, “porque tem o imigrante que se joga por vontade de provar, mas eu estava em uma idade que tinha que seguir meus pais, eu [...] levo quase 60 anos na Argentina, mas o coração da Espanha me puxou e continua puxando” (Pablo, 74, Arg). No caso das mulheres, algumas não haviam formado família e permaneceram solteiras, por isso resolveram migrar, para conhecerem outros lugares e tentarem a sorte. Não completamente desligados da intenção de fugir da guerra ou de buscar novas oportunidades de renda, Adela (83, Br) atribui a decisão de partir a razões mais emotivas que racionais: “..Vim ao Brasil porque eu tinha uma irmã aqui [...] vim por uma bobeira, porque minha irmã estava aqui e eu pus na cabeça que queria vir”.

Assim se sucederam as histórias que muitos viveram, com diferentes níveis de intensidade, como experiências de exclusão social, devido a uma saída forçosa do país por problemas de fundo econômico-político.

12 Sobre a progressiva *feminização* das migrações que reavaliam o mito do homem provedor nos movimentos internos em um país e transoceânicos, como mostra o estudo da CEPAL. (ver bibliografia).

13 Casamento que se realiza mediante um poder notarial sem necessidade de os cônjuges estarem presentes fisicamente como regulamenta o artigo 55 do Código Civil. Foi comum naquela época para, ao regularizar as relações, permitir a entrada do cônjuge no país de destino.

A possibilidade de não retornar ao deixar a Espanha para ir até a um continente longínquo foi, sem dúvida, um fato que marcou profundamente a vida de quem realizou tais deslocamentos: a sensação do desarraigo¹⁴. Assim conta Joselito (81, Arg):

“Havia um desarraigo terrível, os barcos tardavam 15 dias, no mínimo. Isso significava um corte total e brusco com o passado e com a Espanha. Essas circunstâncias fizeram com que nós nos sentíssemos apegados ao espanhol. Quando vínhamos no barco, com centos de migrantes italianos, e em Barcelona aguardávamos centos de espanhóis de todas as latitudes da península, me lembro de um episódio: quando vínhamos cortando o Mediterrâneo, correu o boato de que estávamos atravessando o Estreito de Gibraltar e que seria a última porção de terra que veríamos da Espanha; então, todos os espanhóis foram até a proa pra ver a última vista da Espanha e, nesse momento, alguém começou a cantar a canção do imigrante, essa que diz: ‘... *Adeus, minha Espanha querida*’. Ninguém pôde conter as lágrimas”.

4. Envelhecendo na América Latina

A. Razões para não retornar

Através dos anos o número de pessoas espanholas retornadas da América Latina é cada vez mais baixo e dos que decidem permanecer lá, aproximadamente metade, são pessoas maiores de 65 anos (VONO, 2007). Estas pessoas que migraram entre os anos 1930 e princípio dos anos 1960 foram geralmente homens e mulheres capacitados para trabalhos técnicos, de reduzida qualificação, que desempenharam trabalhos artesanais (costura), de pedreiros ou industriais (soldadores, operários) ou de serviços (garçons ou vendedoras).

14 No sentido de desvincular de suas raízes (nota da tradutora).

Muitos deles viram seus familiares voltar. Esperanza nos contava no começo do capítulo que seu irmão voltou porque “não se acostumou”, as irmãs de Lola (78, Arg), casada com um argentino, também voltaram com seus maridos espanhóis e filhos, uma vez passados tempos mais difíceis e nunca mais abandonaram a Espanha.

Aqueles que permaneceram no lugar de destino apontam certas razões para tomar essa decisão, que aqui enunciamos:

- *Os vínculos no lugar de destino*: tendo migrado com tão pouca idade, as redes sociais e de apoio criadas¹⁵ são suficientemente extensas e sólidas para alimentar a percepção de inclusão e integração dentro da sociedade de acolhida e a sensação de distância com relação à sociedade de origem, a qual faz com que a ideia de retorno seja pouco provável. (VONO, 2007; ARJONA & CHECA, 2005).
- *Dificuldades econômicas* diante da impossibilidade de viver na Europa com as aposentadorias resultantes do trabalho de muitos anos em um país latino-americano, mesmo com casa própria na origem. Uma análise de custos e benefícios transforma o retorno em inviável e não compensatório, por causa do desajuste e da desvantagem em relação ao câmbio nas fronteiras.
- O fato de não haver mantido contato com as redes familiares e amigadas que ficaram na Espanha, e a impossibilidade de recorrer a elas no caso de querer retornar.
- *Problemas de saúde* que, com o avançar da idade, tornam difícil e pouco desejável a mobilidade entre o país de destino e a Espanha.
- *Distância geográfica*, principal entrave ao contato contínuo, que, pouco a pouco, vai debilitando os vínculos com o país de origem.

Em muitas ocasiões são notórias as diferenças em relação aos fatores que impulsionam mulheres e homens a permanecer em seus lugares de destino. Neste sentido, a responsabilidade cultural designada às mulheres no apoio e cuidado familiar se reflete nos casos em que os fatores que as impulsionam a permanecerem no destino, tem mais a ver com a

15 Fazemos referência ao menos a dois âmbitos particulares: o familiar e o das relações de amizade.

necessidade de estar perto de suas famílias, enquanto os homens fazem alusão às limitações econômicas e materiais.

B. Identidades híbridas e participação na sociedade

Indagando como vive e como envelhece este grupo de emigrantes espanhóis, encontramos a participação social, em diferentes áreas e com diversos fins, como uma atividade muito comum em suas vidas. A participação social ativa e a manutenção das redes sociais são estratégias mais recorrentes entre aqueles que envelhecem no estrangeiro.

A participação social foi definida com relação a dois temas: um, a participação cidadã que se refere à vinculação com organizações civis (sejam estas de caráter cultural, social-altruísta ou religioso) e dois, a participação política que implica o exercício de direitos políticos no país de origem e de acolhida. Dentro da primeira está, por exemplo, o vínculo e a participação nas organizações criadas ao redor da “identidade espanhola”, e/ou “andaluza”, a participação em grupos de aposentados ou associações de vizinhos, e dentro da segunda está o exercício do voto (na Espanha e no país de destino). A manutenção de redes sociais faz referência à importância que cada um dá ao vínculo existente por um lado com a família e, por outro, com redes de amizades.

Estes migrantes buscaram se manter vinculados de alguma maneira a tudo que tem a ver com suas raízes. Nascidos em Andaluzia e muitos tendo migrado muito novos, permaneceram conectados, planejando, ou não, voltar, já que essa estratégia responde a manter e reforçar uma parte de sua identidade: a andaluza. Através delas e das atividades que realizam, continuam sentindo o vínculo com a Espanha estável. Assim, estas associações realizam uma função de coesão social que inclui o assessoramento sobre seus direitos como emigrantes (voltaremos sobre este ponto mais adiante).

Em sua vida cotidiana, tanto mulheres quanto homens consideram necessário manter relações próximas com outros aposentados espanhóis, mas também com os autóctones. Por isso há quem fale do significativo que é manter relações de amizade com outras pessoas por meio do exercício de atividades lúdicas: “... Vou ao centro de aposentados perto da

minha casa; mais ou menos às 10 nos juntamos no centro da cozinha e tomamos mate” (Lola, 78, Arg). Combinam a *paella* com o mate, o *gaspacho* com a feijoada e tanto dançam uma sevilhana como um tango. Vivem assim, identidades híbridas construídas progressivamente ao largo de suas vidas como migrantes e que conjugam a identificação com o país de origem e no de destino em relações particulares em cada caso.

O vínculo com tais associações pode ser motivado por, pelo menos, quatro razões: o interesse em manter sua identidade andaluza e /ou espanhola mediante vínculos com outras pessoas espanholas e com a Espanha (organizam viagens à Espanha¹⁶ e fomentam tradições – danças, comidas, celebrações, etc.); uma intenção altruísta de beneficiar, por meio do trabalho, a outras pessoas menos favorecidas; o interesse de encontrar espaços de ócio com outras pessoas na mesma situação, reforçando assim sua identidade etária e comunitária; e/ou um sentido utilitarista ao poder optar por ajudas institucionais pela sua condição de emigrantes idosos. Em qualquer caso, mostram um cenário em que desempenham níveis intensos de atividade e compromisso social os quais contribuem para romper com as imagens e representações sociais da idade avançada como etapa associada à passividade e à inatividade.

Dado o componente de sua dupla identidade, o exercício do voto na Espanha ou em seus países de destino representa um vínculo formal que, de acordo com sua percepção, lhes permite o reconhecimento como parte de um lugar e outro. A maioria participa nas eleições espanholas; às vezes, não sabem em quem votar, mas o importante é fazê-lo e sentir-se ‘parte de’, assim como agentes ativos no exercício de sua identidade espanhola¹⁷. Ocorre o mesmo quando participam nas eleições do país de destino no caso dos que fizeram as tramitações para adquirir a nacionalidade por razões de arraigo, mesmo com seu direito de voto restringido às eleições locais.

16 O “Instituto de Mayores y Servicios Sociales” (IMSERSO), administrado pelo Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade, vem incluindo um programa de férias anual que pretende “facilitar a incorporação deste coletivo às correntes turísticas, ao mesmo tempo atenuar as consequências que em matéria de emprego produz o fenômeno da *estacionalidade* no setor turístico do país” (www.imserso.es, 2011). Estas viagens são ofertadas para emigrantes espanhóis por meio dessas associações culturais.

17 Dado que muitos dos contatos se realizam por meio dos consulados, é possível que estas pessoas tenham uma relação particularmente ativa com as atividades eleitorais na Espanha e que fique omitida a percepção de pessoas que não têm uma relação tão estreita com o consulado espanhol.

Manejam uma identidade composta – no que se refere a sua afiliação cultural com dois países – que lhes compensa com experiências de inclusão social ao compartilhar referências culturais com uma comunidade, a espanhola, além de relacionar-se e compartilhar tantas outras com uma comunidade autóctone, mas também de exclusão ao transformá-los em imigrantes em ambas as sociedades. “[em minha viagem à Espanha] eu discutia com alguns espanhóis que diziam ‘você é brasileiro’ e eu dizia ‘não, eu sou mais espanhol que você porque eu tive que sair de lá quando a Espanha estava muito mal’ [...] e então agora eu me sinto, ainda que meu sangue seja espanhol, me sinto mais brasileiro, mas nunca esquecerei que sou espanhol” (Fernando, 72, Br).

A experiência do desarraigo atravessa e marca suas histórias de vida, retratando os processos de tensão e luta que se dão na construção de uma identidade cultural híbrida e complexa.

Mantiveram laços, além das associações, com a cultura do país de origem por meio de outras redes sociais, hoje facilitadas pela “sociedade da informação” (CASTEL, 1996). Muitos de seus amigos no país de destino são espanhóis, enquanto que, em alguns casos, os contatos com amigos e familiares na Espanha se foram perdendo ou bem pelas dificuldades de tempos atrás – por exemplo, o analfabetismo – ou bem porque passado um tempo os familiares mais próximos foram morrendo. A democratização e a popularização dos avanços tecnológicos em comunicações – e o alfabetismo digital – levaram em alguns casos a recuperar estes contatos e reforçar aqueles que já não se mantinham, permitindo-lhes participar mais ativamente – pela maior quantidade e intensidade do fluxo de informação – na criação destes campos sociais que cruzam fronteiras geográficas, culturais e políticas que definem as migrações transnacionais (BASCH, GLICK, SAZNTON, 1994)¹⁸. Mediante a televisão, mas acima de tudo pelo uso da internet, intensificam seus vínculos entre a sociedade de origem e a de destino, aliviando a profunda carga de desarraigo, assegurando a sobrevivência da família transnacional: “...Adoro internet. Minhas primas choraram quando me viram pelo monitor” (Jacinta, 77, Br). Por ocupar um papel fundamen-

18 ‘Transnacionalismo’, termo que se refere ao conjunto de processos por meio do qual os imigrantes forjam e sustentam relações sociais multidimensionais que vinculam suas sociedades de origem e de destino. As autoras foram as primeiras a empregá-lo.

tal no cuidado dos imigrantes mais velhos, estudamos com maior profundidade o âmbito das relações familiares no próximo item.

5. Processos de saúde/doença/atenção¹⁹

*Y España mía
De mis amores
Tierra bendita
Donde nací*

*Con sus balcones
Llenos de flores
Y otra más guapa
No debe existir*

*Los emigrantes
Salimos un día
Y embarcamos
Todos llorando*

*Porque
Lo que más amaba
En mi España
Se iba quedando*

*Mi España mía
España de mis amores
Y allí se curan
Todos mis dolores²⁰*

As representações sociais da velhice estão carregadas de imagens de pessoas velhas com deficiência e dependência; entretanto, alguns es-

19 Termo utilizado por Menéndez (1996) que compreende os fatores e processos sociais e culturais que se encontram na causalidade, desenvolvimento, atenção e prevenção das doenças.

20 Letra de uma canção folclórica espanhola composta e interpretada por um dos migrantes entrevistados para este estudo (Fernando, 72, Br).

tudos estimam que mais de 70% das pessoas idosas não sofrem de nenhuma deficiência, e mais de 85% são independentes, desfrutando da autonomia que lhes permite realizar, com mais ou menos esforço, as tarefas do dia a dia. Ou seja, a maioria usufrui de uma vida ativa. Ainda assim não são todos, e suas experiências contêm particularidades que trataremos de mostrar na forma de fatores sociais e de saúde que lhes condicionam à realização de um envelhecimento ativo.

Para muitos, a doença é vivida mais como um aspecto de desafio do que de limitação. Por exemplo, Paquita (76, Arg) tem uma longa história de doenças crônicas e foi operada em várias ocasiões, incluindo um câncer de mama: “...Na coluna eu tenho de tudo: hérnia de disco, bico de papagaio, de tudo eu tenho”, no entanto, relata que sua saúde é boa e que pode se mover sem grandes dificuldades. Vivendo com seu marido, frequenta semanalmente as atividades do *Centro Andaluz*, divide o tempo com seus netos e gosta de pintar e andar de bicicleta. No fim de semana seguinte ao da entrevista ela iria cozinhar uma *paella* para quase duzentas pessoas. Para ela, como para outros, a saúde não é só uma lista interminável de doenças.

A participação social nas associações que promovem o sentido de pertencer a uma comunidade e que lhes faz sentir ativos é para todos uma fonte de bem-estar, um ativo em saúde²¹. Lola (78, Arg) nos contava que se sente ressuscitar quando vai ao *Centro Andaluz* e o definia como uma “injeção de vitaminas”. Seja em associações que reafirmem sua identidade cultural ou lhes fazem sentir produtivos, esta participação social ajuda a combater uma percepção ruim da saúde que vem sendo relacionada com as situações de inatividade, principalmente econômica (POORTINGA, 2006).

Outros se sentem bem fazendo atividades físicas: caminham, andam de bicicleta, fazem ioga, tai chi ou ginástica para idosos no mesmo centro cultural onde aprendem teatro, pintam, dançam, cantam. Suas agendas vitais rompem com a representação da velhice como etapa inativa e improdutiva; o modelo de identidade está longe de ser único; os idosos são voluntários, estudantes, consumidores, turistas, cuidadores e/ou produtores, entre outros.

21 Definido por Morgan e Ziglio (2007) como “qualquer fator ou recurso que potencialize a capacidade dos indivíduos no que tange à saúde e ao bem-estar”.

Não obstante, quando o estado de saúde piora, a autonomia se vê afetada e a vida ativa e de ócio interrompida. Miguel (83, Arg): ...”Antes eu fazia mais atividades, mas agora só posso caminhar.

De dia eu não faço nada, estou em minha casa. Saio para caminhar sete ou oito quarteirões, mas volto porque me canso muito, sofro das pernas. Entretenho-me vendo televisão [...] e tenho uma casa que está quase no centro e vou ter que vendê-la e comprar uma que seja nas imediações que não tenha escadas. Eu tinha que estar [nesse momento] em Andaluzia porque o cônsul me deu a passagem, mas me proibiram as escadas e não posso viajar. Então vamos ver se este ano, se Deus quiser, vou ver se posso viajar para ir ver meu irmão, porque eu vou perdê-lo por toda a vida e não o vejo”

Mas as condições de saúde não são as únicas limitações para desfrutar de uma vida ativa. Miguel, que tanto desfruta do *Centro Andaluz* aonde vai para cantar, não pode ir uma vez a cada duas semanas porque lhe sai caro o deslocamento. Ele, como tantos outros, carece de recursos econômicos para, depois de uma vida toda trabalhando, pagar suas necessidades básicas. Queixam-se de que as aposentadorias no país de destino são baixas e as ajudas da Espanha não chegam a todos. Dolores (81, Br), depois de ter cuidado da longa doença do seu marido já falecido, nunca recebeu ajuda econômica do governo espanhol e ainda tenta justificá-la pela situação de crise financeira: “Se a Espanha não pode ajudar aos que estão lá, como vão poder ajudar aos que estão aqui? Mas para nós, que estamos aqui, dói um pouquinho o coração por saber que fomos abandonados”. Outros em compensação recebem e se sentem agradecidos por uma ajuda que consideram fundamental para a sua sobrevivência: “A nossa situação econômica é muito difícil porque apesar do penoso trabalho realizado durante anos não deu os frutos esperados [...] Por sorte aqui no centro nos compram os remédios” (Joselito, 81, Arg).

Os centros culturais espanhóis representam, também, um ativo em saúde por exercer um trabalho de assessoria legal, informando a seus frequentadores sobre seus direitos e encaminhando ajudas institucionais,

basicamente pensões assistenciais por velhice²², viagens, ou, no caso de ajudas autônomas, apoios pontuais em gastos com a saúde. Estes emigrantes se beneficiam do financiamento de medicamentos, produtos ortopédicos e, inclusive, em alguns casos, do financiamento de uma cirurgia. A percepção de um acesso desigual influenciado pelo capital social está presente em alguns discursos como o de Rosário (77, Arg): “...Um dia me escapuliu da boca: ‘para os acomodados há, mas para mim não há’. Quando fazem comida aqui eu venho e então um fala com o outro e um com outro e um deles me disse que tinha ido três vezes [à Espanha] e que ele é um advogado” (Rosário, 77, Arg).

A necessidade de optar por estas ajudas responde em grande parte à ineficiência dos sistemas públicos de saúde na atenção a uma parcela da população. Apesar das especificidades em cada país, destacamos as semelhanças quanto às queixas sobre o sistema de saúde público que se centram nas extensas listas de espera, na qualidade dos dispositivos e no alto custo dos medicamentos e das cirurgias. A Argentina conta com um programa estatal assistencial dirigido aos idosos, PAMI²³, que auxilia a todos os migrantes entrevistados, ainda que peque por sua falta de qualidade assistencial, graças ao contexto de crise financeira global, crise essa a qual se reflete nos sistemas públicos de saúde e na progressiva privatização e comercialização da medicina, conforme explica o marido de Laura (65, Arg): “Comercializou-se muito a medicina no nosso país; as sociedades perderam seu poder de atenção à coletividade; esse é um dos dramas. Sem deixar de mencionar a inflação, que carcome o saldo da pessoa”. O Brasil, por sua vez, levou a cabo durante os anos 1960 uma ampliação da cobertura social que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, baseado nos sistemas europeus de bem-estar (FALEROS & VASCONCELLOS, 2006); no entanto, ainda se encontra longe de oferecer uma atenção de qualidade a toda população, “O sistema de saúde aqui? É nulo, é horrível” (M, 81, Br). Por isso, em ambos os casos, muitos dos migrantes idosos pagam por um

22 Os beneficiários são idosos que carecem de rendas ou recursos suficientes e vivem em um país no qual os sistemas públicos de proteção não atendem às suas necessidades básicas.

23 Por uma Argentina com Idosos Integrados -1971-2011 (PAMI, pela sua sigla em espanhol) é um programa de atenção médica gratuita a pessoas idosas, coordenado pelo Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas na Argentina.

seguro privado quando necessitam de assistência sanitária especializada e/ou urgente.

A titulação acadêmica de José (78, Br) abriu as portas a um trabalho qualificado em uma empresa que continua beneficiando-o com o seguro saúde: “É um plano máster, vou aonde quero, escolho o médico, telefone e o máximo é uma semana de espera”. Na contramão de José, o qual é possuidor de uma boa pensão, outros não podem pagar seguros privados e às vezes muitos medicamentos, a não ser por meio das ajudas mencionadas e também pelos apoios econômicos que recebem da família. “A aposentadoria que tenho é de mil reais, com mil reais não se faz nada, eu pago novecentos e pouco só de médico, se não fosse pela ajuda dos filhos eu não teria como viver” (Dolores, 81, Br). A família na Espanha e agora principalmente os filhos ajudam a pagar os gastos com a saúde dos migrantes idosos. Alguns, além disso, não têm casa própria nem recursos para o aluguel de uma. Caso típico de Rosário (77, Arg), que foi acolhida por sua sobrinha e em troca ajuda no cuidado da casa e criação dos filhos.

Entre as classes sociais mais baixas, a precariedade e escassez dos recursos públicos de proteção promovem a desconfiança social e a falta de segurança sobre suas vidas, ao mesmo tempo em que fazem recair a carga dos cuidados sobre as famílias e, dentro delas, especialmente sobre as mulheres. Muitas se viram obrigadas a renunciar a sua vida ativa e de ócio fora de casa ao assumirem o papel de cuidadoras de seus maridos, pais, mães ou netos. Esperanza cuidou de seus pais depois do acidente que sofreram e, agora, como tantas outras, continua fazendo o mesmo com sua mãe. “Antes eu fazia trabalhos manuais, cursos de pintura, cerâmica... Mas já faz tempo, hoje, só mesmo a casa e sair para algum lugar e cuidar da minha mãe”. Hurtado (2007) assinala que as presunções de gênero – as quais associam quase exclusivamente à mulher o trabalho de cuidado – se voltam menos rígidas com o passar dos anos. A implicação do homem é uma tendência observável, entre os migrantes idosos, apenas sob uma condição: se as pessoas a serem cuidadas são suas esposas. Ainda em tais casos, os cuidados não compreendem todas as dimensões devido à tradicional divisão das tarefas domésticas entre gêneros. A esposa de Juan (71, Arg) tem problemas de saúde que a impedem de se dedicar aos trabalhos domésticos tal qual fazia antes. Contudo, Juan sofre de artrose: “Não aprendi nada de cozinha. O problema

é que ela está muito cansada e não posso substituí-la”. Tal distinção de papéis nos cuidados leva a um acesso desigual ao capital social²⁴ entre gêneros e seu impacto, por consequência, se reflete na saúde (POORTINGA, 2006).

