

SAÚDE É COISA DE MULHER EM QUALQUER IDADE: EDUCAÇÃO, GÊNERO E ENVELHECIMENTO

ALVARENGA, Luiz Fernando Calage – UFRGS¹ – lfalavrenga@terra.com.br

GT: Gênero, Sexualidade e Educação / n.23

Agência Financiadora: Sem Financiamento

Este texto apresenta problematizações sobre educação, saúde e envelhecimento a partir de uma perspectiva de gênero. As análises aqui apresentadas são uma parte de uma pesquisa desenvolvida em um programa de pós-graduação em educação em nível de mestrado, tomando como referências teóricas os campos dos Estudos Culturais e Estudos de Gênero aproximados da perspectiva pós-estruturalista de Michel Foucault. O estudo teve como pontos centrais de investigação as seguintes questões: como educação, saúde e envelhecimento articulam-se na organização e no funcionamento de grupos de convivência na terceira idade? A partir desta, desdobraram-se outras: como esses sujeitos falam de seus corpos? Que discursos ou fragmentos de discursos tornam essas falas possíveis? Que marcas de gênero tais discursos imprimem nesses corpos?

Para dar conta destas interrogações, desenvolvi um caminho investigativo inspirado nos estudos etnográficos, onde acompanhei as atividades de um grupo de convivência na terceira idade, construindo um material empírico formado por anotações de campo, entrevistas semi-estruturadas e imagens fotográficas.

Tal pesquisa desenvolveu-se dentro de um contexto formado pelos campos da educação e da saúde, tomando como um dos entendimentos centrais a ampliação do conceito de educação. Ao pensar-se em grupos de terceira idade como lugares onde se desenvolvem pedagogias culturais, a partir da teorização cultural, entende-se que eles se configuram, conforme Tomas Tadeu da Silva² (2000a, p.89), enquanto “[...] instituição ou dispositivo cultural, que tal como a escola, está envolvido – em conexão com relações de poder – no processo de transmissão de atitudes e valores” e que atuam na produção de determinados tipos de sujeitos através das práticas neles desenvolvidas.

¹ Professor do Centro Universitário Metodista IPA e membro do GEERGE (Grupo de Estudos de Educação e Relações de Gênero da UFRGS)

² Buscando dar visibilidade a homens e mulheres em quem me apóio teoricamente, apresento o nome e sobrenome do/a autor/a quando este/a é citado/a pela primeira vez no corpo do texto, com exceção das citações apresentadas entre parênteses. Tal escolha tem implicação com minha inserção no campo dos Estudos de Gênero.

Silva (2001) aponta que uma multiplicidade de instâncias, instituições e processos culturais alcançou a posição ocupada pela Educação, o que nos leva a pensar que: “a cultura é vista como uma pedagogia, a pedagogia é vista como uma forma cultural” (p.139).

Problematizando educação, saúde, gênero e envelhecimento...

Ao propor que os grupos de terceira idade se constituem em lugares de ressignificação e generificação de práticas voltadas para a saúde, desejei discutir, fundamentalmente, três aspectos que me chamaram a atenção nessa forma de organização de pessoas classificadas como idosas: a grande maioria de mulheres que participa dessas atividades, estando os homens envolvidos em algumas práticas apenas; a ressignificação de práticas de lazer como práticas de saúde; e a organização de grupos de convivência, tomando-se como referência o que Francisco Ortega (2002) denomina de bio-identidades.

Início abordando a questão da maior adesão de mulheres. Aponto que o argumento comumente usado para destacar a conexão entre gênero/saúde/envelhecimento apóia-se nas estatísticas demográficas que visibilizam um fenômeno chamado de “feminização do envelhecimento”. Este é definido e explicado a partir de números percentuais que indicam que mais de 60% da população dita idosa é formada por mulheres. Conforme estudos de Ana Amélia Camarano (2003) e Maria Fernanda Lima-Costa e Renato Veras (2003), a população de idosos/as no Brasil era de três milhões em 1960 e de 14 milhões em 2002; os estudos estatísticos prevêm um total de 32 milhões de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos em 2020. Esses estudos também “mostram” que, quanto mais a idade aumenta, maior é o número de mulheres nesse segmento da população. Alguns deles também apontam que a “qualidade de vida” dessas idosas não é a mesma, variando, principalmente, em função de conexões com raça e classe social. Mulheres brancas e de classe média ou alta vivem mais e melhor. Existem mais viúvas do que viúvos, uma situação semelhante à que encontrei no grupo estudado. Alguns desses estudos argumentam que esses números explicam por que os homens morrem mais cedo do que deveriam e não por que as mulheres, biologicamente, estariam capacitadas a viver mais. Além disso, estudiosas como Sônia Correa (2002) afirmam que as mulheres vivem mais, mas não são, necessariamente, mais saudáveis do que os homens que permanecem vivos; ou seja, elas

desenvolvem e convivem com variadas “doenças crônicas” nessa etapa de suas vidas, e tais doenças estão profundamente vinculadas com suas condições de vida.

