

Envelhecimento e vergonha: quando aquela que cuida não pode mais cuidar¹

Luana Papelbaum Micmacher (Unifase/Rio de Janeiro)²

Palavras-chave: envelhecimentos femininos; cuidado; vergonha.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa refletir como envelhecimento e trabalho de cuidado se encontram nas experiências de sofrimento de mulheres usuárias de um serviço de saúde da família no município de Petrópolis, situado na região serrana do Rio de Janeiro. Esta reflexão parte da minha experiência enquanto psicóloga residente na unidade de saúde, entre março de 2023 e março de 2024. Esse dispositivo de saúde contava à época com 1050 pessoas idosas cadastradas, sendo 637 mulheres, o que tornava a unidade a sexta com maior quantidade de pessoas idosas cadastradas dentre as 46 unidades de saúde da família do município³. Petrópolis conta com 21,3% de idosos em sua população, acima da média nacional que, pelo Censo realizado em 2022, apresentou um percentual de 15,6 % de pessoas idosas, compreendidas aqui como aquelas acima de 60 anos de idade (IBGE, 2022).

Começo com essa profusão de dados numéricos a fim de apresentar a experiência de contato contínuo com as múltiplas realidades de envelhecimentos femininos com que me encontrei ao longo deste um ano de trabalho em uma cidade diferente da que cresci, estudei e havia trabalhado até então. Carioca, cheguei a Petrópolis estranhando muitas coisas. Se no Rio o que mais ouvia era a falta de tempo, o que me levou a investigar a relação entre tempo, gênero e cuidado na produção de sofrimentos femininos, aqui essa queixa esteve presente, na voz de muitas mulheres que ouvi, mas de modo algum com a mesma centralidade que tomava na minha cidade. Em Petrópolis, o tempo de que mais falam é do atmosférico: *chuva, sol, ruço* (um tipo específico de neblina), *medo de tempestade, medo de alagamento, o tempo está doído, minha filha, aqui são quatro estações em um dia só!* Além de um relógio no pulso, passei a carregar comigo um guarda-chuva e um casaco todos os dias, sabe-se lá o que

¹ Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (2024).

² Bolsista do Ministério da Saúde na modalidade de residência multiprofissional em saúde.

³ Dados obtidos em dezembro de 2023, a partir do e-SUS APS, sistema de informação do Sistema Único de Saúde que compila informações dos serviços e usuários de saúde a nível da Atenção Primária à Saúde.

pode acontecer. As histórias das chuvas guiam os percursos de muitas pessoas com as quais cruzei ao longo deste período. Muitas moradoras dos conjuntos habitacionais compreendidos no território da unidade em que estive alocada, chegaram a eles por meio das chuvas - interdições, demolições, desterros. Passam a construir seus novos laços nestes novos lugares, criam redes, vínculos e estratégias de cuidado admiráveis, que ultrapassam gerações.

Comecei a conhecer a cidade de Petrópolis, portanto, a partir da escuta na função de psicóloga-residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família⁴. No primeiro ano do programa, incorporei, junto a uma enfermeira e uma nutricionista residentes, uma equipe mínima de saúde da família, composta por enfermeira, médica, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. As equipes mínimas são responsáveis por um território específico e pelos usuários cadastrados, moradores daquela área, acompanhando-os ao longo de todo os ciclos de vida (Brasil, 2017).

Nesse contexto específico, passei a realizar acolhimentos individuais, interconsultas (consultas realizadas por mais de um profissional, de formações em saúde distintas), atividades coletivas e visitas domiciliares (VDs). Essas visitas são uma modalidade de acesso à saúde que visa alcançar usuários que, por alguma razão, não conseguem acessar a unidade de saúde, seja por uma imobilidade física ou diante de situações como violência, sofrimento psíquico e ausência da unidade por longo período (Brasil, 2003). Elas são sempre realizadas junto aos agentes comunitários de saúde, profissionais que são a ponte entre serviço e comunidade, por serem eles próprios moradores do território e, muitas vezes, “tornam-se os “olhos” da equipe no território” (Cunha; Sá, 2013, p. 67).

