

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

Intersecções de gênero e envelhecimento

Aline Ângela Victoria Ribeiro – Universidade de São Paulo (USP)¹

Resumo

Este artigo visa abordar o envelhecimento feminino através de uma perspectiva interdisciplinar, analisando as articulações entre gênero e envelhecimento. Parte-se do entendimento de que o envelhecimento é processo significado social, cultural e historicamente e perpassado por marcadores sociais como classe social, gênero, raça/etnia e geração. Na contemporaneidade há a valorização da juventude e da *atividade*. No que diz respeito às mulheres, há também a questão da capacidade reprodutiva como valor de normalidade. Os discursos acerca do *envelhecimento ativo* e do envelhecimento feminino, dos corpos que envelhecem e/ou que não são mais (re)produtivos, criam normas. É pertinente questionar em que sentido esses discursos são apropriados pelas mulheres ou ressignificados por elas, quais os efeitos dessa moralização e abjeção e até que ponto esses fazem parte da construção dessas mulheres enquanto sujeitos que estão envelhecendo.

Palavras-chave: Envelhecimento feminino. Gênero. Corpo. Velhice. Menopausa.

Introdução

Este artigo tem como objetivo abordar o envelhecimento feminino a partir da revisão bibliográfica que está sendo desenvolvida como parte de minha pesquisa de mestrado². Parte-se de uma perspectiva interdisciplinar para analisar as articulações entre gênero e envelhecimento, através de uma discussão teórica embasada em autores da Sociologia, Antropologia, Filosofia e dos Estudos Culturais.

O envelhecimento, na perspectiva das Ciências Sociais, é pensado como um processo que vai além de transformações biológicas, uma vez que estas são significadas social, cultural e historicamente:

Da perspectiva antropológica, mas também do ponto de vista da pesquisa histórica, trata-se de ressaltar, em primeiro lugar, que as representações sobre a velhice, a idade a partir da qual os indivíduos são considerados velhos, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos mais jovens ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos (DEBERT, 1994a, p. 8).

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). E-mail: aline.avribeiro@gmail.com.

² Ingressei em 2016 no Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais da EACH-USP, sob orientação da Prof^a Dr^a Régia Cristina Oliveira. Atualmente a pesquisa, que é de abordagem qualitativa, está na etapa de trabalho de campo, no qual serão realizadas entrevistas com mulheres que possuam cinquenta anos ou mais, residentes da cidade de São Paulo e região.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

A experiência subjetiva do envelhecimento e as transformações corporais associadas a ele são (re)significadas pelos indivíduos de acordo com a cultura.

Parte-se da compreensão da cultura como “um campo de luta em torno da significação social”, ou seja, “um campo de produção de significados no qual os diferentes grupos sociais, situados em posições diferenciadas de poder, lutam pela imposição de seus significados à sociedade mais ampla” (SILVA, 2005, p. 133-134).

Considerando a relevância das áreas correlatas à saúde e à biomedicina em nossa sociedade, uma vez que estas ditam práticas, técnicas e comportamentos que se constituem, nas sociedades ocidentais contemporâneas, como discursos hegemônicos, especialmente em relação ao envelhecimento e ao corpo (LE BRETON, 2007), torna-se importante indagar sobre os efeitos de seus discursos sobre os sujeitos e suas ações.

Esses discursos hegemônicos que circulam em nossa sociedade sobre o envelhecimento desempenham um papel central no processo de constituição identitária³ dos sujeitos. As identidades são construídas através da relação entre sujeito e cultura, sendo que “nossas chamadas subjetividades são, então, produzidas parcialmente de modo discursivo e dialógico” (HALL, 1997, p. 27). Assim, as identidades dos sujeitos se constituem a partir de discursos, práticas, e instituições (LOPES, 1997; HALL, 2005), inclusive no que diz respeito às suas identidades de gênero⁴:

De fato, quando se diz que o sujeito é constituído, isso quer dizer simplesmente que o sujeito é uma consequência de certos discursos regidos por regras, os quais governam a invocação inteligível da identidade. O sujeito não é determinado pelas regras pelas quais é gerado, porque a significação não é um ato fundador, mas antes um processo regulado de repetição que tanto oculta quanto impõe suas regras, precisamente por meio da produção de efeitos substancializantes (BUTLER, 2003, p. 250)

³ As identidades dos sujeitos estão em constante construção a partir de práticas e da apropriação e reapropriação dos discursos presentes na sociedade; os sujeitos constroem verdades sobre si mesmos. Nesse sentido, as identidades não são fixas ou imutáveis (HALL, 2005). As identidades de gênero, por exemplo, são construídas a partir de “diferentes discursos, símbolos, representações e práticas” (LOURO, 1997, p. 28) e, assim sendo, são transformadas ao longo da vida.