Esses percentuais sustentam explicações variadas para a maior longevidade das mulheres, dentre elas, a de que um dos fatores mais relevantes dessa desigualdade seria a suposição de que homens e mulheres cuidam de sua saúde de formas diferentes durante a vida. Como exemplo, são citados aspectos que seriam “característicos” dos homens, tais como: hábito de fumar, presença biológica do fator de risco para câncer de pulmão e pouco uso dos serviços de saúde para prevenção e tratamento do câncer de próstata, sendo este último aspecto apresentado como contraste relativamente ao cuidado que as mulheres têm com o câncer de colo do útero, conforme Lília Shraiber, Romeu Gomes e Maria Thereza Couto (2003). Esse/as autor/as apontam ainda outros fatores, como: homens não se cuidam e se distanciam do cuidado, predispondo-se a riscos, pois a disposição e a habilidade para cuidar são culturalmente definidas como características femininas, o que também coloca homens casados na posição de seres a serem cuidados e protegidos pelas esposas. Também citam que homens são mais competitivos e que isso os torna mais tensos, ansiosos e propensos a problemas cardíacos.

Apresento esses números e algumas de suas interpretações não para avaliar sua veracidade e aceitar ou negar o que dizem, mas para tomá-los como discursos que veiculam, reforçam, contestam e/ou produzem determinadas formas de conceber e de viver feminilidades e masculinidades. Desde essa perspectiva, a estatística e a demografia são tomadas como discursos científicos que autorizam determinadas interpretações tomadas como verdade em um certo tempo e contexto.

Michel Foucault (1999b) fala que a estatística está diretamente imbricada nas estratégias das bio-políticas, pois estas classificam, posicionam, localizam e indicam onde as pessoas estão, o que fazem, que hábitos têm, como se cuidam (ou não) e se obedecem às normas instituídas. Principalmente, tais estratégias se propõem a mostrar, com transparência, o que e como é o mundo social. O que proponho é pensar que esses números foram produzidos em determinados contextos e estão implicados na construção dessas realidades. A partir daí, a estatística passa a ser vista como um texto, uma representação produzida na cultura e, como tal, é histórica, contingente, política, interessada, provisória e imbricada em relações de poder. Muitas das possíveis explicações sobre as diferenças numéricas apresentadas anteriormente também apareceram nas falas da participante e da agente comunitária que coordena o grupo:

A.C.1:³ *Uma opinião minha, a mulher é muito mais participativa e, na verdade, na população que a gente atende, a mulher assume muito mais o papel de progenitora, não só de mãe, de avó, de tia, e ela assume, na falta do marido, do esposo, que ele morre primeiro, o idoso. O homem morre primeiro, pela estatística, e ela acaba assumindo o cuidado das famílias...*

P6: *Uma é a falta de cuidado, que o homem não se trata, outra é que o homem fuma mais, bebe mais, e eu acho que até com o trabalho, o homem trabalha mais que a mulher, trabalhos pesados, e a mulher fuma e bebe, mas não é tanto como o homem. Eu acho que isso é que faz o homem morrer mais, que se sabe que o homem morre mais. Está na cara, o que tem de mulher viúva aí...*

Tanto nas falas quanto nos estudos epidemiológicos apresentados, as explicações dadas para as diferenças entre homens e mulheres tomam por base hábitos de vida e constituição biológica, colocando-os em um mesmo nível. Ao fazê-lo, tais estudos deixam de problematizar os processos políticos, sociais e econômicos que investem na produção de sujeitos femininos e masculinos, mais ou menos preocupados com saúde – por exemplo, se os homens morrem tanto de câncer de próstata quanto as mulheres morrem de câncer de colo de útero, como se pode, entender a diferença de ênfase e de investimento programático feitos no segundo relativamente ao primeiro?

As relações entre gênero e saúde vêm demandando alguns estudos acadêmicos em várias áreas, principalmente naquelas que fazem intersecções entre educação e saúde. Luis Henrique Sacci dos Santos (2002), em sua tese de doutorado, ao analisar vídeos do Ministério da saúde sobre AIDS, chama a atenção para práticas de promoção da saúde como formas de governo das mulheres através da saúde.