Desde o princípio, a rotina passou a ser marcada pela recorrente demanda por acolhimento a usuárias idosas, nos quais sobressaíam-se queixas ligadas a uma experiência de solidão. Ali, naqueles encontros, a categoria de “vergonha” era por elas enunciada, frequentemente ligada à sua situação de depender do cuidado alheio, para mais múltiplas tarefas. Nesse sentido, esse trabalho será desenvolvido a fim de explorar as camadas que envolvem esse sentimento de vergonha, em especial no que concerne à

⁴ Os programas de residência multi e uniprofissionais foram definidos pela Portaria Interministerial nº 45/2007 e pela Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde nº 2/2012, nas quais são definidos como uma modalidade de pós-graduação lato sensu, voltada às profissões da saúde, caracterizada como ensino em serviço, com duração de 2 anos, carga horária de 60 horas semanais em regime de dedicação exclusiva (Brasil, 2007; 2012).

dificuldade de ocupar uma nova posição dentro da cadeia de cuidados (Fraser, 2017), o que envolve abrir mão de um lugar minimamente estável, frequentemente delegado às mulheres, que é o trabalho de cuidado. Ainda que, muitas vezes, essa posição não tenha sido escolhida de antemão, a partir da escuta realizada nesse dispositivo de saúde, visibiliza-se esse lugar como também uma forma de exercer poder, ter a gestão sobre processos que envolvem gerações e, assim, algum tipo de reconhecimento, apesar de tal atividade não ser notada enquanto digna de valor para o funcionamento social, na figura de “mãozinhas invisíveis” que sustentam o tecido humano (Lowenkron, 2022). Assim, buscarei apresentar de que forma essa categoria é acionada, a fim de nos aproximarmos de como essas mulheres idosas lidam com o processo de envelhecimento, compreendendo-no enquanto um processo vivido de forma singular e determinado por condições sociais específicas que acumulam desigualdades no tempo e no corpo (Vieira et al, 2023).

O DESEJO PELA TARIMBA

- Tarimba: 1. Estrado sobre o qual dormem os soldados nos quartéis e postos da guarda; tarima.
2. Qualquer estrado duro e pouco cômodo, onde se descansa ou dorme. (Tarimba, 2024).

A atual conformação de políticas públicas no Brasil não garante um cuidado prestado pelo Estado à população idosa, principalmente quando essa encontra-se em um maior estado de dependência. Apesar de, nesse momento, essa discussão ter recebido maior visibilidade, o que levou inclusive à construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados, que foi formulado por um grupo de trabalho interministerial entre 2023 e 2024 e levado ao congresso para discussão no dia 03 de julho de 2024 (Brasil, 2024), é histórica a delegação da tarefa de cuidado para a família e, por consequência, à figura feminina nesse núcleo.

No Estatuto da Pessoa Idosa (2022), encontra-se que a família é a instância prioritária para atendimento a essa população, ainda que no cotidiano de trabalho muitas vezes seja perceptível a falta de possibilidade que muitas famílias encontram para exercer tal tarefa. Sarti (2010), aponta para a sucessão de políticas públicas que dependem diretamente da família para que possam ser implementadas, incluindo aqui a Estratégia Saúde da Família, que destina frequentemente à mulher o lugar de “cúmplice” dos serviços (Scott, 2005 *apud* Sarti, 2010). São as mulheres que

coordenam e gerem as temporalidades no espaço doméstico, o que se configura como parte fundamental da operacionalização da administração pública (Balbo, 1987 *apud* Bryson, 2007). Além disso, a família é recorrentemente tida como “lugar de bem” e proteção (Sarti, 2010), o que dificulta a ampliação da compreensão de outras instâncias como ideais - e fundamentais - para a garantia do cuidado ao longo de toda a vida.

Nesse sentido, percebo que é frequente a questão de uma espécie de “restituição” do cuidado prestado ao longo de uma vida, como se o cuidado fosse uma espécie de “dádiva” - um presente que, quando dado, deve ser obrigatoriamente retribuído (Mauss, 2003). A diferença fundamental, no entanto, é que o cuidado não é meramente um presente. O cuidado é uma tarefa sem a qual a espécie humana não sobrevive, sendo inteiramente dependente dela ao longo de toda a vida. Nos deparamos com “o problema de uma vulnerabilidade primária em relação aos outros, da qual não podemos nos livrar sem deixarmos de ser humanos” (Butler, 2023, p. 12).

