



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JOSIANE SANTOS COSTA

ENVELHE(SER) MULHER:
ESCUTAS PSICANALÍTICAS DE MULHERES NA
ENVELHESCÊNCIA

Londrina
2026

JOSIANE SANTOS COSTA

ENVELHE(SER) MULHER:
ESCUTAS PSICANALÍTICAS DE MULHERES NA
ENVELHESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1: Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Nogueira Cordeiro

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Costa, Josiane Santos .

Envelhe(ser) mulher : Escutas psicanalíticas de mulheres na envelhescência / Josiane Santos Costa. - Londrina, 2026.

171 f. : il.

Orientador: Silvia Nogueira Cordeiro.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2026. Inclui bibliografia.

1. Envelhescência - Tese. 2. Mulheres - Tese. 3. Psicanálise - Tese. 4. Velhice - Tese. I. Cordeiro, Silvia Nogueira. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

JOSIANE SANTOS COSTA

ENVELHE(SER) MULHER:
ESQUITAS PSICANALÍTICAS DE MULHERES NA ENVELHESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1: Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Flávia Maria de Paula Soares
Pontifícia Universidade Católica do Paraná -
PUCPR

Profa. Dra. Monah Winograd
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro -
PUCRIO

Londrina, 06 de abril de 2026.

Às mulheres da minha vida,
à minha mãe, de quem teci a minha pele, e
à minha avó (*in memoriam*), com quem
aprendi os primeiros remendos.

AGRADECIMENTOS

Estamos sentados em uma roda, de modo que não se estabelece qualquer tipo de ordem de quem está à frente nem quem está atrás, nossos olhos se encontram na horizontalidade, de modo que ninguém é olhado de baixo, nem olha o outro de cima. É nessa perspectiva que agradeço aos que estiveram comigo nesse percurso doido e bonito.

Às analisantes, mulheres envelhescentes que me confiaram suas angústias em escuta clínica, agradeço! Vocês me despertaram à questão da envelhescência feminina!

Às mulheres participantes de nossa pesquisa, por nos confiarem suas palavras, pela generosidade em dividir conosco suas experiências e tanto nos ensinarem, agradeço! São elas que dão corpo e vida a este trabalho!

Às mulheres docentes, professora orientadora e professoras componentes da banca examinadora, titulares e suplentes, que aceitaram meu convite em acompanhar-me nessa trajetória pelos corredores acadêmicos, e às colegas participantes do Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise, agradeço! Aprendi para muito além da academia!

À equipe de residentes do AMASM, em especial à Tawana e à Camila, que me acolheram e me deram uma beiradinha de suas cadeiras nesse espaço, me permitindo conhecer o serviço de saúde da mulher, agradeço!

Às pessoas da turma do mestrado, tanta gente parceira, de riso fácil, abraço quentinho e voz firme que chama pra fazer coro de resistência! Quanta pluralidade de desejos, de saberes e de fazeres! Ô gente, aprendi tanto com vocês, viu! Agradeço!

Lilian, obrigada pelo abraço no meio da sala e pelo incentivo: “continue escrevendo!”. Rê, obrigada por mexer os pauzinhos para trocar de lugar comigo! Flávia, obrigada por ter sido rosa no deserto e tanto mais, por ter me ensinado sobre os sentidos da vida e do encontro com o outro!

Ana Ju, mana querida, obrigada em especial por ter sido mão para segurar e chão para pisar em tantos momentos difíceis dessa jornada, obrigada por ter sido acolhida, escuta e parceria valiosa! Eu guardei por escrito algo que você me disse: “é bonito ver a potência de nossas pesquisas caminharem com a potência de nosso laço!”. Com você eu pude experimentar um cadinho do que é ter uma irmã mais velha (ainda que de idade mais nova, rs), obrigada por cuidar quando doeu e celebrar quando as coisas se realizaram!

Nat, obrigada pela ajuda no processo de seleção! Débora, obrigada por tanto... como ler sua obra e não ter os olhos d'água, mulher?! Foi impossível não me emocionar ao ler sua escrita sensível, sábia, transformadora. Muito obrigada por suas palavras escritas!

Às minhas alunas-ensinantes, futuras mulheres na envelhescência, obrigada por me acompanharem entusiasmadas no ato de desbravar caminhos outros na academia!

À mulher, na função de analista, que com desejo decidido sustenta me ouvir no meu caminho singular de tornar-me mulher, agradeço! À mulher, na função de supervisora, parceira com quem pude dialogar sobre o feminino e que me acolheu em meu não-saber, obrigada! E à Isa, colega parceira, pelo acolhimento na mesa de bar, tão potente e de tanta luz, obrigada!

À minha mãe, primeira mulher de minha vida... Se hoje eu escrevo uma dissertação de mestrado, mãe, minhas primeiras letras foram desenhadas com a ajuda de suas mãos atenciosas e tão dedicadas ao nosso cuidado. Você foi minha primeira professora! Muito obrigada pela paciência comigo e minhas infindáveis perguntas que não cessavam minha curiosidade pelo mundo! Obrigada pelo incentivo ao que sempre e tanto eu amo fazer: estudar! Mãe, eu te dedico este trabalho, e hoje, amorosamente, eu desobedeço ao seu pedido de que eu ficasse um pouco quieta quando eu falava demais, quando criança, rs. Mãe, eu sou falante e não posso não me inquietar. Essa dissertação de mestrado é meu ato político de desobedecer a todas as vozes que querem nos calar!

Ao meu pai, meu engenheiro-artista sem diploma de faculdade... obrigada por ser tão interessado em minhas engenhocas e invenções de criança, ainda falta construirmos o carrinho de rolimã, hein?! Obrigada, pai, pelo entusiasmo com seu ofício, você constrói casas e nos ensinou a construir nossos sonhos! Um dos meus, você acompanha desde criança... é, pai, desde os nove anos eu brincava de escolinha, brincadeira que eu levava a sério e hoje sigo brincando de ser professora de verdade!

Mana do meio, agradeço por me ensinar a sabedoria de sua calma e, mana caçula, obrigada por me lembrar a potência de nossas intensidades, admiro vocês, mulheres! Agradeço também aos meus sobrinhos que tanto foram aconchego e renovação para que eu pudesse seguir, vocês me ensinam sobre o radical sentido da vida! Família toda, obrigada por compreenderem minhas ausências nos almoços de domingo, foi necessário, mas agora podemos celebrar juntos, essa conquista é nossa, no plural! Nós vamos sorrir!

À Helô, Laíla, Rafa e Gabi, amigas e mulheres que compõem o nosso coletivo, agradeço! A rede que tecemos juntas nos ampara, nos desaliena e revigora nosso desejo de seguir, cada uma e juntas! Obrigada por serem mão para segurar e voz para gritarmos as violências silenciadas! Agradeço também à Ka, Thais, Jess e todas as minhas amigas-mulheres, vocês me convocam ao extraordinário da vida!

Ao meu companheiro, um dos amores da minha vida, também agradeço, por todo esse tempo comigo fazendo interlocução, escuta, amparo e comemoração! Obrigada por me esperar para os almoços já tarde aos domingos e por, genuinamente, se alegrar com minhas alegrias! E à Amora Maria, pelos lambeijos que me lembram que o amor tem muitas formas, obrigada!

Se no lugar da tela eu escrevesse em uma folha de papel, ela estaria toda borrada, foi impossível escrever sem chorar... gracias por todo, mis hermanas!

“Você não sente nem vê, mas eu não posso deixar de dizer, meu amigo, que uma nova mudança em breve vai acontecer. E o que há algum tempo era jovem e novo, hoje é antigo. E precisamos todos rejuvenescer”

Velha roupa colorida

na voz de Elis Regina, uma mulher brasileira que não chegou a envelhecer, e na letra de Belchior, “apenas um rapaz latino-americano”

Costa, J. S. (2026). *Envelhe(ser) mulher: escutas psicanalíticas de mulheres na envelhescência*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). 171 págs. Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

O termo envelhescência foi cunhado na psicanálise brasileira e trata-se do desencontro entre a temporalidade do corpo organismo que envelhece e a atemporalidade do inconsciente, experiência que impõe ao sujeito o trabalho psíquico singular de elaboração da própria velhice. O presente trabalho objetivou investigar a experiência psíquica de envelhecer para mulheres usuárias de um ambulatório de saúde da mulher, pretendendo analisar os efeitos subjetivos de envelhecer que emergiram em suas falas e; discutir a possível relação entre o mal-estar psíquico endereçado ao serviço de saúde, na forma do adoecimento do corpo, e a experiência psíquica da envelhescência. Assim, para o percurso dessa investigação, foi utilizado o método psicanalítico de pesquisa, sendo que os achados foram recolhidos pela observação direta do campo e pelo instrumento de entrevista individual semi-dirigida, material cujas análises possibilitaram uma leitura metapsicológica das experiências relatadas. Esta pesquisa apontou que, para as mulheres participantes, as perdas que suas velhices lhes impõem, como as perdas no corpo, de familiares, dos ideais narcísicos e do lugar simbólico no laço social, parecem lhes desvelar algo do real da castração. Real, diante do qual, parecem produzir como efeito um rechaço da velhice que lhes retorna como o estranho recalcado, a velhice transformada em tabu, o desamparo psíquico manifesto na forma de solidão, e ainda, o que pareceu se configurar como uma questão sobre a feminilidade, sobre o tornar-se mulher, agora, idosa. Para além disso, esta investigação também indicou, para essas mulheres, uma possível relação entre o adoecimento do corpo e suas envelhescências, na medida em que o endereçamento de seus corpos adoecidos ao serviço de saúde, parece ser uma tentativa de recobrir as perdas de insígnias fálicas e de significantes nos quais ancoravam seus lugares simbólicos no laço com o outro e suas identificações imaginárias como mulher. Nesse sentido, o traço “cuidadora” pareceu se fragilizar para elas colocando-as em certo desamparo e, como efeito, fazer emergir a pergunta: como envelhe(ser) mulher? Por fim, compreendemos que a envelhescência pode ser uma inovação diante do real da castração descortinado na velhice e que, o lugar privilegiado à palavra das pacientes desse ambulatório, representa um espaço potencial e frutífero em que essas mulheres-sujeitos podem tocar em algo de seus furos e, no trabalho singular e no laço coletivo, podem tecer novos remendos em suas experiências de envelhe(ser) mulher, cada uma a seu modo.

Palavras-chave: Envelhescência. Mulheres. Psicanálise. Velhice.

Costa, J. S. (2026). *Enveje(ser) mujer: escuchas psicoanalíticas a mujeres en la "envelhescência"*. (Tesis de maestría en Psicología). 171 págs. Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMEN

El término "envelhescência" (término brasileño que combina "envejecimiento" y "el proceso psicológico del envejecimiento") fue acuñado en el psicoanálisis brasileño y se refiere a la discrepancia entre la temporalidad del cuerpo que envejece como organismo y la atemporalidad del inconsciente, una experiencia que impone al sujeto el singular trabajo psíquico de elaborar su propia vejez. Este estudio tuvo como objetivo investigar la experiencia psíquica del envejecimiento en mujeres que utilizan una clínica de salud femenina, con la intención de analizar los efectos subjetivos del envejecimiento que surgieron en sus discursos y discutir la posible relación entre el malestar psíquico dirigido al servicio de salud, en forma de enfermedad corporal, y la experiencia psíquica de "envelhescência". Así, para esta investigación se utilizó el método de investigación psicoanalítica, y los hallazgos se recopilaban a través de la observación directa en el campo y a través de entrevistas individuales semiestructuradas, se obtuvo material cuyo análisis permitió una lectura metapsicológica de las experiencias relatadas. Esta investigación indicó que, para las mujeres participantes, las pérdidas impuestas por la vejez, como las pérdidas del cuerpo, de los miembros de la familia, de los ideales narcisistas y del lugar simbólico en el vínculo social, parecen revelar algo de lo real de la castración. Real, antes del cual, parecen producir como efecto un rechazo a la vejez que regresa a ellas como un extraño reprimido, una vejez transformada en tabú, una indefensión psíquica manifestada en forma de soledad, y también lo que pareció ser una pregunta sobre la feminidad, sobre convertirse en mujer, ahora anciana. Más allá de esto, esta investigación también indicó, para estas mujeres, una posible relación entre la enfermedad física y sus "envelhescências", en la medida en que el direccionamiento de sus cuerpos enfermos a los servicios de salud parece ser un intento de encubrir las pérdidas de símbolos fálicos y significantes en los que anclaban sus lugares simbólicos en el vínculo con el otro y sus identificaciones imaginarias como mujeres. En este sentido, el signo de "cuidadora" parecía debilitarse en ellas, dejándolas en un estado de indefensión y, como resultado, planteando la pregunta: ¿cómo enveje(ser) mujer? Finalmente, comprendemos que la "envelhescência" puede ser una innovación frente a lo real de la castración que se revela en la vejez y que el espacio privilegiado que se les da a las voces de las pacientes en esta clínica ambulatoria representa un espacio potencial y fructífero en el que estas mujeres-sujetos pueden tocar algo de sus agujeros y, en su trabajo individual y en el vínculo colectivo, pueden tejer nuevos parches en sus experiencias de enveje(ser) mujer, cada una a su manera.

Palavras clave: "Envelhescência". Mujeres. Psicoanálisis. Vejez.