O autor refere que as práticas de promoção da saúde

assumem que as mulheres devem se encarregar de determinados cuidados, de realizar certas ações, bem como de implementar “inovações” no campo da saúde. Atividades essas que são, usualmente, entendidas como uma continuidade do que elas já fazem como parte de suas atribuições domésticas, não somente em relação a elas mesmas (seus corpos), mas também em relação a todos os seus familiares (SANTOS, 2002, 179).

Dagmar Meyer et al. (2004), ao analisarem falas de agentes comunitárias de saúde sobre vídeos voltados para a prevenção de AIDS, apontam que os discursos de promoção da saúde e de prevenção de doenças reiteram a centralidade das mulheres nas

³ Para garantir os aspectos éticos do estudo e não identificar nenhuma pessoa envolvida, os(as) participantes quando citados no texto, são nomeados pela letra P acompanhada de um número e as agentes comunitárias de saúde de pelas letras A.C., também acompanhadas de um número.

ações que envolvem os cuidados de saúde consigo e com os seus familiares, posicionando o homem como um perturbador dessas ações e um “risco” para si mesmo e para a mulher que convive com ele. Isso justifica o investimento no chamado *empowerment*⁴, que toma como alvo as mulheres; no mesmo movimento, coloca-se também sobre as mulheres a responsabilidade pelos cuidados com a saúde, o que é um indicativo da generificação dos hábitos e compromissos de saúde e de suas implicações.

Com essa argumentação, quero enfatizar que é necessário considerar que os mesmos processos que produzem e fazem circular representações que vinculam o feminino à capacidade e ao interesse de cuidar de sua saúde e da saúde de sua família produzem, de forma relacional, masculinidades que vivem menos ou que se cuidam menos; isso supõe um certo redirecionamento dos focos de nossos estudos. Ao não serem percebidos como potenciais promotores de sua saúde e da dos outros, alguns grupos de homens não recebem orientações e não têm acesso a serviços e a programas. As problematizações levantadas anteriormente convergem para fazer ver que questões como o posicionamento da mulher como cuidadora, a responsabilização pela saúde da família, a função de gerar novos cidadãos para a Nação, criaram o que podemos chamar de condições de possibilidades para o surgimento de uma área da saúde chamada Saúde da Mulher e, com ela, uma série de discursos voltados para as mulheres, sem que se tivesse inventado algo como, por exemplo, uma área de saúde do homem.

Ainda sobre processos de diferenciação entre homens e mulheres no que diz respeito à saúde, trago esta outra fala, de um dos dois homens que freqüentam o grupo, em que a marcação das diferenças no corpo para identificar homens e mulheres se delineia em outra direção:

P14 (homem): *Eu acho que cada pessoa tem a sua constituição, assim, de saúde, né, meu. Eu, graças a Deus, já faz pra mais de 20 anos que eu não fico doente, não vou ao médico, graças a Deus. Já no caso da minha mulher é diferente, ela tem problema de pressão alta, problemas, assim, que as mulheres têm mais problemas que os homens.*

Essa colocação contrasta com as falas e com os dados apresentados em estudos citados anteriormente, mas, ao mesmo tempo, reafirma as diferenças biológicas como a base a partir da qual homens e mulheres são posicionados quando se fala sobre saúde.

⁴ O conceito refere-se aqui “as estratégias focadas no indivíduo que, sem levar em conta as condições em que os diferentes grupos vivem, objetivam promover o fortalecimento de sua auto-estima” (MEYER ET AL., 2004, p.57).

Além disso, quando o participante pontua que não procura o médico porque não fica doente, reforça a idéia de que homens só procuram os serviços de saúde quando reconhecem que estão com problemas de saúde.

Para colocar sob suspeita essas afirmações de estudiosos, *experts* e participantes, retomo o argumento de que homens e mulheres são produzidos como sujeitos de gênero no âmbito da cultura. O conceito de gênero assumido pelas estudiosas feministas pós-estruturalistas discorda, conforme Linda Nicholson (2000), tanto do determinismo biológico quanto do fundacionalismo biológico, rompendo com qualquer idéia que veja o corpo como um substrato, como algo pronto em qualquer instância. O fundacionalismo biológico, segundo a autora, seria aquela posição que admite a influência da cultura sem abrir mão da idéia de que existe um substrato biológico que a antecede. Para esta e outras autoras que compartilham de sua perspectiva, entretanto, o corpo é construído junto e pelos discursos que falam sobre ele, sendo que os discursos da saúde ocupam centralidade nesse processo.