O cuidado aparece, portanto, enquanto um problema do qual não conseguimos escapar, dada nossa condição radical de dependência. O conceito de cuidado é amplo e polissêmico, caracterizado por Georges enquanto uma categoria resiliente por sua “capacidade de recobrar um conjunto de significados contraditórios” (p. 126, 2019), que se estendem no tempo e no espaço e em diversos âmbitos: no que concerne ao trabalho doméstico, nas diversas práticas de reprodução da vida e também na forma de gerir um governo. Nos aproximamos do conceito de cuidado por seu viés polimorfo e polissemântico, “enquanto uma prática que se pretende universal, se define pelo fim que o move — um tólos, um valor, o do ‘bem viver’” (Guimarães, 2024, p. 3).

Guimarães e Vieira (2020) apresentam três “nomes” para o cuidado. Tais nomes refletem como são organizados “circuitos de cuidado”, arranjos organizados nas relações para dar conta dessa tarefa. Circuitos de cuidado são definidos pelas autoras como modalidades específicas de relações nas quais se estabelece o cuidado; carregadas de significados; nas quais se envolvem certas transações (econômicas ou não) e formas de retribuição (econômicas ou não). Dentre os circuitos de cuidado encontrados por Guimarães e Vieira (2020), sobressaem-se três modalidades principais de nomeação dessa tarefa: cuidado como profissão; cuidado como obrigação e cuidado como ajudas. Aqui, me detenho na noção de trabalho como obrigação para refletir acerca da carga vivida ao longo da vida em relação à assunção dessa tarefa. As autoras nomeiam essa modalidade de cuidado quando essa atividade é exercida de forma compulsória e invisibilizada, já que é tido como algo dado. “Nesse caso, o ‘amor’ e a

‘responsabilidade familiar’ são os significados que dão sentido à conduta e estruturam o reconhecimento social e a identidade subjetiva de quem as performa” (Guimarães; Vieira, 2020, p. 10). No entanto, aponta Guimarães (2024), é uma “obrigação seletiva”, ou seja, é uma exigência dirigida às mulheres: mães, avós, irmãs. Mulheres negras são ainda mais submetidas a tal expectativa em função da trajetória colonial e escravocrata do país, que impacta as disparidades entre mulheres negras e brancas no Brasil hoje em relação ao acesso ao mercado de trabalho formal, a bens econômicos e de cuidado e, como consequência, a maior presença de sentimento de exaustão e esgotamento entre mulheres negras. Essa carga torna-se mais pesada pela incipiência de políticas públicas de cuidado. Vale também pontuar a acepção do termo enquanto “ajuda”, quando o cuidado aparece em contextos nos quais o acesso a “bens de cuidado” mercantilizados não é possível em função da extrema pobreza. Aqui, assim como no caso do cuidado como obrigação, a atividade não é compreendida como trabalho, embora possa envolver em alguma medida a circulação de dinheiro. Essa noção é frequentemente agenciada em redes de cuidado comunitárias, a exemplo de mulheres que “tomam conta” das crianças em suas casa (Fernandes, 2021), ou pela prestação de favores a vizinhas: enquanto uma sai para ir ao mercado, a outra fica em casa de olho em um idoso acamado.

Passo a observar como essas duas noções do conceito de cuidado se expressam no território da unidade de saúde da família em questão, e como são frequentes as configurações nas quais, diante do envelhecimento e/ou adoecimento de mulheres, são mulheres que assumem seu cuidado. Em geral, são as filhas, netas, sobrinhas, irmãs e vizinhas que entram nessa dinâmica, e em seus discursos é recorrente o acionamento da noção de “troca”, referindo-se ao fato de terem recebido cuidado e que, nesse momento, chegou a hora de retribuir. Ali, naquele contexto, a troca também apareceu associada a experiências anteriores de privação, de muito “correr atrás”, dessa figura feminina que agora precisa de cuidados enquanto uma figura que “dava conta de tudo”, na intenção de garantir um futuro melhor para as próximas gerações.