Em contrapartida, a marginalização dos idosos pode-se traduzir no aumento de seu isolamento, o que resulta particularmente duro no caso dos migrantes cujas culturas de origem – e, neste caso, também de destino – dão especial ênfase aos laços familiares. Carências de capital social, de redes sociais e familiares de apoio, notadamente quando estas levam a experimentar sentimentos de isolamento e solidão, podem influir negativamente na saúde dos migrantes idosos. De certo modo, esse grupo está sempre mais exposto, por ser, em muitos casos, o único elo de uma cadeia migratória que permaneceu no destino e que tem parte da família falecida ou em um país geograficamente longe. “Agora estou bem, porque estou perto da minha família”, conta Fernando (72, Br), divorciado, que atualmente vive com seu filho e neto. No entanto, Miguel (83, Arg), viúvo, conta que só tem amigos em um bairro que se transformou em uma residência de estudantes e passa horas sozinho em casa: “Sinto-me só porque meu filho [...] quando trabalha à noite dorme de dia; por isso, fico sozinho de dia e de noite... Tenho um pesar... Há anos perdi minha companheira e a solidão é muito ruim. Já pensei em dizer basta e me desligar”.

6. Considerações finais

Termina aqui nossa primeira aproximação sobre o estudo dos processos de envelhecimento ativo entre andaluzes que vivem na América Latina. Realizamos esse estudo por meio do diálogo entre os marcos estruturais e as experiências vitais de um grupo particular de emigrantes pela sua condição de participantes ativos nas associações culturais. Suas características diversas referentes ao sexo, níveis educacionais e socioeconômicos, idade ao migrar, composições familiares e identidades culturais, nos mostraram a singularidade e complexidade de suas histórias de vida quanto às intercessões temáticas e analíticas cá expostas. O estudo com

24 “Agregado de recursos atuais e potenciais derivados da posse de uma rede duradoura de relações, mais ou menos institucionalizadas de conhecimento e reconhecimento mútuo” (BOURDIEU, 1980, p. 2). Tradução própria.

outros grupos migrantes que não estão representados neste trabalho – por exemplo, aqueles que alcançaram um êxito econômico e social maior, ou aqueles impedidos de uma participação social mais efetiva devido a condições de saúde não ideais – seguirá contribuindo e tratando da heterogeneidade das histórias de migração, envelhecimento ativo e saúde.

7. Referências bibliográficas

ALTED, V. A. **España, País de Emigrantes a País de Inmigrantes**. Madrid. Universidad de Mayores de Experiencia Recíproca. 2008

ARJONA, Á.; CHECA, J. Retornados en Andalucía (España): una aproximación a los casos de Bélgica y la Argentina. **Anthropologica**. Lima dic, v. 23 n. 23, p. 99 - 126. 2005

BASCH, L.; GLICK, N.; SZANTON, C. (1994). **Nations Unbound. Transnational Projects, Postcolonial Predicaments and Deterritorilized Nation-States**. London: Routledge, 2003.

BERTAUX, D. **Los Relatos de Vida. Perspectiva Etnosociológica**. Barcelona, Bellaterra. 2005.

BOURDIEU, P. Le capital social. **Actes de la recherche en sciences sociales**. V. 31, p. 2-3, jan. 1980.

CASTELL, M. **La era de la información: economía, sociedad y cultura**. Alianza Madrid, 1996

FALEROS, V.; VASCONCELLOS, L. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Ministério da Saúde. Brasília 2006.

GIRÓ, M. J. **El envejecimiento activo en la sociedad española**, Universidad de la Rioja. Logroño. 2006.

HOSKINS, I.; KALACHE A.; MENDE, S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Vol.17. No. 5-6 Washington Mayo/ Junio, 2005.

HURTADO, I. **More to Life. Envejecimiento y cuidados en la migración internacional de retiro a la Costa Blanca (Alicante)**. 2010. Tesis (Doctoral) - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

KING, R. Towards a New Map of European Migration. **International Journal of Population Geography**. No. 8 (2). p. 89-106. 2002.

LARAÑA, E. Modelos de interpretación y cuestiones de método en el estudio de las migraciones españolas. **Política Y Sociedad**, v. 12, p. 121-37. 1993.

MENÉNDEZ, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social** v. 14, p. 33-69. 2005.

MORGAN, A.; ZIGLIO, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. **Promotion & Education**, v. 2. p. 17-22. 2007.

PALAZÓN, F. Reanudación, apogeo y crisis de la emigración exterior española (1946 - 1995). **Revista Ería**. No. 45. p. 37- 53. 1998.

PLA, B. D. El exilio republicano en Hispanoamérica. Su historia e historiografía. **Historia Social**, No. 42. p. 99-121. 2002.

POORTINGA, W. Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. **Social Science & Medicine**. n. 63. p. 255-270. 2006.

VONO, D; ANDREW, D. El retorno de españoles desde América Latina: características demográficas y distribución espacial de los flujos entre 1988 y 2006. **Cuadernos Geográficos**. n. 41. p. 7-31. Feb. 2007.

ZUNZUNEGUI, M. et al. **Más Vale Por Viejo**. Editorial Banco Interamericano de Desarrollo-Washington, 2002.

Reflexões sobre o envelhecimento: memórias de pacientes de hanseníase que passaram pelo isolamento compulsório

Yara Nogueira Monteiro¹

Marli Penteado Manini²

*Envelhecer com saúde deveria ser a meta de todos
e uma realização a ser celebrada por toda sociedade.
Se descobrirmos meios de prolongar e manter nossa vitalidade
física e intelectual pelo mais longo período de tempo possível,
podemos continuar contribuindo para nossas famílias
e para a comunidade que nos cerca....*

(George A. O. Alleyne

Diretor da Organização Pan-americana da Saúde³)

Introdução

O discurso do Diretor da Organização Pan-americana da Saúde realizado por ocasião da celebração do ano Internacional dos Idosos, resalta a importância de envelhecer com saúde, em manter a vitalidade e contribuir para o meio familiar e com a comunidade⁴. Afirmações que nos levaram a refletir sobre um grupo de idosos em particular: aqueles que foram acometidos pela hanseníase e que tiveram suas vidas mar-

1 Yara Nogueira Monteiro (yaranog@isaude.sp.gov.br) é mestre em História Social e doutora em Ciências pela FFLCH da Universidade de São Paulo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e líder do Grupo de pesquisa de História e Memória da Saúde do CNPq.

2 Marli Penteado Manini (lfmanini@terra.com.br) é médica formada pela FMUSP em 1971. Fez Residência Médica em Dermatologia no Hospital Clínicas FMUSP e Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Ex-diretora da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do I. Saúde. Presidente da Fundação Paulista Contra a Hanseníase.

3 Prefácio de George A. O. Alleyne In: *Ano Internacional das Pessoas Idosas: Envelhecimento, mitos na berlinda*. OMS, 1999

4 Idem ibidem

cadadas pela política profilática baseada no isolamento compulsório⁵. Se entendermos envelhecimento como um processo natural que acaba por refletir tudo aquilo que se fez ou a forma como viveu ao longo dos anos diversas questões podem ser postas, dentre elas a de como envelhecer com saúde, tal como postulado, quando a trajetória da vida foi marcada por uma doença estigmatizante; quais as estratégias para manter a vitalidade quando se tem sequelas físicas; como contribuir com a família se logo no início da vida os laços familiares foram comprometidos e, acima de tudo, como contribuir para a sociedade quando as dores físicas e psíquicas são uma constante.

Esse desafio nos motivou a refletir sobre a trajetória de vida de idosos⁶ que foram portadores de hanseníase e que passaram pelo isolamento compulsório em São Paulo e verificar, através da análise de suas memórias, de que forma as questões propostas se refletem no cotidiano desse segmento formado por pessoas, cuja maioria, tem mais de 80 anos. Para tanto, decidimos adotar como fio condutor a reflexão sobre envelhecimento formulado por um dos entrevistados:

O que é ser velho? “Pra responder essa pergunta eu teria que me basear na minha trajetória de vida a partir da internação, quando criança, e chegar ao ponto que cheguei até hoje, com 83 anos. Mas essa pergunta é tão vasta, tão grandiosa, porque teria que fazer um apanhado longo e eu acho que não vem ao caso aqui, mas sim fazer um apanhado muito pequeno pra dar essa resposta do que eu acho ser velho, né? (...) Eu jamais me imaginava, a partir dos 13 anos de idade, quando fui internado no Casa Branca⁷... Jamais podia imaginar que eu fosse completar a idade que eu tenho. Num período em que não existia remédio, não existia cura, a esperança naquele momento era zero de cura. Então, eu fazendo parte daquele

5 A hanseníase é doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*. A doença se transmite pelo contato de doentes que apresentam as formas bacilíferas sem tratamento. O período médio de incubação varia em média de dois a cinco anos.

6 Estamos utilizando o termo idoso para designar um sujeito histórico cuja trajetória de vida é passível de modificações influenciado e modificado por sua história de vida, experiências, cultura, entre outros fatores, e que portanto o próprio processo de envelhecimento acontece de maneira singular, traduzido na forma particular de cada indivíduo encarar e entender sua velhice.

7 O depoente se refere ao leprosário Cocais, então situado no município paulista de Casa Branca.

*contingente de internados que pensava a mesma coisa, isto é, a gente tinha uma sensação de culpa. Olha que absurdo! Nós tínhamos uma sensação de culpa por termos contraído uma doença milenar, com uma alta carga de preconceito e discriminação! A gente se sentia culpado mesmo. Não entendia nada. Por que a gente tá aqui? Fomos culpados por alguma coisa? Nós estamos pagando por ter cometido graves erros lá atrás ou sei lá, em outro plano? Esse era o espírito que dominava aquele contingente*⁸

Se, por um lado, o envelhecimento encerra uma série de alterações, inclusive *lapsos de memória*; por outro, as lembranças antigas continuam vivas, permitindo aos idosos resgatar e reavaliar um tempo cada vez mais distante, capacidade que os transforma em *laudator temporis acti*⁹. Capacidade esta de valor inestimável para a recuperação não só das trajetórias de vida, mas também de diferentes percursos e vivências, tanto individuais quanto coletivas, o que possibilita o resgate de uma infinidade de temas e abordagens, permitindo, inclusive, o estudo dos percursos de implantação e dos reflexos sociais de políticas públicas de saúde.

Neste trabalho privilegiamos o estudo das memórias de idosos e para tanto nos utilizamos, sobremaneira, da metodologia empregada em história, uma vez que esta nos permite o registro da memória viva, da trajetória de vida, das emoções, da perspectiva peculiar daqueles que foram vitimados pela hanseníase. Nossa proposta foi, a partir da análise dessas memórias, verificar os impactos causados por uma doença socialmente estigmatizante nas trajetórias de vida e de envelhecimento. Tivemos ainda como objetivo contribuir para a reconstrução e preservação das memórias e das identidades de pessoas que participaram na história da hanseníase no Estado de São Paulo.

Para a realização desse trabalho foram analisadas as memórias, contidas em depoimentos gravados, de um grupo de oito pessoas – três mulheres e cinco homens – de diversas origens socioculturais e que pas-

8 W. P. – Entrevista concedida a Yara N. Monteiro. Esse depoente teve uma trajetória importante tanto dentro dos asilos na época da internação compulsória quanto após essa época. Constitui uma liderança na região de Guarulhos, especialmente entre os doentes. Preside a Associação Fraternal Dr. Lauro de Souza Lima.

9 Ver Gerard Vincent, *Uma história do segredo?* P. 330

saram parte de suas vidas em leprosários paulistas no tempo em que vigorava o isolamento compulsório como forma de combate à doença. As entrevistas selecionadas fazem parte de um acervo pessoal de história oral iniciado nos anos 1990, e muitas das gravações tiveram que ser novamente transcritas¹⁰. Utilizamos ainda um diário pessoal e um livro de memórias de pacientes que passaram pelo isolamento. Na tentativa de atualizar as reflexões sobre envelhecimento procuramos alguns dos entrevistados e comunicamos o objetivo de nosso trabalho. Para análise dessas memórias e sua contextualização foram também consultados prontuários clínicos, documentação primária e bibliografia especializada. Utilizamos ainda técnicas da observação participante, quando de nossas visitas nos antigos asilos-colônia, associações e pensionato de doentes.

Todas as entrevistas foram realizadas com o rigor ético e científico pertinentes. A riqueza das memórias, as peculiaridades de cada depoente, muitas vezes acabou por se impor e ditar a dinâmica do processo no qual o roteiro passava a ser algo secundário ou nem sempre cumprido. Procuramos sempre respeitar a vontade do depoente, o fluxo de suas memórias, a dinâmica das vidas que nos foram abertas, ainda que isso implicasse em voltar outras vezes para outras gravações. Graças a essa estratégia foi formado um acervo sonoro que extrapolou em muito as propostas, possibilitando novas pesquisas. Apesar de ter tido a permissão para a utilização de seus nomes, optamos neste trabalho por identificá-los apenas pelas iniciais e mantivemos os nomes apenas daqueles cujas memórias já foram publicadas.

Alguns dos depoentes já morreram, mas suas memórias gravadas continuam vivas, se constituindo em fonte privilegiada de pesquisa cuja riqueza nos permite novas análises, caso do trabalho em pauta.

Ao trabalharmos com os testemunhos orais tivemos o cuidado de não tratá-los simplesmente como registros mais ou menos adequados de fatos ocorridos no passado ou de relatos de experiências vividas no presente. Procuramos interpretá-las como produtos culturais complexos, pois cada relato, cada depoimento, encerra inter-relações entre memórias privadas e públicas; entre experiências passadas e situações presentes,

10 Acervo de Yara N. Monteiro, o qual teve início durante a elaboração de tese de doutorado e continuado ao longo dos anos. Aqui registramos nossos agradecimentos aos esforços concentrados de Andrei Prupere Ogata, Enaura Maria de Almeida, Gustavo Gerald dos Reis e Márcia Regina Barbieri quanto aos trabalhos de transcrição de entrevistas.

entre representações culturais do passado e do presente, cuja natureza nem sempre é de fácil compreensão. Muitas vezes, o fato de detectar estas memórias, que podem ser denominadas de subterrâneas, significa delinear aspectos relevantes que de outra forma ficariam à margem da história oficial perdendo-se no tempo (ver Ferreira, 1998)

Neste trabalho procuramos inserir trechos das entrevistas no intuito de privilegiar a fala dos que não tem voz. Sabe-se, entretanto, que na transcrição perde-se muito do que de fato ocorreu, não sendo possível reproduzir tudo o que se viu, o que se ouviu e, em especial, a emoção contida nas falas. Dessa forma e no propósito de não interferir demais no texto original utilizamos pontilhado entre parênteses para assinalar quando houve a supressão de um trecho da entrevista e inserimos pontuações nos locais em que ocorreram pausas no discurso. Pausas essas que ocorreram devido a fatores diversos – grande emotividade, voz embargada, esforços de controle da respiração, contenção do choro.

As principais questões que nos nortearam na elaboração deste trabalho podem ser aglutinadas em três grandes grupos: o primeiro é constituído pelo momento do diagnóstico e separação da família e/ou vida anterior à internação; o segundo é composto pelos mecanismos de adaptação ao mundo do isolamento; no terceiro analisamos as formas de readaptação ao mundo extramuros, construção ou reconstrução de relacionamentos sociais. A tentativa de análise em separado é somente uma estratégia, uma vez que todas as questões são entre si e todas elas permeadas pelo enfrentamento do estigma acarretado pela doença. Sabe-se que a memória se produz no presente com representações do passado e que, de acordo com Halbwachs (1990 p 81), a memória, ao não fazer ruptura entre passado e presente, retém do passado apenas o que está vivo ou capaz de viver na consciência do grupo que a mantém. Ou seja, que cada depoimento representa uma espécie de releitura que o entrevistado faz de seu passado, e também de suas estratégias de enfrentamento, e até mesmo de sobrevivência em situações-limite, relatando fatos, evidenciando alguns episódios e silenciando sobre outros.

As diferentes entrevistas realizadas, os contatos com os depoentes muitas vezes em suas casas e o partilhar de suas memórias possibilitaram o estreitamento de laços de amizade e respeito que tornaram possível ter muito mais do que o inicialmente esperado. Como resultante desse pro-

cesso e devido à força dos depoimentos e a riqueza da trajetória de vidas, os entrevistados, na realidade, deixaram de ser objeto de pesquisa passando a ser parte importante e integrante do projeto.

As memórias e a estigmatização: o nós e o eles

Ao analisarmos a vida de idosos ex-pacientes de hanseníase podemos verificar que em suas memórias a estigmatização da doença e os dramas do isolamento compulsório ainda se fazem presente marcando tanto o cotidiano quanto a visão de mundo, abrindo espaço para a perpetuação de fronteiras entre o *nós* e o *eles*, entre os *doentes* e os *sadios*. Definições que são amplamente utilizadas nos discursos analisados, tornando nítida uma situação de fato: todos os depoentes são ex-portadores de hanseníase e embora as sequelas físicas tenham permanecido em muitos, clinicamente estão curados¹¹. Essa situação pode ser exemplificada por meio da fala de um *doente* que vive em um pensionato, o São Francisco de Assis, que em suas origens abrigava apenas hanse-nianos egressos do isolamento e que nos últimos anos passou também a aceitar idosos que não tiveram essa moléstia. “Hoje eu avisei a todos que vocês viriam, só não avisei os do grupo de saúde.”

Ou seja, mesmo dentro do espaço restrito da instituição, muito embora todos sejam idosos, tenham uma vida em comum e atravessem dificuldades semelhantes, muitos compartilham de muitas doenças típicas do envelhecimento. Observa-se a existência de uma espécie de divisor cujo fator de identificação principal é a doença, o passado comum resultante da aplicação de uma política profilática que até hoje é capaz de influenciar ações e formas de convívio. Verifica-se que o *constructo* da lepra elaborado no passado continua presente a ponto de permitir que um ex-doente, mesmo curado, ainda se considere diferente dos demais. As marcas da exclusão por ter sido *doente de lepra*, ou simplesmente *doente*, ainda persistem. Dessa forma, por oposição, o *outro* é designado como

11 As sequelas físicas da doença são decorrentes principalmente do dano neural. O comprometimento da parte motora dos nervos leva à paralisia com a instalação de deformidades nas mãos, pés e olhos; e a anestesia principalmente das mãos e pés leva a ferimentos e queimaduras.

sendo o de *saúde*, não importando o quadro clínico de cada um, ou a existência de limitações trazidas por Parkinson ou por Alzheimer.

Devido a essa realidade, na redação deste trabalho, optamos por também utilizar o termo *doente* quando a eles nos referirmos; também utilizamos *lepra* e *leproso*, por se tratar da análise de memórias e de eventos que em sua maioria ocorreram antes dos anos 1960¹².

A hanseníase e o isolamento compulsório em São Paulo

As transformações ocorridas no Brasil no âmbito da Saúde a partir de 1920, em especial com a criação do Departamento Nacional de Saúde, tiveram reflexos diretos na área da hanseníase com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, que tinha por finalidade orientar e dirigir os programas profiláticos nacionais, sendo vedada sua execução em decorrência da autonomia dos Estados. Em São Paulo, as orientações federais nem sempre eram observadas e isso permitiu a estruturação do *Modelo Profilático Paulista* caracterizado pela internação em massa de todos os portadores de hanseníase, não importando se a forma clínica fosse ou não contagiante¹³; enquanto que outros Estados da Federação optavam por um modelo mais *brando* e mais próximo ao indicado pelos congressos internacionais. (ver MONTEIRO, 1995).

Em São Paulo foi criado, em 1924, o Serviço de Profilaxia da Lepra que a princípio adotou uma conformação semelhante à do nacional. Seu rápido aumento de poder fez com que já no ano seguinte fosse transformado na Inspetoria de Profilaxia da Lepra (IPL). O *Modelo Paulista*, assim como o nacional, baseava-se no famoso tripé – *Asilo, Dispensário e Preventório*. Cada qual com finalidades específicas, porém complementares. O *asilo* constituía a peça-chave onde se previa a internação dos doentes. O *dispensário* tinha como objetivo fazer a identificação de novos casos, fichar e examinar periodicamente os comunicantes¹⁴; enquanto

12 No Brasil o termo lepra teve sua denominação alterada para hanseníase em 1995 através da Lei nº 9010. Através dessa medida legal, que proibiu o uso oficial de um vocábulo de conotação pejorativa, pretendeu contribuir no combate contra o preconceito e a estigmatização da doença.

13 A hanseníase pode apresentar formas clínicas diversas, podendo ser contagiosa ou não. As formas indeterminada e tuberculóide são consideradas paucibacilares; portanto, não contagiosas. As formas dimorfa e virchowiana são formas multibacilares e consideradas contagiosas quando não tratadas.

14 Denominava-se comunicante toda e qualquer pessoa que tivesse tido convívio com o doente.

que o *preventório* tinha por função recolher e manter sob observação os filhos sadios dos doentes, além de acolher todas as crianças nascidas nos asilos. Em São Paulo, para proceder à internação de todos os diagnosticados fez-se necessário a construção de uma rede asilar que viabilizasse a medida. Entre 1928 e 1936 foram inaugurados cinco grandes locais de isolamento: asilos-colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes; Pirapitingui, em Itu; Aimorés, em Bauru; Cocais, em Casa Branca; e Sanatório Padre Bento, em Guarulhos.

Desde o início, rigorosas medidas de controle foram adotadas, dentre elas a centralização, em um só local, de todas as informações sobre cada um dos doentes diagnosticados no Estado. Para tanto foi criado, em 1925, o Arquivo Central que funcionava na sede da IPL. Esse arquivo continha informações sobre a epidemiologia e a evolução da doença, além de dados pessoais, familiares e endereço antigo e atual. Com isso era possível a identificação, localização e o seguimento da doença e da trajetória de vida de cada uma das pessoas infectadas e de seus familiares.

A partir da estruturação do serviço profilático paulista verifica-se que toda e qualquer intervenção de outro órgão, instituição ou grupo organizado foi sendo, paulatinamente, eliminada e proibida. Em dez anos, a IPL se transformou no Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), organismo extremamente poderoso, organizado e politicamente forte, que se constituiu num dos orgulhos de São Paulo, apoiado pelo governo, louvado pela imprensa e pelos setores organizados da sociedade civil. O DPL se caracterizou por um tipo de atuação que, em nome da profilaxia da doença, retirava o doente da sociedade, despojava-o de seus direitos, até mesmo os mais elementares, e o inseria em um mundo à parte, o do *doente*, em oposição ao da *sociedade sadia*.

Até a década de 1940 a hanseníase não tinha cura e os tratamentos utilizados não eram eficazes¹⁵. A descoberta das sulfonas no início de 1940 e sua chegada ao Brasil nos anos seguintes significaram uma verdadeira revolução, pois com poucos meses de tratamento o doente tinha sua baciloscopia negativada e deixava de ser infectante, não mais significando

¹⁵ Nos anos 1920 e 1930, o óleo da *chaulmoogra* foi amplamente utilizado, apesar de doloroso e de seus importantes efeitos colaterais

uma ameaça à coletividade¹⁶. Os que se submeteram ao tratamento não só passaram a ser curados como viam o desaparecimento das lesões. Inicialmente, apenas alguns doentes tiveram acesso à nova medicação, ou por fazerem parte de grupos de pesquisa, ou por terem condições financeiras para importá-la dos Estados Unidos. A partir da década de 1950, quando a medicação foi disponibilizada de forma mais abrangente, ocorreu um grande número de altas e o drama da readaptação à vida fora das instituições asilares verificou-se.