Para além disso, pude observar que determinadas atividades atraem alguns homens e outras não e, ainda, que algumas dessas atividades, comumente entendidas como atividades de lazer, são, no contexto de grupos de convivência de terceira idade, ressignificadas como práticas de saúde que envolvem implicações de gênero.

Os excertos de algumas entrevistas apontam para essas implicações:

P16 (homem): *Meu Deus, o que eu quero nesse grupo com essas desocupadas, foi o que eu pensei quando cheguei.*

P14 (homem): *Difícil um pouco o homem se imaginar porque não tem muitos grupos com homens, a maioria é com mulheres. Então, eu, como homem, fica difícil porque eu não estou envelhecendo, eu não estou precisando disso, entendeu? Os homens realmente ficam meio afastados desse tipo de grupo.*

P1: *A maioria não gosta. O marido desta aqui, esses dias, eu falei: 'o, seu Lucas, vamos lá'. Ai ele falou: 'fazer o quê, o que eu vou ganhar lá?'*

P6 [fala sobre o que o marido diz]: *O que eu ganho vindo aqui?*

As argumentações dos dois participantes, sendo um o marido de uma das participantes e o outro o tesoureiro do grupo, demonstram um estranhamento em relação à participação de homens em um grupo de terceira idade. Mas essas formas de organização vêm aumentando cada vez mais, constituindo-se em instâncias que, em determinados contextos mais precários, ocupam espaços importantes na prestação de atenção à saúde da população dita idosa.

Nesse sentido, argumentei durante todas as fases do estudo, que grupos de terceira idade se constituem em lugares onde muitas práticas são desenvolvidas, ocupando as de saúde uma posição central. Ao não verem a si mesmos e outros participando dessas atividades e associando-as a desocupadas, os participantes apontam para uma representação dos cuidados em saúde como menos desqualificadas que outros tipos de trabalho, o que fica demonstrado no emprego da palavra “desocupadas”. Eles indicam o tipo de atividade proposta como um dos fatores que implicam, a não-participação ou envolvimento menor dos homens.

Já as mulheres, quando falam sobre a participação masculina, constroem argumentos como:

P2: Eu acho que eles são mais constrangidos, mais reprimidos, não sei se eles têm vergonha, acho, vergonha ou sei lá. Ou vão sentir, dois, três homens no meio de um monte de mulher, vão se sentir retraídos. Acho que eles não se sentem bem.

P5: ...mas muitos não trabalham por motivos de saúde, e outros porque não gostam de ir, não querem participar. Não sei se é por vergonha de ficar no meio das mulheres, ou preferem estar em casa, escutando jogo ou nos barzinhos, lá, tomando uma birita. Passa num barzinho, tu vê 10, 20 velhinhos sentados ali. Isso é natural, qualquer bar onde tu vás, ali tem aquele grupo, parecem umas igrejazinhas. Eles vão pra'li e passam o dia cuspiando, sentados, mandando uma...

Dessa forma, para elas, a pouca participação de homens é explicada pelos hábitos masculinos, e não pelo tipo de atividade desenvolvido no grupo. Essa percepção sustenta-se em discursos que apontam para a fixação de comportamentos e hábitos esperados para homens e para mulheres, os quais, supostamente, fazem parte de sua natureza. O cuidado com a saúde apresenta-se como umas dessas marcas essencialmente femininas, ao mesmo tempo em que o descuido se cola ao masculino; por isso, supõe-se que mulheres freqüentam mais grupos de terceira idade e que os homens, referidos nos excertos, freqüentam bares, jogam, bebem, hábitos não classificados como de saúde.

Esses/as velhas/os de hoje são sujeitos resultantes da interpelação de muitos discursos, e o que são atualmente não é resultado de um acúmulo de identidades, mas de mudanças, deslocamentos, abandonos e ressignificações. As mulheres aparecem como “mães”, “progenitoras”, “avós”, representações marcadas pelos discursos que envolvem a relação entre o feminino e a maternidade.

Uma das explicações dadas para as diferenças de cuidados em relação à saúde apóia-se na noção de instinto para a maternidade e posiciona as mulheres como cuidadoras naturais. Meyer (2002) coloca que as representações de maternidade se

colam no corpo e na alma da mulher e interpelam mulheres desde a infância, quando as brincadeiras que simulam cuidados com a casa e com os filhos são praticadas por muitas meninas. A mesma autora refere que, nesse processo de marcação pelos discursos da maternidade, mulheres ensinam mulheres a serem mães pela mobilização/transmissão de mitos, simbologias, práticas sociais (MEYER, 2000). Ao serem interpeladas por esses discursos de como ser mãe em vários contextos sociais, meninas, jovens e adultas exercitam a maternidade e, algumas dessas características são carregadas até a velhice, o que se torna visível quando mulheres idosas são posicionadas como melhores cuidadoras de si e dos outros.