Costa, J. S. (2026). *Aging (being) a woman: psychoanalytic listenings to women in "envelhescência"*. (Master's Dissertation in Psychology). 171 págs. Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ABSTRACT

The term "envelhescência" (a Brazilian term combining "aging" and "the psychological process of aging") was coined in Brazilian psychoanalysis and refers to the mismatch between the temporality of the aging body as an organism and the timelessness of the unconscious, an experience that imposes on the subject the unique psychic work of elaborating their own old age. This study aimed to investigate the psychic experience of aging for women using a women's health clinic, intending to analyze the subjective effects of aging that emerged in their discourse and to discuss the possible relationship between the psychic unease directed at the health service, in the form of bodily illness, and the psychic experience of "envelhescência". Thus, for this investigation, the psychoanalytic research method was used, and the findings were collected through direct observation in the field and through the instrument of semi-structured individual interviews, material whose analysis allowed for a metapsychological reading of the reported experiences. This research indicated that, for the participating women, the losses imposed by old age, such as losses of the body, family members, narcissistic ideals, and symbolic place in the social bond, seem to reveal something of the reality of castration. This reality, in the face of which, seems to produce a rejection of old age that returns to them as the repressed stranger, old age transformed into taboo, psychic helplessness manifested in the form of loneliness, and also what appeared to be a question about femininity, about becoming a woman, now elderly. Beyond this, this investigation also indicated, for these women, a possible relationship between bodily illness and their "envelhescências", insofar as the referral of their ailing bodies to health services seems to be an attempt to cover up the losses of phallic symbols and signifiers in which they anchored their symbolic places in the bond with the other and their imaginary identifications as women. In this sense, the "caregiver" trait seemed to weaken for them, leaving them in a certain state of helplessness and, as a result, raising the question: how does one age (be) a woman? Finally, we understand that "envelhescência" can be an innovation in the face of the reality of castration revealed in old age and that the privileged space given to the voices of the patients in this outpatient clinic represents a potential and fruitful space in which these women-subjects can touch upon something of their wounds and, in their individual work and collective bond, can weave new patches into their experiences of aging (being) a woman, each in her own way.

Keywords: "Envelhescência". Women. Psychoanalysis. Old age.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Caminhada no calçadão da UEL (outubro/2024).	70
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário
AMASM	Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da Mulher
HU-UEL	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	PARA COMEÇAR NOSSA CONVERSA.....	14
2	SOBRE VELHICE, MULHERES E PSICANÁLISE	19
2.1	VELHICE NA PSICANÁLISE	19
2.1.1	Corpo na Velhice.....	28
2.1.2	Perdas, Desamparo e Luto.....	34
2.1.3	Pulsão e Desejo: a Velhice de Cada Um	42
2.2	MULHERES NA PSICANÁLISE	46
2.2.1	Feminilidade em Freud: Sobre Tornar-se Mulher.....	47
3	AMBULATÓRIO DE SAÚDE DA MULHER: UM CAMPO DE ESCUTA DE MULHERES-SUJEITOS NA ENVELHESCÊNCIA	57
4	CAMINHOS DE NOSSA PESQUISA.....	61
5	MULHERES NA ENVELHESCÊNCIA: O QUE ELAS TÊM A NOS ENSINAR.....	68
5.1	FLORESCER, QUARTAS ÀS 7H30	69
5.2	ÍRIS: ENVELHE(SER) MULHER É MUITO DIFÍCIL	76
5.3	AÇUCENA: ENVELHE(SER) UMA JOVEM SENHORA	82
5.4	VIOLETA: ENVELHECER É FICAR SOZINHA	89
5.5	MAGNÓLIA: UMA SENHORA MULHER?!	96
6	ESSA CONVERSA DEVE CONTINUAR	103
6.1	PEQUENA NOTA À ESCRITA NO FEMININO	108

AUTORAS E AUTORES QUE ESTIVERAM CONOSCO NESSA CONVERSA	110
APÊNDICES	114
APÊNDICE A – Convite para Participação na Pesquisa	115
APÊNDICE B – Perguntas Norteadoras para as Entrevistas	116
APÊNDICE C – Artigo: <i>A velhice na psicanálise ...e as mulheres: uma revisão sistemática de literatura.....</i>	117
APÊNDICE D – Capítulo de livro: <i>Saúde pública para (o controle dos corpos das) mulheres? Relato de uma pesquisadora no serviço de saúde.....</i>	143
ANEXOS	161
ANEXO 1 – Parecer favorável à realização da pesquisa HU/UEL.....	162
ANEXO 2 – Parecer favorável à realização da pesquisa CEP/UEL	164
ANEXO 3 – Termo de Confidencialidade	168
ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	169
ANEXO 5 – “ <i>Era uma vez a jovem...</i> ”	171

1 PARA COMEÇAR NOSSA CONVERSA

Introdução

“...o que eu fiz da minha vida?” ...ela se perguntou em voz alta. O silêncio ecoou suas palavras. Poucas semanas depois ela me avisa que interromperia seu tratamento por ali, mas que pensava em retomar em outro momento.

Depois deste, outros dois casos de mulheres idosas me marcaram a escuta na clínica psicanalítica. Na ocasião, elas tinham 62, 64 e 73 anos de idade e localizavam suas queixas em narrativas que me pareceram se assemelhar em certo aspecto: ao longo da vida levaram a termo a suposta tarefa do devotado cuidado aos filhos, cônjuge, familiares. Naquela ocasião, essas mulheres procuraram tratamento psicanalítico em razão de mal-estares psíquicos, acompanhados de adoecimentos no corpo, a partir dos quais, cada uma a seu modo, no trabalho clínico alcançaram margear, senão formular, uma questão sobre si, como fez uma das mulheres com a pergunta que abre nossa introdução: *“o que eu fiz da minha vida?”*.

Depois disso, essas mulheres deixaram suas análises. E eu, fiquei com a hipótese de que a pergunta sobre si talvez tenha lhes causado um horror insuportável naquele momento e que, sucumbindo ao tratamento pela psicanálise, tenha se encaminhado por outras vias. Fiquei me perguntando: Quais os depositários de suas angústias? Quais os destinos produzidos por elas a partir dali?

Convido vocês a puxarem uma cadeira e se sentarem comigo em forma de roda de conversa para discutirmos coletivamente nossas inquietações junto às mulheres-sujeitos participantes de nossa pesquisa, às autoras e autores que contribuíram teoricamente e aos pares que estiveram comigo nessa caminhada e outras tantas pessoas que me ajudaram nessa pesquisa. Inclusive, por isso, embora eu me coloque em nome próprio em alguns momentos, ela é escrita no plural, é fruto de um trabalho coletivo.

Retomando minhas perguntas, elas têm no horizonte o sujeito do inconsciente e suas

vicissitudes. Sabemos que a experiência com a psicanálise visa o sujeito do inconsciente no trabalho com a palavra provocado pela interrogação. A inquietação transformada em pergunta dá lugar à produção. No meu caso, decidi trazer parte de minhas inquietações clínicas para a universidade e com elas me dedicar a um trabalho possível de investigação.

Ao chegar aqui, compartilhei minha inquietação clínica que, a essa altura, já se delineava como: Como é envelhecer sendo uma mulher? Era curioso que ao apresentar minha questão aos colegas e docentes não me vinha a palavra envelhecimento, mas a palavra *envelhescência*... remetendo-me à ideia tal qual da adolescência, da passagem de uma posição à outra. Foi muito interessante descobrir logo depois que eu usava o termo sem saber que ele já havia sido cunhado na própria psicanálise. Em 1996 o professor, sociólogo e psicanalista Manoel Tosta Berlinck propôs o conceito de envelhescência como o desencontro entre a temporalidade do corpo que envelhece e a atemporalidade do inconsciente (Berlinck, 1996/2008). Essa descoberta me animou. Fiquei bastante feliz pela “coincidência” e decidida em ouvir mais mulheres e suas envelhescências.

A partir do meu interesse e de indagações outras – como, se não na clínica psicanalítica, onde vão parar mulheres na envelhescência, cujos corpos adoecidos parecem endereçar um pedido de escuta? – a docente orientadora sugeriu-me acompanhar o AMASM - Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da Mulher, uma das especialidades do hospital de clínicas dessa mesma universidade, cujo perfil de pacientes inclui também mulheres idosas. Fiquei bastante interessada e coloque-me a conhecer esse provável campo para o desenvolvimento do estudo. Já na primeira visita testemunhei acontecimentos que me intrigaram ainda mais. Depois de um período de observação inicial, definimos o AMASM como campo de delimitação de nossa pesquisa, na hipótese de ser este um dos possíveis destinos de mulheres na envelhescência com algum sofrimento psíquico e demanda de acolhimento, ainda que pela via do corpo adoecido. Foi uma experiência bastante rica, a qual

compartilho ao longo deste trabalho.

Bem, a escuta das mulheres que acompanhei em minha clínica e o meu interesse pelo trabalho psíquico na velhice, somadas às minhas observações colhidas inicialmente no ambulatório e às sugestões oferecidas pela orientadora e pares, conduziram-me a pensar a psicanálise implicada com as questões da contemporaneidade. A psicanálise nos ensina que o sujeito do inconsciente não tem idade e é efeito da linguagem. Na contemporaneidade a demografia atual é marcada pelo aumento da expectativa de vida prevalente na população feminina. É nessa interlocução que me propus a investigar a experiência psíquica de envelhecer para mulheres usuárias de um ambulatório de saúde da mulher.

Este foi o objetivo maior que se desdobrou nos objetivos específicos de analisar os efeitos subjetivos de envelhecer que emergiram nas falas das mulheres escutadas e; investigar a possível relação entre o mal-estar psíquico, endereçado por essas mulheres aos serviços de saúde na forma do adoecimento do corpo, e a experiência psíquica da envelhescência.

No primeiro capítulo fazemos um percurso pelas proposições freudianas acerca do tema da velhice, descobrindo um curioso tom de rechaço do próprio Freud pelo tema, sendo ele mesmo alguém experienciando o envelhecer. Passamos ao conceito de envelhescência proposto por Berlinck e depois valorizado por Flávia Maria de Paula Soares, acrescentando contribuições de Ângela Mucida. Seguimos na discussão com esses e outros autores tratando do corpo na velhice, das perdas, dos desamparos e dos lutos na velhice e por fim, da pulsão e do desejo no apontamento à velhice de cada um.

Ainda no primeiro capítulo, finalizamos nosso percurso teórico revisitando as ideias freudianas sobre a feminilidade. Embora Freud, por um lado, tenha sido subversivo no início do século XX dando escuta às mulheres, por outro, ele nos parece atravessado pelo discurso social de uma época repressora e limitante quanto ao destino das mulheres. Ainda hoje observamos os efeitos de um discurso social que impõe às mulheres um ideal feminino da

função do cuidado, da maternagem, como parece ser o caso das participantes de nossa pesquisa, mulheres de uma geração ainda tradicional quanto aos caminhos dos desejos femininos. Por isso, optamos por fazer essa breve retomada freudiana em articulação com autores contemporâneos para um diálogo crítico a esse respeito.

No segundo capítulo apresentamos o AMASM - Ambulatório de Saúde da Mulher – campo de delimitação de nossa pesquisa – em sua estrutura, funcionamento e propósitos como atuante nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher e componente da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher oferecida pela UEL, cuja equipe é formada por residentes de farmácia, nutrição, educação física e psicologia. Nessa seção apresentamos a dinâmica das consultas e do grupo operativo Florescer, os quais eu acompanhei por alguns meses recolhendo importantes escutas de pacientes mulheres na envelhescência.

No terceiro capítulo comunicamos os caminhos de nossa pesquisa, cuja investigação se deu pelo método psicanalítico de pesquisa, a partir da observação do campo e de entrevistas individuais com as participantes colaboradoras. Eu aprendi que um método tem a ver com uma construção. Assim, gostaria de compartilhar que essa experiência de pesquisa pareceu-me muito com o percurso de construções em uma análise: *inquietação de pesquisa, instante de ver*; trabalho de elaboração possível, *tempo de compreender*; considerações finais, *momento de (in)concluir*. Talvez essa impressão assim se articule para mim em razão do sentido do pesquisador psicanalista como o primeiro sujeito da pesquisa, como abordaremos mais detalhadamente no referido capítulo.

No capítulo seguinte tratamos de uma das etapas mais preciosas de uma pesquisa em psicanálise, aquela da apreciação do que pôde ser recolhido a partir das escutas das palavras que nos foram confiadas. É o momento em que eu compartilho o que pude ouvir de cada uma dessas mulheres-sujeito na envelhescência. Com delicadeza, cuidado e respeito, tento trazer o que *Íris, Açucena, Violeta, Magnólia* (nomes fictícios) e outras me ensinaram sobre as

experiências com suas velhices e busco fazê-lo eticamente, vigiando para não reescrever sobre seus corpos a lógica de apropriação do outro, marca indelével na história de nosso território latino-americano, que ainda hoje insiste em se *repetir* no lugar de *lembrar e elaborar*. Nesse sentido, o título de nosso trabalho expressa “escutas”, no plural, pois não pretendemos generalizá-las em um saber absoluto, mas escutá-las uma a uma.

Por fim, apresento algumas elaborações possíveis e provisórias, frutos dessa pesquisa, algo do que pude margear nesse percurso como produção diante de minhas inquietações, que mais me deixou novas perguntas do que respostas e que ficam como convite à continuidade dessa roda de conversa na forma de novas pesquisas sobre: *como é envelhe(ser) mulher?*

Para finalizar, considerando que algo de mal-estar parece insistir em nos habitar enquanto vivos, e o cenário que se nos apresenta, em que estamos vivendo mais tempo, especialmente nós mulheres, será, portanto, de pessoas idosas parte do público que chegará na clínica psicanalítica e – considerando a predominância da classe popular na população brasileira – especialmente, em outros dispositivos como os de saúde pública e de assistência social, com demandas por acolhimento e tratamento. Nesse sentido, nossa pesquisa propõe alguma contribuição implicada com as questões sociais de nossa época e território, advertida, como todo saber em psicanálise, de sua dimensão inacabada e em viva construção.