Em São Paulo, o isolamento teve duração maior do que o restante do País. Isso porque o DPL optou por desconsiderar o Decreto Federal nº 968, de 7 de maio de 1962, e continuar se norteando pela legislação estadual e normas até então estabelecidas, dando continuidade à internação a qual perdurou até 1967, quando então teve início o processo de término paulatino do isolamento (MONTEIRO, 1995 pp. 414 a 418). Nessa época, a Secretaria de Saúde houve por bem proceder a alterações na rede asilar por intermédio do esvaziamento do Sanatório Padre Bento e fechamento de Cocais¹⁷. Dois asilos, o Pirapitingui e o Santo Ângelo, foram os escolhidos para acolher os doentes que, devido ao grau de incapacidade, não tinham condições de terem *alta*; enquanto que os outros teriam que procurar formas de readequação e de sobrevivência fora das instituições asilares.

Os silêncios e as memórias traumáticas

Estudar as memórias desse grupo de ex-pacientes é também estudar seu reverso, os esquecimentos, os silêncios e os *não ditos*. Esses estudos permitem a realização de análises das permanências de *memórias subterrâneas*, muitas vezes situadas entre o esquecimento e a memória social. E é no campo das memórias subterrâneas que se encontram e se confrontam a memória dos excluídos; daqueles que a fronteira do poder lançou à marginalidade da história na medida em que foram relegados a outro tipo de esquecimento, por lhes terem sido restringidos seus direitos

16 No início da década de 1940, nos Estados Unidos, G. H Faget iniciou suas experiências com as sulfonas no tratamento da lepra; após um ano, optou por um derivado da sulfona, o *Promin*, com bons resultados.

17 Cocais, posteriormente, foi transformado em local de atendimento para a Saúde Mental

à fala e ao reconhecimento da presença social¹⁸. Nesse sentido, esquecimento e morte se aproximam.

*A gente sofria humilhação demais mesmo. Demais! Que olha..., até hoje eu não gosto de pensar!!!*¹⁹

A memória, tanto individual quanto coletiva, é necessariamente seletiva, e por vezes se obriga a esquecer. Ou seja, tanto as recordações quanto os esquecimentos são aspectos inerentes da memória. A memória é necessariamente seletiva e por vezes está obrigada a esquecer, em especial quando se trata de eventos traumáticos e/ou de grande conteúdo emocional. O peso das memórias traumáticas muitas vezes levou ao suicídio, lembrando aqui as narrativas de memórias realizadas por sobreviventes de campos de concentração, como as realizadas por Primo Levi. Cabe lembrar que tanto ele como o escritor Hans Meyer e o psicanalista Bruno Bettelheim, anos após saírem dos campos, porém decorrência da carga trazida pelas experiências sofridas, acabaram por cometer suicídio. De acordo com relatos colhidos o mesmo decorreu com alguns pacientes de hanseníase em São Paulo. Yerushalmi nos mostra a impossibilidade de vivermos recordando tudo, ou tudo esquecendo (YERUSHALMI, 1989, Apud SCHWARZTEIN, 2001)

Nas memórias relatadas por pacientes verificam-se grandes espaços de silêncios e reconstruções parciais e até mesmo de grandes lapsos que podem ou não vir a ser lembrados novamente. A importância dos depoimentos, especialmente quando se referem a experiências extremamente dolorosas, como foi o caso da separação da família com apenas 6 anos, parece ter desencadeado um processo de forte conteúdo emocional a ponto do depoente se referir à existência de um grande lapso de tempo do qual nada consegue lembrar.

18 Os estudos de Michael Pollack sobre memórias de grupos de sobreviventes de campos de concentração e sobre a AIDS trouxeram importante contribuição sobre memórias subterrâneas e instrumental de análise para estudos de grupos excluídos e marginalizados, permitindo a verificação da clivagem entre memória oficial dominante e memórias subterrâneas.

19 *MTAS* - entrevista concedida a Yara N. Monteiro. Nota: *MTAS* foi interno dos asilos-colônia de Cocais e do Pirapitingui; durante todo o tempo do isolamento compulsório sempre trabalhou como um lavrador e também cuidava do gado no asilo de Cocais. Apesar de não ter tido uma educação formal, *MTAS* tinha uma visão crítica apurada do mundo e das relações humanas. Depois do término do isolamento compulsório, por não ter como reconstituir sua vida fora da instituição, continuou morando no Pirapitingui.

Em 1939 eles voltaram para Santa Adélia e examinaram toda a família. Daí eu e meu pai fomos diagnosticados como hansenianos (.....) Durante um bom tempo minha infância ficou perdida. O trauma da internação fez com que eu esquecesse um grande período de tempo. Mas eu lembro que estava no trem com meu pai comendo um pedaço de frango, ai não sei mais o que aconteceu, mas devemos ter ido para o DPL. Do DPL o transporte nos levou para o Sanatório Padre Bento; isso eu não lembro, mas só pode ter sido isso. No Padre Bento eles me deixam no pátio junto com outras crianças e levaram meu pai para o Santo Ângelo. A partir daí é que eu perco a lembrança da minha infância. Imagine sem pai nem mãe, no meio de crianças estranhas (.....). Assim decorreram muitos anos; só depois de quatro anos que começo a lembrar, é aí que minha infância começa....”²⁰

Esse episódio nos revela a dimensão traumática de experiência ocorrida na infância, os detalhes da viagem se fixaram; entretanto, os eventos que se seguem após o abandono parecem ter sido apagados da memória; a capacidade de recordação parece ter ocorrido somente de um determinado período, quando então já havia ocorrido a adaptação ao local de isolamento.

O diagnóstico e a nova identidade

Em São Paulo, ao ser diagnosticada a pessoa era fichada, de imediato, no Departamento de Profilaxia da Lepra e enviada para um dos locais de isolamento. A partir de então passava a ser um *doente de lepra* e como tal era tratado. Sua liberdade lhe era retirada, era apartado de sua casa, família e amigos, e colocado em um novo ambiente onde conviveria apenas com aqueles tidos como *seus iguais*, ainda que não o fossem. Seus direitos lhes eram retirados e suas vidas passavam a ser reguladas e

²⁰ AR – depois de sair do isolamento, AR continuou estudando e, apesar de ter tido uma trajetória profissional de sucesso, afirma nunca ter podido reconstruir sua vida devido aos traumas vividos durante a internação. Tem livros publicados e luta pelos direitos dos pacientes. Atualmente reside no pensionato São Francisco.

regulamentadas pela legislação interna do estabelecimento asilar. O momento da internação marca de forma incontestável os relatos colhidos, aflorando sentimentos intensos.

“Aí em 1945 que eles foram buscá. O pessoal de Minas foram buscá, eles foram na minha casa em Minas, mas quando eu sabia que eles tavam pegando doente lá eu vim pra São Paulo (...) Porque naquela época depois que você internô não era mais cidadão livre, eles te cassavam o documento e já você não era cidadão mais. Depois que internei, a mulher vendeu o sítio que eu tinha, e sem assinatura minha sem nada. Acabou!” (MTAS).

Se concordarmos com a premissa de Konder (1992, p. 120), que afirma que o indivíduo existe concretamente numa rede de relações, e o nela estar é o que configura a essência social da existência humana, então podemos afirmar que a partir do diagnóstico ele *deixa de existir* enquanto indivíduo que sempre foi. Ao ter sua rede de relações substituída por uma segunda, constituída a partir do *mundo da exclusão* é nessa que ele vai de fato existir e é essa pessoa que ele passa a ser. Daí a frase final de MTAS que sintetiza todo o momento: “Acabou!...”

Devido às características da transmissão da doença, era frequente a ocorrência de vários casos em uma mesma família, fator que contribuía para que seus integrantes fossem conhecedores dos sintomas e sinais, e também ficassem temerosos em que esta viesse a se manifestar em seus corpos, embora sempre houvesse a expectativa, ou pelo menos a esperança, de não se tornar um doente. Entre as crianças nem sempre a situação era muito clara e o momento do diagnóstico, ou do conhecimento de ser um portador da doença, poderia ocorrer de diferentes formas: através de um exame clínico, de uma denúncia ou de um olhar mais atento. Algumas eram simplesmente tiradas de seu meio familiar e levadas a sós para o isolamento, enquanto outras poderiam ter a chance de ir junto com algum familiar também doente. Entretanto, verifica-se terem sido intensos os traumas decorrentes pelo momento do diagnóstico que, mesmo vividos na infância, marcaram a memória dessas pessoas ao longo de suas vidas como nos demonstra o relato de TBDC, diagnosticada aos 12 anos e levada para Cocais.

Eu fui pega no camburão, eu fui pega de surpresa. Mas eu, eu fui presa!!!. Porque chegou dois homens em casa, conversou com a minha mãe, minha mãe chorando arrumando minhas coisas. Tinha oratório, que é tipo de uma igrejazinha pequenininha, um pouco ela rezava, um pouco ela chorava, e foi arrumando as minhas coisinhas (...) Eu tinha 12 anos, mas eu era muito miudinha, muito pequenininha, quando eu cheguei eles achavam que eu tinha 9, mas eu tinha certeza que era 12²¹.

Ao mesmo tempo em que muitas famílias acompanhavam a trajetória da doença e dos parentes doentes, a estigmatização que envolvia a doença contribuía para a ocorrência de sérios problemas no núcleo familiar; dessa forma, o fato de ter alguém isolado, com frequência era envolto em silêncio e distanciamento. Ter *lepra* na parentela era algo sobre o que não se queria falar ou até mesmo lembrar. Ao analisarmos as memórias de uma paciente sobre o momento em que se descobriu doente pode-se verificar a capacidade de ocultamento de casos ocorridos na família, de desconhecimento sobre a doença, sintomas e sinais, e ainda os mecanismos de separação das crianças e genitores quando doentes. No caso em pauta, o fato da internação da mãe e da avó ter ocorrido quando a depoente tinha apenas 3 anos deve ter facilitado a adoção de medidas de distanciamento. Cessaram os contatos, a família deixou de falar sobre o assunto, e ela foi para um colégio interno.

“Quando apareceu a doença em mim, eu tinha 11 anos. Eu estava no colégio, um colégio de freira, inclusive, em Goiás Velha, que era a antiga capital de Goiás. Aí eu estava lá, quando descobriram a doença (...). Eu tenho determinado local aqui, que eu não tenho sensibilidade. Eu nem imaginava o que era isso, nem sabia o que era a lepra, porque antigamente a palavra era lepra. E eu tava... a gente apontava lápis com gilete, eu não me lembro bem (...) e não senti dor, aí começou a sangrar, aí uma das meninas que estava perto de mim comentou com a madre lá. Nossa, aquilo foi o fim!!! Já se falava muito da lepra,

21 TBDC foi internada com 12 anos, casou e formou família dentro do asilamento. Conseguiu manter o núcleo familiar e, apesar de ter sérias deformidades, consegue manter o bom humor e falar com desenvoltura de seu passado. Atualmente mora no pensionato São Francisco.

e minha mãe, inclusive, já estava internada. Aí já comunicaram meu pai, meu pai já me levou lá para fazer exames.”²²

As memórias sobre o momento do diagnóstico apontam para o problema da desestruturação do mundo em que viviam e do esfacelamento do núcleo familiar de origem. No primeiro relato constam as recordações de desespero da criança que vivia no meio familiar e da angústia de ter sido levada totalmente só para conviver num mundo totalmente estranho; enquanto que no segundo caso fica patente outro tipo de solidão, a de uma criança de apenas 11 anos que ao se descobrir doente sofre as repercussões no colégio, e que a partir de sua entrada no isolamento o pai a entrega para a mãe, até então desconhecida, e se ausenta de sua vida.

O ocultamento da doença

Para a maior parte dos pacientes o tempo decorrido entre o diagnóstico e a internação era relativamente curto e geralmente tinha início pela interferência de alguém de fora do núcleo familiar, podendo ser até imediato se o diagnóstico fosse realizado por médico ou funcionário do serviço profilático. Entretanto, havia casos em que esse tempo poderia se prolongar. Isso ocorria se a família do doente tivesse meios suficientes, e vontade de ocultar o paciente das vistas do DPL e também da sociedade em geral para que uma denúncia não ocorresse. Em casos assim, ainda que não fosse usual, a família conseguia retardar o momento da separação, preparar melhor o paciente, decidindo quando e como se apresentar ao Serviço Sanitário. Como exemplo tem-se a trajetória de *JBPG* que se tornou recluso em sua própria casa por cerca de dois anos. Tanto *JBPG* como sua mãe foram acometidos pela doença, porém com evolução diferenciada; enquanto nele ocorreu o aparecimento de lesões nas faces e orelhas, sua mãe não possuía lesões visíveis, o que lhe possibilitava uma vida quase que normal. Durante esse período, que abrange o ano de 1944, *JBPG* manteve um diário no qual relata seu cotidiano, as saudades do mundo exterior, da escola, dos amigos, o drama dos dias iguais, o medo de

²² LSS, após sair do isolamento, conseguiu mudar para São Paulo e lutou por uma vaga de emprego como auxiliar de enfermagem no Hospital Padre Bento. A partir de então se divorciou e pôde reconstruir sua vida que foi sempre ligada ao mundo da hanseníase. Hoje se constitui numa liderança e participa da Associação Fraternal Dr. Lauro de Souza Lima Silva.

se olhar no espelho, e a necessidade de fugir à chegada de familiares e visitas. Tanto em seu diário quanto em suas entrevistas emerge o drama de ter que optar pelo risco de ficar com a família e a decisão de ir para o isolamento²³.

Meus familiares, tanto do lado da minha mãe quanto do meu pai, eram famílias tradicionais e naquela época se aparecesse alguém morfético, como eles falavam, arruinava a família inteira, então quando meu pai percebeu que eu estava doente não queria que ninguém soubesse. Eu tinha terminado o ginásio em 1942 e eu iria para Ribeirão Preto iniciar o ginásio que estava sendo inaugurado naquela época, mas não pude ir porque apareceram sintomas (...) a doença colidiu na minha cara. Apareceram os sintomas e tive que me esconder ou toda cidade iria saber que eu estava doente e eu iria difamar a família. Então, em 1944, eu vi que não tinha mais jeito, enfim, eu tive que esconder de alguns elementos da minha família, meu pai não queria que soubessem que eu estava doente, até que uma tia minha quase que arrombou uma porta do quarto meu e eu tive que abrir e ela veio me abraçar desesperada e eu falei: Negativo!!! Não quero saber desse tipo de coisa... Eu vou para o hospital. Porque eu imaginava que tivesse tratamento médico adequado e tal.

Através da análise do diário de João pode-se acompanhar o drama vivido pelo doente. Até mesmo uma dor de dentes poderia ser um problema insolúvel, por ser impensável a ida a um profissional.

“Ontem passei o dia no sofrimento. Os dentes, de nada valeram trocar algodões, nem sedativos. Tive que aguentar a dor. Nevralgia, dói a face direita inteirinha. Os ouvidos também. Não resisti. No quarto de mamãe irrompi em revoltas: “Não tenho mais religião”. Não acredito no meu sofrimento. Calar não calo. Revolto-me nem que seja inutilmente. Odeio a vida. Vontade de morrer²⁴.”

23 Cópia desse diário nos foi doado pelo próprio Dr. João durante nossos primeiros contatos. Tempos depois ocorreu um episódio interessante quando descobriu que havia perdido o diário original e nos ligou pedindo uma cópia e, com muito bom humor, declarou que era já “importante personagem”, pois podia consultar sua vida no arquivo de uma historiadora.

24 Diário Pessoal de JBP, p. 118

O diário, ao mesmo tempo em que nos revela o processo de amadurecimento, de preparação para a ida ao leprosário, demonstra o desmoronamento da autoestima com a evolução da doença e a sensação da inevitabilidade da internação, como se verifica quando os familiares de João organizam seu novo guarda-roupa na preparação para a *viagem*, calças e terno de casimira, paletós de brim, camisas e gravatas.

*Experimentei as roupas (...). Disseram-me que fiquei mais bonito ainda do que sou. De mim para mim penso “uma roupa tão bonita em cima de uma carcaça”. Falo à mamãe: “.. Gente como nós deve vestir-se conforme merece o corpo, umas roupas ordinárias, farrapos”. Fico desajeitado ao enfiar-me numa roupa grã-fina. Parece que ela e eu não ficamos bem. Ela com meu corpo. Eu com o feitio de luxo.*²⁵

O diário finda com a preparação da mala, empacotamento das coisas pessoais, pacotes de livros que seguiriam depois.

*Partir! Como parece drástica essa resolução. Rasgar a família! Pois não sei quanto tempo ficaremos. Eles cá, nós lá. Separação de destinos*²⁶.

O isolamento e os mecanismos de adaptação

Os relatos sobre a entrada no isolamento foram em alguns casos de tal forma impactantes que, mesmo décadas após sua ocorrência, parecem ter sido *fotografados* na memória dos entrevistados. Detalhes da viagem, das pessoas, do sentimento afloram com facilidade e fluidez. Ao analisarmos as entrevistas pudemos constatar ter ocorrido grande despreparo, seja por parte dos familiares, seja por parte do Estado, pois os doentes e especialmente as crianças, não tinham idéia do que iriam en-

²⁵ Idem ibidem p. 110

²⁶ *JBPG* foi internado jovem, casou e teve uma filha durante o período de isolamento. Com a descoberta das sulfonas sua família importou a medicação e com o tratamento ele foi negativado e pôde obter alta. Formou-se em Direito na Universidade de São Paulo e exerceu sua profissão durante sua vida. Em suas memórias declarou que mesmo com a aparente reestruturação e adequação social conseguidas, os anos de internação marcaram toda a sua trajetória.

contrar, contribuindo para que o choque fosse grande. Dentre os diferentes problemas enfrentados estava o da deformidade física e a perspectiva de ser aquele o seu futuro. Os sentimentos de despreparo, desolação e de angústia se tornam evidentes, fazendo com que muitos dos relatos acerca desse momento fossem permeados de pausas, de respiração entrecortada e, por vezes, por dificuldades em conter o choro.

Me tiraram do colégio, me levaram lá para Cocais, em 1954, e lá se foi toda a minha juventude. (...) Eu vim num trem, daqueles trens que soltavam aquela fumaça, aquelas fagulhas que queimavam a gente. Aí, quando eu cheguei em Cocais, pra mim foi uma coisa terrível. (...) Quando eu cheguei em Cocais, fiquei horrorizada, eu era uma menina que nunca tinha ouvido falar da doença... Eu fui separada da minha mãe com 3 anos, eu fui ver minha mãe, eu já tava com 11 anos (...). Minha mãe era uma estranha pra mim. Aí a minha decepção maior foi quando eu cheguei em Cocais, que eu vi aquelas pessoas horrorosas, sem nariz, sem mão, sem pé, eu fiquei apavorada, eu pensava assim, eu vou ficar desse jeito!!!... Porque ninguém me preparou... Ninguém conversou comigo. (LSS)

Os primeiros tempos do isolamento eram sempre os mais difíceis devido à necessidade de adaptação às regras do novo mundo, sendo que nos primeiros dias as sensações de medo, solidão, saudades da família, em alguns casos, eram tão intensas a ponto de causar males físicos. Como nos relata TBDC:

“Logo que eu cheguei lá eu fiquei doente. Fiquei doente de tristeza. Fui internada na enfermaria lá em Cocais. Eu queria a minha mãe. Eu não lembro, porque eu fui de novo lá para o bloco, porque tinha o bloco das meninas, a gente ficava separada. Mas no começo eu tinha muito medo, do jeito que eu fui pega... Mas eu queria ir embora, eu queria a minha família, eu não queria ficar lá, ficar sozinha lá..., porque eu não conhecia ninguém. Tanta gente esquisita, tudo em volta da gente... Foi doloroso!!!!” (TBDC)

Enquanto em algumas entrevistas nota-se o total desconhecimento sobre os avanços da doença, em outras verifica-se que o estereótipo existente sobre o *leproso*, o horror de ser um deles, e ter que conviver entre eles é tal, que a entrada no asilo acabou por se transformar em algo melhor do que o esperado, podendo inclusive reelaborar a visão anterior daqueles que seriam seus iguais. Nesses casos, o temor do convívio com o doente foi substituído por outro sentimento, o da indignação.

Fatores diversos poderiam contribuir para que esse processo ocorresse com mais facilidade, no caso a presença de familiares já internados, o que facilitava a reconstrução de vínculos e a diminuição da sensação de abandono. Fator de importância era também a capacidade individual de adaptação

Cheguei em Cocais em março de 1941, com 13 anos, de calça curta. Meus pais ficaram no interior, mas lá já estavam meus tios e avós, fiquei com eles (...) A minha moradia era no bloco onde ficavam as crianças. Era nesse pavilhão que a gente pernoitava, e o almoço e a janta eu fazia na casa dos meus tios, mas para dormir tinha que ser no bloco. (...) Olha, por mais incrível que pareça, com 13 anos de idade me adaptei perfeitamente no hospital. Passei a trabalhar, praticar esporte. Puxa vida!!! A gente se acostumou lá de uma forma tão fácil!!! (WP)

Dentre os fatores que auxiliavam na adaptação à vida asilar, o trabalho foi apontado como importante na superação das dificuldades enfrentadas no cotidiano dos internos²⁷.

“Eu tinha a forma tuberculóide, a nervosa.(...) Quer dizer, as pessoas podem trabalhar normal. Então na hora pensei, eu vou ter que ficar aqui, então eu vou trabalhar. A cabeça vai pensando em outras coisas. E nunca fiquei sem trabalho!! (S.S.E)

“Porque a gente ficá parado era terrível! Porque quando você tem um serviço, trabalhando você esquece muita coisa” (MTAS)

²⁷ O trabalho dentro dos asilos era vantajoso para todas as partes: para o Estado, pois ajudava no provimento, produção de alimentos, manutenção dos edifícios; pela Direção, por ocupar o tempo ocioso e melhorar a condição física dos internos, daí ser enquadrado como *laborterapia*.

A adaptação à vida asilar estava fortemente vinculada à capacidade de reconstrução de novas relações sociais e, em especial, de laços de afeto. Namoros e casamentos ocorriam com frequência. Havia a tentativa de reestruturar a vida, e com o casamento haveria a possibilidade de sair das habitações coletivas e, pelo menos, tentar conseguir moradia individual. Da mesma forma que na sociedade em geral, alguns relacionamentos davam certo e tiveram continuidade ao longo da vida, enquanto que outros só subsistiram dentro do isolamento.