Da mesma forma, a presença neste contexto, de mulheres atuando como agentes comunitárias de saúde, reforça esta aproximação entre cuidado e feminino. Conforme a fala de uma delas:

A.C.2: Nós éramos 18 mulheres e dois homens... um até desistiu. Eles não procuram, não querem porque pagam pouco, e o homem precisa ganhar mais para sustentar a família.

A ocupação como agente comunitária de saúde dá-se dentro de um contexto de escolhas e práticas profissionais que envolvem o cuidado, sendo essa ocupação desenvolvida predominantemente por mulheres. De acordo com Lucila Scavone (2005), as mulheres ocupam postos que envolvem cuidados nas dinâmicas de saúde, pois carregam essa marca desde casa. A autora coloca a família como um lugar de produção de saúde, ou melhor, de produção de cuidados de saúde. Ao envelhecerem, as mulheres continuam ocupando essa posição, o que muitas vezes não ocorre com os homens, que deixam de ser os provedores e passam a depender de alguém, conforme informações dos levantamentos de Camarano (2003).

Scavone (2005) argumenta também que, na contemporaneidade, esferas públicas e privadas se misturam, o que se torna visível quando observamos que mulheres são cuidadoras em casa e fora dela, independentemente da idade, algo que as observações feitas nas dinâmicas do grupo demonstraram. Conforme a autora, umas das características encontradas na área da saúde é o “cuidar” associado ao feminino e o “curar” representando ocupações masculinas. Esse cuidar carrega sentimentos de amor e carinho, que também se colam ao feminino e posicionam as mulheres como cuidadoras por natureza e por vocação.

Não me apóio nessa argumentação para explicar por que a maioria das pessoas que atuam como agentes comunitários de saúde é formada de mulheres, mas para apontar que a identificação das mulheres como cuidadoras, no contexto estudado, está implicada com a participação majoritariamente feminina das agentes comunitárias no grupo e na comunidade em que atuam. Ao associarem-se as mulheres ao cuidado com a saúde, elas tornam-se agentes fundamentais nas denominadas práticas de promoção de saúde, o que também adquire visibilidade nas dinâmicas do grupo observado.

E, para discutir práticas de promoção da saúde em grupos de terceira idade, retomo o argumento de que o que se entende por saúde e promoção da saúde constitui conceitos cada vez mais discutidos e problematizados. Dina Czeresnia (2003) aponta para uma ampliação do conceito de saúde, afirmando que, em tal ampliação, saúde acaba por se confundir com a própria noção de vida. No desenvolvimento de estratégias culturais para alcançar essa vida/saúde, uma série de instâncias e instituições são acionadas para tal fim, estando os grupos de convivência na terceira idade incluídos nesse rol.

Autores/as como Francisco Ortega (2002) e Madel Luz (2000, 2003), entre outros/as, vêm empreendendo uma discussão sobre a resignificação e ampliação daquilo que usualmente se definia como sendo prática de saúde. Atividades antes classificadas como de lazer, vão sendo incorporadas pela saúde e, como tais, interpelam diferentes sujeitos em seus discursos. Nas dinâmicas do grupo observado, são desenvolvidas atividades como aulas de ginástica, ioga, dança de fandango, passeios, bailes. Algumas, como as aulas de ginástica e as palestras e encontros com as agentes comunitárias de saúde, enquadram-se como práticas de saúde; já os bailes, passeios, bingos, entre outros, estão assumindo essa posição.

Luz (2000) argumenta que atividades antes denominadas de lúdicas, de esporte, descanso, recreação e até atividades sexuais passam a ser, crescentemente, definidas e realizadas como “atividades de saúde”. A saúde passou a ser um imperativo, e, para dar conta dele, uma série de mecanismos foram organizados. Ao resignificar práticas de lazer como sendo “de saúde”, as primeiras assumiram o caráter normativo e disciplinador que o campo da saúde envolve, bem como entraram para um conjunto de práticas que atingem grupos e populações enquanto estratégias de bio-políticas.