Uma dessas figuras com quem me encontrei, em um segundo momento, na qual ela própria estava necessitando de um cuidado diário para auxílio em tarefas como banho, cozinhar, fazer o próprio prato e, eventualmente, levar a comida à boca, refere-se ao passado como um tempo ideal. Nomeei-a aqui de Rosa⁵, uma mulher de cerca de oitenta anos, se autodeclarava parda e era cuidada por sua filha. Surgiu a demanda de

⁵ Os nomes das mulheres aqui trazidos são fictícios e algumas modificações biográficas foram modificadas a fim de preservar o anonimato.

realizar uma visita em seu domicílio pela sua agente comunitária de saúde, devido ao fato de que Rosa não estava sentindo vontade de comer, tinha episódios frequentes de choro e estava falando “coisas meio estranhas”, como me disse sua filha. É assim que Rosa aparece a mim pela primeira vez:

A idosa na cama, seus pés cobertos por meias. De pijama de *soft* da Rua Teresa⁶, apoia seus pés em uma caixa de tinta. Diz que preferia estar dormindo numa tarimba. Eu chego em casa mais tarde e pesquiso o que é tarimba: “um estrado de madeira, plano e duro, onde dormem os soldados nos quartéis e postos de guarda. Considerada cama rude, dura e desconfortável”, me diz o *Google*. Ela chora por não conseguir cuidar do filho como gostaria. Chora por não conseguir mais ser o que já foi antes. “Me sinto um grão de areia”. Enquanto se assemelha um grão de areia, se encolhe, pranteia sobre a cama, “eu não queria dar trabalho a ninguém, que coisa horrível. Eu não sirvo mais para nada”. Chora porque não pode mais cuidar de ninguém. Sente vergonha. A agente comunitária de saúde tenta convencê-la de que existe um céu. Mas para ela, apesar de acreditar em Deus, depois não há nada. E é por isso que diz que quer uma tarimba. Sente culpa e quer privar-se por não poder fazer mais. (Extraído do Diário de campo de Luana Micmacher, 03 de outubro de 2023).

A filha não compreendia a dificuldade que sua mãe enunciava de receber cuidado, preocupada com o fato de sua mãe preferir dormir em uma tarimba, vocábulo que ali conheci, a dormir naquela cama de casal, aparentemente confortável, onde estava deitada. Rosa me fala de seu passado e do fato de seu trabalho lhe fazer muita falta. Quando pergunto que trabalho era esse, ela alterna entre descrições sobre seu trabalho remunerado - de técnica de enfermagem em um importante hospital da região - e tarefas reprodutivas, como levar e buscar os filhos, fazer as compras de mercado, se preocupar com os arranjos de cuidado para seus filhos enquanto ela estivesse no hospital. Uma rotina agitada e preenchida inteiramente por tarefas de cuidado, seja enquanto profissão ou na demanda daquelas que dela dependeram.

Rosa expressa-se envergonhada por uma série de motivos, que se repetem nos encontros que se seguiram. Envergonha-se de precisar receber a equipe de saúde em sua casa; envergonha-se de não poder dar conta do cuidado de um filho adulto com quem muito se preocupa; envergonha-se de necessitar de auxílio em momentos como banho e idas ao banheiro. Sua enunciação desse afeto remete ao que Verztman e Venturi (2012) afirmam, apontando a vergonha enquanto expressão do abalo da imagem supostamente estável de si perante o olhar alheio:

⁶ A Rua Teresa é um pólo de moda tradicional da cidade de Petrópolis.

O que desperta a vergonha e promove, assim, uma ameaça à identidade e às relações do sujeito é algo que o sujeito toma como diferente da imagem que ele busca assumir frente ao grupo. Essa diferença, posta em evidência repentina e indevidamente, denuncia uma descontinuidade entre o que o sujeito é e o que ele imagina que deveria ser para poder compartilhar experiências com aqueles outros sujeitos (Verztman; Venturi, 2012, p. 138).

Tal concepção se aproxima do que Rui (2021) aponta acerca da vergonha, enquanto um afeto que responde de forma “íntima à desaprovação de outros, sentida como o fracasso em aderir a padrões comunitários com os quais se está comprometido” (p. 88). Nesse sentido, a vergonha é um afeto que releva a condição radical da interdependência por justamente apontar para a dimensão de estarmos submetidos ao olhar do outro, ainda que de forma internalizada (Scheff, 2000 *apud* Rui, 2021).

Nesse sentido, podemos refletir como Rosa envergonha-se, de modo geral, pelo desencontro com uma antiga imagem, tão arduamente construída, daquela que dá conta de tudo e que foi responsável pela possibilidade de que seus filhos e netos tivessem “uma vida melhor”. Insere-se aqui uma importante discussão levantada pelas autoras Molinier e Paperman (2015) a respeito da assimetria de poder nas relações de cuidado, tendo como paradigma uma concepção relacional de responsabilidade. Aqui, percebemos como figuras como Rosa, o “pilar” da família, são frequentemente apontadas quando tudo vai bem e, especialmente, “e sobretudo quando vai mal” (Fazzioni, 2018, p. 176). Detenho-me aqui nesse contexto a apontar como relações de cuidado, ainda que não sejam muitas vezes uma escolha, envolvem uma posição de estabilidade no tecido social e a perda desse lugar pode acarretar em um importante sofrimento psíquico, que exige uma atenção especial de profissionais na Estratégia Saúde da Família.