Feita a abertura de nossa conversa, vamos ao que essas mulheres-sujeitos nos ensinaram por ocasião do desenvolvimento deste trabalho.

2 SOBRE VELHICE, MULHERES E PSICANÁLISE

Fundamentação teórica

*“hoje é tempo suficiente para garantir que o
amanhã chegue bonito. nunca é tarde para
quem sabe ser à flor da pele”
– ryane leão*

Neste capítulo realizamos uma discussão teórica sobre a velhice e as mulheres a partir do referencial psicanalítico. Sabemos que ao abordar questões do inconsciente na psicanálise, tratamos de um sujeito que habita um corpo que, para além de seu funcionamento biológico, também é vivificado pela linguagem que vem do outro e da cultura, encontro que imprime seus efeitos no sujeito. No caso de nossa pesquisa, tentamos tratar desses efeitos em sujeitos nomeados como mulheres e que habitam corpos que envelhecem.

2.1 VELHICE NA PSICANÁLISE

Nos textos freudianos encontramos poucas menções diretas ao tema da velhice, e aqueles que o fazem referem-se ao tratamento de pessoas mais velhas como uma das limitações da psicanálise, ao menos naquela época. Freud considerava não ser possível oferecer o tratamento psicanalítico para pessoas idosas e expõe suas razões – e aqui optamos pelo uso de citações diretas com a intenção de conservar as palavras do próprio Freud.

Em seu texto *A sexualidade na etiologia das neuroses*, Freud (com seus 41 anos de idade), escreve que a análise “fracassa também com as pessoas muito idosas porque, devido ao acúmulo de material nelas, o tratamento tomaria tanto tempo que, ao terminar, elas teriam chegado a um período da vida em que já não se dá valor à saúde nervosa” (Freud, p. 268, 1898/1996).

Com essa passagem, podemos nos perguntar sobre o que Freud quis dizer com “pessoas muito idosas” e com a afirmação de que nesse período da vida “já não se dá valor à saúde nervosa”, pois isso não fica muito claro. Pessoas idosas ou muito idosas, como ele as nomeia, seriam assim consideradas, naquela época, por sua idade cronológica, por suas condições físicas? E, não se daria valor à saúde psíquica, por se estar, segundo ele, velho demais para ser essa uma preocupação útil?

Por volta de sete anos depois da publicação deste artigo, Freud (aos 48 anos) redige dois trabalhos em que volta a mencionar a contraindicação do tratamento psicanalítico para pessoas mais velhas e, dessa vez, indica uma idade. No texto *O método psicanalítico freudiano*, ele adverte que “também uma faixa etária em torno do quinto decênio cria condições desfavoráveis para a Psicanálise. A massa de material psíquico não será mais dominável nessa fase . . . a capacidade de reverter processos psíquicos começa a fraquejar” (Freud, p. 58, 1904[1903]/2017). E, no texto *Sobre psicoterapia*, acentua que “. . . nas pessoas próximas ou acima dos 50 anos, por um lado, costuma faltar a plasticidade dos processos anímicos nos quais a terapia se fia – pessoas idosas não são mais educáveis . . .” (Freud, p. 72, 1905[1904]/2017).

Parece-nos importante ressaltar que estes textos são da época em que a psicanálise estava no seu início, *muito jovem* ainda, e Freud demonstrava grande preocupação em sinalizar as limitações do novo tratamento à época. Por um lado, ele parece nos recomendar uma postura de humildade diante de nosso fazer, apontando a própria castração da psicanálise, a ideia de que sempre resta algo por avançar, por saber. Por outro lado, parece ser uma cautela em prol do seu desejo de que a psicanálise fosse reconhecida pela comunidade científica da época. Outro ponto que não pudemos deixar de notar é o de ser curioso que o próprio Freud estava com seus 48 anos, portanto uma *pessoa próxima dos 50 anos*, quando produz os dois trabalhos acima citados.

Freud parecia um tanto pessimista quanto à vivacidade – a dinâmica e a economia – do inconsciente nos sujeitos que envelhecem, como se não houvesse mais nada a se fazer por eles, como se o inconsciente estivesse *velho demais* para qualquer aposta num trabalho de análise.

No entanto, tendo avançado em suas formulações, ao tratar da metapsicologia psicanalítica em 1915 (a poucos dias de completar seus 59 anos) ele nos surpreende afirmando a atemporalidade do inconsciente: “Os processos do sistema Ics são atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não são alterados pela passagem do tempo, não têm relação nenhuma com o tempo” (Freud, p. 128, 1915/2010). Embora ele não mencione a velhice, aqui Freud nos indica uma premissa importante para pensá-la: o inconsciente não envelhece.

E mais, se o inconsciente não tem relação com a passagem do tempo, sua realidade é a realidade psíquica (Freud, 1915/2010). Ideia que, quinze anos mais tarde, ainda podemos acompanhar no texto *O mal-estar na cultura*, escrito em 1930 (Freud com seus 74 anos). Ele pontua que “. . . na vida anímica, nada do que foi uma vez formado pode perecer, de que tudo fica conservado de alguma maneira . . .” (Freud, p. 311, 1930/2020) e que “podemos apenas insistir firmemente no fato de que, na vida anímica, a conservação daquilo que é passado é antes a regra do que a estranha exceção” (Freud, p. 315, 1930/2020).

Nesse trecho Freud trata do sujeito na sua busca incansável pela felicidade ou, em outras palavras, pela busca incessante de alcançar o objeto que lhe traga satisfação plena para fazer cessar o desprazer. Por mais tempo cronológico que se passe, o desejo infantil – que inaugura o sujeito do inconsciente – não quer saber das frustrações impostas pelo mundo externo. O “sentimento primário do Eu”, comparado a um “sentimento oceânico”, ilimitado, tenta incessantemente se sobrepor ao “Eu da maturidade”, que se sabe restrito, delimitado (Freud, p. 310, 1930/2020). Nesse sentido, a realidade é a realidade psíquica, atemporal.

Portanto, mais uma vez, embora Freud não mencione a velhice, aqui também podemos situar a ideia de que o inconsciente não envelhece.

Ainda nesse texto, ao tratar das limitações do mundo externo as quais já se deram a conhecer pelo *eu da maturidade*, Freud aponta para três fontes de sofrimento psíquico: a força da natureza, as relações com o outro e “. . . a fragilidade de nosso próprio corpo” (Freud, p. 332, 1930/2020). Nosso “. . . próprio corpo, que, destinado à decadência e à dissolução, não pode nem mesmo prescindir da dor e do medo como sinais de alarme . . .” (Freud, p. 321, 1930/2020). Aqui podemos acrescentar aos elementos que estamos reunindo para pensar a velhice, a partir dos textos freudianos, que se o inconsciente não envelhece, o corpo sim, e causa sofrimento psíquico. Assim, é no encontro entre a temporalidade do corpo que envelhece e a atemporalidade do inconsciente que podemos situar um ponto de partida para pensarmos a velhice à luz da psicanálise.

Ainda nessa linha do tempo dos textos (e da idade) de Freud, encontramos mais uma menção que ele faz ao tratamento de pessoas mais velhas. Em *A análise finita e a infinita*, de 1937, Freud (às vésperas de completar 81 anos) cita observar uma perda da plasticidade, das forças psíquicas em determinados grupos de pessoas, dentre elas, as idosas: “é como nas pessoas muito velhas, pelo chamado poder do hábito, do esgotamento da capacidade de absorção, o que se explica com uma espécie de entropia psíquica . . .” (Freud, p. 348, 1937/2017). Mais uma vez, para ele, não haveria possibilidade de um trabalho psíquico na velhice.

Curioso que ele afirme isso aos 80 anos de idade, ele mesmo parecendo dar testemunho do contrário. Freud menciona a atividade laboral como uma das vias de produção sublimatórias em *O mal-estar na cultura*: “A sublimação das pulsões presta aqui sua ajuda. Estaremos obtendo o máximo se soubermos elevar suficientemente o ganho de prazer que provém das fontes de trabalho psíquico e intelectual. Nesse caso, *o destino pouco nos fará*

mal” (Freud, p. 321, *ênfase nossa*, 1930/2020). Se arriscarmos supor que o Dr. Freud estava em pleno trabalho psíquico de sublimação via atividade intelectual na pesquisa e produção psicanalítica, *o destino* de sua velhice parecia *pouco lhe fazer mal*, muito menos demonstrar uma rigidez psíquica.

Pudemos acompanhar com estas passagens que o tema da velhice não foi explorado pelo pai da psicanálise. Consideremos algumas hipóteses para isso: é possível que, como a expectativa de vida da população mundial no início do século¹ era muito menor se comparada à atual, o tema da velhice não fosse tão relevante; outra possibilidade é a de que Freud era cuidadoso em reconhecer as limitações desse campo de saber ainda nascente e também por isto, estivesse preocupado em alcançar uma reputação científica para a psicanálise; e ainda, a hipótese de haver um rechaço do próprio Freud ao tema da velhice, embora ele mesmo fosse uma pessoa que envelhecia enquanto seguia decidido e dedicado ao seu desejo pela ciência do inconsciente. Deixou-nos, portanto, a tarefa de acolher o tema da velhice.

Antes de seguirmos, uma explicação nos parece necessária: a distinção entre velhice e envelhecimento. O envelhecimento é um termo tomado de empréstimo da biologia, é o processo cronológico de desgaste do organismo, já a velhice, como seu resultado, refere-se aos aspectos sociais, físicos e psicodinâmicos que marcam a vida das pessoas idosas (Abrahão, 2008). É a partir dessa compreensão e da advertência de que a velhice não se trata de uma experiência universal e homogeneizante, que seguimos com sua investigação na perspectiva da psicanálise.

Dito isso, a velhice é um tema relativamente recente nos estudos psicanalíticos – e parece ainda escasso na especificidade da velhice para as mulheres, segundo demonstrou nossa pesquisa de revisão de literatura (apêndice C). No entanto, encontramos contribuições importantes em autoras e autores contemporâneos de nosso território, mulheres e homens

¹ A esperança de vida no mundo era de 40 anos, em média, conforme dados obtidos em <https://cee.fiocruz.br/?q=esperanca-de-vida-diante-da-emergencia-sanitaria-e-climatica>

dedicados à psicanálise implicada com os mal-estares de sua época, gente que convidamos para nossa conversa aqui.

Retomando a ideia do encontro da temporalidade do corpo que envelhece e a atemporalidade do inconsciente, em que situamos um possível ponto de partida para pensarmos a velhice na psicanálise a partir de Freud, chegamos à proposição contemporânea da envelhescência. Manoel Tosta Berlinck, sociólogo e psicanalista brasileiro, autor que trazemos para nossa conversa, definiu a envelhescência como “. . . um desencontro [que] pode ser frutífero. O desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade” (Berlinck, p. 193, 1996/2008). O sujeito se surpreende diante de um “futuro desconhecido e assustador”, em que se evidencia um descompasso entre seu corpo que não acompanha a alma jovem e, para além disso, que aponta para o inevitável da morte que se aproxima; já não há mais tanto tempo, nem corpo, que sustentem os ideais sem destampar seus furos (Berlinck, p. 194, 1996/2008). Assim,

nessa época, como na adolescência, podem ocorrer radicais modificações no eu diante dos ideais começamos a pensar no possível e não mais no ideal como algo que pode ser alcançado². Pensamentos desse tipo apontam para uma certa limitação tanto do eu ideal como do ideal de eu e podem remeter o sujeito a uma redescritção de seu próprio mito. É nessa época da vida que se pode perguntar, mais uma vez, "para o que mesmo eu estou vivo?", ainda que essa pergunta não seja característica da envelhescência³ (Berlinck, p. 194, 1996/2008).

Para além do encontro do corpo que envelhece com o inconsciente atemporal, a envelhescência também se manifesta no imaginário do sujeito, produzindo uma mudança

² Relembramos às pessoas leitoras que na introdução desse trabalho a pesquisadora relata que, a princípio, lhe ocorria o termo *envelhescência* lhe remetendo à *adolescência*, no entanto sem saber que o termo já havia sido cunhado por um psicanalista e que este fazia algum paralelo justamente entre ambas.

³ Destacamos que, por coincidência, ou não, o trecho “para o que mesmo eu estou vivo?”, referido por Berlinck ao tratar da envelhescência, nos remete à fala, “o que eu fiz da minha vida?”, da paciente de 73 anos atendida pela pesquisadora, mencionada na introdução desse trabalho.

radical no lugar que este ocupa no seu encontro com o outro: a solidão. Ainda que na companhia de outros, “ele se descobre mais sozinho do que nunca”, esse reconhecer-se sozinho resulta do fato de que seus antepassados já morreram e que seus filhos, quando é o caso, se tornaram adultos e por essa razão se afastaram (Berlinck, p. 195, 1996/2008).

No entanto, para Berlinck (1996/2008) a envelhescência se diferencia do envelhecer, esse último, considerado por nossa sociedade como um estágio de vida desprezível. Diante dos discursos sociais marcados por preconceitos e estigmas, na envelhescência o sujeito se implica em um trabalho de elaboração da sua própria velhice como um ato mesmo de resistência, que embora seja “. . . um esforço solitário, pode enriquecer o mundo interno do sujeito” (Berlinck, p. 196, 1996/2008). Aqui, portanto, o autor parece esclarecer sua afirmativa de que, embora um desencontro, *a envelhescência pode ser frutífera*.

Ao contrário do que pudemos observar em Freud, o psicanalista Berlinck supôs ser possível “um trabalho do eu” na velhice e, nesse sentido, faz uma aposta na envelhescência como um “ato de subjetivação” diante das perdas e das limitações do tempo e do corpo (Berlinck, p. 195, 1996/2008). Nas palavras deste autor: “o que estou propondo, então, é que a envelhescência é uma recriação do eu diante das exigências pulsionais e as novas exigências do corpo que se aproxima da morte” (Berlinck, p. 197, 1996/2008).