Para enfatizar que não somente as atividades tradicionalmente ditas como de educação em saúde se colocam nesse lugar, Meyer (2000b, p.75) diz que:

As teorizações mais recentes no campo dos estudos feministas e estudos culturais, por exemplo, chamam atenção para as outras aprendizagens que estamos propiciando/fazendo enquanto desenvolvemos programas que definem o que é ser e viver saudável. [...] Estas outras aprendizagens são consideradas como sendo tão ou até mais importantes do que aquelas que se colocam como objetivos explícitos das ações educativas propostas. [...] Tais aprendizagens estão acontecendo e elas são muito mais eficientes porque não são percebidas e problematizadas.

Enquanto práticas de saúde vinculadas a processos educativos, podemos pensar em duas formas de exercício do poder, a partir de Foucault (1995), sobre esses sujeitos ditos da terceira idade. Uma está nas técnicas de disciplinamento corporal, através das aulas de ginástica, ioga e dança. Trata-se de espaços onde uma série de ensinamentos busca moldar corpos que estão envelhecendo para se tornarem/manterem saudáveis, entendendo-se esse saudável como estando de acordo com as normas da geriatria e da gerontologia. Grande parte dos discursos que circulam pelo grupo, as orientações das agentes comunitárias sobre controle da pressão arterial, os cuidados com a alimentação voltados para os diabéticos, que presenciei no início de cada aula de ginástica, procuram preparar aquelas pessoas para envelhecer melhor e com menos dependência, mantendo o que, em certa ocasião, ouvi de uma participante: *“a liberdade para continuar vivendo”*. O disciplinamento do corpo não ocorre, segundo Foucault (2002), apenas por práticas coercitivas; também práticas voltadas para, ou associadas com, liberdade e autonomia atuam nos processos de constituição dos sujeitos. A organização das aulas, principalmente das aulas de ginástica, ao estabelecer as mesmas estratégias utilizadas em práticas escolares, atua sobre os corpos daqueles sujeitos por meio dos horários e dos lugares que cada um/uma ocupa.

Ao vincularmos práticas de promoção da saúde com educação, muitos projetos e programas de saúde, alguns voltados para a população idosa, pretendem a autonomia desses sujeitos naquilo que diz respeito a tomar decisões sobre sua vida. Como vimos trabalhando com um conceito de saúde amplo, ao pensarmos em uma autonomia em saúde, pensamos em muitos aspectos da vida. Mas essa autonomia vem sendo questionada. Czeresnia (2003, p.51) aponta que: “considerando que um dos aspectos fundamentais da idéia de promoção da saúde é o estímulo à autonomia, retoma-se a pergunta: com que concepção de autonomia os projetos em promoção da saúde efetivamente trabalham?”.

Dessa forma, entendo que essas práticas investem na educação de sujeitos que são disciplinados/se disciplinam para poder fazer as melhores escolhas, as escolhas certas sobre sua saúde, para adotar determinadas práticas ditas de saúde em detrimento de outras não promotoras de saúde. Trata-se de uma autonomia regulada pelo mercado de produtos e práticas de saúde, em que se é livre/autônomo/a para consumir aquilo que está na moda/norma, construir/consumir o corpo ideal, sendo esse conceito de ideal borrado com o conceito de saudável (BAUMAN, 2001).

Dora Oliveira (2005) também argumenta que a questão da autonomia assume algumas contradições no contexto da educação em saúde de uma forma geral, pois os discursos dessa área pregam a saúde como uma meta a ser atingida. O sujeito autônomo deve ser alguém capaz de fazer suas próprias escolhas, mas essas escolhas, no que tange à saúde, já estão estabelecidas *a priori* e não fazê-las implica perdas e posições desfavoráveis dentro do contexto social – o sujeito é identificado, por exemplo, como fumante, obeso, hipertenso e, particularmente, no contexto que venho discutindo, velho não-saudável, com envelhecimento patológico.

Além de constituir-se em espaço de disciplinamento individual de corpos que estão envelhecendo, o grupo de terceira idade faz parte de estratégias de bio-políticas voltadas para a dita população idosa. Entra em um rol que compreende leis, programas de saúde, espaços na mídia, todos envolvidos em educar, disciplinar o corpo populacional formado por velhos/velhas.

Podem ser apontadas várias circunstâncias que levaram à criação e organização desses locais. O que ressalto neste texto é a associação dessas iniciativas com programas e políticas de saúde enquanto estratégias de organização e controle da população idosa visando à manutenção da vida (FOUCAULT, 1999).