Conforme eu fui desenvolvendo, aí eu fui me acostumando também... Depois fui ficando mocinha, comecei a namorar o homem com quem me casei (TBDC)

Mas aí foi passando o tempo, e... e ... foi muito difícil para mim. Aí depois de certo tempo, eu fui pra Bauru, eu e minha mãe. Aí em Bauru tinha um rapaz, me casei (...), mas a minha vontade era não casar. Eu não amava o meu marido. (LSS)

Os vínculos sociais anteriores, uma vez internado, assim como os de solidariedade, tendiam a desaparecer devido à estigmatização da doença aliada à idéia da periculosidade do contágio – fatores que dificultavam as tentativas de reintegração social. Casos de segregação eram constantes e, por vezes, poderiam chegar a atos de violência. Num dos depoimentos, o entrevistado nos relata fato ocorrido durante o período de licença médica obtida para cuidar de alguns negócios em sua cidade. Em São Paulo, para que uma licença fosse concedida, primeiro o paciente era obrigado a comprovar estar em condições ideais que não colocasse em risco a sociedade *sadia*. Para tanto, tinha que estar há mais de 12 meses com baciloscopia negativa, apresentar boas condições físicas, ter bom comportamento e ainda comprovar motivo que justificasse a necessidade do pedido. De acordo com o relato, o entrevistado não apresentava sintomas nem sinais visíveis da doença e, mesmo assim, ao chegar próximo de sua cidade, ao ser reconhecido, foi expulso de veículo público.

“Fui de licença com ordem médica (...) Quando chegou na minha terra, naquele tempo não era ônibus era jardineira, o cara me conhecia e sabia que eu estava internado, então ele

me tirou na hora que fazia um cruzamento... ia assim para São José... outra ia pra Guaranéia e outra pra Monte Santo. O cara chegou lá e disse: você pode sair... você é doente... Mas não aparecia nada!!!! (MTAS)

MTAS teve que seguir a pé, levou alguns dias de viagem dormindo no mato e pedindo comida. Ou seja, sua antiga identidade como morador da região, sitiante, pai de família, passa a ser substituída por outra na qual ele passa a ser alguém que tem que ser temido, evitado a qualquer custo.

Dificuldades na reintegração

Depois de décadas de isolamento compulsório, quando por fim as medidas de desinternação começaram a ser praticadas, os vínculos familiares há muito haviam se desfeito, a estigmatização persistia, as dificuldades de sobrevivência eram uma constante e, além de tudo, muitos eram os portadores de diferentes graus de incapacidade. Se, por um lado, havia o direito de sair dos asilos, por outro ocorria o despreparo para viver na sociedade dita *sadia*. A complexidade de emoções vividas, em contrapartida, faz com que ocorram dificuldades tanto em recordar quanto conviver com as memórias do passado; por outro, também nota-se a dificuldade de transformar em palavras ou explicar a outrem a experiência do isolamento. Dificuldades em transmitir aquilo que, muitas vezes, não pode ser dito nem entendido como tal. Obstáculo por vezes insuperável, que pode acarretar alterações profundas na identidade pessoal, fazendo com que o indivíduo em não conseguindo sobreviver fora, tente retornar ao mundo em que foi criado.

Agora, de uns anos pra cá é que a coisa ficou nisso que você está vendo. Que se diz liberdade. Mas é uma liberdade também fantástica!!! A gente não pode dizer que é uma liberdade. A gente que já viajou muito com a gente por esse mundo aí, a gente vê humilhação que tá por aí fora. (.) Primeiro caçava para prender a gente, agora eles caçam pra jogá fora!! Se sai, ele não tem direito pra vortá. (MTAS)

A situação foi agravada por não terem sido tomadas medidas de preparo ou de auxílio para que o doente pudesse enfrentar a nova realidade da vida extramuros, tarefas aparentemente simples – andar nas ruas, pegar uma condução, procurar um emprego eram revestidas de grande dificuldade.

Cheguei lá com 13 e saí com 22, fiquei nove anos lá (...) Então, saí e vim pra São Paulo. Foi o momento que eu mais penei na minha vida, que foi a readaptação. Fiquei um ano em casa na Rua Voluntários da Pátria, em Santana, próximo ao antigo Cine Hollywood. Demorei um ano pra sair de casa e pegar um bonde para poder procurar emprego. Mas por que eu demorei tanto tempo? (...) Pra eu pegar o bonde..., a readaptação..., que crueldade!!! (...) Eu tinha que sair, depois eu voltava e, na hora do almoço, minha mãe e minha irmã me perguntavam: Como que é? E eu respondia; Por enquanto nada... Foi o pior momento pra mim... ah, foi aquele lá.” (WP)

No relato acima é evidente a dificuldade sobre as escolhas adequadas de palavras que consigam expressar a sensação de impotência diante das dificuldades vivenciadas nos primeiros anos de liberdade.

As dificuldades de adaptação, a falta de apoio e os problemas financeiros fizeram com que muitos ex-internos procurassem, por meio de várias formas, o retorno aos seus antigos asilos. Contudo, as chances eram restritas. Cocais fora fechado. O Padre Bento não mais admitia internos. No Aimorés constavam restrições. As únicas chances restringiam-se ao Pirapitingui e ao Santo Ângelo. Conforme os relatos analisados, verificamos que a estigmatização e os mecanismos de rejeição da *sociedade sadia* eram comuns. Porém, essa estigmatização era também encontrada e/ou reproduzida no meio familiar.

“Muitos tentaram uma reaproximação com os familiares. Alguns, bem ou mal, tiveram essa reaproximação, porém convivendo com o preconceito, com a marginalização da própria família. Mas continuaram suportando aquela coisa horrível. Outros não tiveram como aceitar aquela situação originada na própria família e retornaram, ou tentaram retornar aos

hospitais. Muitos conseguiram e estão lá até hoje, principalmente no Pirapitingui, porque acharam melhor voltar ao hospital do que continuarem preteridos pela família” (WP)

Os problemas vivenciados quando da tentativa de reaproximação da família biológica resultaram de fatores vários, mais especificamente os decorrentes do próprio distanciamento, das dificuldades de relacionamento entre pessoas que cresceram separadas ou tiveram experiências diversas e que têm que procurar reconstruir laços até então inexistentes, sem deixar de mencionar os agravantes decorrentes da estigmatização. De acordo com Goffman (1988 pp. 39 e 40), “os problemas enfrentados por uma pessoa estigmatizada espalham-se em ondas de intensidade decrescente (...) e a tendência para a difusão de um estigma do indivíduo marcado para as suas relações mais próximas explica por que tais relações tendem a ser evitadas ou a terminar, caso já existam.”

Famílias tiveram dificuldades em se livrar do estigma de ter um membro internado, muitas perderam empregos e relacionamentos sociais e afetivos; tiveram que se mudar de cidade e procurar refazer suas vidas longe dos grupos que poderiam identificá-los. Dessa forma, após anos de reconstrução de suas vidas, se defrontavam com a possibilidade de novamente conviver com alguém que poderia lhes fazer passar por toda a problemática já vivenciada. Circunstâncias estas que levavam a fricções no relacionamento cotidiano e que resultavam em distanciamentos.

Devido às dificuldades encontradas, enquanto parte dos doentes preferia retornar ao local de isolamento, os mais jovens em especial tentavam lutar contra a situação adversa, luta essa dificultada por uma profunda sensação de insegurança trazida pelos anos de isolamento e que se refletiam tanto na busca de emprego quanto no relacionamento interpessoal.

“Ficava trancado em casa e minha irmã me criticando “Ô mãe, ele não quer sair pra procurar emprego, ele tem que procurar emprego, não pode..., ele tá ficando vagabundo! (...) Um ano certinho em casa. Aí acabei arrumando emprego próximo da minha casa, três quarteirões de casa. Mas não posso esquecer aquele momento... Foi cruel!... Meu Deus do céu!!!! (WP)

Dificuldades de adaptação ao novo meio, o medo da não aceitação e o peso da estigmatização pertencem a um universo o qual não pode ser corretamente dimensionado por pessoas que não passaram pelas mesmas experiências. A bem da verdade, podem ser decodificadas erroneamente até no meio familiar, reforçando ainda mais a sensação da incapacidade de estabelecer relações sociais em condições de igualdade.

Os relatos dos pacientes entrevistados sobre as dificuldades sofridas quando da saída do mundo asilar demonstram similaridade à de pacientes de outros Estados, conforme verificamos através das memórias de José Corsino Filho, internado em 1946, aos 12 anos de idade, no Leprosário Padre Damião, em Minas Gerais. Aos 18 anos, graças ao tratamento com as sulfonas saiu curado²⁸.

*“Após sofrer tanta discriminação, mesmo curado, custei a assimilar a situação: tinha um comportamento arredo, pouco participativo das coisas. Pelo tipo de relacionamento com as pessoas ditas de ‘saúde’, nos acostumamos com a ideia de que éramos ‘sujos’, e não podíamos sequer apertar as mãos dos outros. Mesmo estando livre da doença; este hábito permanece arraigado em nós por muito tempo.”*²⁹

Em suas memórias, Corsino aponta para um problema de extrema importância, que é o da interiorização do estigma pelo paciente e as dificuldades pertinentes à sua superação.

*“Todos nós sabemos que lutar contra nós mesmos é mais difícil do que contra os demais. Muitas vezes esquivava-me de segurar uma criança no colo, inclusive meus sobrinhos”*³⁰.

28 Aos 14 anos, fugiu do leprosário e foi para o Rio de Janeiro internando-se no Hospital Frei Antonio, também conhecido como Hospital dos Lázaros; posteriormente, foi para o Curupaiti, onde tinha uma irmã internada. Após sua saída, conseguiu entrar na faculdade de medicina, formou-se e exerceu sua profissão até a aposentadoria. Cit in Corsino Filho, J, 2008.

29 Corsino Filho, J, 2008 p. 69

30 Idem p. 70

Enquanto muitos dos pacientes conseguiram reagir e procurar caminhos que lhes permitissem reconstruir suas vidas, outros não conseguiram e optaram pelo suicídio, o que revela a existência de sequelas psíquicas de longa duração.

“Porém, o preconceito foi sempre muito forte contra nós, embora eu nunca tenha me deixado atingir. O mesmo não ocorreu com a minha irmã, pois ela sofria de depressão. (...) Em 1982 (...) ela pediu o encaminhamento para uma internação no Sanatório Pirapitingui (...) Em 1989, ela cometeu suicídio”³¹

Com o término do isolamento surgiu a necessidade de procurar novos locais para residência. Nesse processo, ao mesmo tempo em que se nota uma ausência do Estado e um distanciamento da família biológica, verifica-se a solidariedade das amizades firmadas no isolamento. Aos poucos, novos núcleos foram se formando no entorno de antigos locais de internação. As razões dessa escolha se referem à proximidade da atenção médica especializada, uma vez que o ex-paciente de hanseníase, mesmo *curado*, é sempre passível de episódios de reativação, isto é, tem necessidade de cuidados específicos em decorrência das sequelas originadas pela doença. Em contrapartida, havia grande vácuo habitacional no entorno dos antigos asilos, onde as noções errôneas sobre o contágio permaneciam e a *sociedade sadia* optava por não morar ou explorar as terras próximas aos *leprosários*, fazendo com que o preço dos terrenos permanecesse baixo e, portanto, acessíveis. Esses fatores contribuíram para o surgimento de novos bairros formados, principalmente, por ex-internos e seus familiares. Como exemplo tem-se o surgimento de Vila Tranquilidade, em Guarulhos, bairro localizado próximo ao Hospital Padre Bento, e que chegou a contabilizar mais de 6 mil ex-doentes logo após o final do isolamento³².

31 Rubio, Pedro - Depoimento escrito. Disponibilizado no *site* do Morham.

32 Nos anos 1950, muitos dos pacientes que estavam recebendo alta do Sanatório Padre Bento foram comprando terrenos na Vila Tranquilidade e construindo suas casas. As notícias sobre os terrenos disponíveis, dos baixos preços e da proximidade com o atendimento médico transformaram o local em referência. Ou seja, uma espécie de porto seguro a ser buscado por doentes provenientes de outros *leprosários* do Estado, que construíram ali suas casas e deram origem a um novo bairro.

Uma segunda possibilidade era conseguir vaga em instituições particulares que surgiram por causa do problema social vivenciado pelos egressos, caso do Pensionato São Francisco de Assis.³³

A estigmatização e a formação de grupos

A necessidade de adaptação à vida dentro do isolamento, os traumas comuns e as angústias vivenciadas teceram laços de solidariedade e formaram vínculos duradouros entre os egressos a ponto de se reportarem ao passado num misto de saudades e até mesmo de tristeza. Esse processo pode ser observado através das memórias de *MTAS*, em que o asilo de Cocais se reveste de uma aura de beleza, ainda que dentre os cinco locais de isolamento contasse com as piores condições, tanto que era tido como uma espécie de local de punição para onde eram enviados os doentes insubmissos. Entretanto, segundo o depoente, o local era até mesmo um modelar:

“Nóis lá era o despejo daquelas pessoas que era mais rebelde. *Mas era o hospité meió do Brasil. Era o hospité modelo. Nóis plantava muita fruta, era plaininho que era uma beleza!! Novecentos metros de área. Era o melhor de tudo que eu conheci.*”³⁴

O fato de terem sido obrigados a sair de um local em que passaram grande parte de suas vidas e no qual constituíram novas famílias é sempre lembrado com certa melancolia, uma vez que acabou por ser associado ao tempo da juventude, de suas lutas, se constituindo no *locus* privilegiado de suas memórias.

“*Depois que Cocais acabou viemos para cá. Se Cocais não acaba eu tava lá dentro. Não saía de lá de jeito nenhum. Primeiro*

33 Pensionato São Francisco de Assis foi fundado pela Congregação das Filhas de Nossa Senhora Stella Maris, com o objetivo de acolher pacientes de hanseníase egressos dos asilos-colônia. Localiza-se em Guarulhos, nas proximidades do Hospital Padre Bento. Desde sua fundação, contou com 80 vagas, divididas em igual número entre homens e mulheres. Na última década, a direção achou por bem abrir a possibilidade para a internação de idosos não hansenianos.

34 Após o fechamento de Cocais, *MTAS* foi removido para o então asilo Pirapitingui, que hoje se denomina Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes.

que minha mulher internô lá mocinha nova, a bem dizer criou lá” (MTAS)

Sabe-se que as memórias do passado são sempre eletivas, e um grupo pode fundar sua identidade na memória do sofrimento compartilhado, pois como afirma Renan (1992, 1992, p 316, Apud Candau, 2011), “o sofrimento em comum une mais do que a alegria”. Esse processo pode ser observado nas memórias analisadas, uma vez que grande parte dos

egressos dos asilos tende a se relacionar com aqueles que compartilharam experiências e/ou mecanismos de discriminação. São pessoas com linguagem e sentimento semelhantes. Em suma, seus iguais. De acordo com Goffman, no que tange aos seus estudos sobre pessoas estigmatizadas, aqueles que pertencem a uma categoria particular muitas vezes voltam seus interesses para um tipo de vida coletiva, formação de grupos, associações, grupos de ajuda mútua, e quase sempre significam o ponto máximo de anos de esforço por parte de pessoas que constituem objeto de estudo exemplar enquanto movimentos sociais³⁵

Entre os pacientes de hanseníase esse mecanismo também se aplica, existindo diferentes tipos de aglutinações, algumas formais e presididas por doentes, no caso as Caixas Beneficentes, Sociedade Fraternal Dr. Lauro de Souza Lima, instituições em que seus associados procuram desenvolver ações no sentido de atender demandas, solucionar problemas e também representar o grupo perante a *sociedade sadia*. Tem-se também a existência de grupos informais que se mantêm ao longo dos anos; o simples fato de sua continuidade já espelha a importância exercida para o grupo, sendo interessante assinalar que seus membros-integrantes muitas vezes continuam sendo identificados por suas instituições asilares de origem.

“Todos o sábado a gente se encontrava. Mas aquilo ficou, aqueles encontros durou mais de anos, sempre no mesmo local aos sábados. Isso por mais de 20 anos. A maior parte era de Cocais do Pira” (WP)

³⁵ Para Goffman, o termo categoria pode ser aplicado a qualquer agregado, neste caso a pessoas com um estigma particular, p. 32

Em suma, a análise desses relatos nos permitiu a recuperação de imagens do passado e do presente, viabilizando possibilidades de abordagens mais abrangentes e dinâmicas; a trajetória de vidas desses pacientes tornou possível o resgate de diferentes percursos existentes entre o individual e o social. No caso desse estudo foi possível ainda verificar interconexões entre a adoção de uma determinada política de saúde: a do isolamento compulsório, seus reflexos nas memórias, nas experiências vividas e no cotidiano do grupo em análise.

Considerações finais

A trajetória de vida e as memórias de idosos ex-portadores de hanseníase demonstram as forças da estigmatização, a permanência de determinados estereótipos e até as representações que cercavam a doença na construção de outra identidade, isto é, a do doente. Os depoimentos demonstraram quanto a própria subjetividade do paciente foi afetada pelo diagnóstico, a ponto de continuar a se referir aos *outros* como *sadios* após décadas de sua cura.

Verificamos ter havido profundas transformações nas relações sociais dos pacientes, embora tenham passado mais anos fora do que dentro dos muros de isolamento. As experiências vividas naquela fase foram suficientemente fortes para marcar toda uma vida e refletiram preponderantemente em suas trajetórias. Os relacionamentos com a família biológica, em muitos casos, foram substituídos por novos elos formados por participantes da mesma categoria, e é a partir desse grupo que se observou a construção e/ou reconstrução das relações de afeto.

Ao refletir sobre o processo de envelhecimento dos pacientes de hanseníase observa-se, em muitos casos, que apesar de terem sido submetidos a situações-limite, nunca deixou de existir amor pela vida, vontade de contribuir para o grupo e de luta para não se submeter às limitações acarretadas pela idade ou por eventuais incapacidades resultantes da doença. Das oito pessoas cujos depoimentos foram utilizados nessa pesquisa, a totalidade envelheceu de forma ativa. Apesar de algumas apresentarem sequelas, três delas exercem funções diretivas em associações ligadas à hanseníase. Um exerce liderança informal sobre um grupo de doentes, e

mais da metade tem algum tipo de participação na comunidade. Embora lutem contra as dores físicas e contra as sequelas deixadas pelas memórias do isolamento, invejável força interior lhes possibilita fazer projeções sobre o futuro. Ao longo desse trabalho, ao tentarmos traçar reflexões sobre o envelhecimento dos hansenianos, procuramos sempre ter claro que não estávamos simplesmente trabalhando com idéias ou conceitos, mas que estávamos diante de pessoas reais. Portanto, dentro dessa premissa, optamos por encerrar com a reflexão de um dos depoentes, reflexão essa que nos surpreendeu quanto à sua percepção e singeleza ao tecer metas concretas para o futuro.

“Como é que eu poderia imaginar que iria atingir 83 anos? Mas, de repente, eu me vi na faixa dos 80. E agora?! Tendo uma grande inveja do Oscar Niemayer, que completa 102 anos. Só me falta 17 pra completar 100. Para quem viveu 83, é fácil chegar no 100. Dezessete é pouquinho. A minha meta agora é essa” (WP)

Referências

Fontes primárias

Entrevistas

Diário Pessoal

Legislação

Decreto nº 2.918, de 9 de abril de 1918

Decreto nº 5.027, de 16 de maio de 1931

Decreto nº 7.070, de 6 de abril de 1935

Lei nº 9010, de 29 de março de 1995

Decreto no 1.948, de 03/07/1996

Fontes secundárias

Ano Internacional das Pessoas Idosas – **Envelhecimento: mitos na berlinda**. OPAS, OMS, 1999.

BOSSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 2 ed., São Paulo, EDUSP, 1987.

CANDAU, J.I. **Memória e identidade**. São Paulo, Ed Contexto, 2011

CASSAB, L. A & Ruscheinsky, A - **Indivíduo e ambiente: a metodologia de pesquisa da história oral**. In: Biblos, Revista do Inst. de Ciências Humanas e da Informação, Rio Grande, 16: 7-24, 2004.

CORSINO FILHO, J. - **Eu estava lá**. Rio de Janeiro, 2008

FELIX, L. O. - **Memória e história: a problemática da pesquisa**. Passo Fundo, Ediupf, 1998.

FERREIRA, M. de M.. **Desafios e dilemas da história oral nos anos 1990: o caso do Brasil**. In: História Oral, São Paulo, nº 1, p.19-30, jun. 1998.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. de F. L. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4º ed., R. Janeiro, LTC Editoras, 1988.

GONÇALVES, J. **Memórias traumáticas e testemunho oral na contemporaneidade**. Disponível em: www.cfh.ufsc.br/abho4sul/pdf/JaniceGoncalves.pdf. Acessado em 19/09/2011

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo, Ed Vértice, 1990

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992

LE GOFF, J. "Memória". In: **Enciclopédia Einaudi**. Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1984

MONTEIRO, Y N - **Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. S.P. Tese de Doutorado. FFLCH/USP, 1995.

MONTEIRO, Y N - Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen´s disease patients in São Paulo. In: **Rev. História, Ciências, Saúde: Manguinhos**. Rio de Janeiro vol. 10. Suplemento 1., 2003.

POLLACK, M. Memória, esquecimento, silêncio. Trad. de D.R. Flaksman. In: **Revista Estudos Históricos**. Vol. 2,3. Rio de Janeiro, 1989, p. 3-15

VICENT, G. Uma história do segredo? In: PROST, A & VICENT, G. **História da Vida Privada, 5: Da Primeira Guerra a nossos dias**. S. Paulo, Companhia das Letras, 1995.

SCHWARZTEIN, D. **História oral, memória de histórias traumáticas**. In: História Oral, Revista da Associação brasileira de História Oral, São Paulo, nº 4, jun. 2001.

Aids, envelhecimento, vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da saúde coletiva

Renato Barboza¹

1 – Perfil Epidemiológico da Aids entre Idosos no Brasil: contextualizando a questão

Os primeiros casos de Aids foram relatados em 1981 nos Estados Unidos pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) nas cidades de São Francisco e Nova York. Na ocasião, a doença acometia principalmente adultos jovens homossexuais do sexo masculino, que apresentavam quadros de imunodeficiência, como pneumonia e câncer de pele, até então, raros nessa faixa etária.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Aids é um dos principais problemas de saúde pública do mundo, ao lado da tuberculose e da malária, compondo uma das metas pactuadas para o desenvolvimento do milênio. Estimativas da OMS informam que 33 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV no mundo. De cada dez novos casos reportados pelos países para a OMS, nove são oriundos de países pobres ou em desenvolvimento e apenas um de países desenvolvidos, o que revela desigualdades e vulnerabilidades sociais, que condicionam e determinam o acesso às tecnologias disponíveis para a prevenção e o tratamento da doença.

No Brasil, segundo dados do último boletim epidemiológico editado pelo Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, órgão responsável pelo estabelecimento das políticas e ações programáticas articuladas com os estados e os municípios, foram notificados, no período de 1980 até junho de 2010, um total de 592.914

¹ Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, mestre em Saúde Coletiva, pesquisador científico IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisador do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP).

casos de Aids.² Desse total, 385.818 referem-se ao sexo masculino e 207.080 ao sexo feminino, apresentando uma razão de sexos estável desde 2002 em 1,5:1, ou seja, 15 homens para cada dez mulheres. Estima-se que 630 mil pessoas sejam portadoras do HIV no País, uma vez que a infecção pelo vírus não é de notificação compulsória, mas somente a doença, exceto no caso das gestantes e das crianças expostas. (BRASIL, 2010).