A respeito dessa posição de poder, visibiliza-se assim como as relações que envolvem uma responsabilidade em relação a um outro, como as relações de cuidado, são:

(...) sempre parciais, distendidas, múltiplas, mutáveis, conflituosas, assimétricas, entre diferentes tipos de protagonistas, em variados níveis. Essas características não devem ser percebidas como um obstáculo para pensar a responsabilidade e lidar com ela, mas, ao contrário, como as condições em que emerge a natureza da responsabilidade (Molinier; Paperman, 2015, p. 49).

As autoras levantam, portanto, a inevitabilidade de tensionamentos que envolvem as relações de cuidado, que ora são providas por um agente, ora por outro, e que podem recair em experiências de sobrecarga significativas. Além disso, o estabelecimento de uma relação íntima de cuidado é inclusive compreendida legalmente como um agravante que inibe a ‘capacidade de consentir’ - de dizer de sua própria vontade - perante o outro (Lowenkron, 2015).

A partir da escuta de múltiplas usuárias, responsáveis atuais ou passadas pelo cuidado de familiares, percebe-se também que essa experiência de sobrecarga eventualmente pode envolver um certo ganho, compartilhando da concepção trazida por Aubert (2012), na qual a sensação de dar conta de múltiplas tarefas, quase que “controlando o tempo”, é extremamente satisfatória. Essa satisfação aparece em um contexto no qual “o prazer interdito (...) é a dependência do outro em benefício da autonomia e da responsabilidade pelo seu próprio destino” (Phillips; Taylor, 2010 *apud* Farah, 2012, p. 187).

Em Rosa, essa questão reaparece quando a usuária me demanda um “trabalho”. Que trabalho seria esse? Como ela poderia desempenhá-lo, diante de sua condição de saúde? Caldas e Veras (2010) apontam para a dinâmica contemporânea na qual o trabalho envolve um sacrifício diário, a centralidade de nosso uso do tempo e muitas “pessoas tendem a direcionar a vida em torno do ‘fazer’ e não raro descobrem, ao envelhecer, que seus interesses e relações estão atreladas ao mundo do trabalho” (p. 280). Os autores prosseguem e afirmam que haveria uma distinção entre como homens e mulheres vivenciam a aposentadoria, pelo fato de a mulher parecer “se dividir melhor entre as várias funções na sociedade (como esposa, avó, mãe e filha), e a ausência de trabalho poderá não ser tão significativa” (p. 281). Chama atenção o fato de que desempenhar múltiplos papéis é uma exigência - e não um mero acaso - diante da ausência de formas eficazes de compartilhar e prover o cuidado - inclusive pelo Estado. Nesse aspecto, é comum que as avós permaneçam na tarefa de cuidar de netos e inclusive garantir um provimento financeiro para a família até que sua saúde o permita (Fernandes; Fazzioni; Carneiro, 2024). E, dado um momento da vida, é provável que a saúde já não o permita mais.

O COLETIVO E O OLHAR PARA SI

Visitei Rosa em sua casa, assim como visitei outras mulheres idosas às quais a equipe demandava um olhar *psi*. A falta de calçadas, o uso de bengalas, a presença de escadarias, baixa visão e a vergonha foram fatores levantados enquanto um dificultador para acessar a unidade de saúde da família em questão. A vergonha enunciada aqui envolvia um desejo de não ser vista na atual condição corporal e, em especial, de dependência. Vera, por exemplo, era uma mulher branca na casa dos oitenta anos, e passava a maior parte dos dias sozinha em sua casa. Devido a certas limitações físicas, tinha muita dificuldade de chegar ao serviço de saúde por si mesma, e, na ausência de familiares que pudessem acompanhá-la, uma vizinha, também idosa, porém um pouco mais jovem, passou a encontrá-la semanalmente para irem juntas a uma atividade promovida pela unidade de saúde. Vera e outras participantes ocuparam o espaço - que se tornou ao longo de um ano de trabalho um grupo de convivência fortalecido - com desejo de compartilhar suas experiências, mas também com parcimônia. A parcimônia aparecia justamente relacionada à dificuldade de demandar cuidado para si:

Eu chego no grupo de convivência e pergunto à Vera se ela já conseguiu marcar o exame. Falo alto e bem perto, ela não escuta bem. Ela olha pra mim, e começa a chorar. “É horrível depender dos outros, é horrível depender de alguém para fazer as coisas”. Chora copiosamente. E conta a sua história. Fala do seu prazer de cuidar da sua filha, fala dela como se fosse ainda muito jovem, mesmo que seja uma adulta de 40 anos. Gosta de preparar suas marmitas, e se entristece ao perceber que está tendo cada vez mais dificuldade para realizar atividades diárias como fazer arroz. E chora. Ao longo de uma hora, conta como chegou até aqui, entre lágrimas, alguns sorrisos. Janaína chega e grita “Verinha, para de chorar, pensa só na Sara! A Sara não tem ninguém pra cuidar dela!”, não surte muito efeito, as lágrimas escorrem. “Queria andar firme de novo, escutar bem de novo, enxergar bem de novo. Poder fazer as marmitas da minha filha sem dificuldade” (Extraído do Diário de campo de Luana Micmacher, 15 de agosto de 2023).

A interação aqui expõe os conflitos e tensões que surgem em um espaço coletivo. Esse grupo, em especial, foi criado em um espaço afastado da unidade de saúde, habitado principalmente por pessoas idosas. Criou-se então esse dispositivo que visou alcançar esses usuários do Sistema Único de Saúde que, até a expansão do território abrangido pelo serviço de saúde da família, era uma “área descoberta” como fala-se recorrentemente quando nos referimos a territórios sem assistência de uma equipe de saúde da família que, diferente das demais equipes de atenção primária à

saúde, contam com agentes comunitários de saúde, o que viabiliza uma maior longitudinalidade do cuidado.

Nesse aspecto, dentre as diversas narrativas sobre a longa vida dessas usuárias que passaram a participar do grupo, havia descrições frequentes sobre seus itinerários progressos de como acessavam serviços de saúde, enfrentando diversos obstáculos quando buscavam atendimento para si e seus dependentes. Esse cenário era comparado ao atual, no qual em geral, apesar da espera - tão frequente em serviços de saúde devido à precarização da seguridade social (Ballesteros; Freidin; Wilner, 2017) - era elogiado, em função dos vínculos que estabeleciam com os profissionais de saúde, a quem passaram a endereçar suas demandas de saúde - incluindo aqui as experiências de sofrimento psíquico.

Fleischer (2018) tematiza a necessidade de se explorar a cronicidade - associada a quadros crônicos, especialmente vividas por pessoas idosas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Nesse aspecto, a antropóloga nos proporciona a reflexão acerca da historicização de quadros clínicos, que se apresentam também como um reflexo dos acessos - e da falta deles - à saúde, compreendendo aqui as noções de determinantes sociais da saúde. É relevante ter em conta tais aspectos quando pensamos sobre as distintas experiências de envelhecimento, que são determinadas por raça, classe e gênero, dentre outros fatores. A exemplo dos dados da pesquisa sobre envelhecimento e desigualdades realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e lançada em 2023, observou-se um padrão semelhante de desigualdade no que se refere ao fato de saúde (acesso e prevenção). Em São Paulo, Porto Alegre e Salvador, “homens e mulheres negros possuem menores indicadores de Saúde quando comparados aos homens e mulheres brancos” (Vieira et al, 2023, p. 32). Assim, nos damos conta de que a forma como um corpo se apresenta ao envelhecer é reflexo justamente desse acúmulo de acessos e obstáculos de acesso à saúde, o que também impõe às experiências vividas afetos produzidos por condições sociais e históricas.