Essa situação configura o que Ortega (2002) denomina de biossociabilidade, processo pelo qual as pessoas se agrupam em função de suas características de saúde, geralmente suas patologias crônicas e *déficits* funcionais. Num contexto cultural em que a saúde se torna um ideal a ser atingido, “o imperativo do cuidado, da ascese e da vigilância constante de si, necessário para atingir e manter os ideais impostos pela ideologia do *healthism*⁵, exige uma disciplina enorme” (ORTEGA, 2002, p.162).

Ortega (2004, p.6), falando sobre os processos de organização social em função de aspectos biológicos, diz que:

⁵ O termo *healthism* refere-se, segundo Crawford (apud ORTEGA, 2002), à ideologia da saúde enquanto um padrão, um valor absoluto para julgar determinados comportamentos e condutas sociais.

A repolitização da saúde possibilitou a criação de uma forma de sociabilidade política, que chamaremos de biossociabilidade, para distinguir da biopolítica estatal clássica, constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo padrões tradicionais de agrupamento como classe, orientação política, mas conforme critérios de saúde, desempenho físico, doenças específicas, longevidade etc. Nessa cultura da biossociabilidade, criam-se modelos ideais de sujeito baseados na performance física e estabelecem-se novos parâmetros de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas e regimes de ocupação de tempo. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc..

Todos os segmentos da população, de alguma forma, vêm-se envolvidos por algum tipo de estratégia que busca disciplinar, otimizar, estimular, potencializar a saúde. Por esse entendimento, além de procurarem um grupo de terceira idade em função da possibilidade de práticas de lazer e sociais, lá os sujeitos se reconhecem como semelhantes, pois não são apenas idosos/as, são hipertensos/as, diabéticos/as, deprimidos/as, portadores/as de seqüelas neurológicas, constituindo o que podemos chamar de bio-identidades. Neste grupo, duas participantes tinham menos de 50 anos, mas apresentavam, conforme informação das agentes, crises de depressão.

Ortega (2002) destaca que as práticas de saúde, além de exercerem uma série de controles e limites ao corpo através de dietas e exercícios físicos, por exemplo, pregam a autonomia e a liberdade. Nesse contexto, os idosos praticantes são representados como saudáveis, joviais, engajados, produtivos e autoconfiantes. Percebe-se aqui um envolvimento entre várias instituições que se articulam para dar conta desse mandamento de sociedades saudáveis, sendo a população idosa um importante alvo. Isso porque o processo de envelhecimento pode ameaçar os discursos ao trazer marcas que fogem dessas representações.

Conforme Maria Araújo e Raquel Assunção (2004, p.20), o termo “promoção da saúde”

[...] tem sido associado a valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, e [acima de tudo] a uma combinação de estratégias tais como ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comum idade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde.

Esses grupos, então, ao associarem-se a essas estratégias, no caso deste grupo, ao Programa da Saúde da Família, através das agentes comunitárias de saúde, e a política

de saúde do idoso da Secretaria de Assistência Social, participam de um movimento de configuração destas atividades/programas como estratégias de bio-políticas, pois, além de atuarem na promoção da saúde, ocupam um lugar fundamental enquanto serviços de saúde, o que, numa sociedade neo-liberal, atende aos desejos do Estado de cada vez mais responsabilizar as pessoas e as coletividades pela manutenção de suas necessidades.

Nesse contexto, os grupos de terceira idade, da forma como têm sido organizados, passam a ocupar um importante lugar nos processos que investem na manutenção/recuperação da saúde de toda a população. Quando questionava a participação das pessoas entrevistadas no grupo, muitas apontaram para a conservação da saúde como um ponto importante.

P4: *A gente aprende a cuidar da saúde.*

P10: *Uma vez já falaram sobre a alimentação, e eu, como sou diabética e hipertensa, vi muita utilidade naquela palestra.*

P5: *Quando faço ginástica, volto para casa bem melhor...*

P3: *Esses tempos, estava com muita dor de cabeça, não queria ir no passeio, minha neta insistiu, e eu fui... Voltei renovada. Dei muita risada e dancei.*

P7: *A gente brinca, a gente viaja... parece que a gente vira criança de novo. Então, eu não me assusto mais. No início, bem que eu ficava bem apavorada com a velhice, mas agora estou levando numa boa.*

Luz (2000) aponta que, na contemporaneidade, a saúde passou a funcionar como um mandamento e que as práticas de lazer, além de serem ressignificadas como práticas de saúde, constituem representações positivas de sujeitos associadas com vitalidade, energia, força, beleza e juventude, objetivando a forma, entendida nesse contexto como a forma do corpo. O corpo que envelhece muda de forma, perde a forma, se deforma.