Atualmente, a prevalência do HIV na população adulta brasileira é de 0,6% e as taxas de mortalidade por Aids tiveram uma redução de cerca de 50%, observando-se ainda um aumento na sobrevivência das pessoas vivendo com HIV em até cinco vezes (Brasil, 2010). No entanto, no Brasil, a epidemia ainda se mantém concentrada após duas décadas, pois se verifica que, alguns grupos mais expostos à infecção pelo HIV, como os usuários de drogas injetáveis, os homens que fazem sexo com homens (HSH) e as profissionais do sexo apresentam altas taxas de infecção, superiores a 10%, comparadas à população em geral que é menor do que 1%, evidenciando quanto os investimentos e as estratégias de intervenção devem ser aprimoradas e fortalecidas entre essas populações (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009).

Ao discutir os desafios das políticas públicas de saúde e a seguridade social, voltadas ao segmento de idosos, Kalache problematiza que, no Brasil, “ao contrário dos países desenvolvidos que se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de enriquecerem” (KALACHE, 2008, p.1110), evidenciando um cenário de vulnerabilidades e desigualdades que devem ser enfrentadas pelos gestores para assegurar o acesso integral e equânime aos cuidados de saúde ofertados pelo SUS.

Em que pese esses avanços na legislação, somente em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, define-se um conjunto de responsabilidades sanitárias e prioridades pactuadas pelos gestores das três esferas, com vistas à melhoria da situação de saúde dos brasileiros. Cabe ressaltar que a Saúde do Idoso foi incluída pela primeira vez no SUS, como uma das seis prioridades elencadas; entre-

2 Para o cálculo dos casos de Aids, o Ministério da Saúde considera o total de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN) [492.581 acumulados no período], relacionando também as informações disponíveis nos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registradas no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Em 2010, essa metodologia proporcionou um incremento de 37% em relação aos casos notificados no SINAN, resultando em 592.914 casos de Aids.

tanto, o Pacto não estabeleceu metas que deveriam ser alcançadas pelos gestores, atendo-se apenas à proposição de um conjunto de diretrizes e recomendações (BRASIL, 2006; 2010).

No Ministério da Saúde, desde 2008, as áreas técnicas responsáveis pela Saúde do Idoso e das DST/Aids³ atuam em interface para implementar políticas e ações baseadas no conceito do envelhecimento ativo e saudável e o respeito à vivência da sexualidade do idoso para a adoção de práticas e atitudes preventivas, elegendo como público prioritário as pessoas com 50 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Assim, faz-se necessário reconhecer as pessoas idosas como sujeitos de direitos sexuais, cujo exercício da sexualidade desempenha funções afetivas, relacionais e eróticas, superando tabus e preconceitos sociais arraigados que acabam por circunscrever e limitar a vivência da sexualidade aos adolescentes, aos jovens e aos adultos na faixa etária até os 50 anos. Piovesan (2006) lembra que o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, como expressão dos direitos humanos, é um caminho fundamental para democratizar os modos de vivenciar a sexualidade em todos os ciclos de vida. Enfatiza, ainda, que esses direitos são complementares e quando respeitados contribuem para a adoção de práticas sexuais livres e não discriminatórias, bem como para a participação social como uma estratégia para o fortalecimento das políticas públicas nesse campo.

O presente capítulo analisa o aumento da incidência dos casos de Aids entre os idosos no País, discutindo os principais fatores que determinam a vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV e o adoecimento pela Aids, no intuito de propor alguns caminhos para reduzir lacunas no plano programático para o aperfeiçoamento das ações de promoção, prevenção e atenção às DST/Aids no SUS.

Desde a década de 1990, as tendências da epidemia estão circunscritas à heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização dos casos de Aids. A análise por macrorregião indica um perfil epidemiológico heterogêneo na distribuição dos casos, concentrados na Região Sudeste, responsável por mais da metade das notificações (BRASIL, 2010).

3 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), também chamadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

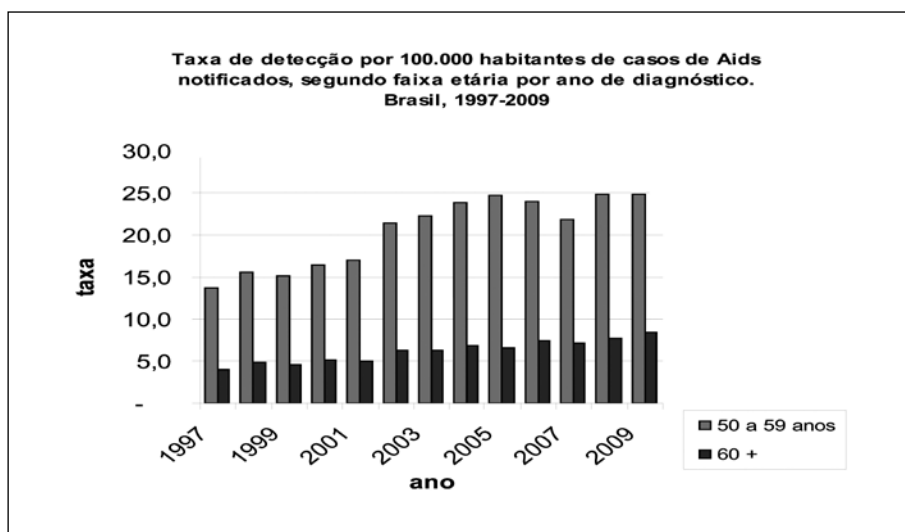
Estudos registram pelo menos um caso da doença informado pela maioria dos municípios brasileiros, no período entre 2002 e 2006, onde foi observada uma média de 44,6 casos por município e uma mediana de quatro casos (GRANGEIRO, et al., 2010). Isso significa que os casos se concentram em determinados municípios, localizados principalmente na Região Sul (BRASIL, 2010).

Quanto à escolaridade, variável mais próxima para se investigar a condição socioeconômica das pessoas notificadas, em 2009, constatou-se que 25,1% possuíam entre 4 e 7 anos de estudo, 30,0% entre 8 a 11 anos e 8,8% entre 1 a 3 anos. Esse fato, segundo o Ministério da Saúde, tem indicado, desde 1999, uma tendência de aumento da escolaridade entre os indivíduos registrados como caso Aids (BRASIL, 2010). A mortalidade por Aids vem apresentando uma tendência de redução na série histórica dos casos reportados desde 1997 até 2004, quando o mesmo se estabilizou (BRASIL, 2010).

Nos casos de Aids acumulados até junho de 2010, as categorias de exposição entre os homens adultos, com 13 anos ou mais, concentraram-se nas relações sexuais, as quais responderam por 63,6% das notificações, sendo a maior prevalência verificada entre os heterossexuais (31,2%); a seguir, os homossexuais (20,6%) e bissexuais (11,8%); e na categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis com 17,6%. Entre as mulheres, a principal via de transmissão do HIV, perfazendo 91,2%, relacionou-se às relações heterossexuais.

Em 2009, o Ministério da Saúde registrou um total de 60.367 idosos com Aids. A análise da série histórica na década de 2000 revelou um aumento crescente na proporção de idosos com 50 anos ou mais. Esses casos representaram 8,8% das notificações em 2000, aumentando para 12,1% em 2005 e atingindo 15,5% em 2009. Mais recentemente, observa-se uma elevação no número de casos no grupo etário de 50 anos ou mais. Este fenômeno passou a dar mais visibilidade aos grupos de 50 a 59 anos e com mais de 60 anos. Verificou-se um aumento significativo, em ambos os sexos, ou seja, o dobro do observado no início dessa década (BRASIL, 2010).

Para fins de notificação dos casos de Aids, o Ministério da Saúde considera como idoso os indivíduos notificados na faixa etária com 50 anos ou mais. Pode-se observar no gráfico o incremento dos casos por 100 mil habitantes, no período de 1997 a 2009, quase constante, nos grupos etários de 50 a 59 anos e 60 ou mais.



Fonte: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico, 2010.

O incremento dos casos de Aids na população idosa também foi demonstrado por Matsushita e Santana (2001) ao analisarem a incidência dos casos notificados por faixa etária no Brasil, até 1994, constatando que os indivíduos entre 50 e 59 anos ultrapassaram aqueles pertencentes à faixa entre 30 e 39 anos, a qual cresceu de forma mais lenta. Os autores ressaltam ainda que, nesse período, os idosos assumiram a segunda posição no *ranking* de incidência nacional, classificação essa superada somente pelos adolescentes entre 15 e 19 anos. Apontam, também, que, a partir de 1995, houve um incremento na incidência dos idosos na faixa de 60 a 69 anos, ocupando o quarto lugar no *ranking*. O estudo compreendeu o período entre 1981 a 1998, evidenciando que “não é totalmente descartável a hipótese de mudanças no processo evolutivo da incidência, principalmente no grupo de indivíduos com mais de 50 anos” (MATSUSHITA e SANTANA, 2001, p.6).

Em um estudo do tipo ecológico para investigar as tendências da epidemia no Brasil, comparando macrorregiões, entre pessoas com 50 anos ou mais, no período de 1990 a 2003, Souza et al. (2007) constataram uma tendência de crescimento da incidência da Aids nesse grupo etário em todas as regiões, aferindo um aumento de 375% no País. Nas

Regiões Sudeste e Sul foram observadas as maiores taxas de variação média com tendência crescente na incidência, até 1997 (1,002 e 0,906, respectivamente), seguidas pelo Centro-Oeste (0,570), Norte (0,441) e Nordeste (0,254); e o País apresentou uma taxa de 0,588. Enfatizam, ainda, que esse incremento se manteve após a introdução dos medicamentos para a disfunção erétil no Brasil; em 1998, porém, com menor velocidade (SOUZA, SILVA e MONTARROYOS, 2007).

Na mesma perspectiva, Pottes e colaboradores (2007) desenvolveram um estudo observacional, de base populacional, analisando os casos notificados entre 1990 e 2000, pela Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco, associado à revisão de prontuários médicos, encontrando diferenças estatisticamente significantes, segundo o local de residência, a escolaridade, a categoria de exposição ao HIV e o status vital. Nessa pesquisa, as taxas de incidência anuais foram semelhantes nos grupos de 20 a 39 anos e 50 anos ou mais, exceto nos dois últimos anos, onde se observou um aumento entre os idosos. O aumento foi crescente, porém mais lento no grupo entre 50 a 70 anos, entre os indivíduos heterossexuais, com menor escolaridade e do sexo feminino (POTTES et al., 2007).

Considerando-se as tendências apontadas no cenário epidemiológico e os poucos estudos nacionais que abordam o fenômeno da Aids e o envelhecimento, faz-se necessário aprofundar as investigações para esquadrinhar as diferentes dimensões da vulnerabilidade dos idosos à infecção pelo HIV/Aids e a outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com o fito de subsidiar e aperfeiçoar as políticas e as ações programáticas de prevenção e atenção no SUS, bem como o papel das organizações da sociedade civil.

2 – Vulnerabilidades dos Idosos ao HIV/Aids

Na década de 1980 havia poucas tecnologias disponíveis para o tratamento e controle da Aids no mundo e, portanto, no Brasil. O período de incubação da doença, considerada como aguda nesse período, era muito pequeno e a taxa de letalidade altíssima, em torno de 80%. Contudo, a partir de 1996, com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência, conhecida como *HAART* (*Highly Active Antiretroviral Therapy*),

o tratamento para evitar a progressão da infecção pelo HIV e a mortalidade passaram por profundas mudanças, levando a Aids a ser considerada uma doença crônica.

A literatura define como doença crônica aquela que apresenta um longo período de desenvolvimento, podendo ser incurável, apresentando sequelas e limitações no cotidiano dos indivíduos acometidos, o que implica em processos de adaptação e acompanhamento contínuos. Atualmente, a OMS classifica a Aids na categoria das doenças crônicas transmissíveis. É oportuno lembrar que muitas vezes os idosos soropositivos apresentam comorbidades com outras doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, o diabetes mellitus, as cardiovasculares e o câncer (WHO, 2010).

Essa mudança no perfil de uma doença aguda para crônica está circunscrita a três fatores apontados no estudo realizado por Alencar e colaboradores (2008):

- (1) os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV;
- (2) a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais tais como os exames de CD4 e de carga viral e
- (3) o surgimento e avanços do tratamento anti-retroviral (ALENCAR, NEMES e VELLOSO, 2008, p. 1842).

Levando em conta, as mudanças do perfil epidemiológico, bem como as alternativas tecnológicas incorporadas e asseguradas pelo SUS para o controle da progressão da doença, ainda são vários os desafios para implementar ações no campo da promoção da saúde e da prevenção das DST/Aids, assim como para ofertar o diagnóstico precoce e a atenção integral às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), cujos procedimentos e cuidados são cada vez mais complexos.

Desde 1994, o conceito de vulnerabilidade tem orientado a formulação e o desenvolvimento de políticas e ações no campo da Saúde Coletiva, sobretudo para o enfrentamento das DST/Aids. Esse conceito pode ser uma ferramenta analítica que proporciona aos gestores e às equipes de saúde, um instrumental para atuar no território, sob três dimensões interdependentes: a individual, a programática e a social (AYRES et al., 2009).

Cabe observar que os elementos que sustentam a proposta do envelhecimento ativo podem ser úteis para a compreensão da interdependência dessas dimensões da vulnerabilidade, uma vez que para os idosos na contemporaneidade,

torna-se vital reforçar atitudes positivas, ser capaz de se adaptar a circunstâncias sociais caracterizadas por mudanças, aprender continuamente, ter a capacidade de adquirir novas habilidades incorporando novos conceitos e tecnologias e, mais, importante, ter acesso à informação para tomar decisões (KALACHE, 2008, p.1110).

Em que pese os avanços tecnológicos nessas três décadas para o controle da Aids e o aumento da sobrevivência das pessoas acometidas, as situações de estigma, preconceito e discriminação social, ainda não foram totalmente superadas e seguem sendo um importante desafio para o poder público e a sociedade civil na defesa dos direitos humanos das PVHA. Revelar a condição da soropositividade no local de trabalho, nos serviços de saúde, entre os amigos e até entre familiares, muitas vezes é um obstáculo, sobretudo nos municípios de médio e pequeno porte onde os círculos de socialização são mais próximos.

Os idosos também são vítimas de abusos e discriminações em uma sociedade que valoriza e enaltece a participação dos jovens e dos adultos em todos os aspectos, em especial, no mercado de trabalho. Muitas vezes, o preconceito e a discriminação também estão presentes na organização e na dinâmica das instituições, atuando como produtoras e reprodutoras de mecanismos de exclusão social, desrespeitando direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, reiterados e ampliados pelo Estatuto do Idoso (2003) e em outras políticas públicas afins nos anos 1990 e 2000. Vale ressaltar, ainda, que o Brasil foi um dos países signatários do “Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri”, cuja plataforma se move na defesa do potencial e do papel dos idosos para o desenvolvimento social. Os Estados comprometeram-se a inserir a temática na agenda das políticas públicas para reduzir em 50% o envelhecimento com pobreza até 2015, em consonância com as metas de desenvolvimento do milênio (KALACHE, 2008).

Nessa declaração, 160 países pactuaram a eliminação de todas as formas de discriminação, inclusive de idade, resguardando os direitos sociais dos idosos, como a saúde e a seguridade social. Assim, no campo das DST/Aids, as ações devem ser intensificadas nos planos político e programático para combater e eliminar as representações sociais e simbólicas e situações cotidianas que geram estigma e preconceitos, nas várias esferas da vida, responsáveis pelo incremento da vulnerabilidade dos idosos. Essas situações colocam barreiras sociais e culturais que interferem no acesso aos meios de prevenção, em especial, a decisão e a procura do diagnóstico precoce; e quando diagnosticados soropositivos, a procura e a adesão ao tratamento nas unidades da rede especializada no SUS.

Para o enfrentamento dos contextos de vulnerabilidade em que estão inseridos os idosos, deve-se considerar que,

envelhecer sendo soropositivo para o HIV, ou contrair o vírus na velhice representam um desafio duplicado para quem enfrenta essa situação; além de toda a carga sociomoral que carrega a pessoa soropositiva para o HIV de qualquer faixa etária, na velhice algumas construções sociais contribuem para o aumento das dificuldades enfrentadas pelo idoso soropositivo (SALDANHA, ARAÚJO e SOUZA, 2009, p. 331).

Na nossa sociedade, a pouca aceitação e a invisibilidade da sexualidade dos idosos também contribuem para o aumento da vulnerabilidade desse segmento ao HIV/Aids. Além disso, as campanhas e as ações de promoção da saúde e prevenção das DST/Aids são majoritariamente dirigidas aos adolescentes e adultos jovens, dificultando a identificação e a assimilação pelos idosos das mensagens e dos motes veiculados pelo poder público nessas estratégias, por vezes, descontinuadas.

O silêncio imposto às práticas sexuais na terceira idade diminui, ainda, as oportunidades de ampliar o acesso às informações técnico-científicas, bem como o manejo dos métodos e insumos de prevenção, essenciais para a adoção do sexo seguro, num grupo pouco familiarizado com essas tecnologias.

Uma forte resistência ao uso do preservativo masculino e a falta de adesão a esse método entre adultos maiores de 50 anos, com baixa escolaridade e prática heterossexual, independentemente do conhecimen-

to da soropositividade do parceiro foi observada por Bertoncini e outros pesquisadores (2007). Nesse estudo, apesar da baixa percepção de risco, a metade dos idosos adotou práticas seguras depois da descoberta do diagnóstico positivo e antes nenhum deles havia usado o preservativo na vida.

Outro estudo, do tipo transversal e realizado com 168 pessoas de ambos os sexos de meia-idade, frequentadores de grupos de convivência da terceira idade no Vale dos Sinos, entre 40 e 59 anos, aferiu que 63,3% não usavam preservativos e 19,5% desconheciam a existência da camisinha feminina, evidenciando lacunas no conhecimento sobre as formas de prevenção do HIV (LAZZAROTTO et al., 2010).

Na terceira idade, os fatores biológicos também determinam vulnerabilidades distintas entre homens e mulheres. Entre os idosos, as dificuldades e os medos de não se conseguir uma ereção peniana adequada podem dificultar o uso de preservativos; e, nas idosas, as mudanças pós-menopausa, como o ressecamento das paredes vaginais, aumentam as chances de aparecerem feridas que facilitam à infecção pelo HIV e outras DST (SOUZA, 2008).

Outro elemento associado à vulnerabilidade dos idosos foi a introdução e o uso no País, a partir de 1998, dos medicamentos e das terapias hormonais para disfunção erétil, que podem ter algum efeito, mesmo que indireto, na tendência do aumento da incidência do HIV. No entanto, essa variável ainda carece de estudos mais aprofundados. A sexualidade e o comportamento sexual desse grupo caracterizam-se, também, como um tema emergente no campo da Saúde Coletiva e ainda pouco investigado. Portanto, a *dessexualização* dos idosos é um tabu social a ser superado pelas ações programáticas e estratégias de prevenção em curso no País (SOUZA, 2008).

Na rede de serviços do SUS, a dimensão programática da vulnerabilidade está associada, entre outros fatores, à invisibilidade e à baixa percepção e reconhecimento pelos profissionais das necessidades de saúde da população idosa, bem como os direitos sexuais e reprodutivos, e às práticas sexuais propriamente ditas. Investir no aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes, sobretudo no que se refere ao acesso e ao acolhimento, assim como na educação permanente dos profissionais são alguns passos fundamentais que devem ser operacionalizados pelos gestores para reverter esse cenário.

Cabe ressaltar que o acesso é uma via de mão dupla e implica, de um lado, o reconhecimento das necessidades de saúde dos idosos; e, de outro, a oferta de procedimentos pelos serviços, resultando em processos que imprimem um maior ou menor grau de facilidade na obtenção dos cuidados em saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Assim, superadas as barreiras do acesso, o acolhimento da população desempenha papel fundamental na organização do processo de trabalho das equipes, pois atua como “um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário” (SCHIMITH e LIMA, 2004, p. 1487).

Atualmente, um importante desafio programático no SUS refere-se à oferta do teste anti-HIV, assegurando-se um aconselhamento pré e pós-teste de qualidade na rede de Atenção Básica e na rede especializada em DST/Aids, com vistas à ampliação do diagnóstico precoce para os idosos.

O diagnóstico tardio é uma das principais razões apontadas na literatura para explicar a morte precoce entre idosos soropositivos ou com Aids. Nesse grupo, os sintomas muitas vezes são associados pelos profissionais da saúde a outras patologias – Alzheimer, câncer e tuberculose, o que retarda o diagnóstico e o início do protocolo de tratamento. Nos idosos com Aids, observa-se, ainda, uma sobrevida menor do que entre os mais jovens, devido à redução das funções imunológicas com o aumento da idade; ao diagnóstico tardio; à adesão e manejo da terapia antirretroviral; às condições socioeconômicas e ao estado nutricional e mental (FERRO e SALIT, 1992).

Berquó & Koyama (2005), comparando a prevalência de pessoas testadas para o HIV no Brasil, nos anos de 1998 e 2005, demonstraram que houve crescimento significativo da população testada, passando de 20% em 1998 para 32,9% em 2005. Contudo, as pesquisadoras constataram que a proporção de pessoas testadas diminuiu com o aumento da faixa etária em ambos os sexos. No grupo de 56 a 65 anos, a prevalência nos idosos foi de 3,4% para 21,8%; e nas idosas de 1,0% para 12,2%, respectivamente.

Outra questão importante que corrobora para a vulnerabilidade feminina às DST/Aids, na dimensão programática, refere-se aos ciclos de vida e aos procedimentos que são disponibilizados às mulheres nos serviços de saúde. Em nossa

sociedade, hegemonicamente, há uma relação equivocada entre vida sexual e reprodução, produtora de discursos e práticas de saúde baseadas na crença de que as mulheres com mais de 50 anos não são mais sexualmente ativas. Essa situação contribui para dificultar o acesso da população feminina aos meios de prevenção, entre eles o teste anti-HIV que, muitas vezes, não é oferecido ou é pouco ofertado pelos serviços para esse grupo. Esses fatores podem explicar a menor prevalência de mulheres testadas na Baixada Santista na faixa etária entre 40 a 54 anos (46%), em comparação com as demais, 58,5% e 79,6%, para as faixas de 15 a 24 anos e 25 a 39 anos, respectivamente” (BARBOZA et al., 2008, p. 483).

Ainda na dimensão programática da vulnerabilidade, cabe discutir a relevância da adesão ao tratamento e do seguimento dos idosos soropositivos nos serviços de saúde. No Brasil, o tratamento com antirretrovirais foi incorporado ao SUS, em 1989, com a introdução da Zidovudina (AZT), esquema terapêutico baseado na monoterapia, período em que não havia outros medicamentos disponíveis. A partir de 1996, com a publicação da Lei nº. 9.313⁴, o acesso universal foi assegurado, baseado em critérios estabelecidos por consensos nacionais definidos pelo Ministério da Saúde, a cargo do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. Atualmente, o SUS disponibiliza 22 medicamentos antirretrovirais, dispensados aos usuários das redes pública e privada nos serviços de referência em DST/Aids.