Ou seja, o eu, em sua função organizadora, protetora e, também estética do próprio corpo é chamado à criação, à invenção diante das novas exigências do mundo interno e externo, “. . . a envelhescência é a arte de viver a velhice e requer muito engenho e muito empenho, podendo ser, ao mesmo tempo, triste e divertida, animada e desanimada, ativa e sem atividade. . .”, como é condição em qualquer outro tempo da vida (Berlinck, p. 195, 1996/2008).

A psicanalista brasileira, Flávia Maria de Paula Soares (2020), a quem também convidamos para nossa conversa, contribui para a valorização do conceito de envelhescência e

a define como “. . . o trabalho psíquico na velhice . . .” (Soares, p. 19, 2020). Trabalho que, para a autora, implica especificidades e, portanto, acrescenta um importante relevo – além do corpo e do inconsciente atemporal – com o qual nos convida a pensá-la: o discurso social. Se o processo de envelhecimento é identificado por um corpo em decadência, este é marcado por um discurso social excludente, é justamente nesse ponto que a envelhescência, “. . . aponta para outra direção: ela é um trabalho psíquico necessário para recriar uma experiência – a de viver a velhice” (Soares, p. 19, 2020). Nesse sentido, encontramos de forma privilegiada nas construções de Soares, além do reconhecimento de um corpo que envelhece e de um funcionamento psíquico singular, também as implicações do campo sociocultural na experiência dos sujeitos que envelhecem (Soares, 2020).

A autora argumenta, portanto, que a velhice não se encaixa em uma suposta categoria universal e que cada sujeito a vivenciará de modo singular, uma vez que a concebe a partir da articulação particular entre corpo, subjetividade e o campo sociocultural no qual está inserido (Soares, 2020). Assim, as psicopatologias na velhice são, em suas palavras: “. . . uma tentativa de simbolização, de realização de envelhescência . . .” (Soares, p. 20, 2020) diante de perdas de importantes referências para o sujeito; nesse sentido, constituem também uma tentativa de manter as identificações construídas e investidas libidinalmente no laço com o outro e que sustentam um lugar, uma existência simbólica, para o sujeito que envelhece (Soares, 2020), assim como observado no caso das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa, como veremos mais adiante. Portanto, é na intersecção entre biológico, psíquico e social que a autora nos sugere situar a contribuição da psicanálise para a compreensão da velhice.

Ângela Mucida (2022), mais uma psicanalista brasileira com quem contamos em nossa conversa, reafirma a noção freudiana da atemporalidade do inconsciente: o sujeito é “. . . o sujeito do inconsciente, e este não envelhece . . .” (Mucida, p. 18, 2022). Neste sentido, propõe pensar a velhice como um momento, particular a cada sujeito, em que tende a

predominar um enfraquecimento dos laços afetivos e sociais e se acentuam as perdas, o que implicaria ao sujeito um trabalho de reatualização de seu passado, projetando-o ao futuro. Em outras palavras, a velhice diria respeito ao encontro do sujeito com o real incontornável do tempo que passa e que, ao passar, faz vacilar as referências fálicas, descortinando-lhe sua própria finitude, o caráter perecível da vida, em contraponto ao seu desejo inconsciente atemporal que insiste, não envelhece (Mucida, 2022).

Para a autora, “nessa direção, a velhice implica um saber vestir esse desejo”, ou seja, esse encontro do sujeito atemporal com a temporalidade do corpo em decrepitude e dos laços em decadência, impõe ao sujeito um trabalho psíquico de recriação de novas perspectivas de investimentos libidinais (Mucida, p. 31, 2022). Nesse sentido, reforça que cada um só pode envelhecer ao seu próprio modo, tratando-se de um destino singular produzido por cada sujeito a partir de sua forma particular de gozar (Mucida, 2022) – em outras palavras, da sua forma particular de obter satisfação pulsional, ainda que em sua parcialidade.

Mucida (2022) esclarece que cada um só pode envelhecer ao seu próprio modo, uma vez que os traços psíquicos escritos na constituição de um sujeito são indelévels, não se apagam, mas permanecem abertos à possibilidade de reinscrição. É disso que se trata o trabalho psíquico na velhice, tomar a própria história e reescrevê-la no presente, remetendo-a na aposta de um futuro possível. Podemos pensar que cada um continua contando com as mesmas palavras, mas o rearranjo que faz delas no seu texto pode mudar o seu sentido e, assim, o rumo da história – o que explica cada um só poder envelhecer ao seu próprio modo.

Nesse ponto de nossa conversa, parece-nos possível marcar uma aproximação entre as proposições de Berlinck (1996/2008), Soares (2020) e Mucida (2022). Para esses autores, a experiência da velhice, para além de um corpo que envelhece e que se rechaça, implica um trabalho psíquico que pode relançar o sujeito ao futuro, à sustentação de seu desejo que é atemporal, indestrutível, não envelhece. Seguiremos fazendo um diálogo conceitual entre

estes e outros autores para tratar de demais aspectos da velhice na perspectiva da psicanálise, relevantes para os propósitos de nosso trabalho.

2.1.1 Corpo na Velhice

Um desses aspectos é o corpo, porém, antes de seguirmos, esclarecemos a distinção entre corpo organismo, tal como concebido pela ciência e, o corpo pulsional, tal qual formulado pela psicanálise.

A própria psicanálise se inaugura a partir da atenção de Freud, um médico, voltada para o enigma do corpo para além do organismo, cujos sintomas não encontravam explicação biomédica. Foi então, com os estudos sobre a histeria, que ele se interessou pelo paradoxo de um corpo que, adoecido e resistente à cura, manifesta algo de uma outra cena – o inconsciente – e que impele à satisfação psíquica, isto é, satisfação pulsional, tendo o corpo como palco (Freud, 1893-1895/2016; Freud, 1915/2017).

Mas o que se satisfaz no corpo adoecido que de outra forma não encontra vias de se satisfazer? Freud propõe que o inconsciente é constituído por impulsos que pressionam por descarga. Contudo, esses impulsos nem sempre são compatíveis com a consciência que os rejeita de volta ao inconsciente sendo, assim, submetidos ao mecanismo de recalque. O recalque, por sua vez, incide apenas sobre o representante desse impulso, já o seu afeto encontra outras vias indiretas para a descarga, como é o caso da conversão histérica. Assim, o que se satisfaz no sintoma é a pulsão (Freud, 1915/2010a; Freud, 1915/2010b, Freud, 1915/2017).

A pulsão se trata de uma exigência de trabalho psíquico que pretende alcançar satisfação. Sua fonte é o corpo, está submetida a uma pressão imposta pelo psiquismo, sua meta é a satisfação e seu objeto é o que há de mais variável, aquele com o qual se atinge a meta, podendo ser qualquer um, inclusive o próprio corpo. Contudo, a satisfação da pulsão é

sempre parcial, relançando incessantemente o circuito pulsional que nunca se satisfaz por completo (Freud, 1915/2017). Tudo isso é importante para a compreensão de que quando falamos do corpo em psicanálise trata-se sempre de um corpo pulsional.

Se, em Freud, o corpo aparece como lugar de inscrição da pulsão e como palco da satisfação pulsional, em continuidade a esses preceitos, o psicanalista francês Jacques Lacan propõe um desdobramento da ideia de satisfação pulsional articulando-a à noção de gozo, conceito que permite pensar em uma forma de satisfação imperativa que pode, inclusive, sustentar o sofrimento.

É nesse horizonte que se insere o texto *O lugar da psicanálise na medicina*, escrito por Lacan em 1966. Segundo o autor, há uma dimensão de gozo no corpo que fica excluída na relação que o discurso médico estabelece com o corpo organismo doente; há aí uma falha epistemo-somática⁴, como ele denomina (Lacan, 1966/2001).

Ainda que a princípio pareça incontestável a ideia de que aquele que busca um médico espere dele a cura, a dimensão psicanalítica de gozo no corpo, demonstra que nem sempre o que o doente pede é o que ele deseja. Ao contrário, por vezes o paciente espera – demanda inconscientemente – a legitimação de seu adoecimento, quando o corpo organismo doente, neste caso, propicia uma satisfação psíquica, pulsional, ao sujeito do inconsciente (Lacan, 1966/2001).

É essa noção de imperativo de satisfação psíquica que nos permite esclarecer a distinção entre corpo organismo e corpo pulsional. O corpo não se encerra em si mesmo em sua função biológica, mas constitui-se como um aparato para o circuito da pulsão, por isso, dizemos que o corpo, em psicanálise, é o corpo pulsional. A dimensão de gozo no corpo, excluída da relação médico-paciente, nos interessa para pensarmos nossa pesquisa no campo da saúde da mulher. Perguntamo-nos, assim: essas mulheres envelhescentes endereçariam

⁴ Segundo Lacan, trata-se do efeito do avanço da ciência na relação estabelecida pela medicina com o corpo, em que o saber do sujeito que o habita, e que dele goza, fica à margem.

alguma demanda psíquica ao serviço de saúde com seus corpos adoecidos?

Neste momento de nossa conversa, acolhemos como importante contribuição a afirmativa de Dominique Fingermann (2021), psicanalista franco-brasileira, de que o corpo pulsional é um corpo colonizado, porque emerge a partir das experiências de satisfação e de desamparo que se dão no intermédio – presença ou ausência – do outro cuidador e que deixam marcas indeléveis no psiquismo, “o corpo se encontra, assim, colonizado pela linguagem⁵, isto é, a sua estrutura de representação e as suas variações culturais” (Fingermann, p. 31, 2021). O corpo é, portanto, modelado pelos significantes oferecidos pelo Outro – de quem os cuidadores, os discursos sociais, a cultura fazem semblante.

A colonização do corpo pela linguagem, portanto, ao mesmo tempo em que participa da constituição do sujeito como sujeito do inconsciente, o inscreve no laço social. Contudo, a construção de sua identidade, na e pela cultura, necessariamente resulta em que “essa alienação primordial inaugura, simultaneamente, o empenho incansável para se separar, distinguir e apresentar a sua diferença única, sempre tão fugidia” (Fingermann, p. 33, 2021). Há algo no corpo pulsional, colonizado, que embora encontre um modo de gozo no laço com o outro, também o recusa em nome de um desejo que o constitui como sujeito singular.

Isso nos ajuda a compreender por que “com efeito, as pacientes históricas do final do século XIX apresentavam outro corpo, paradoxal, rebelde às construções e revelações da ciência” (Fingermann, p. 26, 2021). Estariam elas, ainda que pela via do corpo adoecido, de alguma forma fazendo resistência ao discurso social que pretendia a dominação e repressão de seus corpos-mulheres? Talvez essa seja uma hipótese que contribua para nossa posterior leitura do que pudemos ouvir, no serviço de saúde, das mulheres envelhescentes participantes de nossa pesquisa.

Esclarecida a distinção entre corpo organismo e corpo pulsional, podemos retomar o

⁵ Segundo Lacan, o simbólico precede e participa da constituição do sujeito, seu desejo inconsciente se estrutura via linguagem, noção que é encontrada em sua obra em textos como: “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” de 1953, “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” de 1958.

corpo como um dos aspectos da velhice na perspectiva da psicanálise. O corpo na velhice parece ser como a criança que fala a verdade no meio de todo mundo e constrange os adultos que querem esconder seus desagrados. Ainda que se tinjam os fios brancos, logo suas raízes despontam e desapontam quem os vê. O corpo organismo anuncia a velhice.

Há uma passagem em Freud em que ele relata uma experiência pessoal intrigante: durante uma viagem de trem, antipatiza com a aparência de um “senhor mais velho” refletida no espelho da porta do toalete e fica perplexo ao perceber que se trata de sua própria imagem; estranha-se ao constatar que o outro, um senhor idoso, é o reflexo de seu próprio corpo envelhecendo (Freud, p. 103, 1919/2019).

Com o relato desse episódio, Freud (1919/2019) demonstra o conceito do estranho familiar como a experiência do retorno de algo da castração recalcada, do esquecido, daquilo que o sujeito do inconsciente não quer saber de si; por isso o horror, a angústia e a estranheza no encontro com esse duplo que revela a própria imagem destituída do narcisismo que recobre os furos da castração.

O estranho, portanto, emerge justamente quando vacila a imagem idealizada do eu, constituída como efeito da passagem do sujeito pelo narcisismo. Na constituição psíquica, o narcisismo é responsável pela formação dos ideais. No narcisismo primário, há um investimento libidinal privilegiado no eu como objeto, que resulta na formação de um ego corporal, na imagem e reconhecimento do corpo como próprio – a formação do Eu ideal. Já no narcisismo secundário, o encontro com a castração solicita sua elaboração, a falta é recalcada e recoberta por um Ideal de eu, isto é, a formação de uma imagem idealizada de si que, apesar da castração, tem a função de restabelecer o narcisismo. O narcisismo, portanto, diz respeito à operação que faz a circunscrição de um corpo unificado e a um modo de negar a castração, a falta que atravessa esse mesmo corpo (Freud, 1914/2010).

Contudo, com a entrada na velhice, as modificações do corpo organismo passam,

invariavelmente, a não sustentar mais a imagem idealizada, desnudando a castração. Isso nos ajuda a compreender a estranheza diante do corpo que envelhece e o seu rechaço, frequentemente endereçado para fora, ao outro. Ainda nos servindo do relato da experiência de Freud (1919/2019) no trem, é interessante notar seu ímpeto em oferecer ajuda a esse suposto senhor, a fim de esclarecer-lhe o equívoco de ter entrado na cabine errada; o que nos leva a considerar a hipótese de um desprezo pela velhice, em nossa cultura, tão associada à ideia de alguém que já não sabe mais das coisas – a falta está do lado do outro. Como salienta Mucida, “velho é sempre o outro com o qual não nos reconhecemos” (p. 102, 2022).