⁴ *Gênero* é um “aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. [...] O meio discursivo/cultural pelo qual ‘a natureza sexuada’ ou ‘um sexo natural’ é produzido” (BUTLER, 2003, p. 25).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

A performatividade de gênero pode ser considerada como uma forma de prática de subjetivação⁵, que visa construir um sujeito inteligível de acordo com as categorias postas pela sociedade (no caso, “feminino” ou “masculino”). Assim, os sujeitos buscam a “normalização” para se adequarem a esse sistema binário (BUTLER, 2003).

Assim sendo, o corpo adquire centralidade, uma vez que “gênero é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo” (BUTLER, 2003, p. 59). Nesse sentido, o *gênero* também é uma norma, um dispositivo de poder:

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

A partir da compreensão de que os discursos interpelam os sujeitos, torna-se relevante refletir acerca da normatividade estabelecida pelos discursos hegemônicos – sobretudo aqueles informados pela biomedicina – e suas possíveis implicações para as mulheres que estão passando pelo processo de envelhecimento.

Velhice, *terceira idade* e envelhecimento contemporâneo

A periodização da vida e sua organização de acordo com etapas, ciclos ou fases são construções sociais e culturais (ARIÈS, 1981; DEBERT, 1994a). A infância, por exemplo, como demonstra Ariès (1981), nem sempre existiu e os significados atribuídos a ela transformaram-se ao longo dos séculos, assim como os comportamentos, direitos e deveres associados a cada idade. Nesse sentido, a velhice também não é um fato natural, mas sim “uma categoria socialmente produzida” (DEBERT, 1994a, p. 8).

A idade cronológica adquiriu importância ao longo da transição para a modernidade (DEBERT, 1994a). No entanto, na contemporaneidade, essa organização etária tem-se tornado menos relevante, uma vez que a associação entre determinadas condutas e valores e certas idades tem sido revista:

⁵ Entende-se *subjetivação* conforme a formulação de Rose, como sendo constituída por “práticas e [...] processos heterogêneos por meio dos quais os seres humanos vêm a se relacionar consigo mesmos e com os outros como sujeitos de um certo tipo” (ROSE, 2001, p. 36).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

As idades ainda são uma dimensão fundamental na organização social: [...] seria um exagero supor que a idade deixou de ser um elemento fundamental na definição do status de uma pessoa. Essa flexibilização dos parâmetros anteriores do que seriam os comportamentos adequados e direitos e deveres próprios a cada faixa etária é, contudo, acompanhada da transformação das idades num laço simbólico privilegiado para a constituição de atores políticos e redefinição de mercados de consumo (DEBERT, 2010, p. 61).

Assim, contemporaneamente, há uma dissociação entre determinadas características previamente relacionadas a certas etapas etárias. A juventude vem deixando de ser compreendida unicamente como uma fase da vida para passar a representar um valor (OLIVEIRA, 2008; 2011; DEBERT, 2010), “um bem a ser conquistado em qualquer idade, através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas” (DEBERT, 2012, p. 150). Os sentidos atribuídos à velhice também são reconfigurados, deixando de significar apenas uma categoria etária para se tornar também “um modo de expressar uma atitude de negligência com o corpo, de falta de motivação para a vida, uma espécie de doença autoinflingida” (DEBERT, 2010, p. 51).

Nas últimas décadas, a velhice vem adquirindo cada vez mais visibilidade em nossa sociedade, seus significados sendo informados principalmente pelos discursos das áreas da saúde, como a biomedicina. É nesse contexto em que a *terceira idade* surge como uma nova categoria etária e um estilo de vida, em um esforço para positivar o envelhecimento. Ao mesmo tempo em que, socialmente, determinados aspectos negativos – como a “decadência e inatividade” (BRITTO DA MOTTA, 1997, p. 129) – são associados a um modelo de velhice “negativa” que é rechaçada, a *terceira idade* é apresentada como um modelo de velhice “jovem”, saudável e ativa (BRITTO DA MOTTA, 1997; BARBIERI, 2014). Esse movimento é acompanhado por uma ressignificação das práticas e comportamentos do idoso e da reavaliação do que significa envelhecer (DEBERT, 2012):

Dentro das categorias de velhos, existem, por um lado, aqueles que são classificados como produtivos e consumidores da indústria de lazer e de planos de saúde, que oferecem serviços de laboratórios e hospitais cinco estrelas. Por outro lado, aqueles que são tidos como inúteis, improdutivos, doentes dispendiosos para o serviço público de saúde. O envelhecimento como algo a ser paralisado resulta em uma proliferação de receitas de modos de vida e em um mercado altamente lucrativo de consumo de medicamentos, cosméticos, alimentos, além de uma variedade de tipos de serviços prestados por profissionais especializados em aumentar o desempenho físico (TÓTORA, 2008, p. 26).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

No entanto, essa transformação na imagem social da velhice não significa o fim do estigma ou do preconceito em relação à população idosa, uma vez que essa valorização se direciona a uma forma específica de vivenciar a velhice, associada à atividade e à juventude e à constituição de mercados de consumo de bens e lazer (DEBERT, 2010). Cabe ressaltar que o acesso a esse estilo de vida não está disponível para todos os sujeitos, uma vez que depende de diversos fatores, entre eles a classe social, a condição financeira, o acesso a bens e serviços e a disponibilidade de tempo.