Foram frequentes as enunciações das usuárias idosas em relação ao próprio corpo e às próprias limitações por ele impostas nesse momento de vida. Gorete, uma mulher negra na faixa dos setenta anos, encontrava-se em estado de tristeza profunda e recorrente, e assim preferia não mais sair de casa. Diante de todos os convites realizados pela unidade de saúde - como participar de grupos, consultas, passeios - a resposta vinha em direção ao estado do próprio corpo, uma espécie de vergonha justamente pelo seu estado de depender de uma bengala ou de um braço amigo, dentre

outros fatores que construíram seu estado afetivo daquele momento. Rui (2021) reflete acerca da demanda dos sujeitos interlocutores na pesquisa por reconhecimento pela pesquisadora em relação ao estado físico no qual se encontravam, como se fosse auto evidente que o estado físico justificaria a experiência de envergonhar-se, “já que a imagem corporal aparecia em primeiro plano, se destacava, afinal, não se pode negar que os discursos habitam e se acomodam em corpos” (Butler, 2002 *apud* Rui, 2021). A antropóloga prossegue, apontando para a possibilidade de a vergonha fazer o sujeito “voltar o olhar para si mesmo, para a situação que se encontra” (p. 100), o que provoca sofrimento, e também, eventualmente, a possibilidade de procurar por cuidado em seu contexto específico de pesquisa. A vergonha, assim, pode ser um impeditivo para chegar a dispositivos de saúde, mas pode também ser um veículo importante de olhar para si.

Pensando aqui nas mulheres que trouxe ao longo deste breve escrito, a experiência de olhar para si é, para muitas delas, uma novidade. Ao longo de uma vida de “correr”, de cuidar daqueles que delas dependeram, sejam filhos, sobrinhos, netos, maridos, companheiros, sogras, mães, vizinhos, segue-se uma longa lista, às vezes olhar para si não recebia espaço o suficiente. É, para muitas, nesse momento em que não há como ocuparem-se com tarefas reprodutivas que advêm reflexões acerca do próprio corpo, seus próprios desejos, suas possibilidades passadas de terem vivido ou não de acordo com o que acreditavam e desejavam naquele tempo.

O grupo entra aqui, nesse contexto, como forma de coletivizar tais questões relativas às histórias de vida, às experiências corpóreas de envelhecer e adoecer e às perdas de um lugar social tão primorosamente construído por muitas, ainda que “aos trancos e barrancos”. Em uma das rodas de conversa realizadas nesse ano - rodas que eram realizadas de forma semanal, com cerca de quinze participantes por encontro - uma das participantes utilizou da máxima “*Quem não vive para servir, não serve para viver*”, que circulava em seus grupos de oração religiosa. Essa colocação gerou um rebuliço especial e provocou um falatório sobre as dificuldades que encontram de não mais exercerem suas tarefas de cuidado ao próximo. Ali, surgiu também, uma espécie de cumplicidade em relação a essa nova posição e a criação de estratégias comuns - inclusive de auxílio mútuo que se estendiam além dos encontros semanais. Uma experiência que fez muitas delas, com suas bengalas, aparelhos de audição e óculos de lente espessa, abrirem a porta para a novidade, com simultânea parcimônia e avidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUBERT, N. **Le culte de l'urgence**: la société malade du temps. Paris: Flammarion, 2012.

BALLESTEROS, M. T.; FREIDIN, B.; WILNER, A. Esperar para ser atendido. In: PECHENY, M. M.; PALUMBO, M. (orgs.) **Esperar y hacer esperar**: escenas y experiencias en salud, dinero y amor. Buenos Aires: TeseoPress, 2017.

BRASIL. **Lei nº 14.423**, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1. Acesso em: 07 jul 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 02 mar 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Org: LOPES, J. M. C. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf. Acesso em: 06 jul 2024.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 06 jul 2024.

BRASIL. **Resolução CNRMS nº 2**, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25. Disponível em: <https://www.fmb.unesp.br/Home/ensino/Residencia/resolucao-cnrms-n-2-de-13-04-2012---dispoe-sobre-diretrizes-gerais-para-os-programas-de-residencia-multiprofissional-e-em-profissional-de-saude..pdf>. Acesso em 06 jul 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Política Nacional de Cuidados é enviada ao Congresso nesta quarta-feira (03.07)**. Disponível em:

<https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/politica-nacional-de-cuidados-e-enviada-ao-congresso-nesta-quarta-feira#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Cuidados%20tem%20como%20objetivo%20garantir%20o.que%20s%C3%A3o%20fundamentalmente%20as%20mulheres>. Acesso em: 07 jul. 2024.

BRYSON, V. **Gender and the politics of time**: Feminist theory and contemporary debates. Bristol, Inglaterra: The Policy Press, 2007.

BUTLER, Judith. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Trad. Andreas Lieber. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In: TRAD, L. A. B. (Org) **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 275 - 290.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61–73, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 jul 2024.