Assim, a velhice pode ser experimentada como um estranho familiar. Colocar o velho no outro parece ser uma maneira de defender-se da exposição ao real da castração, ao qual as perdas inscritas no próprio corpo remetem o sujeito (Mucida, 2022). O real refere-se aquilo da realidade psíquica que restou sem nomeação quando da constituição do sujeito do inconsciente e que lhe retorna; por ser desprovido de significação, deixa o sujeito psiquicamente desamparado, carente de significantes que o identifiquem (Lacan, 1961-1962/2009; Mucida, 2022).

As pesquisadoras brasileiras Márcia Dourado e Annette Leibing acentuam o encontro inevitável do sujeito que habita um corpo envelhecendo com o real da castração: “. . . o mal-estar causado pela brusca percepção da deterioração do corpo associa o velho à incapacidade, à mudez, à cegueira e à surdez, que produzem paralisação, restando-lhe as faltas: falta de saúde, falta de trabalho, falta de atividade, falta de companhia . . .” (Dourado & Annette, p. 41, 2002).

Se na adolescência as transformações do corpo remetem o sujeito a expectativas de sua continuidade no futuro, na velhice elas apontam para a sua finitude e o reconduzem à imagem de um corpo fragmentado, anterior à formação do eu ideal. Nesse sentido, essa possível experiência de corpo despedaçado pode ser vivida como angústia por alguns sujeitos,

enquanto para outros pode ser menos dolorosa, se atrelada a uma outra imagem interna de si ou ao trabalho efetivo de luto dessas perdas corporais irreparáveis (Mucida, 2022).

Com isso, verificamos que a experiência com o real da castração de um corpo que envelhece impele o sujeito a um retorno ao seu narcisismo, demandando a reedição de seus ideais, compreensão da qual Berlinck, como vimos na conceituação da envelhescência, também compartilha: trata-se, pois, de “. . . radicais modificações no eu diante dos ideais uma certa limitação tanto do eu ideal como do ideal de eu e podem remeter o sujeito a uma redescritção de seu próprio mito” (Berlinck, p. 194, 1996/2008).

O ideal de eu vacila em sua função na velhice, pois esbarra em inúmeros impedimentos impostos pelas modificações do corpo que envelhece, o que pode conduzir o sujeito a um recolhimento da libido – energia psíquica – antes investida em objetos externos, direcionando-a para um investimento no próprio eu, que passa a ocupar o lugar de objeto de satisfação psíquica. Desse movimento podem resultar sintomas como uma tentativa de tratar o real da castração descortinada, ainda que tal operação implique sofrimento para o sujeito (Mucida, 2022).

Partindo do pressuposto freudiano de que os sintomas dizem respeito às formações de compromisso entre as exigências pulsionais e às restrições impostas a elas, inclusive pela inerente falta de objeto que as satisfaça plenamente, Soares (2020) nos indica, nesse sentido, que as psicopatologias podem operar tanto de modo desorganizador quanto organizador da subjetividade. Retomamos com Mucida (2022) que um corpo é efeito dos significantes do Outro que o nomeiam, retirando-o do âmbito instintual e inscrevendo-o em outra ordem, a pulsional, no entanto, restando nesse corpo algo de inominável. A formação de um sintoma, portanto, comunica a verdade do sujeito pulsional, na medida em que ele se expressa por seus significantes e por algo que, nele, parece reter a face desse irrepresentável – a falta.

Aqui, costuramos o desencontro do corpo organismo que envelhece e o corpo

pulsional, que não envelhece, um desencontro que pode ser “frutífero”, como nos diz Berlinck (p. 193, 1996/2008), pois solicita um trabalho psíquico de elaboração da velhice, a envelhescência. Nesse sentido, a psicanálise contribui no tratamento dos sintomas na velhice ao convidar o sujeito ao trabalho com a palavra, com os significantes, visando à construção de um sentido para a falta como causa de seu desejo, que não envelhece. Remetendo-nos ao campo de nossa pesquisa, o serviço de saúde da mulher, podemos considerar, portanto, a perspectiva do tratamento dos corpos adoecidos das mulheres envelhescentes, na interlocução multidisciplinar entre intervenção médica e a intervenção com a palavra, pela psicanálise.

Se o corpo organismo anuncia a velhice e escancara a castração, o declínio do corpo é apenas uma das perdas com as quais o sujeito deverá se deparar na envelhescência. Passamos então ao aspecto das perdas, do desamparo e dos lutos na velhice.

2.1.2 Perdas, Desamparo e Luto

Como vimos, as perdas do corpo na velhice não encontram perspectiva de recuperação e, como efeito, remetem o sujeito a uma imagem egóica despedaçada, não só pelas mudanças corporais, mas também pelas transformações no ideal do eu, que passa a se apresentar mais fragilizado nos significantes com os quais o sujeito, anteriormente identificado, obtinha certa promessa de amor do outro, uma perspectiva de laço social (Mucida, 2022). Portanto, diante dessas perdas corporais, narcísicas e sociais, o sujeito pode experimentar um desamparo psíquico e, a partir de seus recursos singulares, se encaminhar por algumas saídas, entre as quais se incluem tanto a produção de um sintoma quanto o empenho em um trabalho de luto dessas perdas.

Freud (1926/2014) descreve o desamparo psíquico como uma reação à perda e à separação, esclarecendo que se trata da perda do objeto – dos investimentos objetais, como ocorre no desmame do seio materno, na fantasia infantil da perda do genital, na perda da

pessoa amada, entre outras situações. Trata-se de experiências nas quais o eu resvala na ameaça de ser abandonado, de deixar de ser amado. Nessa perspectiva, o desamparo psíquico articula-se ao medo da castração e manifesta-se sob a forma do afeto da angústia.

Pensando na velhice, o desamparo nos parece não só o medo da perda provável, mas o medo diante da castração exposta, uma vez que ela tende a se apresentar de forma mais “nua e crua” para o sujeito. Assim, consideramos que, se na infância o desamparo psíquico pode ser apaziguado pela oferta de novos objetos, na velhice a realidade das perdas remete o sujeito a uma angústia de desamparo mais radical, impondo-lhe, desta vez, como sublinha Mucida (2022), um trabalho robusto de rearranjo libidinal diante das perdas de objeto.

Freud (1926/2014) aponta ainda que a angústia de castração se estende para a angústia social, ou seja, já que uma parte do superego se constitui a partir das referências sociais e culturais, o eu experimenta como angústia o perigo de perder o amor do outro no laço social. Trata-se de uma especificidade que também pode ser observada na experiência da velhice, quando o eu, em sua dimensão infantil, já não consegue mais sustentar os ideais outrora impostos pela cultura e responde com uma angústia de separação ao rechaço do discurso social que, em nossa sociedade, tende a tomar a pessoa idosa como obsoleta (Mucida, 2022; Soares, 2020).

É nesse ponto que também podemos localizar as queixas de solidão na velhice. Um desamparo se instaura onde o lugar privilegiado no encontro com o outro se faz vacilar, seja pela interrupção das atividades laborais, pela redução na frequência das reuniões familiares e com amigos, seja pela menor demanda da presença da pessoa idosa nos contextos em que anteriormente ela exercia uma função no laço social, como a provisão, o cuidado, entre outros.

Freud (1926/2014) assinala que, em razão da natureza contínua do processo psíquico de investimento objetual, quando esse investimento é impedido de se realizar pela

indisponibilidade de objetos na realidade, produz-se um temor mais persistente da perda do amor do outro e, conseqüentemente, uma condição mais severa de angústia de desamparo. Soares (2020) nos lembra da “. . . importância dos objetos de amor para referenciar a vida psíquica do sujeito, pois antes de serem apenas laços de investimento entre o eu e o outro, implica-se o sujeito do inconsciente ao campo do Outro, como referência para a subjetividade” (Soares, p. 98-99, 2020).

Diante disso, no caso das mulheres envelhescentes participantes de nossa pesquisa, poderíamos nos indagar: a frequência às atividades do ambulatório de saúde funcionaria como um refúgio diante de suas experiências de solidão? Essa questão será retomada e aprofundada mais adiante no capítulo de discussão dos resultados.

São várias as possibilidades de perdas vivenciadas na velhice: as perdas no corpo organismo que envelhece e fragiliza sua apreciação narcísica; as perdas do lugar e da função no laço social; as perdas de cônjuges, familiares e amigos da mesma geração; e ainda as perdas da rotina pessoal, da moradia, de objetos pessoais nos casos de mudança para a casa dos cuidadores ou internação asilar. São perdas inscritas nas dialéticas do olhar e do ser olhado, do falar e do ser falado, do amar e do ser amado. Sentidas como experiência de invisibilidade diante do outro, tais perdas empurram o sujeito ao desamparo. São perdas, separações que, como nos lembram Soares (2020) e Mucida (2022), remetem à própria castração e à finitude, e que solicitam de cada sujeito saídas psíquicas singulares em sua experiência com a velhice.

Uma destas saídas pode ser a produção de um adoecimento psíquico. Retomando as proposições de Freud no seu trabalho *Sobre tipos neuróticos do adoecimento*, ele nos indica que “o indivíduo estava sadio enquanto sua necessidade amorosa estava sendo satisfeita por um objeto real no mundo exterior” (Freud, p. 71, 1912/2016), objeto que, por alguma razão, passa a ser impedido por “. . . limitações culturais no acesso à satisfação” (Freud, p. 72,

1912/2016). A libido, impedida de se investir nos objetos é, então, recolhida e represada no eu, produzindo consequências patogênicas: como solução, encontra satisfação substitutiva no adoecimento, ou seja, aquilo que não pode se satisfazer em razão de um conflito com a realidade, encontra expressão sob a forma de um sintoma psíquico (Freud, 1912/2016).

Vemos, assim, que o adoecimento é fruto de um impedimento, de um rompimento com os laços libidinais de objetos, resultando, portanto, de uma perda significativa de amor. Nesse sentido, parece-nos importante sublinhar que o sujeito se constitui no encontro e adocece no desencontro com o outro, no laço amoroso, o que nos oferece melhores condições para compreendermos as psicopatologias na velhice, tempo marcado por sucessivas e incontornáveis perdas.

Soares (2020) faz o importante acréscimo de que as psicopatologias são, nesse sentido, tentativas de manutenção dos traços identificatórios no laço com o outro: “essas identificações agem como matriz simbólica para a organização egóica, como um pedido de reconhecimento pelo Outro – lugar simbólico – de filiação: pedido de função paterna para sustentação de seu lugar de sujeito psíquico” (Soares, p. 21, 2020).

Uma outra observação feita por Freud também nos parece importante: para além das restrições da realidade, um sintoma pode resultar de uma fixação infantil da libido, de modo que o adoecimento se produz pela “. . . própria circunstância do crescer ou envelhecer . . .” (Freud, p. 76, 1912/2016). Não é incomum observarmos na escuta clínica, manifestações de sofrimento psíquico em ocasiões que denotam o crescer, o envelhecer, a exemplo de, para os mais jovens, a menarca, o ingresso na faculdade, e para os mais velhos, a menopausa, a aposentadoria. No que se refere à experiência da menarca, comentaremos um relato interessante de uma das mulheres participantes de nossa pesquisa, no capítulo de discussão dos resultados.

Freud (1912/2016) assinala, contudo, que o sintoma é também uma tentativa de

superação das fixações libidinais e que cada sujeito adoece ao seu próprio modo, em sua singularidade. Assim como Freud, não pretendemos uma generalização ou uma concepção homogeneizante dos padecimentos psíquicos na velhice. O sintoma representa o singular, o particular de cada sujeito, por isso, é preciso escutar aquele que envelhece em sua singularidade, tomando o sintoma como uma expressão preciosa e radical do sujeito que habita o corpo que envelhece.

Soares compartilha dessa perspectiva freudiana ao afirmar que as psicopatologias na velhice são “. . . uma tentativa de simbolização, de realização de envelhescência . . .” (Soares, p. 20, 2022), apostando nelas como uma função criativa – enquanto trabalho psíquico – diante das perdas significativas que desestabilizam o sujeito. A psicanalista afirma que, se as psicopatologias impõem uma posição passiva, implicam, no entanto, um questionamento: “como o sujeito reage ao que o torna passivo?” (p. 56), em outras palavras, “. . . como ele lida com suas pulsões? . . .” (p. 59) e nos adverte de que o sujeito pode mobilizar-se diante da passividade (Soares, 2020). Nesse sentido, se o sintoma constitui a forma pela qual o sujeito melhor pode se arranjar para se defender da angústia do desamparo e, posteriormente, pode dele prescindir ao dirigir uma parcela de sua libido a novos investimentos objetivos, revela-se aí, então, o caráter criativo das psicopatologias.

Neste ponto de nossa discussão teórica, alcançamos a compreensão de que, se por um lado o sintoma constitui uma satisfação substituta, por outro parece denunciar algo. Trata-se de uma denúncia que entendemos estar relacionada ao desejo singular do sujeito que, alienado ao desejo do Outro (Lacan, 1964/2008) – sob ameaça da perda dos traços identificatórios, portanto, sob a ameaça de sua existência no laço social – vê-se impossibilitado de separar-se de suas *ditaduras* superegóicas. Por isso, são nas relações amorosas que, muitas vezes, encontramos maior dificuldade em reconhecer as violências cometidas contra nós, por exemplo.