Biomedicina e a medicalização da velhice

O conhecimento científico não é imparcial ou dotado de neutralidade⁶, pois ele é construído historicamente, social e culturalmente e pode servir para corroborar determinadas concepções, por exemplo, acerca do gênero e da sexualidade (ROHDEN, 2006). Assim, todo conhecimento é situado (HARAWAY, 1995). Em nossa sociedade, o saber legítimo é estabelecido através da ciência e, principalmente, da medicina e da biologia.

Ao discutir o desenvolvimento de um “dispositivo da sexualidade”, Foucault (1988) demonstra que a medicina esteve, em todo esse processo, imbricada em sua formulação. A partir dos séculos XVIII e XIX, ela passa a ter um papel central no modo como as sociedades ocidentais concebem questões relacionadas à vida e às populações. A biologia também vai adquirindo um papel cada vez mais central no gerenciamento das populações. É nesse momento histórico em que a vida torna-se o foco dos dispositivos de poder e de saber:

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

⁶ Em uma perspectiva foucaultiana, entende-se que as relações de poder constituem-se entre e intra todos os campos da sociedade. Nas disputas travadas nesses campos, estão em jogo os saberes considerados legítimos pela sociedade. Nesse sentido, o conhecimento e as “verdades” são construções e, nesse sentido, são ficcionais. Dessa forma, também não podemos conceber a ciência como neutra, nem os saberes, pois são perpassados pelo poder.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

A biopolítica surge como uma tecnologia de poder para controlar e administrar as populações. A vida passa a ser gerida, pois ela tem valor, sobretudo econômico. Surge também, na época da industrialização, uma maior preocupação por parte do Estado em relação ao envelhecimento populacional, que passa a ser objeto de ação da biopolítica (FOUCAULT, 2005).

Assim, assistimos a “proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (FOUCAULT, 1988, p. 156). Aqui reside a importância da norma, que é “o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 2005, p. 302). Busca-se encaixar sujeitos a um padrão, “produzi-los” de acordo com as normas hegemônicas através da disciplina. Daí o papel da regulação e da administração das populações, que recai, sobretudo, sobre os corpos das pessoas (FOUCAULT, 1998). A gestão política dos corpos ocupa-se não só em administrar, mas adaptar e gerir o que é considerado permitido. Assim, o papel da norma, mais do que definir quem é *anormal* ou *normal*, reside na sua função de regulação social (BUTLER, 2014).

Na contemporaneidade, a biomedicina⁷ exerce um papel fundamental na produção de saberes, inclusive em campos que não são estritamente ligados à saúde:

O modo como o discurso biomédico passou a ser concebido na sociedade ocidental oficializou-o como a grande autoridade a gerir a vida em seu sentido mais básico: o biológico. A intenção é garantir a vida a todo custo, a partir do cuidado dos processos biológicos e da otimização da vida (BARBIERI, 2014, p. 168).

Assistimos também, nas últimas décadas uma proliferação de discursos especializados sobre o envelhecimento e a velhice, principalmente nos campos da medicina e de áreas correlatas como a Gerontologia⁸. Grande parte desses discursos focam na prevenção de doenças na velhice, principalmente através da

⁷ A biomedicina pode ser definida como “o campo de saberes biológicos no qual se baseia a medicina, envolvendo as instituições e as práticas de saúde a ela associadas” (SARTI, 2010, p. 78), ou seja, ela se caracteriza pela união da racionalidade e do saber médico contemporâneo ocidental com os conhecimentos da biologia (CAMARGO JUNIOR, 2005) e é um campo que busca formular “discursos com validade universal” (CAMARGO JUNIOR, 2005, p. 178).

⁸ De acordo com Barbieri (2014), constitui-se um “campo do envelhecimento”, formado por diversas áreas de conhecimento e saberes, entre eles o que a autora denomina de “discurso geriátrico-gerontológico”.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração disseminação de um estilo de vida saudável que pode ser alcançado através de determinadas práticas e comportamentos (CERQUEIRA, 2012).

É o caso do *envelhecimento ativo*, uma política de saúde criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹ que consiste no "processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (WHO, 2005, p. 13). Essa política desempenha importante papel na disseminação e popularização de determinado modelo de velhice (BARBIERI, 2014). Tendo adquirido cada vez mais força nos últimos anos, à medida que se popularizou também fora da área da saúde, passa a "se tornar A política voltada para o envelhecimento em geral" (BARBIERI, 2014, p. 137).