No País, um dos principais estudos sobre a adesão ao tratamento com antirretrovirais foi conduzido por Nemes e colaboradores em uma amostra constituída por 1972 usuários, acompanhados em 60 serviços especializados. Na pesquisa foi encontrada uma prevalência de adesão de 75,05%, nos três dias anteriores à coleta das informações, com intervalo de confiança de 95%, variando de 73,08% a 76,95%. O estudo constatou, ainda, uma prevalência de não adesão significativamente maior entre os pacientes que não possuíam algum vínculo de trabalho formal ou infor-

4 Lei nº. 9.313, de 13/11/1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Diário Oficial da União, Brasília, novembro/1996.

mal no momento da entrevista (36,3%), contra 24,3% dos que estavam empregados (NEMES, CARVALHO e SOUZA, 2004).

O esquema terapêutico utilizado no tratamento dos idosos é o mesmo estabelecido pelos consensos nacionais para o tratamento dos adultos em geral. No entanto, a efetividade é menor, como demonstrou o estudo realizado por Manfredi et al. (2003), que comparou a resposta ao tratamento entre dois grupos de idosos; o primeiro na faixa entre 55 e 64 anos e o outro, com 65 anos ou mais, constatando que os últimos apresentaram uma resposta mais lenta ao tratamento, com níveis de marcadores CD4 inferiores e menor período de carga viral indetectável.

Barbosa (2006) em estudo de corte transversal realizado com 118 pacientes na faixa etária de 60 anos ou mais, em tratamento com antirretrovirais em 15 serviços de DST/Aids da rede municipal de São Paulo, aferiu uma taxa de adesão de 80,5%, com intervalo de 95% de confiança de 72,2% a 87,2%. O autor constatou que os idosos com maior adesão foram aqueles com 60 a 69 anos, comparados aos com 70 anos ou mais, os mais escolarizados; os aposentados e tomando até 5 comprimidos/dia.

Nessa pesquisa foi encontrada associação entre adesão e situação de trabalho. O risco de não adesão dos não aposentados foi quase cinco vezes maior do que o verificado entre os aposentados. Pôde-se inferir que a renda e a condição proporcionada pela aposentadoria nesse segmento contribuíram para uma maior dedicação de tempo investido nos cuidados com a própria saúde (BARBOSA, 2006).

As principais razões alegadas para falhas na adesão foram, em primeiro lugar, a descontinuidade do fornecimento da medicação nos serviços e, em segundo, esquecimento. O estudo apontou que não houve descontinuidade na dispensação dos medicamentos no período investigado, sendo a não retirada da medicação e o próprio esquecimento a razão mais provável da não adesão. Ressaltou, ainda, que outros estudos demonstraram que o fator esquecimento não é exclusivo desse segmento (BARBOSA, 2006).

Considerando-se que a Aids é uma doença crônica, vale frisar que a adesão dos idosos ao tratamento com os antirretrovirais está diretamente associada à qualidade dos vínculos e da própria relação de acolhimento e confiança técnica depositada na equipe de saúde, que deve estar

suficientemente atualizada para conduzir um plano terapêutico factível à rotina do usuário.

O cuidado e o manejo dessas tecnologias no âmbito da prevenção secundária implicam garantir que os idosos sejam adequadamente informados, utilizando-se uma linguagem clara e acessível, que discuta os diferentes aspectos do processo de tratamento, assim como os possíveis efeitos colaterais e a convivência e superação dos mesmos; o significado dos resultados dos exames de acompanhamento, em especial, os controles de CD4, CD8, carga viral e genotipagem; a orientação nutricional; um plano de exercícios físicos para a prevenção de lipodistrofia; bem como orientações sobre as práticas de sexo seguro, considerando-se a diversidade e a plasticidade da sexualidade humana, não restrita às orientações heteronormativas, entre casais soroconcordantes ou ainda sorodiscordantes.

Nessa ótica, as práticas em saúde precisam ser repensadas e adequadas às demandas vocalizadas pelos idosos. Emitir juízos de valor sobre como os idosos adquiriram o HIV ou qualquer outra DST e ditar ou impor regras de conduta, no mais das vezes podem dificultar a procura às unidades de saúde, ou ainda que os mesmos se identifiquem e se sintam acolhidos para dar prosseguimento aos cuidados de longa permanência.

É oportuno lembrar que a promoção do autocuidado e a adoção de práticas de prevenção primária e secundária das DST/Aids dependem, ainda, de uma revisão dos conceitos e das concepções de prevenção vigentes no século XXI e operadas no âmbito do SUS. Assim, reduzir a vulnerabilidade dos idosos às DST/Aids depende de uma atitude proativa dos gestores e das equipes de saúde, o que implica, em última instância, definir a prevenção como um direito para:

avançar nas concepções “bancárias” que entendem o participante dos programas de prevenção como “consumidor” de receitas e valores predefinidos de como se comportar, para uma relação dialógica que inclua sujeitos, considerando seus valores e contextos socioculturais (PAIVA, PUPO e BARBOZA, 2006, p.117).

Logo, as habilidades técnicas da equipe multiprofissional alinhadas a um processo de trabalho factível e resolutivo são fatores que facilitam a

definição do melhor plano terapêutico, adaptado às especificidades dos idosos. Essa questão implica reconhecer e oferecer janelas de oportunidades que facilitem o acesso e a permanência dos idosos nos serviços de saúde, enfrentando, portanto, as dimensões da vulnerabilidade social e programática. Para tanto, “a discriminação, advinda da adoção de hábitos de vida não favoráveis ao longo do curso da vida, precisa ser desmistificada, enfatizando-se a necessidade de se oferecerem oportunidades iguais para o acesso à saúde” (SILVA, LIMA e GALHARDONI, 2010, p.874).

É mister lembrar que as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde dos idosos desencadeadas pelo poder público e pelas organizações da sociedade civil, devem trabalhar arduamente para desmistificar e reduzir as vulnerabilidades desse segmento, rompendo com concepções e práticas autoritárias que responsabilizam e muitas vezes culpabilizam os idosos pela própria saúde, assim como os

entendimentos descontextualizados do estilo de vida em seu formato individualista [que] são insuficientes para representar satisfatoriamente as determinações e intermediações envolvidas nas questões que se relacionam com ‘comportamentos de risco’, no nível individual, e medidas de promoção e prevenção em termos populacionais (CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007, p.88).

3 – A Produção de Conhecimento sobre Aids e Idosos em alguns Congressos de Saúde Coletiva

Perante o cenário apresentado anteriormente, o conhecimento sobre as vulnerabilidades dos idosos é essencial para o avanço do planejamento, da execução, do monitoramento e da avaliação das ações programáticas desencadeadas no SUS para a prevenção e atenção em DST/Aids.

No que tange à produção de conhecimento sobre as dimensões da vulnerabilidade na velhice, Silva et al. (2010) apontam que se faz necessária a ampliação dos estudos que tratam do uso do conceito de vulnerabilidade e suas interfaces com o envelhecimento saudável e ativo, aportando novos saberes para o campo da Gerontologia no País.

Barboza e colaboradores realizaram um estudo do tipo exploratório e descritivo, utilizando como fonte os anais de alguns congressos nacionais do campo da Saúde Coletiva, selecionados entre 2007 e 2011, para identificar a produção científica recente, sobre o tema Aids e idosos apresentado nessa modalidade. Os pesquisadores constataram que os estudos e os relatos de experiência das instituições que atuam no âmbito da saúde, acadêmicas ou não, são incipientes na Saúde Coletiva, diante das tendências da epidemia no País (BARBOZA, SILVA e GONÇALVES, 2011).

Pode-se observar na tabela 1 que o total dos resumos apresentados pelas instituições abordando a questão da Aids entre os idosos foi inferior a 0,5%, revelando a pouca visibilidade desse segmento nos Congressos da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e na última edição do Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids, promovido pelo Ministério da Saúde (BARBOZA, SILVA e GONÇALVES, 2011).

Tabela 1. Proporção de resumos apresentados no geral e resumos sobre Aids e idosos nos Congressos da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Ministério da Saúde, no período 2007 a 2011.

Congressos	Resumos		Resumos/idosos	
	Nº	%	Nº	%
IV Congresso Bras. de C. Soc. e Humanas em Saúde (2007)	*2.000	15,40	6	0,30
IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2009)	7.996	61,55	18	0,22
VIII Congresso Bras. de Prevenção das DST/Aids (2010)	1.513	11,64	29	1,91
V Congresso Bras. de C. Soc. e Humanas em Saúde (2011)	1.482	11,41	3	0,20
Total	12.991	100,00	56	0,43

*Estimativa de trabalhos, segundo a comissão organizadora

A análise desses trabalhos, segundo macrorregiões, evidenciou que os mesmos estão concentrados nas Regiões Nordeste (46,4%) e Sudeste (35,7%), revelando diferenças e vulnerabilidades regionais entre as ma-

corregiões na produção sobre esse tema (tabela 2). Quanto ao vínculo dos autores, 62,49% são oriundos da Academia, seguido dos Serviços (24,98%), das parcerias entre a Academia e os Serviços (10,70%) e 1,8% das Organizações Não Governamentais. Cabe destacar que os trabalhos acadêmicos que abordam essa problemática representaram mais do que o dobro dos resumos dos serviços. Pode-se inferir, ainda, sem a pretensão de generalizar essas informações, que o segmento dos idosos não foi suficientemente contemplado na agenda das ações das organizações da sociedade civil que atuam no campo do HIV/Aids (tabela 2).

Tabela 2. Proporção de resumos apresentados sobre Aids e idosos, segundo macrorregiões e vínculo dos autores. ABRASCO e Ministério da Saúde, 2007 a 2011.

Região	Academia		Serviço		Acad./Serviço		ONG		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0,00	2	3,57	0	0	0	0,00	2	3,58
S	4	7,14	1	1,78	0	0	1	1,78	6	10,71
CO	2	3,57	0	0,00	0	0	0	0,00	2	3,58
NE	18	32,14	5	8,92	3	5,35	0	0,00	26	46,42
SE	11	19,64	6	10,71	3	5,35	0	0,00	20	35,71
Total	35	62,49	14	24,98	6	10,70	1	1,78	56	100,00

Analisando-se especificamente o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids, constata-se que 69% dos resumos apresentados concentram-se nas Regiões Sudeste e Nordeste do País (tabela 3). No que pese ser um congresso voltado, prioritariamente, às secretarias municipais e estaduais de saúde, sobretudo às coordenações de DST/Aids e às organizações da sociedade civil que militam nesse campo, os dados revelam que mais da metade dos resumos apresentados são oriundos da Academia (58,61%), seguido dos Serviços (34,48%) e novamente com a menor participação das ONGs, com apenas um trabalho sobre Aids e idosos (tabela 3).

Tabela 3. Proporção de resumos sobre Aids e idosos apresentados no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids, segundo macrorregiões e vínculo dos autores. Ministério da Saúde, 2010.

Região	Academia		Acad./Serviço		Serviço		ONG		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0,00	0	0,00	2	6,90	0	0,00	2	6,90
S	3	10,34	0	0,00	1	3,44	1	3,44	5	17,24
CO	2	6,90	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,90
SE	5	17,24	1	3,44	4	13,80	0	0,00	10	34,48
NE	7	24,13	0	0,00	3	10,34	0	0,00	10	34,48
Total	17	58,61	1	3,44	10	34,48	1	3,44	29	100,00

A análise desses congressos revela uma produção científica incipiente e de pouca visibilidade sobre a temática Aids e envelhecimento da população brasileira quanto à contribuição da Academia, das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e das organizações da sociedade civil. Esse cenário aponta alguns desafios prementes, como o aperfeiçoamento das agendas das políticas públicas operadas pelas áreas técnicas da Saúde do Idoso e das DST/Aids, no Ministério da Saúde, e nas demais esferas de gestão do SUS. E, ainda, a necessidade de investimentos para fortalecer a participação popular e o controle social das políticas e das ações programáticas, sobretudo a atuação dos conselhos de saúde e outros conselhos afins, e das organizações da sociedade civil que militam no campo das DST/Aids e do ativismo dos idosos no País.

Considerações finais

Um olhar apurado das dimensões discutidas neste capítulo sobre o mosaico da vulnerabilidade dos idosos às DST/Aids evidencia a invisibilidade e, ao mesmo tempo, a relevância dessa população na quarta década

de enfrentamento da epidemia. Cada vez mais, torna-se premente a valorização dos idosos como sujeitos de direito e da atuação do poder público, da Academia, dos conselhos e das ONGs na proposição, implementação e avaliação de políticas públicas que promovam a interface entre as DST/Aids e as premissas do envelhecimento bem-sucedido.

Recentemente, observa-se uma maior interface no SUS, entre os serviços da rede especializada de DST/Aids e a Atenção Básica, locus privilegiado para as ações de promoção da saúde e prevenção primária, em especial, o acesso ao diagnóstico precoce do HIV. No entanto, a qualidade da prática do aconselhamento deve ser aperfeiçoada, principalmente na rede básica, investindo-se em processos de formação das equipes; sobretudo quanto ao acolhimento adequado dos idosos para a oferta do teste, a discussão dos resultados e suas implicações para a percepção de risco dos mesmos. O acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento das demais DSTs, incluindo-se os parceiros, baseado no processo da abordagem síndrômica, não foi implementado a contento nesses serviços, aumentando a exposição dos idosos à infecção pelo HIV.

Considerando-se a alta vulnerabilidade dos idosos soropositivos ao adoecimento pela Aids, os gestores e as equipes de saúde devem enviaar esforços para melhorar as respostas dos sistemas locais e regionais de saúde, em consonância com as prioridades definidas nos Pactos pela Saúde e pela Vida (2006). Para tanto, é fundamental observar os atributos da atenção primária em saúde, elencados por Starfield (2004), quanto à acessibilidade e ao uso dos serviços; à longitudinalidade baseada na oferta regular da atenção garantida no tempo; à integralidade da atenção; e à coordenação da rede de atenção com garantia do acesso contínuo dos usuários aos níveis mais complexos quando necessário.

As tendências epidemiológicas demonstram que a população de idosos tende a crescer na rede especializada em DST/Aids, uma vez que a incidência dos casos notificados entre o grupo com 50 anos ou mais apresenta taxas crescentes, assim como o aumento da sobrevida associada aos avanços tecnológicos e ao acesso ao tratamento no SUS. Nesse cenário é essencial fortalecer e qualificar o processo de trabalho das equipes dos serviços de referência e sua interface, para educação permanente de outros serviços/equipes, e, em especial, àqueles dedicados às linhas de cuidado

geriátrico e gerontológico no SUS. Deve-se, ainda, priorizar e investir no aprimoramento das estratégias de adesão dos idosos ao tratamento e aos medicamentos antirretrovirais, incorporando-se as especificidades dos idosos vivendo com HIV/Aids, como, por exemplo, as comorbidades.

Em consonância com o Estatuto do Idoso e o Pacto pela Saúde, os gestores devem envidar esforços para o desenvolvimento de políticas e ações intersetoriais para enfrentar e minimizar os contextos de vulnerabilidade dos idosos, avançando na cobertura e na qualidade das ações de promoção da saúde e prevenção primária no SUS. Ainda nesse mote é essencial ampliar, fortalecer e apoiar, por meio dos mecanismos institucionais existentes, as parcerias com ONGs que militam para prevenção das DST/Aids e defesa dos direitos dos idosos, e, em especial, as casas de apoio voltadas aos idosos soropositivos em situação de exclusão social. Faz-se necessário também fortalecer a atuação dos conselhos e ampliar a sustentabilidade das redes sociais de suporte aos idosos, em especial nos bolsões de pobreza concentrados nas regiões metropolitanas brasileiras.

Por fim, recomenda-se, ainda, investir nas interfaces entre a Academia, os serviços de saúde e as ONGs, no intuito de ampliar, qualificar e aprofundar a produção de conhecimento existente sobre o tema Aids e envelhecimento na população brasileira, contribuindo para iluminar e desmistificar as dimensões da vulnerabilidade individual, programática e social na perspectiva do envelhecimento ativo. Estudos conduzidos por profissionais das áreas de ciências sociais e humanas em saúde, epidemiologistas, gerontólogos, infectologistas, entre outros, são essenciais para melhor compreender a sexualidade e o comportamento sexual dos idosos, após o advento da Aids e dos medicamentos para a disfunção erétil e suas implicações para as políticas e ações programáticas em DST/Aids no País, além de ser um tema emergente no campo da Saúde Coletiva.

Referências

ALENCAR, T. M. D.; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A.. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 13. Rio de Janeiro, 2008, pp.1841-1849.

AYRES, J. R. de C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI, Filho, H. C.; FRANÇA-JÚNIOR, I.. "Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde." In: CAMPOS, G. W.r de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, Júnior M.; CARVALHO, Y. M. de. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª edição, 2009, pp.375- 417.

BARBOSA, A. S. M.. **Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na Grande São Paulo**. Tese apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor. São Paulo, 2006.

BARBOSA, Júnior A.; SZWARCOWALD, C. L.; PASCON, A. R. P.; SOUZA JÚNIOR, P. B. Tendências da epidemia de Aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 25. Rio de Janeiro, 2009, pp.727-37.

BARBOZA, R.; PUPO, L. R.; ALVES, O. S. F.; MONTEIRO, P. H. N.; ESCUDER, M. M. L.. Desafios da saúde da mulher na Baixada Santista: acesso ao diagnóstico anti-HIV e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. **O Mundo da Saúde**, nº 32. São Paulo, 2008, pp.475-485.

BARBOZA, R.; SILVA, C. A. S.; GONÇALVES, B. A.. Idosos e Aids: uma análise da produção científica nos congressos nacionais do campo da Saúde Coletiva e os desafios para o enfrentamento da invisibilidade no SUS. In: XII Congresso Paulista de Saúde Pública, São Bernardo do Campo, 2011. **Saúde e Sociedade**, nº 20 (Supl. 1). São Paulo, 2011, pp.224-225.

BERQUÓ, E.; KOYAMA, M. A. H. **Notas preliminares sobre o teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005**. São Paulo: CEBRAP, 2005.

BERTONCINI, B.; MORAES, K.; KULKAMP, I. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, nº 19. Niterói, 2007, pp.75-79.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei Nº. 1.741 - **Estatuto do Idoso**. Diário Oficial da União, 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde, vol.12. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano VII, nº 1, 1ª a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Diário Oficial da União, 10 de dezembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FERRO, S.; SALIT, I. E.. HIV infections in patients over 55 years of age. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, nº 4. Philadelphia, 1992, pp.348-355.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M M L.; CASTILHO, E A. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002 – 2006. **Revista de Saúde Pública**, nº 3. São Paulo, 2010, pp. 430-441.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 13. Rio de Janeiro, 2008, pp.1107-1111.

LAZZAROTTO, A.; REICHERT, M T.; VENKER, C.; KRAMER, A. S.; SPRINZ, E. HIV/aids e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale do Sinos (RS), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 15 (Supl.1). Rio de Janeiro, 2010, pp.1185-1190.

MANFREDI, R.; CALZA, L.; COCCHI, D.; CHIODO, F. Antiretroviral treatment and advanced age: epidemiologic, laboratory, and clinical features in the elderly. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, nº 1. Philadelphia, 2003, pp.112-114.

MATSUSHITA, R Y; SANTANA, R S. Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária. **Boletim Epidemiológico – Aids**, nº 2. Brasília, 2001, pp.1-6.

NEMES, M I B.; CARVALHO, H B.; SOUZA, M F. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**, nº 18 (suppl 3). 2004, S15-S-20.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, nº 40 (Supl). São Paulo, 2006, pp.109-119.

PIOVESAN, F. Direitos reprodutivos. 2006. Em **Dicionário de Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tiki-index.php?page=Direitos%20reprodutivos>. Acesso em: 10 fev. 2011.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: característica dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1999 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, nº 3. São Paulo, 2007, pp. 338-51.

SALDANHA, A.A.W.; ARAÚJO, L. F. de; SOUZA, V. C.. Envelhecer com Aids: Representações, Crenças e Atitudes de Idosos Soropositivos para o HIV. **Revista Interamericana de Psicologia**, nº 2. 2009, pp. 323-332.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D. da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 6. Rio de Janeiro, 2004, pp.1487-1494.

SILVA, H.S.; LIMA, Â.M.M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, nº 35. Botucatu, 2010, pp.867-77.

SOUZA, J.L. Sexualidade na Terceira Idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, nº 1. Niterói, 2008, pp.59-64.

SOUZA, J.L.; SILVA, M.D.P.; MONTARROYOS, U.R. Tendência de Aids no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, nº 2. Rio de Janeiro, 2007, pp.203-216.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 20 (supl.2). Rio de Janeiro, 2004, pp. 190-196.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010 - Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants.** Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/index.html. Acesso em: 22 set. 2011.

Envelhecimento, tempo e desejo na hipermodernidade

Abílio Costa-Rosa¹

Tereza Etsuko da Costa Rosa²

*“A vida é breve, mas cabe nela muito mais do que somos capazes de viver.”
“Nem a juventude sabe o que pode nem a velhice o que sabe.”*

(José Saramago)

Neste ensaio pretendemos levantar algumas questões que consideramos fundamentais para a análise da velhice na pós-modernidade, e para a crítica necessária aos diferentes trabalhos realizados atualmente junto aos sujeitos considerados em situação de envelhecimento.

Apesar da complexidade envolvida no processo de envelhecimento, a Medicina contemporânea, tem recortado essencialmente um fenômeno biológico sobre o qual tem-se debruçado cada vez com maior atenção, tendo trazido inegáveis conquistas no que diz respeito à melhora das condições de vida e ao aumento da longevidade. Entretanto, falta considerar sua dimensão psíquica.

Por outro lado, pensamos que qualquer análise das condições de vida que pretenda pôr em foco a saúde em geral e a *saudessubjetividade* em particular, não poderá eximir-se da análise sociossimbólica da Formação Social³, sob pena de negligenciar o essencial.

Procuraremos tirar consequências desse paralelo entre o estado das relações sociais hipermodernas, que nomearemos Modo Capitalista de Produção (MCP) (Marx, s/d), e a situação dos sujeitos nas condições do envelhecimento que são alvos de Atenção, nosso foco neste ensaio.

1 Abílio Costa-Rosa (abiliocr@assis.unesp.br) é Professor livre-docente do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade Estadual Paulista, UNESP-Assis. Psicanalista e Analista Institucional.

2 Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

3 Empregamos o termo Formação Social como conceito do materialismo histórico, que designa, segundo Fioravante (1997), uma sociedade historicamente determinada, um todo social em um momento de sua existência; como uma instituição e seus equipamentos.

Quando pensamos o envelhecimento a partir da noção do tempo linear que predomina na organização dos processos de produção da vida cotidiana no MCP é difícil disfarçar as brumas que fazem antever um futuro catastrófico. Entre anúncios de boas novas alardeadas sobre o aumento da longevidade e da qualidade de vida, outros efeitos já se fazem presentes: “será normal ter mais de uma profissão, não haverá aposentadoria digna, e haverá substituição das terapias ocupacionais pelo trabalho propriamente dito” (FORBES, 2006). Esse é apenas um vislumbre da situação.