O sujeito fica subordinado àquilo que Fingerhann (2021) nos sinalizou como *colonização* pela linguagem, embora deseje, em alguma medida, separar-se dela, sustentar-se como faltante – ou seja, reaver seu direito a um resto sem significação – condição necessária para que seu desejo singular possa advir. Se constituído pela linguagem, pelo campo dos significantes que provêm do Outro, o corpo-sujeito colonizado goza do laço com o outro, ao mesmo tempo em que tenta dele se separar. Freud assinala que o sintoma é também uma tentativa de superação das fixações infantis, do contrário, não se trataria de uma neurose, mas apenas de um “infantilismo estacionário” (Freud, p. 76, 1912/2016).

Nesse sentido, o sintoma nos parece se revelar em um caráter paradoxal que exige um intenso trabalho psíquico. Por um lado, pode indicar um *excesso* de identificação, por assim dizer, ao campo do Outro – sociocultural –, dificultando a elaboração da separação, como se observa em casos mais graves, como a melancolia (Freud, 1917/2016). Por outro lado, o sintoma também pode denunciar uma *escassez* de traços identificatórios, por assim dizer, como nos aponta Soares (2020), a ponto de deixar o sujeito à beira de um abismo subjetivo, de um desamparo psíquico insuportável, podendo inclusive conduzi-lo a uma morte social ou, em casos extremos, à morte real. O luto das perdas objetais, as quais trazem em sua face a dialética do amar e ser amado, apresenta-se, assim, como um modo de trabalho psíquico para dar conta dessa paradoxal equação.

Essa explanação mostra-se importante, nesse momento, para nos auxiliar na apresentação do que pudemos escutar das mulheres envelhescentes participantes de nossa pesquisa. Dito isso, nos aproximamos do luto como uma outra possível saída diante do desamparo, compreendendo-o como uma tarefa própria da envelhescência – o trabalho psíquico de elaboração da velhice.

O luto, segundo Freud (1917/2016; 1926/2014), é uma modalidade de reação emocional a uma perda, impõe-se como uma exigência de separação do objeto amado que não

existe mais na realidade. Nessa perspectiva “cabe ao luto a tarefa de executar esse desprender-se do objeto em todas as situações em que o objeto era alvo de grande investimento” (Freud, p. 123, 1926/2014). Trata-se, portanto, de um trabalho de elaboração psíquica que demanda tempo e no qual a libido é recolhida do objeto perdido e investida em seus traços de memória, na tentativa de prolongar alucinatoriamente sua existência para, posteriormente, poder ser reinvestida em novos objetos disponíveis na realidade.

Mucida (2022) nos indica que o luto na velhice, por um lado, por se tratar de perdas que se dão lentamente, pode possibilitar um processo mais gradual de elaboração ao longo do tempo, mas por outro, pode ser um trabalho difícil em razão de em nossa cultura não haver uma valorização da imagem na velhice a partir da qual se poderia extrair novos traços identificatórios. A psicanalista destaca que, para a realização deste árduo trabalho de luto da imortalidade e de reconciliação consigo, por meio do qual o sujeito volta a produzir novos investimentos libidinais, é inquestionável a importância dos significantes e da função do ideal do eu – constituídos na relação com o Outro – que prospectam a continuidade do sujeito no laço social, no laço amoroso.

Aqui nos recordamos de Berlinck (1996/2008), que descreve o conceito de envelhecimento como um processo de transformações tanto no eu ideal quanto no ideal do eu, e que exige do sujeito reescrever o seu próprio mito. Trata-se, a nosso ver, de um trabalho de escrever-se com o possível nas entrelinhas abertas pelos furos no ideal, e que carece de um pouco de tinta oferecida pelo Outro.

As pesquisadoras brasileiras Castilho e Bastos (2015) sublinham que na velhice nem sempre há disponibilidade de novos investimentos para a manutenção do laço social, o que pode resultar em lutos difíceis, nos quais predominam o isolamento e, acrescentamos, a solidão. As autoras apontam que, muitas vezes, a pessoa idosa se furta de falar de suas perdas, silenciando-se “para não dar trabalho”, submetida aos ideais culturais de rechaço à falta, ao

que dói – afinal, para falar, é preciso um outro disposto a escutar, disposto a suportar a falta. Alcançamos compreender que nesse arranjo desajustado, as perdas se acumulam: para além dos objetos perdidos o sujeito perde o direito ao trabalho de luto e, com ele, perde-se também um lugar no laço social. Ao perder sua voz, perde igualmente um lugar no campo do Outro. Parece-nos haver, nesse ponto, uma semelhança entre a condição da velhice e a das mulheres, ambas historicamente silenciadas em nossa cultura.

Para além das barreiras culturais e das perdas reais discutidas até aqui, se a velhice aponta para a falta e o luto constitui um trabalho em torno dela, um movimento em busca de novos objetos substitutos, Mucida (2022) o propõe, para além do gozo fálico, no qual predomina a lógica de ter/ser, a perspectiva do luto sustentado pelo gozo feminino. Trata-se de um modo de gozo que suporta algo que resta sempre perdido, inapreensível – o real da castração, não simbolizável – e que permite ao sujeito produzir outros modos de satisfação, apesar da falta. Como afirma a autora: “mesmo que o sofrimento seja inevitável a todo luto, suportar que algo sempre falte – inclusive significantes para nomeá-la –, permite ao sujeito construir respostas mais inventivas em torno da falta, extraindo dela um saber sobre si mesmo” (Mucida, p. 153, 2022).

Assim, se a existência da falta é o que permite pulsar o desejo, manter vivo o sujeito, encontrar novas formas de sustentá-la torna-se vital. Nesse sentido, o luto configura-se como um trabalho fundamental para alcançar a falta simbólica, condição para a circulação do desejo (Castilho & Bastos, 2015; Soares, 2020; Mucida, 2022). Diante das perdas, se o sintoma anuncia algo interditado ao desejo, o luto apresenta-se como um movimento que o reivindica.

Desse modo, compreendemos que diante das perdas, do desamparo e da solidão na velhice, a envelhescência é uma inovação psíquica. Trata-se de um trabalho de reinvenção dos investimentos libidinais, de redescritção dos ideais que sustentam um laço possível com o outro social. A envelhescência é o trabalho psíquico de elaboração da velhice, de fazer com as

perdas, de reescrever novas formas de sustentar o desejo, afinal o sujeito não envelhece (Berlinck, 1998/2006; Soares, 2020; Mucida, 2022). Passamos, então, aos aspectos da pulsão e do desejo no que estes apontam para a velhice de cada um.

2.1.3 Pulsão e Desejo: a Velhice de Cada Um

Desde o início, temos trabalhado o tema da velhice, na perspectiva da psicanálise, orientados pela premissa freudiana de que o inconsciente não envelhece, não está submetido à passagem do tempo cronológico, às decadências da matéria. Pulsão e desejo, portanto, não envelhecem. Contudo, as mudanças sofridas no real, como as perdas no corpo, da imagem narcísica, do amor no laço social, impõem ao sujeito envelhescente um trabalho psíquico de elaboração, de rearranjo da pulsão que, se não envelhece, persiste atual em sua meta: a satisfação.

Nessa direção, Soares (2020) nos propõe pensar a velhice não como uma realidade cronológica, mas como realidade psíquica pulsional, “assim, se a psicanálise contribui para a clínica com os idosos, é pela noção conceitual do sujeito do desejo” (Soares, p. 54, 2020). É porque algo falta – estruturalmente – que o sujeito deseja, move-se em busca do objeto suposto perdido que concederia satisfação plena. O desejo é, por sua vez, produto do circuito da pulsão: algo sempre resta insatisfeito, insistindo em se satisfazer, sem nunca se completar. O desejo é, assim, a representação mesma da falta.

Assim, Mucida (2022) nos lembra que a pulsão é avessa à noção desenvolvimentista, a realidade, portanto, é sempre a realidade psíquica, na qual não há diferença de inscrição temporal entre passado e futuro, a realidade psíquica é o infantil sempre atual. Nesse sentido, a passagem do tempo cronológico e seus efeitos impõem ao sujeito um trabalho de criação de novas formas de enlaçamento de seu passado, projetando-o ao futuro – arranjo necessário para que o desejo siga em movimento. Em suas palavras, “. . . demanda um novo enodamento do

tempo, no qual o tempo atual possa atualizar o passado com perspectivas de outras vestimentas para o desejo” (Mucida, p. 18, 2022).

A referência pulsional, implícita a esse trabalho de criação, nos leva à noção de sujeito como indissociável do campo social. Afinal, o sujeito se sustenta no laço com o Outro que o acolhe em seu desejo, participa do arranjo de seu circuito pulsional e de sua estrutura como sujeito de desejo (Freud, 1905/2016 ; Lacan, 1964/2008; Soares, 2020; Mucida, 2022).

Nesse ponto de nossa conversa, acolhemos um apontamento ressaltado por Soares (2020), relevante pelo seu caráter social: na velhice, a demanda de enlaçamento não parece diminuir, a exigência pulsional permanece, portanto, tornando necessária a disponibilidade de novos objetos nos quais investir. Nesse sentido, as mulheres envelhescentes participantes de nossa pesquisa encontrariam possibilidades de novos investimentos objetivos nos laços estabelecidos com e a partir do serviço de saúde, seja por ocasião das consultas, seja nas atividades em grupo? Discutiremos essa hipótese mais adiante.

Outro apontamento relevante, voltado ao sujeito em sua singularidade, é oferecido por Mucida (2022) ao sustentar que “. . . quanto mais o sujeito suporta a falta fálica, quanto mais se inscreve pelo gozo feminino, mais ele poderá encontrar respostas criativas ou até inventivas à problemática trazida por sua velhice” (Mucida, p. 144, 2022). Em outras palavras, suportar que uma parcela da pulsão reste como impossível pode munir o sujeito de recursos mais criativos diante dos impasses que se apresentam na velhice. Paradoxalmente, suportar o impossível amplia o possível.

Ressaltamos, contudo, que a possibilidade de criação subjetiva depende não apenas dos recursos psíquicos do sujeito, mas também das condições da realidade externa acessíveis a cada indivíduo. Defendemos uma psicanálise que se posicione implicada com seu território – no nosso caso, uma psicanálise latino-americana, que considere os impactos de uma história de colonização cujos efeitos econômicos, sociais e psíquicos, advindos das relações de poder,

são reproduzidos e sofridos ainda hoje. Como exemplo, mencionamos o caso de uma mulher paciente do AMASM que encontrava dificuldade financeira para substituir os objetos na realidade externa: foi-lhe prescrita uma reeducação alimentar para tratar a obesidade, mas não dispunha de dinheiro para comprar outros alimentos que não os que seu rendimento lhe permitia acessar.

Voltando à discussão, a partir desses sentidos apresentados, considerando a indestrutibilidade do desejo, o luto pela perda de objetos na velhice implica a invenção de “novas vestimentas para o desejo”, ou poderíamos dizer, (rein)vestir o desejo, afinal o sujeito não envelhece (Mucida, p. 29, 2022). Na vivência da velhice, em que a castração se apresenta de forma mais exposta, o sujeito pode sucumbir a ela, produzindo sintomas, isolamento e mesmo uma morte real, ou, ao contrário, fazer com ela, por meio da substituição de objetos, da criação, da sublimação, inventando, portanto, novos modos de sustentar o desejo pulsante.

Retomando Berlinck (1996/2008) e Soares (2020), se de um lado está a realidade psíquica pulsional, sempre atual, em pleno vigor, de outro, encontram-se os efeitos do tempo sobre o corpo e sobre os laços sociais. É nesse encontro-desencontro que podemos localizar a envelhescência e pensá-la como o trabalho psíquico na velhice, impulsionado pelo movimento de criação próprio do desejo, que não envelhece.

Para encerrarmos nosso percurso sobre a velhice na psicanálise, nos parece fundamental destacarmos o seu caráter singular e inevitável. Em oposição à compreensão cultural da velhice como um evento universal, o saber psicanalítico nos ensina que ela será vivenciada diferentemente por cada sujeito, em razão de seu psiquismo particular, do campo cultural em que está inserido e dos recursos externos disponíveis. A velhice implica, portanto, uma experiência de subjetivação a partir do encontro entre corpo que envelhece e inconsciente atual, que se dá na trama que inclui a relação do sujeito consigo, com o outro, com a cultura e com os recursos acessíveis (Soares, 2020).

Portanto, não existe uma velhice natural, cada sujeito só pode envelhecer a seu próprio modo, ainda que haja um corpo que envelheça, uma pessoa que se torne idosa, a velhice permanece como um destino radicalmente singular: “não há velhice natural do ponto de vista psíquico porque o inconsciente não envelhece, porque não existe, em termos pulsionais, o natural, mas significantes” (Mucida, p. 137, 2022).

Nesse sentido, é curioso que o fundador da psicanálise, como já mencionamos, pouco tenha se aproximado do tema da velhice, embora tenha afirmado ao longo de sua obra a atemporalidade do inconsciente, que o psiquismo não envelhece. Como também comenta a psicóloga brasileira Emily Abrahão, “o próprio Freud teve sua história profissional pouco voltada para este período da vida, embora tenha desenvolvido inesgotavelmente ideias sobre os processos inconscientes presentes na vida diária de todo ser humano, independentemente da idade cronológica” (Abrahão, p. 59, 2008) e, acrescentamos, mesmo tendo se tornado uma pessoa idosa, que viveu a experiência da velhice. Talvez tenha sido assim que Freud pode subjetivar o singular de sua própria velhice. No entanto, essa especulação nos interessa menos do que a reflexão que dela podemos produzir: o rechaço da velhice pela própria psicanálise.