As prescrições relacionadas ao *envelhecimento ativo* dirigem-se não apenas àqueles que já são idosos ou idosas, mas por todos em nossa sociedade (TÓTORA, 2008; BARBIERI, 2014). Adota-se o conceito de *atividade* como central, sendo que esta "deve ser mantida, estimulada ou conquistada na vida das pessoas" (BARBIERI, 2014, p. 169). A *atividade*, no entanto, ultrapassa a questão do trabalho e invoca outros campos da vida:

Refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (WHO, 2005, p 13).

Com base na promoção da saúde, essa política delimita modos de prevenção de doenças associadas ao envelhecimento – quando não a busca pelo adiamento do próprio envelhecimento em si – e se constitui como "uma biopolítica exercida sobre o corpo na busca pelo controle da vida" (CERQUEIRA, 2012, p. 34):

A imagem do *velho ativo* será representativa do *velho bom*. Manter a saúde, a independência e a atividade serão argumentos indissociáveis desta concepção do envelhecimento ideal. Estes são aspectos tão positivos que passam a ser defendidos não apenas pelos discursos geriátrico-gerontológico ou da saúde, quanto pelo discurso social mais amplo (BARBIERI, 2014, p. 132).

⁹ WHO (World Health Organization).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

Nesse sentido, no qual ser saudável é sinônimo de não adoecer, a responsabilização dos indivíduos pela manutenção de sua própria saúde se torna o foco (CERQUEIRA, 2012; DEBERT, 2012; BARBIERI, 2014). O corpo passa a ser local de investimento e trabalho.

Os corpos que carregam sinais do envelhecimento são, em nossa sociedade, corpos abjetos, no sentido utilizado por Butler (2000). Os discursos criam os sujeitos e os “seres abjetos”, sendo que o abjeto é produzido dentro da norma para ser desqualificado. Como os discursos e a linguagem são sempre perpassados pelo poder e esse poder é produtivo (FOUCAULT, 1988), através desse dispositivo produzem-se os sujeitos e o corpo que são valorizados:

A matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, pois, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são “sujeitos”, mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito (BUTLER, 2000, p. 155).

A dimensão política dos discursos sobre o envelhecimento produz um ideal normativo sobre o que significa ser velho/velha em nossa sociedade, em uma perspectiva na qual adoecer ou envelhecer passam a ser compreendidos como escolhas, uma vez que podem ser evitados através de hábitos saudáveis. Nesse sentido, visando à obtenção de um modo de vida saudável e uma melhor qualidade de vida, os comportamentos e as práticas dos sujeitos devem ser ressignificadas segundo essa lógica, embasada em descobertas do campo da biomedicina (CERQUEIRA, 2012).

Ortega (2008) aponta a existência de um “discurso do risco” que gera responsabilização e culpabilização dos indivíduos acerca de sua saúde. Esse discurso, ligado à moralidade, parte tanto do olhar do outro (externo) quanto do próprio indivíduo (sobre si mesmo), que deve internalizar tal discurso de modo a orientar suas práticas, “escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o afastamento dos riscos” (ORTEGA, 2008, p. 33).

Embora a OMS reconheça que idosos e idosas compõem um grupo heterogêneo, essas prescrições não são totalmente inclusivas, no sentido de estabelecerem uma norma, um modo de envelhecer ideal. Outras formas de vivenciar o envelhecimento e a velhice acabam sendo estigmatizadas ou

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração moralizadas, excluídas como modos possíveis de existência, uma vez que “o ‘envelhecimento ativo’ recriou, em outros termos, uma nova normalidade a ser seguida, a ‘atividade’” (BARBIERI, 2014, p. 170).

É o caso, por exemplo, da população mais idosa (acima de 75 anos) que, muitas vezes, possui outras necessidades que não a manutenção da atividade, ou ainda populações diversas que possuem características e demandas próprias ao envelhecerem – considerando que estas possuem especificidades culturais, de gênero, sexualidade, classe e/ou etnia –, “que poderão também ser confrontados com barreiras significativas para conseguir um envelhecimento ativo presente no discurso político e social dominante” (RIBEIRO, 2012, p. 48).

Envelhecimento, gênero e saúde

A velhice é um momento vivenciado de modo heterogêneo pelos sujeitos e perpassado por marcadores como classe social, gênero, raça/etnia e geração. Britto da Motta (1999) utiliza o termo “trajetória de vida” para evidenciar que vivências relacionadas ao gênero e à classe social influenciam o modo como os sujeitos irão conceber e viver a velhice, sendo que “gênero e idade/geração são dimensões fundantes de análise da vida social” (BRITTO DA MOTTA, 1999, p. 207). Portanto, esses aspectos são indissociáveis e de extrema importância para a análise da velhice enquanto categoria social (DEBERT, 1994b).