Nossa análise de modo algum pretende ser exaustiva da situação do envelhecimento na pós-modernidade. O objetivo essencial consiste em pôr em foco as relações do envelhecimento com o desejo⁴ na sociedade contemporânea. Pretendemos acrescentar a dimensão da relação do envelhecimento com o tempo propriamente dito, como tempo de duração da vida, e com o desejo, como modo de se situar no tempo dessa duração.

Está em questão a análise da própria experiência do tempo. Mas a experiência do tempo é inseparável do próprio modo de tratar o tempo como tempo da produção, e tempo do consumo nos processos de produção da vida cotidiana na sociedade capitalista em sua configuração atual. Os processos dominantes em nossa forma societária ainda se caracterizam a partir do velho lema “tempo é dinheiro”, e o prolongamento do tempo do envelhecimento não escapa a essa lógica. Mais tempo para o consumo, eis a mais nova descoberta para ampliar a extração de valor do Modo de Produção Capitalista – “mais-valia relativa”. Mas, do ponto de vista do sujeito velho, será isso o máximo que ele pode exigir?

Alardeia-se como um triunfo a presença social de uma grande massa de indivíduos, crescendo em progressão ampliada, com idades cada vez mais avançadas. Mas o que a sociedade atual reserva aos velhos além de uma vida mais alongada no diversionismo e no consumo?

4 O desejo como o entende a psicanálise é diferente da necessidade e da demanda. Estas estão sempre diretamente relacionadas a objetos ao alcance da mão (objetos imaginários realizados). Enquanto esses objetos ao alcance da mão visam o gozo e a própria intencionalidade do gozo pode chegar a visá-los; o desejo deve ser relacionado com o que causa, com a “causa”. No desejo estamos diante de uma particularíssima noção de causa. Uma causa que está no horizonte de viver, mas este horizonte não tem qualquer parentesco com os objetos teleológicos que situam especularmente um sujeito correndo em seu encalço. O sujeito do desejo é o sujeito do significante falado e não um simples ser vivo. “Ele só é significado nesta [linguagem] ao preço de ser representado ali por um significante, de um modo que o fragmenta e que, como sujeito do inconsciente, torna-o eternamente não idêntico a si mesmo” (Guyomard, 1996: 39).

Poderá o tempo adicional nos anos da vida ser mais do que a oportunidade de realizar no consumo, e em formas de diversão mais ou menos elusivas (iludindo a morte), aquilo que foi sonogado pelo tempo do trabalho?

I. Envelhecimento e pós-modernidade.

Ao considerar o envelhecimento quanto aos seus aspectos essenciais, não se pode deixar de abordar o contexto socioeconômico e cultural no qual se envelhece. A pós-modernidade nos propõe a ideia de que entramos numa era de abundância e conforto. Entretanto, sabe-se que para a grande maioria dos indivíduos, essa condição está excluída e que mesmo para os outros, parece mais adequado falar em estranhamento; quando não aparecem o tédio e a depressão denunciando a recusa dessa forma de abundância e conforto. Para estes, o que se manifesta são os efeitos da demissão realizada, nesta forma societária, do compromisso com o que se deseja, restando apenas o que se quer – a necessidade em lugar do desejo (MELMAN, 2003).

Por isso seria apressado atribuir o estresse da pós-modernidade ao excesso de opções. Pois o problema central, manifesto no tédio e na depressão, só pode estar relacionado com certa covardia da opção. O impasse da pós-modernidade não se apresenta como confronto com o impossível de escolher, a não ser aparente. Se os ideais da própria Formação Social arremessam a todos para o exílio do desejo, com a promessa simultânea da felicidade finalmente conquistada na esfera do consumo pletórico, o abismo que se abre para o sujeito nessas circunstâncias deve ser expresso na questão de como inventar/reinventar o próprio conceito de impossível. Essa questão se coloca para todos os indivíduos e para qualquer análise que pretenda dar conta do essencial da situação instalada (JERUSALINSKY, 1993).

Essa análise terá que partir da constatação de que aquilo que mais essencialmente define a pós-modernidade, ou hipermodernidade, é o fato de que a “lei do mercado” (antes chamada mão invisível) assumiu, sem quaisquer constrangimentos e de forma desvelada, a posição de mediador único das relações sociais e sociossimbólicas; ao mesmo tempo em que se globalizou. Ora, a lei do mercado desconhece aquilo que defi-

ne o fundamento essencial de qualquer lei, o conceito de impossível, que permite a funcionalidade mediadora entre as partes.

Uma *Lei* como mediadora deve impedir a colisão das partes, estabelecendo, portanto, um limite entre elas. E a lei do mercado não esconde que seu modo de regulação das relações sociais é a crise, a catástrofe.

Sabemos que as modalidades de extração estão revolucionadas na hipermodernidade: elas acrescentaram de modo vigoroso o consumo à originária esfera da produção. O desvelamento da ação da lei do mercado não poderia ocorrer sem um importante abalo da crença nos “ideais” que davam alguma credibilidade a essa forma societária. Esse abalo fez com que a potência imaginário-simbolizante que eles ainda possuíam desabasse, para um número cada vez maior de indivíduos. Os reflexos na esfera subjetiva, isto é, os impactos na realidade psíquica dos indivíduos são inequívocos, dada a estridência com que se manifestam. Não é tão difícil compreender alguns dos efeitos críticos, reivindicatórios, sobretudo manifestos em termos de “morbidade” e dos impasses subjetivos que marcam as sociedades após o final da década de 1980 até o presente. Por exemplo, as doenças nomeadas neuropsiquiátricas passaram a ocupar a primeira posição no *ranking* das taxas de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (Disability-adjusted Life Year) (SCHRAMN E COL, 2004; WHO, 2004).

O enfraquecimento do poder simbolizante dos ideais liberais (já de estatuto imaginário) faz com que haja um acirramento do discurso ideológico pela via do discurso publicitário. Há uma superexposição dos indivíduos aos significados ideológicos de uma variada gama: destaque para a felicidade associada ao consumo abastado de bens ao alcance da mão pela intermediação do dinheiro, e às intervenções milagrosas da ciência, cuja última novidade é a aposta, desta vez infalível, no gene. Mas essas não são as únicas promessas. É uma sociedade da velocidade e da instantaneidade, que promete responder a todo o “imprevisível” através da promessa de tamponamento de toda a angústia. Às vezes também chamada de sociedade compulsiva, não sem o seu contraponto “sociedade depressiva” (ROUDINESCO, 2000) e entediada. Não é casual que algumas das críticas a essa forma de viver e equacionar os impasses recorram de modo insistente ao tema da “medicalização”, assinalada como uma das

suas características mais problemáticas. As drogas assumem diferentes formas, “lícitas” e “ilícitas”, mas a intoxicação do sujeito também pode ser feita com ações, palavras e gestos.

A ideologia dominante da “superciência” em que se transformou essa parte da medicina dispensadora de psicofármacos pretende aquilatar a posição do sujeito, excluindo absolutamente os sentidos que ele atribui à sua existência. Como se aquilo que lhe permite se localizar entre seus semelhantes, com os quais contracenava nas relações sociais, econômicas, culturais e subjetivas, pudesse ser reduzido a sua herança e condições genéticas, e à saúde do corpo.

Isso só pode acentuar as características da alienação já presentes na produção e no consumo do MCP. Podemos nomear essa circunstância: sociedade da “alienação ao desejo do Outro” (com gozo, sobretudo corporal, como seu correlato) e de “alienação ao discurso do Outro”, isto é, os indivíduos estão predispostos a responder afirmativamente às interpeleções feitas pelos significantes ideológicos mais pregnantes no discurso social. Nesse estado da consistência sociossimbólica da Formação Social, parece haver maior facilidade em suportar o próprio sofrimento e o do outro que sofre (não excluído o simples fato de se ser velho) através de um cuidado compassivo e da própria compaixão. Ora, a compaixão é efeito imediato da identificação com o sofredor, traduzida, muitas vezes, como a pretensão de sofrer por ele. Para esses indivíduos a identificação com o outro já permite acertar as contas com o dever, que é moral. O dever moral, como fruto dessa identificação, não é mais do que a presunção, não reconhecida, de pousar de Deus para o outro; é um modo sutil de se assegurar de que a impotência está toda do lado do desvalido, enquanto a onipotência está do lado do cuidador (JULIEN, 1996). Vemos perfeitamente que a ética do dever moral ainda não é suficiente para fundar a ética do desejo, que está além de qualquer dever.

Envelhecer é sempre um confronto com o tempo, de maior ou menor violência, dada a iminência da morte, por mais longa que seja a perspectiva do viver.

Veremos que pensar algumas das relações possíveis entre envelhecimento, o tempo e o desejo não é uma questão periférica para a consideração da qualidade de vida desses sujeitos na situação de envelhecimento.

II. O tempo e desejo no MCP

O que é envelhecer, posta uma definição do tempo como cronológico, sinônimo de tempo de trabalho alienado e expropriado (quando há trabalho) e do tempo do consumo estritamente reduzido à necessidade?

A publicidade vai pintando a velhice como o tempo da “melhor idade” no mesmo movimento em que tenta maquiagem consumo da esfera da carência, com ares de gozo da vida na dimensão do carecimento⁵ e do desejo.

Qual a saída para um sujeito que envelhece preso nessa alienação comum do MCP?

Seria tão estranho o desejo (quimérico, fantasioso) de se manter eternamente jovem a qualquer custo (de fato pode-se viver bem mais do que em épocas anteriores) ou, por outro lado, desistir, depondo o corpo, como se vê na depressão?

Essa é, em todo caso, uma das promessas da ciência moderna que trabalha atleticamente para quebrar seus próprios recordes, como se o infinito fosse o limite, aproximando-se do mito da eterna juventude.

No filme “Réquiem para um sonho”⁶ foram encenados alguns dos dilemas da hipermodernidade, os efeitos finais da opção pelo gozo imediato e pela adesão aos ideais oferecidos pela publicidade, em detrimento do desejo (DEBORD, 1997; LASCH, 1983; MELMAN, 2003). Fica bem ilustrado o que é ceder de seu desejo e a consequência que é se perder nas brumas de uma promessa de gozo ao alcance da mão. Tratando-se de um confronto sem mediação, o desfecho não poderia ser diferente da morte de “um” no “Outro”.

Nosso modo societário persiste em rebater todas as formas de desejo para um gozo que, no limite, é impossível de suportar. Trata-se de pretender reduzir o desejo à esfera da necessidade, como afirmou Freud referindo-se ao caso do consumidor compulsivo de drogas (GURFINKEL,

5 Carecimento, por oposição ao conceito de carência ou de necessidade, abarca uma dimensão do homem que inclui o desejo (como se o propõe na psicanálise) e toda a abertura para os Ideais, possíveis ou não de imediato. Mas abrange também a abertura para a produção e usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades. Pode-se considerar que aqui estão incluídas também as criações da Filosofia, da Arte, da Ciência, e até da Religião, mas não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau da sua evolução histórica (Marx, Manuscritos de 1844).

6 Filme de Darren Aronofsky, 2000, EUA

1996). Os compulsivos e os carismáticos fanatizados ilustram de modo trágico, e de modo dramático o fim que aguarda o sujeito que envereda nessa linearidade de um tempo reversível; na linearidade do tempo do gozo, fora dos limites do desejo. A outros, talvez mais precavidos, sobram múltiplas formas de gozo diversionista, cuja forma mais típica talvez sejam os jogos, não por acaso nomeados “jogos de azar”.

O desejo supõe a presença do limite como “conceito do impossível”; impossível de um gozo que promete “fazer um com o outro”, fazer um acoplamento perfeito entre o sujeito e o “objeto” de gozo. Acoplamento perfeito que é eco do outro acoplamento, também pretensamente perfeito e cuja mediação corresponde à “lei do mercado”, conforme assinalado anteriormente.

O desejo é “limitado” pela intermediação da linguagem, que introduz o espaço e o tempo na experiência psíquica, esse limite é uma modalidade de mediação entre o sujeito e seus diferentes objetos de gozo. Certamente se trata de pensar, fora das relações da causalidade linear, as relações possíveis entre o “conceito de impossível” no âmbito da Formação Social e no das subjetividades particulares. Seria mais justa a proposição de uma relação *moebiana* (fita de Moebius), na qual os dois âmbitos se conectam, como em uma única superfície na qual interior e exterior estão em continuidade. Ou seja, são as noções comuns desses termos (interior e exterior, individual e social) que ficam desfeitas; outro modo de dizer que tanto o social é subjetivado, quanto a subjetividade é sociocultural.

A análise das consequências do desvelamento de certos efeitos problemáticos dessa pretensão de acoplamento, tanto no âmbito da Formação Social quanto no da Formação Subjetiva, pode permitir falar, de modo menos “especulativo” e menos especular, do tema do envelhecimento em suas relações com a pós-modernidade ou hipermodernidade.

Uma das características da hipermodernidade, a compulsividade (em múltiplas formas) e seu outro, as abulias (igualmente diversas, embora a ciência e a mídia deem o centro do palco à depressão e ao tédio) não teriam por que deixar à margem os ditos velhos.

III. Envelhecimento, desamparo e compaixão

Velhice e desamparo

Como constata George Minois (1999), desde o começo da História, as sociedades permanecem fundadas essencialmente na força física e no vigor corporal, cujas condições são *a priori* desfavoráveis para a velhice. As imagens de decrepitude, fragilidade, pobreza e privação associadas aos velhos⁷ são facilmente mantidas pela ideologia produtivista e o dueto velhice-desamparo torna-se praticamente redundante.

Em contrapartida, o desamparo e a impotência são situados por Freud no início da experiência humana (Hilflosigkeit). Para ele, esse desamparo está no cerne da angústia que lastreia as ilusões religiosas e outros processos culturais. O desamparo é estrutural e Freud o localiza tanto no início da vida individual quanto no plano social da cultura. Nesta, Ananké aliada a Eros confronta o sujeito com a caducidade do corpo, a potência esmagadora da natureza e a ameaça vinda dos semelhantes (Freud, s/d). A reedição dessas circunstâncias pode evocar no sujeito uma espécie de regressão tópica, isto é, regressão ao antigo modo de subjetivar, na qual se vê confrontado com a angústia ímpar que esse desamparo mais fundamental evoca.

Interessa neste momento chamar a atenção para a dimensão psíquica desse desamparo. A construção de um eu ideal é o primeiro anteparo psíquico para lidar com essa angústia originária. O eu ideal funciona como uma matriz de diferenciações imaginárias eu-outro, dentro-fora; antes-agora-depois. Essa Formação Psíquica é necessária, mas sozinha, por se tratar de uma Formação Imaginária, não dá conta de todos os processos psíquicos necessários à relação do sujeito adulto com o laço social. É necessário seu ultrapassamento, a partir da aquisição das ferramentas do simbólico (Ideal do Eu), para que o sujeito possa dizer-se para além do dizer e do fazer que caracterizam o imaginário identificatório comum

7 É interessante notar que no Brasil a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (acesse www.sbgg.com.br), criada em 1961, e o trabalho do Serviço Social do Comércio (SESC), iniciado em 1963, tinham na base de suas iniciativas, respectivamente, as obras sociais de amparo à velhice e a preocupação com o desamparo e a solidão na velhice.

com o semelhante. O sujeito instalado no plano do desejo só pode surgir em dizeres e atos que atravessam o plano da linguagem da comunicação das consciências. No plano da consciência, o desamparo e a impotência aparecem por seu reverso: onipotência do humano por sua divinização – identificação com Deus. Um modo de negação radical da morte como componente essencial da vida ávida.

Compaixão, resignação e solidariedade

Forbes, 2006, falando da velhice, propõe a diferença entre simpatia e compaixão. Ambas têm a mesma raiz da identificação, mas só a simpatia é positiva.

Talvez se possa sugerir que a simpatia, embora seja ainda identificação, já indica “um a tomar para si a causa do outro”, isto é, deixar causar-se também por essa “causa”. Deixar-se causar pela suposta causa do outro remete não a um dever (moral), mas a um desejo, que é ético. Deixar-se causar supõe reconhecer que se trata da sua própria causa, só reconhecida, de imediato, no outro.

A compaixão pelo outro sempre leva à sua imobilidade; por ser uma forma de objetificação (Espinosa certamente a incluiria entre as paixões tristes que impedem a ação). A simpatia pode levar à ação conjunta, é semelhante à fraternidade operária que se verificava na luta contra as condições opressoras comuns; só pode ser situada entre as paixões alegres (Chauí, 2011).

Forbes continua: se as famílias “do velho” podem se tranquilizar na posição compassiva, aos sujeitos objetos dessa atitude costuma restar a saída da tranquilidade resignada (2006). Não é raro que esta assuma a figura correlata de pôr-se inteiramente nas mãos da ciência. É oportuno observar que mesmo uma sociedade da resignação nem sempre deixa “o velho” como objeto de compaixão, mas apenas os velhos que nem sequer estão aptos a serem arregimentados nos segmentos de consumidores de uma gama imensa de produtos “para velhos” – desde o turismo até cremes para retardar o envelhecimento⁸.

⁸ A Constituição Federal de 1988 introduz o velho cidadão, consumidor e sujeito de direitos, ganhando instrumentos legais com a promulgação no Estatuto do Idoso, 2003.

Essas observações, ilustrativas de uma visão dominante sobre a situação do envelhecimento e do sujeito que envelhece, já justificam algumas questões iniciais. Consideremos dois aspectos.

Primeiro, envelhecer assegurados por políticas de bem-estar social, incluindo previdência social, saúde, educação e habitação, nem sempre pode ser considerado de todo sombrio, pois há um grande número de pessoas que nunca partilharam sequer desse mínimo, e de um certo conforto vindo de sua previsibilidade.

Neste ponto deve-se considerar o tempo da vida além do tempo do trabalho, na perspectiva da diversão, ou seja, usufruir de um mínimo de segurança quanto a uma renda que é previsível, e que garante um consumo mínimo, pode ser uma boa nova para um grande número de “cidadãos pela primeira vez”. Resta saber se é possível pensar a diversão como tal, a partir de um tempo e um lugar que poderiam ser “adiados” para o “resto” da vida. A simples diversão ainda não é a vida (ávida) na perspectiva do desejo, que supõe o engajamento em Ideais que, por definição, não cabem no tempo cronológico de uma vida.

Quais são as opções desejantes, no “tempo da aposentadoria”, de um velho a quem nunca se colocou a questão “de optar” mesmo durante “o tempo do trabalho”?

A psicanálise aborda a ética a partir do desejo e do carecimento. Trata-se de uma ética, da qual a ética do cuidado baseado na compaixão é o avesso. Essa ética põe acima de tudo a ideia de que todas as pessoas são responsáveis por tudo, inclusive pelo que as “acomete” como surpresa e como aparente acaso; nessa perspectiva, o acaso é a forma como o real nos interpela (Lacan, 1969). Certamente trata-se de uma responsabilização que está para além da responsabilidade jurídica; nesta a presença do acaso é entendida como constrangimento absoluto da minha liberdade (e sem minha liberdade estou privado de recursos para reagir, daí minha *desresponsabilização*). Aqui se pode evocar também a situação da presença do acaso feliz, a que eu posso atribuir existência real, e que espero venha mitigar o “suplício” de um tempo vivido como estrita duração (não é por acaso que os jogos “de azar” proliferam na hipermodernidade, essa fase do MCP triunfante sobre outras formas societárias).

O que seria uma responsabilidade para com o velho, oposta à derivada da ética da compaixão? – Para Forbes, 2006, seria uma responsabilidade fundada na simpatia. Admitamos que uma verdadeira simpatia só pode ser derivada de um compartilhamento da causa. No mais simples, esse compartilhamento é o reconhecimento imediato de que não é apenas o outro que está envelhecendo. De certo, é fato irrecusável que todos estamos envelhecendo, ou no mínimo que todos seremos velhos, embora saibamos que tal fato pode perfeitamente ser recusado pela consciência.

Na ética da responsabilidade pela causa, de que a psicanálise pode nos informar, sou responsável pelas surpresas da vida e também pelas “informações” que me chegam da “outra cena” que não é a da razão e da consciência. Informações que se apresentam sempre de algum modo impactante, desde impressões de encontro com o “sinistro”, com o acidente inusitado, com o embaraçoso de um sonho ou um sintoma, com o reconhecimento da situação vital identificada como fatalidade do destino, ou mesmo como feliz encontro com a sorte.

Mas é necessário deixar bem claro que na ética da responsabilidade pela causa, que também nomeamos ética do desejo, não se trata de uma responsabilidade *a priori*, como nos comerciais das companhias de seguros; sou responsável a partir do momento em que o real imprevisível se atualiza, pois o de que se trata é situar-se para além de qualquer forma de resignação, já que esta é um dos fundamentos da compaixão que, sendo uma paixão triste como o medo, sempre leva à imobilidade (Chauí, 2011).

Segundo aspecto, uma reflexão sobre a questão do envelhecimento, e sobre as posições possíveis dos intercessores⁹ junto aos sujeitos na situação da velhice, não pode deixar de fora a questão dos “envelhecimentos nos velhos”. Isto é, além do envelhecimento, que é comum a todos, não haverá nos “velhos” também algo que nunca envelheça?

Uma vez mais estamos ante a necessidade de reconhecimento de algo que só pode pertencer simultaneamente a todos. Espinosa fala em responsabilidade pelo “conatus” correlata, na visão psicanalítica, da vida

9 Neste ensaio, consideramos “intercessores” os diferentes agentes que podem influenciar na situação de envelhecimento, tanto para reafirmar o instituído quanto para facilitar transformações. Potencialmente qualquer um de nós; mas, contemporaneamente, esse papel está na alçada, sobretudo de geriatras e gerontólogos, de pesquisadores e críticos do envelhecimento, e de cuidadores de idosos, entre outros.

cotidiana vivida na perspectiva do carecimento e do desejo, isto é, simultaneamente no tempo cronológico da produção e do consumo (MCP) e numa outra relação com o tempo. O tempo da vida realmente vivida de forma criativa. Criatividade não só do tempo da diversão do “lazer” ou em atividades vetadas no tempo de trabalho, inclusive o “doméstico”, como as famosas artes culinárias, artesanatos ocupacionais, ou mesmo as viagens e festas para a “terceira idade”. Tudo isso, ainda, pode não passar de um diversionismo, uma espécie de “felicidade magra” para “enganar” a morte. A demanda de viver esse tempo do desejo não é uma exclusividade para “velhos”.

Como intercessores diversos junto aos velhos só podemos nos posicionar a partir da ética do carecimento e do desejo, talvez o único ponto de partida para ações de um respeito verdadeiro. Dito de outro modo, o respeito com os velhos só poderá escapar de fato das alternativas compassivas comuns se partir do reconhecimento do envelhecimento como uma situação que de fato pertence a todos nós. É a posição de reconhecimento (na maioria das vezes “sonogada” a todos) daquilo que nunca envelhece: seu desejo diante da vida como arte de viver. Certamente estaremos, neste caso, além das posições de cuidado fundadas na compaixão e na simpatia identificatória. O reconhecimento da causa na relação com o envelhecimento do outro está muito além da identificação imediata e compassiva com ele. É de fato vislumbrar uma forma de respeito daquilo que está em si próprio e no outro, seja a própria condição de “velho”, seja o desejo que nunca envelhece. Fora dessa possibilidade, por que e a partir de que apelo, os “jovens” respeitariam os “velhos”, dedicando-lhes outra forma de cuidado e Atenção que não a compaixão ou a tolerância caritativa?