Retomando o que nos indica Mucida, no inconsciente existem os significantes que, como tais, não dão conta de nomear tudo, sempre resta um sem-sentido diante do qual se inscreve nosso desamparo psíquico. Assim, “toda resposta, toda condução ao real da velhice, deixa sempre um resto. Por isso é tão difícil definirmos a velhice já que ela tange sempre o real, o indizível . . .” (Mucida, p. 137, 2022). Por isso, pensamos ser difícil não apenas defini-la, mas também suportá-la enquanto analistas, uma vez que o encontro com a velhice nos convoca ao encontro com a castração e a finitude do outro, bem como, com nossa própria castração, nossa própria finitude.

Talvez aí se explique não todo o rechaço ao tema da velhice pela própria psicanálise. Mucida compartilha conosco ter aprendido, na solidão que a acompanhou em suas

investigações, que “. . . a velhice trazia em sua cola um real difícil de suportar mesmo para os analistas” (Mucida, p. 15, 2022).

Resgatamos com Lacan (1958/1998) que no trabalho de escuta psicanalítica o analista paga com seu corpo, com suas palavras e com seu ser; e nessa mesma direção, Soares (2020) nos acentua que o psicanalista é inevitavelmente afetado por sua clínica, pois esta lhe implica sua subjetividade e seu corpo como instrumentos no exercício de seu ofício. Assim, a escuta de pessoas envelhescentes coloca o analista diante dessa “. . . estrangeira chamada velhice que já o habita”, portanto, também o implica em um trabalho de envelhescência (Soares, p. 163, 2020).

Concluindo, a velhice é um texto que cada um só poderá escrever com sua letra, de próprio punho, e com aquela caneta cuja tinta, em algum momento falha – assim como nos parece ser próprio do viver, não só do envelhecer. Nesse sentido, compreendemos que não há uma hegemonia psicanalítica sobre a velhice, ao contrário, o que nos é certo é que *há velhices*, no plural. É o singular que nos assinala o plural da velhice. E cada um há de se haver com a sua, inclusive nós, psicanalistas.

Finalizado nosso percurso sobre a velhice na perspectiva psicanalítica, passaremos agora à abordagem da mulher na psicanálise, a partir de Freud.

2.2 MULHERES NA PSICANÁLISE

Embora seu criador seja um homem, a emergência de um campo de saber, que viria a se conhecer em 1900 pelo nome de psicanálise, se funda a partir das mulheres – no plural. Foi pela escuta de mulheres que sofriam de histeria, manifestada por seus corpos adoecidos, que Freud pode aceder à formulação do inconsciente como constitutivo de nossa subjetividade e inventar um método de investigação e tratamento para o mal-estar psíquico.

Dentre essas mulheres, a Sra. Emmy Von N. se destaca na história da psicanálise por sua emblemática fala dirigida ao doutor Freud durante um atendimento: “fique quieto – não diga nada – não me toque!” (Freud, p. 77, 1893-1895/2016). Fala retratada segundo registro do próprio Freud que, na sequência do relato, o interpreta como uma provável alucinação da paciente para repelir a intromissão de um estranho – ou poderíamos indagar, não teria sido um pedido sóbrio de escuta de uma mulher que quer falar?

Freud (1893-1895/2016) alcança compreender que a histeria tem estreita relação com a sexualidade, mais especificamente com a repressão sexual: “. . . deve-se buscar a etiologia em fatores *sexuais*” (p. 362, ênfase do autor), ele diz; nesse sentido, “. . . a histeria surge pela repressão, motivada pela defesa, de uma ideia intolerável; a ideia reprimida subsiste como um traço mnemônico fraco (pouco intenso) e o afeto a ela arrancado é utilizado para uma inervação somática: conversão da excitação” (p. 400). Assim, os sintomas das histéricas diriam respeito a um tipo de repressão da expressão de suas sexualidades.

Sabemos então que, embora de exuberantes conversões somáticas, as formações histéricas não se revelam um fingimento, uma teatralização sem sentido com o corpo, mas como produto da virada do século XIX ao século XX, são também uma resposta ao imperativo social do ser mulher, “. . . a histeria, com sua sintomatologia que se localiza na fina fronteira que separa o subjetivo e o social, nessa encruzilhada entre um vetor clínico e um vetor político, manifesta uma outra maneira de construir e de habitar o feminino” (Iannini & Tavares, p. 28, 2018).

Embora Freud tenha ofertado escuta às mulheres de sua época, ele nos parece atravessado pelo discurso social repressor quanto ao destino dos desejos femininos. Apesar de transformações sociais e novas concepções teóricas, ainda observamos em nossa cultura a imposição do ideal feminino da função do cuidado, como parece ser o caso das participantes

de nossa pesquisa, mulheres de uma geração ainda tradicional. Por essa razão, faremos uma breve retomada das ideias freudianas em articulação crítica com autores contemporâneos.

Vejamos então o que o homem da psicanálise formulou acerca das mulheres na psicanálise.

2.2.1 Feminilidade em Freud: Sobre Tornar-se Mulher

Em 1918, Freud escreve *O tabu da virgindade* no qual apresenta a ideia da mulher na cultura associada a um suposto perigo que, no seu exame, diz respeito ao perigo inconsciente da castração. Freud (1918/2018) acrescenta então, que não é a virgindade em si que é um tabu, mas a própria mulher. Portanto, a mulher transformada em tabu na cultura funcionaria como um apelo à sua distância, o tabu viria a constituir uma função de proteção contra a angústia de castração evocada nos homens que das mulheres se aproximassem desatentos à sua vigilância e ao seu controle.

Freud argumenta que “talvez esse horror esteja justificado pelo fato de a mulher ser *diferente* do homem O homem teme ser *enfraquecido pela mulher*, ser contaminado *por sua feminilidade* e então mostrar-se incapaz” (Freud, p. 163, 1918/2018, *ênfase nossa*). O horror estaria no encontro não com a mulher, mas no encontro com *a diferença*, no que ela remete à perda, à fragilidade e, em última instância, ao desamparo psíquico. A mulher na cultura seria compreendida, então, como representante da castração, de quem foi punido com a perda do falo.

Essa direção nos aponta uma perspectiva pela qual Freud parece ter tomado a mulher no decorrer de suas elaborações sobre a feminilidade: a mulher como um enigma. Serge André (1998), psicanalista belga, sinaliza que para Freud a feminilidade se constitui a partir do estatuto de um enigma uma vez que se apoia no paradigma da masculinidade, ou seja, no referencial fálico, por excelência.

Nesse sentido, carente de um falo, a constituição psíquica da mulher se compreenderia mais por um *vir a ser* do que lograria alcançar um *ser*, resultando na ideia de que “a mulher deve ser praticamente fabricada através de um longo trabalho psíquico” (André, p. 191, 1998). Essa noção de uma prolongada elaboração do constituir-se mulher foi também um ponto interessante que nos chamou a atenção nas escutas das participantes de nossa pesquisa. A queda de traços supostos fálicos em suas velhices parece implicá-las numa reedição de suas feminilidades, como comentaremos mais à frente na discussão dos resultados.

O referencial fálico, ou seja, o primado do falo no psiquismo foi afirmado por Freud no trabalho intitulado *Organização genital infantil*, de 1923, no qual ele desenvolve a proposição de que, no desenvolvimento psicosssexual infantil, para ambos os sexos, apenas um deles seria dotado de um papel (de um sentido), o genital do menino (Freud, 1923/2018). O falo é, então, elevado à condição de representação psíquica.

Nesse mesmo texto Freud (1923/2018) retoma a ideia de que a perda do falo seria consequência da castração, originária na fantasia infantil de que “. . . teriam perdido o genital apenas as pessoas *indignas do sexo feminino* . . .” (p. 241, *ênfase nossa*), o que explicaria a depreciação, o menosprezo, o horror à mulher por sua representação inconsciente da castração.

Ainda nesse artigo, Freud (1923/2018) desenvolve a noção das posições sexuais masculina e feminina relacionadas às dialéticas atividade-sujeito e passividade-objeto, respectivamente, a partir das quais deixa a indicação de que na posição feminina, *ser mulher* se equivaleria a *ser mãe*: “A vagina agora é considerada o albergue do pênis; ela assume a herança do ventre materno [*Mutterleibes*]” (p. 242, 1923/2018). *Mutterleibes*, em alemão, é traduzido por “útero” em português. Assim, restaria para a menina, no caminho de seu desenvolvimento psicosssexual, pela semelhança anatômica à mãe, apropriar-se da *herança materna* e aceder à posição feminina – de mulher – pela via da identificação à função da

maternidade.

No ano seguinte, Freud trabalha a problemática da travessia do complexo de Édipo, delimitando essa experiência para o menino, mas se esbarra em algumas limitações para descrever a saída do complexo para a menina: “de modo geral, no entanto, precisamos admitir que nossa compreensão desses processos de desenvolvimento na menina é insatisfatória, lacunar e vaga” (Freud, p. 253, 1924/2018).

Para Freud (1924/2018), o menino reprime seu desejo pela mãe e identifica-se ao pai e aos correspondentes ideais viris do gênero para afastar de si a ameaça imaginária de castração – a perda do falo, que como vimos, o genital masculino representa; assim, a dissolução do complexo de Édipo no menino ocorreria pela angústia de castração.

No caso da menina, Freud (1924/2018) propõe que ela toma o seu clitóris como equivalente ao pênis, mas decepçiona-se pelo seu tamanho reduzido, sentindo-se inferior; ela supõe então que já teve um membro e que depois o perdeu. Assim, a menina vivencia a castração como um fato consumado para ela e, segundo a teoria freudiana, consola-se com a esperança de um substituto no futuro, um filho; desse modo, se acham preparados os caminhos para a feminilidade, que “. . . ajudam a preparar o ser feminino para seu *futuro papel sexual*” (Freud, p. 253, 1924/2018, *ênfase nossa*). A dissolução do complexo de Édipo na menina estaria, assim, pendente em um processo lentamente abandonado, porque o desejo por um falo não se realiza (Freud, 1924/2018).

É nesse trabalho que Freud vai afirmar a noção de que a constituição psíquica da sexualidade – da masculinidade ou da feminilidade – sofre incidências da biologia do corpo: “. . . a diferença morfológica vai se expressar em distinções no desenvolvimento psíquico. A anatomia é o destino . . .” (p. 252, 1924/2018), ele declara. A percepção da diferença anatômica dos genitais produz efeitos subjetivos.

E nessa direção, Freud avança em suas elaborações e publica *Algumas consequências*

psíquicas da distinção anatômica entre os sexos, de 1925, no qual afirma que haveria para a menina uma história pré-edípica. Nela, a percepção da diferença anatômica teria como consequências a decepção amorosa com a mãe, suposta por não ter lhe dado um genital masculino, de quem se afastaria e, portanto, convencida de sua impotência, a levaria a se afastar também da masculinidade, deslocando o desejo por um pênis para o desejo por um filho, para isso, aproximando-se do pai, abrindo assim o caminho rumo à feminilidade (Freud, 1925/2018).

Nesse ponto dialogamos com André (1998) no que ele assinala que não se trataria de um instinto natural que direciona a atração entre os seres sexuados, mas diria respeito a um “. . . mecanismo psíquico inconsciente, em suma, *um fato de cultura*, mais do que da natureza. Desse modo, o que empurra a menina para o pai não é a atração pelo homem, mas o ódio pela mãe” (p. 192, *ênfase nossa*). Sendo um fato de cultura, acrescentamos uma leitura que Maria Rita Kehl (2016), psicanalista brasileira, nos ajuda a formular: a inclinação da menina para o pai poderia se traduzir por um inclinar-se à função de mãe, para a qual é necessário um filho e, o ódio pela mãe poderia se substituir pela falta de outras saídas à mulher oferecidas pela cultura. Assim, o tornar-se mulher não se alojaria em um suposto instinto à maternidade, mas no trabalho psíquico no qual também incidem as determinações da cultura.

À essa altura, somos despertados a nos questionar: essa proposição freudiana do tornar-se mulher, no desejo por um falo que se desliza para o desejo por um filho, portanto, equivalendo-se ao ser mãe, cuidadora, também seria o caso, de algum modo, para as mulheres participantes de nossa pesquisa, considerando que elas são de uma geração cultural ainda um tanto conservadora quanto aos ideais de mulher-mãe-doméstica?

Retomando as proposições de Freud (1925/2018), ele conclui que se o complexo de castração é a saída do complexo de Édipo para o menino, para a menina, é sua entrada. Argumenta, nesse sentido, que se a castração não é precipitadora da dissolução do complexo

de Édipo para a menina, a formação do seu superego restaria fragilizado, o que implicaria à mulher um desenvolvimento ético diferente do que ele atribui como “normal”, encontrado nos homens, uma baixa resistência a situações adversas, traços de caráter “criticados na mulher” (Freud, p. 271, 1925/2018), supostamente, ela se deixaria guiar por sentimentos mais passionais. Não é o objetivo de nosso trabalho, mas não podemos deixar de nos indagar se a mulher passional em Freud de outrora não seria “a louca doente” de hoje, de quem a voz que denuncia sofrer violências e a sociedade resiste em ouvir.

Mais adiante, Freud (1931/2018) retoma a importância da fase pré-edípica para a menina, em especial pela relação ambivalente de amor e ódio aí estabelecida com a mãe contra quem a filha se revoltaria por não ter lhe dado um membro e, por isso dela se afastaria em direção ao pai de quem esperaria ser amada e dele receber um filho como compensação pela falta materna. Para Freud (1931/2018), essa se configura como sendo uma saída normal para a feminilidade, embora acredite que o complexo de Édipo não seja totalmente atravessado pela mulher.