No interior das transformações corporais e psicossociais ocasionadas pelo envelhecimento, há especificidades próprias do envelhecimento feminino e do masculino. A identidade da mulher idosa é perpassada por diversos discursos, sendo que as próprias noções de *mulher* e *idosa* são construções socioculturais, assim como a noção de feminilidade. Ainda assim, os discursos hegemônicos associam, muitas vezes, a “feminilidade” – atributos e atitudes considerados femininos – à juventude e à capacidade reprodutiva das mulheres (MATTOS MOTTA, 1998). Considerando que na sociedade ocidental contemporânea o colocado como *normal* é aquele que possui – ou busca possuir, aparentar – juventude, no que diz respeito às mulheres, há também a questão da capacidade reprodutiva como valor de normalidade (LOCK, 1993).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

Em comparação aos homens, nesse contexto, o envelhecimento feminino possui uma marcação, o fim da menstruação, enquanto o envelhecimento masculino é compreendido como um processo mais gradual (LOCK, 1993). Nesse sentido também o homem que envelhece demora mais a perder seu lugar socialmente valorizado: “fala-se em “um sedutor com as têmperas grisalhas”, de um “lindo velho”, mas nunca associarão essas qualidades às mulheres. [...] A velhice marca desigualmente à mulher e ao homem no julgamento social” (LE BRETON, 2002, p. 147, tradução minha).

Britto da Motta (2011) destaca, por exemplo, que mesmo na velhice as mulheres continuam exercendo a função de cuidadoras em relação à família (seja de netos, parentes adoecidos ou pessoas também idosas). Apesar disso, a autora destaca que uma das marcas do envelhecimento feminino contemporâneo entre as mulheres brasileiras é a solidão que estas enfrentam nesse momento da vida. No entanto, ela afirma que existem vivências positivas em relação a essa solidão, uma vez que ela permite certa autonomia dessas mulheres em relação às suas escolhas, seus modos de vida e a expressão de sua sexualidade, caracterizando o que a autora denomina de “liberdade de gênero” (:

Acompanha tudo isto, uma feição absolutamente atual e única das mulheres idosas: expressarem mais otimismo, alegria, dinamismo e forte afirmação (ou sentimento) de liberdade. Comparando, com vantagem, tanto o tempo atual da velhice com estágios anteriores de suas vidas, como a sua velhice com a das mulheres de gerações que as antecederam (BRITTO DA MOTTA, 2011, p. 87).

O estereótipo da assexualidade na velhice ainda é presente no imaginário social, especialmente no caso das mulheres. Segundo Mattos Motta (1998), esta ideia está relacionada à associação recorrente entre sexualidade feminina e juventude. A mulher *velha*, de acordo com tal visão, perderia sua feminilidade e passaria a ser vista como um “ser neutro”. Essa suposta neutralidade é explicitada através, por exemplo, de sinais corporais associados à velhice, como a flacidez e as rugas, ou mesmo pelo uso de roupas mais neutras e menos chamativas. Tais características marcam socialmente essas mulheres por serem associadas ao envelhecimento e, portanto, não corresponderem ao padrão normativo de feminilidade.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

Essa suposta assexualidade também está relacionada ao fato de que as mulheres idosas não estão mais em idade reprodutiva. Ao longo da história, os olhares médicos sobre o corpo feminino participaram da construção de uma concepção de “natureza feminina” como uma associação permanente entre a mulher e as suas capacidades reprodutivas e/ou à maternidade (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002). Essa noção foi usada, durante muito tempo, para justificar as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, além de embasar a medicalização dos corpos das mulheres.

A menopausa pode ser considerada um momento que redefine o lugar social da mulher, sendo compreendida como um momento de perdas (SWAIN, 2008; TÓTORA, 2008), que denota o fim de sua capacidade reprodutiva e da juventude:

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

A identidade das mulheres sofre, então, um “deslocamento” ocasionado por transformações corporais, uma vez que a menopausa é compreendida, de acordo com a biomedicina, como uma alteração na capacidade do corpo de produzir hormônios (sobretudo o estrogênio), o que pode acarretar sintomas corporais (secura vaginal, por exemplo) ou psicológicos (fadiga, depressão, entre outros) (WHO, 1996). De certa forma, deixa-se de ser mulher, para se tornar *velha*:

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

O modelo explicativo biomédico da menopausa universaliza essa experiência, não levando em conta especificidades históricas, culturais ou mesmo subjetivas (LOCK, 1993). A questão hormonal torna-se central. Nessa perspectiva, a menstruação é vista como o elemento significador do feminino e “a perda da habilidade de produzir estrogênio é vista como central para a vida de uma mulher”

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração (MARTIN, 1997, p. 34). No entanto, a menopausa é vivenciada e compreendida de modos diferentes de acordo com o contexto sociocultural¹⁰.