FARAH, B. L. Depressão e vergonha: contrafaces dos ideais de iniciativa e autonomia na contemporaneidade. In: VERZTMAN, Julio et al. (Org.). **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

FAZZIONI, N. H. **Nascer e morrer no Complexo do Alemão**: políticas de saúde e arranjos de cuidado. 2018. 213 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7400519. Acesso em 19 mai. 2024.

FERNANDES, C. **Figuras da causação**: as novinhas, as mães nervosas & mães que abandonam os filhos. Rio de Janeiro: Telha, 2021.

FERNANDES, C.; FAZZIONI, N.; CARNEIRO, R. G. **Esteio da família: a centralidade do papel das avós no cuidado e a invisibilidade de suas sobrecargas**. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefatorj.com.br/2024/07/08/esteio-da-familia-a-centralidade-do-papel-das-avos-no-cuidado-e-a-invisibilidade-de-suas-sobrecargas>. Acesso em 08 jul. 2024.

FLEISCHER, S. **Descontrolada**: uma etnografia dos problemas de pressão. São Carlos: EDUFSCar, 2018.

FRASER, N. “Crisis of Care? On the Social-Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism”. In: BHATTACHARYA, Tithi (org.). **Social Reproduction Theory**: Remapping Class, Recentring Oppression. Londres: Pluto Press, 2017.

GEORGES, I. O “cuidado” como “quase-conceito”: por que está pegando? Notas sobre a resiliência de uma categoria emergente. In: DEBERT, G. G.; PULHEZ, M. M. (org). **Desafios do Cuidado: Gênero, Velhice e Deficiência**. Campinas: UNICAMP/IFCH, 2019. p. 125 - p. 151.

GOMES, I; BRITTO, V. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE, 27 out 2023. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos#:~:text=O%20aumento%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20de,franc%20envelhecimento%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira>. Acesso em 27 fev. 2024.

GUIMARÃES, N. A. A “crise do cuidado” e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira. **Sociologia & Antropologia**, v. 14, n. 1, p. e230050, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sant/a/qv89WgWxdGKgmkcB9GtjxXt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 mai 2024.

GUIMARÃES, N.; VIEIRA, P. P. F. As “ajudas”: o cuidado que não diz seu nome. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 98, p. 7–24, jan. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/LN8YgwX9J7Xgr67tZTVjf9B/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 20 set 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em 07 jul 2024.

LOWENKRON, L. Gênero, família e Estado: cuidado de crianças, pandemia e a gestão da (não) reabertura escolar. Sexualidad, **Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 38, p. e22212, 2022. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/SexualidadSaludySociedad/article/view/69602/448>. Acesso em: 05 jun. 2024.

LOWENKRON, L. Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. **Cadernos Pagu**, n. 45, p. 225–258, dez. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cpa/a/gC9XJ9zVMFWHLGnNbPPf3Wv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 28 fev 2024.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MOLINIER, P.; PAPERMAN, P. Descompartimentar a noção de cuidado? **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 18, p. 43–57, set. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/FPnRRdqBZFNmhmDPsYjz mhC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 08 jul. 2024.

RUI, T. Nojo, humilhação e vergonha no cotidiano de usuários de crack em situação de rua, **Anuário Antropológico** [Online], v. 46 n. 3, 2021.

<http://journals.openedition.org/aa/8925>; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.8925>. Acesso em: 26 jun. 2024.

SARTI, C. O lugar da Família no Programa Saúde da Família. In: TRAD, L. A. B. (Org) **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 91 - p. 103.

TARIMBA. In: **Dicionário Brasileiro Michaelis da Língua Portuguesa**. São Paulo, Editora Melhoramentos, 2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/tarimba/>. Acesso em: 06 jul 2024.

VERZTMAN, J.; VENTURI, C. Interseções da vergonha: cultura, subjetividade e clínica. In: VERZTMAN, J.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T.; FERREIRA, F. P. (Org). **Sofrimentos Narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p. 119 - 145. Disponível em: http://nepecc.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2017/04/livro_sofrimentosnarcisicos.pdf. Acesso em: 07 jul. 2024.

VIEIRA, P. P. F. et al. **Envelhecimento e desigualdades raciais** [livro eletrônico]. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Cebrap, 2023. Disponível em: https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2023/06/desigualdades_envelhecimento_relato_rio.pdf. Acesso em 05 jun. 2024.