Não desconhecemos o cinismo e mesmo a má-fé na ideologia dominante para com a velhice e o envelhecimento, até mesmo no discurso publicitário, na aparência muito “respeitoso”, que visa aliciar os velhos para o consumo. Tampouco pretendemos atingir a consciência comum através de enunciados discursivos. Contudo, podemos pôr a questão no ar e apostamos no fato de que ela tem algumas asas.

Parece oportuno, portanto, distinguir as visões sobre o velho e a velhice, dos modos possíveis de se sentir velho. Nem sempre o que se diz

do velho precisa coincidir com as posições existenciais e subjetivas do próprio indivíduo na situação do envelhecimento; desse modo, três possibilidades podem ser notadas.

A posição de resignação forçada. Morte em vida?

Aqui parece estar presente a atitude mais comum do meio imediato e que toma como alvo aquele grupo, não pouco numeroso, dos velhos que estão na condição de “vulnerabilidade” pela acentuação das diferentes fragilidades do corpo e da psique, e também pelos efeitos da precária situação social a que se viram submetidos ao longo da vida.

O diversionismo declaradamente para “matar o tempo”. Conjuração da morte?

Nesse caso, talvez tenhamos a melhor definição do envelhecimento segundo a ideologia dominante, que fundamenta a produção e o consumo no MCP, ou seja, a ideologia do “aproveitar” o tempo – às vezes desesperadamente. Aproveitar o tempo quer dizer consumir o tempo na diversão “inconsequente”, no consumo resignado e comportado, dentro das possibilidades de “escolha” das “opções” previamente escolhidas pelo mercado e propagandeadas pela publicidade comum.

O posicionamento na relação com o desejo e o carecimento. Possibilidade de inclusão da morte na vida?

A posição desejanante coloca em questão, para o sujeito, outra forma de responsabilidade que não a jurídica. Trata-se da responsabilidade de incluir na “qualidade da vida” mais do que o pleno suprimento das necessidades, até mais do que a alegria de viver, a responsabilidade de não ceder do seu desejo. Parece muito abstrato, porém, a princípio, podemos notar que a resignação e o diversionismo estão na direção oposta desse “não ceder do desejo”. A posição desejanante só se expressa na vida vivida como possibilidade de inventar um sentido sempre novo para as “naturais” injunções do viver; o desejo supõe a avidez de uma vida vivida “com arte” e com sabedoria. Certamente não se trata de ser artista no sentido comum do termo. A expressão popular “arte de viver”, decerto não é uma invenção *linguagreira vazia*. A necessidade de inventar diz respeito a poder afirmar uma posição no mundo imediato para além da necessidade e do diversionismo resignados, e pode ser relacionada à invenção do impossível a que nos referimos ao falar da forma societária dominante na contemporaneidade.

IV. Velhice, tempo e criação

A vida como arte de viver

A tese de Goethe “A arte é longa e a vida é breve” pode ser subvertida: só a arte pode ampliar a experiência da vida e mesmo prolongá-la. Esta sempre será breve por mais que dure, se considerado do estrito ponto de vista do tempo como duração.

Quando é que a duração pode se tornar um degredo, transformando a velhice num tempo impossível?

Quando a vida perde a arte. Dito de outro modo, quando o sujeito perde os ideais que dão sentido e causa ao viver. Uma vida sem arte é um dos efeitos de nosso modo societário, modo que nos precipita numa modalidade de viver como reprodução; um modo de viver que só pode se expressar num tipo particular de empobrecimento, aquele resultante do trabalho e do consumo do MCP.

A solução para a pós-modernidade quanto aos processos de subjetivação, a partir do campo lacaniano, poderá ser a substituição da “orientação paterna” por um “cálculo coletivo” (FORBES, 2006). Se pensarmos não apenas em termos de orientação paterna, mas em termos de mediação imaginário-simbólica da Formação Social e suas repercussões na mediação da subjetivação, poderemos pensar que se trata de reinventar outros modos de relação, cuja mediação sociossimbólica seja outra que não a do MCP. Trata-se de inventar modos que não confrontem o sujeito com o impossível, tanto na produção quanto no consumo, que caracterizam o MCP como modo de produção da vida cotidiana e como modo societário.

De fato, tratar-se-ia de inventar um impossível. Há muito tempo que, no lugar do pai, já se desvela, inarredável, a lei do mercado. Inventar ante o impossível não reconhecido do MCP é reinventar o próprio impossível. Mas como, se não através da substituição desse agenciador capital por uma lógica coletiva capaz de se fundar nos modos de produção cooperados?

Nenhuma lei da natureza ou do mercado tem a potência para a criação desse impossível como conceito, dito de outro modo, como preceito ético. E só um preceito ético capaz de instaurar uma verdadeira mediação entre Capital e Trabalho, entre Consumidor e Objeto de consumo (formas

predominantes de extração de valor na Formação Social neoliberal), é capaz de instaurar o tempo e o desejo fora da estrita duração, isto é, fora do modo dominante nas sociedades ditas de mercado. Nestas o tempo é duração e o desejo é necessidade ou carência a ser satisfeita nessa linearidade do tempo. E viver com qualidade é apenas sinônimo de consumir com qualidade.

Essa sociedade não conhece o desejo a não ser como posição estritamente individual. Expulso da formação social, o desejo se refugia no indivíduo, mas certamente nessa forma societária o risco de confundi-lo com a necessidade ou a vontade não é pequeno. O desejo supõe um tempo diferente do tempo da necessidade.

Para a análise do envelhecimento é necessária uma leitura da Formação Social que inclua uma mediação imaginário-simbólica entre os homens como agentes sociais, mas que seja capaz de incluir também a consideração do velho a partir de sua posição de classe e de estrato social.

Devemos notar primeiro que a obsolescência do velho só ocorre na sociedade “dos jovens obsoletos”. Já sabemos há tempo que os velhos abastados ou mesmo abastecidos não são, de modo algum, obsoletos; ainda mais na fase atual do MCP, uma sociedade que realiza mais-valia no consumo. Portanto, a tendência é que os velhos consumidores sejam sempre vistos com “bons olhos” na “sociedade de mercado”. E o alongamento da vida nesse caso também só poderia ser festejado. Ainda assim é notável como isso se traduz, preferencialmente, de modo cínico em forma da expressa valorização do velho trabalhador. Mas não é isso o mais importante.

Só se valoriza de fato o trabalho dos velhos que alargam o tempo, em vez de apenas alongá-lo: são os artistas velhos. Quanto aos que encompram o tempo, pode ser até aos 200 anos, servirão bem para o consumo, mas no estrito consumo, que é sua “obra”, sua valorização é relativa. A supervalorização da “obra de arte” no mercado capitalista talvez possa ser vista como indicativa de que aí está implícito um “outro valor”. O valor impagável do tempo de trabalho da criação. No consumo nada se saberá sobre o desejo.

Creemos que isso, sim, é uma questão relevante para a análise da velhice na contemporaneidade. A que tempo referenciar o envelhecimento, ao tempo linear da produção e do consumo, ou a outro tempo capaz de pôr em ação outros processos de subjetivação nos quais a criação e o desejo sejam os modos de apropriação do viver cotidiano?

Subjetividade e sublimação

A síntese freudiana da especificidade do homem passa pela consideração da sublimação como possibilidade de criar a partir da transformação da pulsão.

A sublimação começa pela própria superação da pulsão, cujo vencimento permite que ela possa ser colhida, experimentada, na dimensão corporal do homem, e mais amplamente em sua própria realidade subjetiva. Portanto, o sublime é a possibilidade de expressividade propriamente humana daquilo que pulsa na vida. Essa expressividade se dá mais pela avidez desejanse (ávida), do que por uma avidez da ordem da necessidade (vida).

O sublime, para Freud, nunca se alcança pelo desenvolvimento linear da vida – não há um fim a ser teleologicamente apreensível daquilo que se traduz como realidade psíquica, psique, ou subjetividade. A realidade especificamente humana, isto é, o homem só se apreende num campo de realidade construído por ele, no mesmo movimento em que se constrói como Homem e na relação direta com seus semelhantes.

A sublimação supõe um modo de lidar com os investimentos libidinais/pulsionais, de tal modo a manter a possibilidade de substituição de um “objeto” por outro. Ao contrário da idealização, que estabelece uma relação sem conflito com um objeto fascinante.

Portanto, não se poderia atribuir sublimidade ao simples fato de envelhecer prolongadamente. Envelhecer pode não ser, ainda, mais do que ter vencido o tempo pelo seu prolongamento maior (Cronos). É preciso compreender que é próprio do sublime a extração do tempo-experiência-criativa, isto é, a experiência do tempo como criação, na duração. O sublime como apreensão do tempo-criação (Aion) compreende a transversalização (sincronia) do tempo linear, da diacronia (Deleuze, 1974). O tempo linear tem sua importância inegável como história, sempre retroativamente reconstruída; espécie de síntese-ficção que permite dar sustentação a essa imanente presença do tempo criativo.

Talvez se possa vislumbrar, a partir daí, uma superação da percepção da sublimidade da criatura como obra suprema do criador, identificada à sua imagem e semelhança: a possibilidade de habitar o sublime propriamente humano, na fronteira do tempo linear (como extermínio do tempo) e o tempo criativo (prolongamento transversal do tempo).

A ilusão da velhice como triunfo sobre o tempo linear talvez seja correlata da aspiração narcísica de gerar filhos que seriam a mera extensão de si; filhos que pagariam com a própria vida a vida que ganharam dos pais (e quem sabe, até a vida que os pais não puderam viver, e assim ao longo da infinita sucessão das gerações).

A reprodução da espécie é o mote do MCP ao longo de sua história, assim como da força de trabalho, etc.; reprodução de indivíduos.

Como escapar ao tempo que aniquila e ao consumo que se consuma?

Jacques Lacan se expressou de modo aforismático: “... a saída do Discurso do Capitalista, o que não constituirá um progresso se for somente para alguns” (LACAN, 2003).

Marx, por seu lado, estudou os sintomas no âmbito de sua expressão das Formações Sociais e distinguiu a vida como carência, no consumo-necessidade, da vida específica da espécie humana, como viver no carecimento; esta, uma vida de enriquecimento contínuo, fora da linearidade exclusiva da relação do trabalhador com o trabalho como *tékhne* (de transformação da natureza); dito de outro modo, uma vida na qual o trabalho criativo (*poiésis*) é trabalho simultâneo de criação da própria humanidade do homem (Costa-Rosa. 2011).

Envelhecimento e tempo

A depressão, o tédio e melancolia na velhice parecem indicar que, ao menos nesses casos, ganhar mais tempo nem sempre é apreciado.

Não é o caso de negar os efeitos do tempo na depreciação natural do corpo, mas é preciso reconhecer que não há tempo sem movimento. Isto é, não existe apenas a pura depreciação associada ao simples passar do tempo cronológico, existe também a possibilidade de um enriquecimento maior ou menor, conforme as possibilidades atualizadas pelo sujeito no seu espaço e tempo. Certamente temos a velhice que temos nas sociedades que temos, e é nelas que ela chega a ser vivida como simples continuidade num tempo exclusivamente linear, e mesmo como uma “doença terminal”.

Só se pode “vencer” o tempo pela práxis, fazer-saber, necessariamente criativa, seja no âmbito da Formação Social, seja na apropriação

que um indivíduo particular pode realizar do seu “fazer-saber” na produção/reprodução de sua realidade material cotidiana. Sabemos que esta produção é sempre produção continuada da humanidade do Homem (Marx, 1978).

Apenas numa dimensão do fazer-saber, que seja a de uma vida vivida para além da exclusividade do “a serviço dos bens” – uma vida vivida no desejo e no carecimento – se pode colocar a perspectiva ética da psicanálise no campo de Freud e Lacan. Esta ética pode nos permitir apreender um sentido ainda mais particular do fazer-saber: saber-fazer algo de singular a partir daquilo que ficou feito de nós pelo “Desejo do Outro”, em sua maior ou menor truculência, durante o processo de nossa constituição como sujeitos humanos.

Mas o que quer que possamos vir a fazer com o que foi feito de nós, isto é, com o que somos, em qualquer tempo de nossa existência, dependerá do quanto isso chegue a nos interpelar como impasse, do quanto nosso próprio modo de vida nos apareça como acontecimento capaz de interrogar nosso modo de viver. Sabemos que a situação do envelhecimento carrega essa potência *acontecimental*. Dependerá de nós, portanto, e em seguida, também, da resposta dos intercessores a quem seja dirigida a nossa objeção à situação dada, isto é, dependerá de todos que se ofereçam à interlocução.

Na ética do desejo e do carecimento não cabe a posição da criatura “anulada” diante da grandiosa sublimidade do criador. Da qual um dos correspondentes não deixa de ser as “vidas infames” de que fala Hannah-Arendt, (1989); e todas as outras formas dos homens supérfluos que, voluntária ou involuntariamente, se prestam a todas as formas de servidão.

Nesta análise ficamos longe, portanto, das ideologias comuns que fazem uma aritmética simples que deixa com a velhice e os velhos as cores sombrias, atribuindo à juventude uma luminosidade que só pode ser o efeito da subtração. Já não é cabível qualquer culpa pela presunção de superar o “criador”, esta seria afinal a posição da criatura infame. A partir do envelhecimento como acontecimento-impasse, só há um modo de inventar, criar, artificar: situar-se do lado do trabalho criador; o único criador dos criadores, em todas as suas formas.

Para concluir

Já consideramos o tempo linear da produção e consumo no MCP, que pode perfeitamente ser encompridado pela intervenção da tecnologia. Entretanto, ele deve ainda ser relacionado com a negação do corpo e negação da morte que lhe são absolutamente correlatos; nesse caso a depressão aparece como um afeto necessário da velhice, em maior ou menor intensidade, de acordo com as condições subjetivas estruturais de cada indivíduo. Nesse modo societário, o fim da vida se resume ao fim do corpo e ao fim do tempo. Como não perceber a morte como negação absoluta da vida e da história?

O tempo linear é o tempo do “feito” produto do “fazer-expropriado”, um tempo que supõe outro tempo subtraído no “produto-feito” ou consumido. Porém, a expropriação mais grave é aquela que deixou ao sujeito-trabalhador apenas o “*fazer-sem-saber*” e ao consumidor apenas o consumir-carência, sem carecimento e sem desejo.

O “feito” no MCP é o produto – mercadoria qualquer, à qual também o trabalho há muito tempo já foi reduzido (o trabalhador como tal, já não entra na equação, apenas o trabalho abstrato). Embuste. O trabalho nunca poderia ser menos do que uma mercadoria *sui generis* – uma vez que ele é, no mínimo, criador; a “única mercadoria” capaz de extrair de si mesma “*o valor-a-mais*”; “*valor-de-troca*” a ser realizado no consumo e no mercado. Mas acima de tudo o trabalho humano é capaz de criar *valores-de-uso* que não preveem inicialmente sua realização no mercado. Valores essenciais, realizados na dimensão propriamente estética, tanto no ato da produção para seus produtores, quanto no ato do usufruto para seus apreciadores. O trabalho como criador sustenta a relação inextricável entre a produção para viver e a produção de si, algo de que as máquinas da produção robotizada nunca saberão.

A mesma sociedade do MCP concebeu a arte como produto suprasumo de extremo valor mercadológico, à beira do extra-humano, como se essa produção fosse um efeito radicalmente diferente da vida cotidiana. De fato assim é. Efeito reverso de uma vida cotidiana da qual a arte desertou. Embuste outra vez. É preciso recuperar a dimensão criativa e criacionista de todo o fazer humano, até mesmo para além do *homo faber*, sem o qual não há como apreender outro sentido do tempo e do consumo.

Qualquer possibilidade do tempo alargado só pode partir de outra lógica e outra ética. O “feito” fora da ética do MCP – ética do “a serviço dos bens” (Lacan, 1988) – supõe a inseparabilidade fazer-saber na produção, e a distinção necessidade-desejo, no consumo; supõe, ainda, o lazer criativo, além da criatividade do *homo faber*. Só essa *inseparabilidade-distinção* pode imprimir ao feito a dimensão humana que é assinalada, desde Homero, marcando aqueles que são dignos de uma segunda morte (Homero, 2001). Só “na arte” a vida é longa.

A ética do e no MCP é incapaz de pensar num tempo alargado para muitos, que não venha dos *feitos-produtos* vendáveis. Mesmo os feitos do alongamento do tempo operados pela ciência só poderão ser realmente recuperados para o sujeito, se a eles puderem ser somados os efeitos de alargamento do tempo – efeitos do trabalho criativo como fazer-saber e do consumo criativo como saber-viver. Ao lado da recuperação da criatividade do *homo faber* devemos abrir possibilidades para outra forma do lazer criativo, desdobramento necessário da ética do desejo e do carecimento, como exercício da criatividade fora do horizonte do MCP.

Há, enfim, outro tempo. Tempo alargado que, de imediato, só pode ser experimentado nas brechas do MCP. Tempo criação, afirmação de outro fim e finalidade da vida. Não fora do tempo: vida ávida no tempo simultaneamente extenso de Cronos e no tempo alargado de Aion. Outra vida, portanto, outra velhice. Mais do que apenas vida no consumo, sobretudo, vida no usufruto e no desejo – outro modo de viver o consumo – e num trabalho novo, um trabalho do feito estético, recuperação para si do tempo “excedente”.

Uma estética da existência, a partir de outra experimentação do mais imediato viver cotidiano, mas onde a arte, a ciência e política poderiam muito bem não ser exceções para “eleitos”. Engana-se quem pensar que uma vida no carecimento e no desejo nunca poderia ser possível fora do “coroamento” de uma vida de abundância.

Recolocada a questão da relação complexa entre envelhecimento, desejo e tempo, parece possível pensar o momento dito da velhice como uma brecha no tempo e no consumo do MCP, um descanso, abertura propícia a outras experiências. Outro devir sobreposto ao “*porvir*” previamente anunciado. Desse modo, sim, boas vindas ao tempo estendido com que a tecnociência nos acena.

Neste ensaio estamos muito longe de uma negação da morte ou da finitude no tempo linear. A morte é certa. Trata-se da negação lógica da morte como redução ao fim como fim do corpo; esta, uma confusão inevitável do fim com a finalidade imanente – daí também os prolongamentos da vida para esferas transcendentis comumente mistificadas.

Na perspectiva ética do desejo e carecimento, a perspectiva do fim do corpo deve incluir a da finalidade do corpo para além de sua finalidade no trabalho capitalista e no consumo reduzido à necessidade. Só assim um sujeito/corpo ávido, conectado com a possibilidade da experiência do gozo dentro dos limites do desejo, pode ter a experiência do “feito” para além do produto; feito como obra, vida como obra. E talvez o sentimento de que “valeu a pena”.

Fica claro que não estamos afirmando que se deve aguardar a superação do trabalho capitalista para aspirar a uma velhice que seja mais do que o anúncio terrificante do fim.

Como superar, então, esse tempo e esse feito como produto que regem a ética dominante de nosso tempo nas Formações Sociais do MCP? Como aspirar a uma velhice – talvez a última chance de se reposicionar em relação ao horizonte sombrio de nossa época (não apenas para os velhos) – capaz de experimentar o momento sublime da experiência de que o tempo exclusivo do Cronos está sendo vencido? Como integrar os dois modos do tempo no envelhecimento, e para a velhice, de tal modo que esta mereça aspirar ao adjetivo “saudável”?

Preferimos manter vivo o espírito dessas questões.

Terminamos com uma interpelação que é um voto. Intercessores na velhice e no envelhecimento, todos somos artífices imprescindíveis da ética do desejo e do carecimento! Certamente já há muitos em ação. Mas não será demais parafrasear Deleuze quando afirma que a Filosofia precisa de intercessores (Deleuze, 1992). Não poderá haver envelhecimento saudável enquanto o colocarmos na dependência da saúde exclusivamente produzida a partir de práticas de Atenção feitas por disciplinas especializadas ou a partir do cuidado compassivo, por mais multidisciplinares que sejam. Propomos ampliar o sentido da ideia para dizer que a velhice carece (no sentido do carecimento) de intercessores que sejam capazes de ampliar as ações e movimentos emancipadores, sobretudo do

tempo Cronos, intercessores de todas as idades. Mas não é desprezível notar que, no estado dado da questão, esse convite ao engajamento pode potencializar aos “velhos” a abertura de rotas de fuga dos efeitos diversos, inclusive depressivos, da tirania do Outro Cronos.

Interpelamos a todos os intercessores estéticos capazes de superarem a proposição das práticas para “matar o tempo”, capazes de escapar à exploração cínica dos voluntarismos caridosos.

Na ética do envelhecimento para matar o tempo, os velhos se defendem da angústia correspondente a esse período da vida como podem. Todas as saídas são justas a priori. Não é preciso dizer que nossa posição crítica não é de crítica aos velhos por seus modos “escolhidos” de envelhecer. Nosso ensaio quer trazer à luz uma questão intercessora. Se conseguir já terá cumprido uma parte importante do seu fim.

V. Referências

ARENDDT, H. **Origens do Totalitarismo**. São Paulo: Companhia da Letras, 1989.

CHAUÍ, M. **Desejo e paixão na ética de Espinosa**. São Paulo: Companhia da Letras, 2011.

COSTA-ROSA, A. **Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. Tese de Livre-docência – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, 2011. 309 p.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

FIORAVANTE, E. Modo de Produção, Formação Social e Processo de Trabalho. In: FIORAVANTE, E; VARGA, E.; GODELIER, M.; DIVITCIOGLU, S.; STUCHEVISKI, S.; VASÍLIEV, S.; et al. **Conceito de modo de produção**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978, p. 31-45.

FORBES, J. A Fragilidade Humana: aspectos filosóficos, éticos e psicanalíticos, abordagem psicanalítica. Seminário Velhice Fragilizada, SECSP, novembro, 2006. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?q=jorge+forbes+fragilidade+de+idosos&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>. Acesso em 30 ago. 2011.

FREUD, S. **El porvenir de una ilusion** (1927). Madrid: Biblioteca Nueva, s/d. Volume III.

GURFINKEL, D. **A Pulsão e seu Objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania**. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUYOMARD, P. **O gozo trágico: Antígona, Lacan e o desejo do analista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

HOMERO. **Odisseia**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

JULIEN, P. **O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Ed., 1996.

LACAN, J. **O Seminário**, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

LACAN, J. **O Seminário**, Livro 7: A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. **Televisão. Em Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LASCH, C. **Cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

MARX, K. Manuscritos econômico-filosóficos (1844). In: **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. 2ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta, 1992.

MELMAN, C. **O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço.** Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 200

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

WHO. WORD HEALTH ORGANIZATION - Global burden of disease. Disponível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html