A medicalização do corpo da mulher é explicitada nos discursos da biomedicina, aos quais essas mulheres deverão, a princípio, se adequar através de práticas e intervenções, como o uso da terapia de reposição hormonal, por exemplo. De acordo com Medeiros (2004), a medicalização do corpo da mulher menopáusic/velha pode ser entendida como uma forma de controle, uma vez que trata o corpo dessas mulheres como abjeto:

Assim, os *efeitos* da menopausa vão-se transformando em *defeitos*. Defeitos esses que necessitam da intervenção médica. Ter saúde também vai implicar fazer *exames periódicos*, procedimento que, para as mulheres, é sempre indicado¹¹. Porém, o discurso médico sobre o corpo das mulheres na menopausa é relacionado a uma falência ovariana, que produz a curto prazo sintomas que a longo prazo podem se tornar doenças graves. Isso leva a dizer que o corpo feminino velho está em constante risco, e com isso ocorre o reforço da necessidade de diferentes exames (MEDEIROS, 2004, p. 282).

Nesse entendimento, a ausência do hormônio ocasionada pela menopausa traria grandes malefícios para a saúde das mulheres (MARTIN, 1997). O corpo das mulheres é concebido como uma série de sistemas ou órgãos que, uma vez interligados, passam a falhar (como uma máquina) após a ausência do estrogênio, sendo a terapia de reposição hormonal (TRH) de extrema importância para a resolução dessa questão.

Considerações finais

Uma das questões centrais na genealogia que Foucault (1988) faz acerca da instauração do dispositivo da sexualidade é a de que o poder tem a capacidade de produzir verdades através dos discursos. Assim como ocorre, principalmente, a partir do século XIX, assistimos o surgimento de uma multiplicidade de discursos sobre o sexo, na contemporaneidade e uma proliferação de discursos acerca da velhice.

¹⁰ Por exemplo, Lock (1993) estuda e compara tais questões na América do Norte e demonstra como os significados que as mulheres e as sociedades locais atribuem à menopausa são diferentes. Trench e Miyashiro (2011) notam que entre mulheres guaranis de São Paulo não havia uma marcação ou ritual de passagem associado à menopausa ou mesmo uma palavra para tal acontecimento, além do fato de que “nenhuma das mulheres a associa a qualquer tipo de sintoma ou patologia” (TRENCH & MIYASHIRO, 2011, p. 105).

¹¹ A autora se refere a atenção dada à saúde das mulheres, à necessidade difundida através de discursos biomédicos acerca da necessidade de realizar exames ginecológicos periódicos (MEDEIROS, 2004).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

Discursos sobre quem é e quem deve ser esse sujeito que envelhece; discursos sobre sua saúde e seu corpo; discursos que produzem verdades acerca do sujeito idoso ou idosa ao enquadrá-lo, ao lhe ditar regras de autocuidado e de gerenciamento de sua saúde, promovendo determinado estilo de vida e comportamento.

Os significados atribuídos ao corpo são inscritos de acordo com valores e discursos presentes na sociedade. Os corpos envelhecidos são marcados pelo tempo que anuncia a sua passagem através de rugas, cabelos brancos ou ausência de cabelos, da perda da mobilidade; enfim, dos chamados "sinais da idade". Porém, no contexto do *envelhecimento ativo* esse corpo se torna objeto de diversas intervenções que visam corresponder aos padrões de juventude e saúde. Os discursos acerca do rejuvenescimento adquirem relevância, com destaque para as intervenções corporais, sejam elas médicas ou estéticas. Nesse sentido, os discursos especializados sobre a velhice visam não apenas moldar o corpo externamente, mas também implicam um processo de subjetivação dos indivíduos ou a formulação de uma identidade embasada nos discursos hegemônicos acerca do envelhecimento e da velhice.

Ortega (2008) discute a questão da ascese¹², previamente abordada por Foucault¹³, porém no contexto contemporâneo, no qual “o corpo possui a autorreflexividade que correspondia outrora à alma” (ORTEGA, 2008, p. 20). O autor utiliza o termo bioascese para se referir às técnicas que os sujeitos utilizam para construir suas identidades – ou “bioidentidades”. Não é mais falado de biopoder, mas sim em biossociabilidades, uma vez que os saberes da biologia, da saúde e da medicina adquirem cada vez mais força enquanto campos de poder que produzem discursos legítimos:

Na biossociabilidade criam-se novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho

¹² “A ascese implica em um processo de subjetivação. Ela constitui um deslocamento de um tipo de subjetividade para outro tipo, a ser atingido mediante a prática ascética. O asceta oscila entre uma identidade a ser recusada e outra a ser alcançada. [...] A forma de subjetividade almejada [...] varia segundo a contextualização histórica das práticas ascéticas, podendo encontrar as mesmas práticas vinculadas a fins diversos, diferentes processos de subjetivação” (ORTEGA, 2008, p. 20).