Como para as práticas de saúde atuais, manter a saúde implica, muitas vezes, manter a forma, segundo estudos (LUZ, 2000), os discursos de manutenção dessa forma fazem-se presentes nos grupos de terceira idade. No caso deste grupo, isso fica marcado com as aulas de ginástica, que são as mais procuradas. As aulas dividem-se em dois momentos: o primeiro, de aquecimento e exercícios aeróbicos, e o segundo e final, em que são praticados exercícios de fortalecimento muscular para braços e pernas. Surgem duas questões sobre essa atividade. Em primeiro lugar, nem todas as participantes conseguem chegar até a fase final, sendo feita uma separação entre as que fazem toda a aula e as que são mais fracas. Percebe-se um entusiasmo naquelas que acabam suadas e cansadas, sentindo-se numa *academia*, como ouvi certa vez.

Para finalizar este texto e provocar novas inquietações nos leitores destas análises, retomo os três eixos centrais que encaminham minhas discussões, os quais foram: a maioria de mulheres que frequenta grupos de terceira idade, a ressignificação de práticas de lazer em práticas de saúde e a organização destes grupos. Como propostas que ficam a partir das reflexões em torno destas questões, marco duas pertinências e necessidades: uma a de se investir em estudos que articulem gênero e envelhecimento e outra, a importância de processos investigativos que se proponham a fazer ver os efeitos de práticas de educação e saúde sobre os diferentes sujeitos no que diz respeito a representações, identidades saudáveis e não-saudáveis, direitos, deveres e responsabilidades nos cuidados individuais e coletivos em saúde. As implicações destas análises são educativas, políticas e sociais e podem servir de sustentação para várias mudanças em busca de uma sociedade mais justa.

Referências

ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília/DF, v.57, n.1, p.19-25, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

CAMARANO, Ana Amélia. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos avançados*, São Paulo: USP, v.17, n.49, p.35-63, set./dez. 2003.

CORREA, Sonia. Gênero e saúde: campo em transição. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC; Editora 34, 2002. p. 357-388.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.39-53.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L. ; RABINOW, P. *Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. p.231-249.

_____. Aula de março de 1976. In: _____. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão. 25.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEHR, Ursula. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. *Cadernos de envelhecimento*, Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Terceira idade da PROEXT/UFRGS, v.1, p.07-36, 1999.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.19, v.3, p.700-701, maio/jun. 2003.

LUZ, Madel. La Salud em Forma y Las Formas de La Salud: Superando Paradigmas y racionalidades. In: BRICEÑO-LEÓN, Roberto et al. (Coords.). *Salud y Equidad*: uma mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.25-39.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. *Identidades traduzidas*: cultura e docência teuto-brasileira-evangélica no Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; São Leopoldo: Editora Sinodal, 2000a.

_____. Educação em saúde e prescrição de “formas de ser e habitar”: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; FRANCISCO, Deise Juliana. *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: UFRGS, 2000b. p.71-86.

_____. As mamas como instituintes da maternidade: uma história do passado. In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Orgs.). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud* – una antología iberoamericana. México: Universidad de Guadalajara, 2002. p.375-401.

MEYER, Dagmar et al. ‘Mulher sem-vergonha e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS, *Estudos Feministas*, Florianópolis/SC: Universidade Federal de Santa Catarina, v.12, n.2, p.51-76, maio/ago. 2004

MOTTA, Alda Britto da. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. In: DEBERT, Guita Grin (Org.). *Cadernos Pagu*, Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero da UNICAMP, v.13, p.191-221, 1999.

NICHOLSON, Linda. Interpretando gênero. Trad. Luiz Felipe G. Soares. *Estudos Feministas*, v.8, n.2, p.09-41, 2000.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n.3, p. maio/jun. 2005. p.423-431.

ORTEGA, Francisco. Da ascese à bio-ascese. In: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.139-173.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface: Comunicação, saúde e educação*, v.8, n. 14, p. 9-20, set. 2003/nov. 2004.

PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; BAGRICHEVSKY, Marcos. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas a promoção da saúde. In: _____ (Orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. Blumenau: EDIBES, 2003.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das Campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 281f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCAVONE, Lucila. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. *Gênero e saúde: programa Saúde da Família em questão*, 2005. p.99-109.

SHRAIBER, Lília; GOMES, Romeu; COUTO, Maria Thereza. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SILVA, Tomaz Tadeu da. *Teoria Cultural e Educação: um vocabulário crítico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000a.

_____. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