¹³ De acordo com Ortega (2008), enquanto as bioasceses estariam, nas sociedades modernas, a serviço da ciência, as asceses da Antiguidade (analisadas por Foucault) estariam relacionadas a uma forma de liberdade.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc. Todo um vocabulário médico-fiscalista baseado em constantes biológicas [...] populariza-se e adquire uma conotação “quase moral”, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são resignificadas como práticas de saúde (ORTEGA, 2008, p. 31).

O corpo adquire centralidade nas contemporâneas bioasceses. Assim, compreendido como uma “obra” inacabada, passível de melhorias, torna-se fruto de investimento através de técnicas e intervenções médicas e estéticas. Esse investimento está imbricado na construção das identidades, formando “um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna” (ORTEGA, 2008, p. 32), buscando se adequar à norma colocada pelos discursos hegemônicos.

A medicalização da velhice e a responsabilização dos indivíduos pela sua própria saúde criam identidades dicotômicas para os sujeitos: há o idoso “bom”, que cuida de sua saúde, e o idoso “mau”, que não segue as prescrições médicas, dietéticas (ORTEGA, 2008). Sendo assim, há uma forte moralização dos sujeitos e é estabelecido um determinado modo de envelhecer como o único possível ou desejável. Há a resignificação da velhice como positiva através de discursos demonstrando que ela pode ser um momento gratificante e produtivo – assim como aqueles relativos ao *envelhecimento ativo*: “força, rigidez, juventude, longevidade, saúde, beleza são os novos critérios que avaliam o valor da pessoa e condicionam suas ações” (ORTEGA, 2008, p. 34).

No caso das mulheres, também se criam categorias – idosa “boa”/“má” – de acordo com a capacidade destas em se apropriarem e se adequarem aos discursos hegemônicos acerca do envelhecimento (de modo geral e também aqueles específicos ao envelhecimento feminino). Para aquelas que estão na menopausa, a adoção da TRH torna-se uma prescrição quase obrigatória:

No caso da TRH, há uma tecnologia que pode propiciar ao corpo a libertação da dor e da decrepitude do envelhecer, ainda que ele permaneça controlado pela medicação. Assim, mesmo que a TRH continue reforçando um velho posicionamento sobre aparência/saúde, o faz de outra forma, reedifica o controle de outra forma. Neste sentido, ela representa uma mulher que escolhe, é informada e controla seu corpo, diferente da outra, que está à mercê das *intempéries da natureza* e tem seu corpo marcado pelo tempo (MEDEIROS, 2004, p. 285).

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

Tal aspecto evidencia a intensa medicalização pela qual os corpos das mulheres que envelhecem são submetidos. “A mulher que não se vigia e nem se controla faz parte dos novos desviantes, novos estultos, inábeis de cuidar de si” (ORTEGA, 2008, p. 34).

As idosas e os idosos que carregam em seus corpos os sinais da passagem do tempo passam a ser identificados como corpos estigmatizados, por trazerem consigo os sinais daquilo que é considerado “proibido” em nossa sociedade e, portanto, simbolicamente negado:

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

Assim, os sujeitos que não se adéquam aos discursos hegemônicos de envelhecimento saudável e ativo ocupam o lugar, em nossa sociedade, de abjetos.

Uma vez que o corpo valorizado em nossa sociedade é aquele que é jovem e magro (SIBILIA, 2012), sobretudo no que diz respeito ao corpo feminino, o corpo abjeto, no caso específico da velhice, é aquele que denuncia o envelhecimento através de sinais aparentes:

A velhice é censurada como se fosse algo obscuro e vergonhoso, que deveria permanecer oculto, fora da cena, sem ambicionar a tão cotada visibilidade. Um estado corporal a ser combatido – ou, como mínimo, sagazmente dissimulado – por ser moralmente suspeito e, portanto, humilhante (SIBILIA, 2012, p. 97).

Os enquadramentos, no caso da velhice, podem ser entendidos através da relação das normas que determinam quais velhices são possíveis, reconhecidas e valorizadas em nossa sociedade. Assim, partindo do pressuposto de que “há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas” (BUTLER, 2015, p. 17), os sujeitos valorizados socialmente são aqueles que, ao longo de suas vidas, adotaram as medidas necessárias para a manutenção e preservação de sua saúde. Aos outros e outras, resta a abjeção e a moralização.

Podemos compreender, a partir de Foucault (1988), que onde há poder também há resistência. Existem, por exemplo, múltiplas masculinidades e

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração feminilidades possíveis. É relevante, portanto, buscar e analisar tais resistências, identidades e práticas discursivas que divergem da norma.

Assim, os discursos acerca do *envelhecimento ativo* e do envelhecimento feminino, dos corpos que envelhecem e/ou que não são mais (re)produtivos, criam normas, ou seja, criam verdades sobre as mulheres. É pertinente questionar, então, em que sentido e até que ponto esses discursos são apropriados pelas mulheres ou ressignificados por elas, quais os efeitos dessa moralização e abjeção e até que ponto essas normas fazem parte da construção dessas mulheres enquanto sujeitos que estão envelhecendo.

Referências bibliográficas

ARIÈS, Philippe. O sentimento da infância. In: _____. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981. p. 29-164.

BARBIERI, Natália Alves. **Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

BRITTO DA MOTTA, Alda. Palavras e convivência – Idosos hoje. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 129-139, 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12565>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, São Paulo, UNICAMP, v. 13, n.13, p. 191-221, 1999. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327/3129>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Feminismo, gerontologia. In: BONNETI, Aline; LIMA E SOUZA, Ângela Maria Freire de (Orgs.). **Gênero, mulheres e feminismos**. Salvador: EDUFBA/NEIM, 2011 (Coleção Bahianas; 14). p. 71-91.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 151-172.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Regulações de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 42, p. 249-274, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n42/0104-8333-cpa-42-00249.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

_____. Introdução: vida precária, vida passível de luto. In: _____. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Civilização Brasileira, 2015. p. 13-55.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p.177-201, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

CERQUEIRA, Monique Borba. Digressões Sobre saúde, envelhecimento e vida saudável na contemporaneidade. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**. Londrina, v. 17, n. 2, p. 26-40, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/14019/11830>. Acesso em: 12 jan. 2017.

DEBERT, Guita Grin. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. _____. (Org.) **Antropologia e Velhice**. (Coleção Textos Didáticos, 13). Campinas: IFCH/ UNICAMP, 1994a, p. 7-30.

_____. Gênero e envelhecimento: os programas para a terceira idade e o movimento dos aposentados. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 33-51, 1994b. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16288/14829>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 49-70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v16n34/03.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

_____. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 21 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**. Martins Fontes: São Paulo, 2005, p. 285-315.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, vol. 22, nº 2, p. 15-46, 1997. Disponível em www.ufrgs.br/neccso/word/texto_stuart_centralidadecultura.doc. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>. Acesso em: 21 set. 2017.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

LE BRETON, David. El envejecimiento intolerable el cuerpo deshecho. _____. **Antropología del cuerpo y modernidad**, Buenos Aires: Nueva Visión, 2002, p. 141-150.

_____. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LOCK, Margaret. **Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America**. Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 1993, 439 p.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

MARTIN, Emily. Medical metaphors of women's bodies: menstruation and menopause. CONBOY, K.; MEDINA, N.; STANBURY, S (Orgs.). **Writing on the Body: Female Embodiment and Feminist Theory**. Nova York: Columbia University Press, 1997, p. 15-41.

MATTOS MOTTA, Flavia. **Velha é a vovozinha**: identidade feminina na velhice. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998.

MEDEIROS, Patrícia Flores de. A divers(idade) em saúde para corpos femininos. In: STREY, Marlene Neves; CABEDA, Sonia T. Lisboa (Orgs.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 267-287.

OLIVEIRA, Régia Cristina. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 93-102, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/10.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ORTEGA, Francisco. Do corpo submetido à submissão do corpo. _____. In: **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, p. 17-54.

RIBEIRO, Oscar. O envelhecimento "ativo" e os constrangimentos da sua definição. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Portugal, n. 2, 2012, p. 33-52. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10580.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ROHDEN, Fabíola. A ginecologia: uma ciência da mulher e da diferença. _____. In: **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher [livro eletrônico]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, p. 43-98.

_____. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA, Alicia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline. (Orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. UFRJ, 2006, p. 157-180.

GT 13: A produção de desigualdades e a negociação de diferenças a partir da articulação de marcadores sociais de gênero, sexualidade, raça, classe e/ou geração

ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 34-57, 2001. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/download/41313/26145>. Acesso em: 13 fev. 2017.

SIBILIA, Paula. O corpo velho como uma imagem com falhas. **Comunicação, mídia e consumo**. São Paulo, ano 9, vol. 9, n.26, p.83-114, 2012. Disponível em: <http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/345/pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

SWAIN, Tania Navarro. Velha? Eu? Auto-retrato de uma feminista. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. (Orgs.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 261-270. Disponível em: <http://www.tanianavarrowswain.com.br/brasil/anahi1.htm>. Acesso em: 15 mar. 2017.

TÓTORA, Silvana. **Apontamentos para uma ética do envelhecimento**. Revista Kairós, São Paulo, v.11, n.1, p. 21-38, 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/2509/1593>. Acesso em: 10 set. 2017.

TRENCH, Belkis; MIYASHIRO, Rafael Tadashi. O fim do sangue: menopausa e envelhecimento entre as índias guaranis no Rio Silveira. In: TRENCH, Belkis; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Orgs.). **Nós e o outro**: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011, p. 97-118.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Apresentação. In: _____. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 15-68.

WHO (World Health Organization) [OMS]. **Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group**. Geneva; World Health Organization; 1996. 107 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-a49991>. Acesso em: 13 mai. 2017.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 03 mar. 2017.