No entanto, nesse momento da elaboração acerca do desenvolvimento sexual feminino, Freud (1931/2018) parece prescindir da referência binária – masculino e feminino; no sentido de que passa a considerar, então, que não haveria uma distinção entre libido ativa e passiva (masculina e feminina, respectivamente), mas modos de satisfação, ativo e passivo. O que nos sugere um deslocamento da posição freudiana, no sentido de um esclarecimento, que propõe uma certa dissociação da, até então, relação direta estabelecida entre homem como ser ativo e mulher como ser passivo.

É na direção desse esclarecimento, dessa disjunção, que Freud abre o artigo *A feminilidade* de 1933. De saída Freud (1933/2018) reforça a recomendação de não integrar atividade ao homem e passividade à mulher: “As mulheres podem desenvolver grande atividade em diversas direções” (p. 317). Aqui podemos interpretar uma indicação implícita

de que a maternidade não precisaria ser o único destino *da mulher*, e nesse sentido, inclusive poderíamos grafar no plural, *das mulheres*, cujos destinos podem ser, então, plurais, diversos. Freud continua: “. . . os homens não podem conviver com seus iguais se não desenvolverem um alto grau de docilidade passiva” (p. 317), ou seja, aos homens também seria reservada a tarefa de adiar satisfações imediatas, inibir alguma porção dos impulsos, do contrário, suas próprias vidas se colocariam em risco. Por fim, Freud conclui: “. . . fazer coincidir "ativo" com "masculino" e "passivo" com "feminino". . . . eu os desaconselho (Freud, p. 317, 1933/2018).

Freud, portanto, reconsidera que só haveria uma única libido a serviço do sexual – independentemente dos dois sexos biológicos – e que ativo e passivo são úteis apenas para se referirem às metas libidinais, afinal, afirma ele, “. . . é preciso uma grande porção de atividade para que uma meta passiva se estabeleça” (Freud, p. 317, 1933/2018).

O psicanalista também discute a hipótese de que a tendência às metas passivas nas mulheres estaria submetida à expectativa desta posição no encontro sexual – fruto de uma coerção sobre a libido para servir exclusivamente à função procriadora – portanto, reproduzida fora dele, e à repressão de sua agressividade, imposta pelas normas sociais; de modo que haveria, então, uma relação entre vida pulsional e feminilidade (Freud, 1933/2018). Nesse sentido, Freud (1933/2018) acrescenta que na feminilidade haveria uma tendência ao narcisismo, portanto, encontrar-se-ia na mulher uma necessidade de ser amada que prevaleceria à necessidade de amar.

Freud (1933/2018) comunica que o que pôde alcançar sobre a feminilidade, limita-se à pré-história de seu desenvolvimento – fase pré-edípica – e que não constitui o propósito da psicanálise saber *o que é uma mulher*, mas *como se torna uma mulher*. Parece-nos valioso registrar que, nessa ocasião, ele também dirige seu reconhecimento às importantes contribuições de suas colegas analistas, nomes como Ruth Mack Brunswick, Jeanne Lampl-de

Groot e Helene Deutsch.

Embora Freud tenha dado importância aos efeitos dos ideais sociais sobre a mulher, reconhecido a participação de analistas mulheres na teoria psicanalítica, ele parece prosseguir, contudo, fazendo uma retomada de suas proposições anteriores sobre a feminilidade reiterando noções como a função sexual da mulher, a tarefa social da mulher. Afirma que a fase pré-edípica da menina guardaria sua importância pelas aquisições das qualidades necessárias para “. . . mais tarde cumprir *seu papel nas funções sexuais e para bancar suas inestimáveis tarefas sociais*” (Freud, p. 340, 1933/2018, *ênfase nossa*).

Caberia à mulher, segundo Freud (1933/2018), constituir-se pela via da maternidade, aliás não só de um filho, mas deslocando-se também para o próprio arranjo matrimonial com um homem: “o casamento mesmo não está assegurado enquanto a mulher não conseguir fazer do seu marido também o seu filho e agir [*agieren*] como mãe em relação a ele” (p. 340). Na hipótese freudiana, a mulher se constituiria psiquicamente sustentada no papel de ser mãe no encontro com o outro. Mais uma vez somos remetidos às escutas das mulheres participantes de nossa pesquisa, no que elas parecem dizer de uma posição de cuidado ocupada em suas relações com o outro – filhos, maridos, familiares. Veremos mais adiante na apresentação dos resultados.

Retomando a hipótese freudiana, André (1998) sublinha um ponto de fragilidade: delimitar que o desejo das mulheres reside no desejo por um filho, propor que o tornar-se mulher seria equivalente a tornar-se mãe seria um equívoco, pois, ao inferir a feminilidade equivalente à maternidade, significaria dizer que “. . . Freud atribui ao filho o papel de significante da identidade feminina, à falta de um outro sinal. Esta tese, é preciso reconhecer, não se aplica à prova do real da nossa clínica” (André, p. 198, 1998). Portanto, o psicanalista refuta, a partir de sua prática clínica, o raciocínio de que as meninas só poderiam se identificar como mulher pelo traço da maternidade.

Ainda em 1933, Freud sugere que as mulheres manifestam fracos interesses sociais e menor capacidade de sublimação do que os homens e, em comparação com estes, “. . . uma mulher da mesma idade [30 anos] muitas vezes nos assusta por sua *rigidez psíquica* e *imutabilidade*. . . . é como se o difícil desenvolvimento para a feminilidade houvesse esgotado as possibilidades da pessoa” (Freud, p. 341, 1933/2018, *ênfase nossa*).

Diante de tais proposições, Kehl (2016) nos convida a refletir se às mulheres não era reservado menos acesso em relação aos homens, o que inviabilizaria, portanto, ampliarem os enlaçamentos libidinais para além das atividades domésticas e maternas, restando-lhes mesmo *esgotadas* possibilidades outras que não o recalque de seus desejos. E no caso de nossa pesquisa, essas pacientes mulheres estariam dizendo de desejos outros que foram recalcados, mas transformados em sintomas no corpo e endereçados ao serviço de saúde, na tentativa de um destino outro? Arriscamos discutir a respeito desse questionamento nas considerações finais de nosso trabalho.

Voltando a Freud (1933/2018), ao final desse artigo, ele recomenda, por um lado, “. . . não perdemos de vista o fato de que, além disso, *cada mulher* [*Frau*] deve ser um ser humano” (p. 341, *ênfase nossa*), aqui parecendo sugerir as mulheres no plural, portanto, não havendo uma feminilidade universal, mas *cada mulher* só podendo constituir-se à sua maneira; por outro lado, afirma que seu conhecimento “certamente está incompleto e fragmentário, e nem sempre soa amigável” (p. 341), afinal “. . . só conseguimos descrever a mulher [*Weib*] na medida em que *seu ser é determinado por sua função sexual*” (p. 341, *ênfase nossa*), portanto, que o destino para a feminilidade seria a maternidade.

Por fim, Freud (1933/2018) afirma que: “se quiserem saber mais sobre a feminilidade, então perguntem às suas próprias experiências de vida, ou voltem-se aos poetas, ou esperem até que a ciência possa lhes dar informações mais profundas e mais bem articuladas” (p. 341) e nos deixa em aberto a pergunta sobre como se torna uma mulher. André (1998) acentua que

Freud não alcança elaborar a especificidade do que constitui a sexualidade para as mulheres e sugere que, por pouco dizer sobre o desejo feminino, por isso mesmo a mulher tome importante lugar em suas reflexões – e, nos perguntamos, a mantém como um enigma?

Talvez se trate de um ideal, propõe André (1998), segundo o qual o próprio Freud, mantendo a mulher como indecifrável, manteria o caminho aberto para o seu desejo pela psicanálise continuar desejando.

Do horror à mulher como representante da castração ao enclausuramento de seu desejo na função sexual de um ventre materno, o percurso das investigações freudianas sobre a feminilidade parece ter desembocado na mulher como enigma, na questão que restou em aberto: *como um ser se torna mulher?*

Encerramos aqui um percurso teórico possível para seguirmos ao próximo capítulo no qual apresentamos o campo de escuta de mulheres envelhescentes participantes de nossa pesquisa.

3 AMBULATÓRIO DE SAÚDE DA MULHER: UM CAMPO DE ESCUTA DE MULHERES-SUJEITOS NA ENVELHESCÊNCIA

Campo de pesquisa

*“Você vai ficar com a gente ou você também
vai ser igual às outras... um beija-flor que
vem, dá uma bicada e vai?”*

– Íris

Continuamos nossa discussão neste capítulo que, embora breve, desempenha um papel importante para situar as pessoas leitoras sobre o campo escolhido para a escuta de algumas mulheres-sujeitos na envelhescência que participam de nossa pesquisa.

Para isso, retomamos nossa inquietação apresentada lá no início, *para começar nossa conversa*: se não na clínica psicanalítica, onde vão parar mulheres na envelhescência, cujos corpos, muitas vezes adoecidos, parecem endereçar um pedido de escuta? Partindo dessas indagações, escolhemos o Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher (AMASM) como campo de escuta de mulheres-sujeitos, na hipótese de que este seja um dos possíveis destinos de mulheres na envelhescência com algum sofrimento psíquico e demanda por acolhimento, ainda que pela via do corpo adoecido.

O AMASM compõe uma das especialidades de atenção secundária à saúde oferecidas pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU) situado no campus da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (Cordeiro et al., 2021). O ambulatório atende à demanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM), neste momento, sob coordenação do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde, com o apoio dos Departamentos de Educação Física, Nutrição, Psicologia

e Psicanálise, Psicologia Social e Institucional, em parceria com o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL) e a Prefeitura do Município de Londrina⁶.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher foi instituído com o propósito de formar profissionais em caráter multidisciplinar e interdisciplinar capacitados para atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida e em todos os níveis de atenção. Com base nos princípios e diretrizes do SUS, o programa RMSM foi criado como estratégia para melhorar a assistência integral à saúde da mulher (Cordeiro et al., 2017; Cordeiro et al., 2021). O programa também está de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, especialmente com o objetivo de número cinco que trata da saúde sexual e reprodutiva da mulher⁷.

A inserção da Residência no AEHU passou por desafios como a falta de espaço físico destinado às atividades da equipe multiprofissional, resistência de alguns médicos à presença dos residentes nos ambulatórios de suas especialidades e dificuldade de reconhecimento do trabalho por parte de outros funcionários. Como solução, foi criado em 2013 o Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da Mulher (AMASM) para receber pacientes atendidas nas clínicas de ginecologia e obstetrícia e, com a consolidação do trabalho, ampliou-se para as clínicas médica e de psiquiatria em razão da prevalência de doenças crônicas degenerativas na população feminina (Cordeiro et al., 2017; Cordeiro et al., 2021).

As pacientes são encaminhadas ao AMASM pelos médicos das especialidades clínicas em que fazem acompanhamento de acordo com a morbidade específica. Os atendimentos são realizados principalmente por consultas multidisciplinares e, além destas, há a possibilidade de atendimento em grupo, acompanhamento em atividade física na academia da mulher, atendimentos individuais nas especialidades que constituem a residência, de acordo com demanda e avaliação profissional (Cordeiro et al., 2021).

⁶ Segundo texto do edital de seleção para residentes - COREMU Nº R006/2024.

⁷ Segundo Projeto Político Pedagógico do programa, item 3.4 - Articulação com as Políticas de Saúde Locorregionais.

A equipe multidisciplinar do ambulatório é formada por residentes de farmácia, nutrição, educação física e psicologia. O atendimento se inicia pela consulta compartilhada por pelo menos dois residentes de áreas diferentes e após a discussão da equipe sobre o caso, são dados os encaminhamentos mais adequados, inclusive para atendimento com o psicólogo (Cordeiro & Lucri, 2020).

O psicólogo atua nas modalidades de atendimento compartilhado com a equipe, atendimento individual e em grupo. Muitas pacientes são encaminhadas ao ambulatório diretamente para atendimento psicológico, sendo o caso, inicia-se atendimento individual no próprio ambulatório ou a paciente é direcionada para a Clínica Escola de Psicologia da mesma universidade (Cordeiro et al., 2021).

As demandas psicológicas também podem ser acolhidas pelo psicólogo no trabalho em grupo com mulheres da menarca ao climatério/menopausa. A proposta de apoio psicológico em grupo surgiu na aposta de um espaço de escuta em que as pacientes poderiam se beneficiar do trabalho em um grupo operativo (Cordeiro & Lucri, 2020; Cordeiro et al., 2021).

Hoje, o grupo Florescer continua acontecendo semanalmente, sendo formado por aproximadamente dez mulheres, na faixa dos 60 anos de idade e que apresentam algum mal-estar psíquico para além das morbidades. Alguns temas de trabalho propostos no ano de 2024 foram: ansiedade, maternidade, casamento, o que é ser mulher?, climatério/menopausa, sexo, envelhecer, autocuidado, além de encontros de confraternização nos encerramentos de período. Observamos que o grupo Florescer é um importante espaço de fala e de escuta, de troca de experiências e de construção singular, de fortalecimento de vínculos afetivos entre as participantes e destas para com a equipe, este último aspecto observado de forma mais evidente na época de troca de equipe de residentes, em que as pacientes costumam manifestar sentir a mudança⁸.

⁸ Informações obtidas in loco pela pesquisadora na ocasião da ambientação da pesquisa, em 2024.

Além dessas observações específicas do grupo operativo, outros aspectos podem ser observados no ambulatório como pacientes poliqueixosas, baixa adesão aos tratamentos, dependência dos serviços ofertados pela instituição de saúde. No campo da saúde, esses fatores podem estar relacionados a uma supervalorização que frequentemente acompanha a nomeação de uma doença, diagnosticada sob tal perspectiva biomédica. É reconhecida a importância do diagnóstico, contudo, promove a exclusão do sujeito que dele padece, nesse sentido, as intervenções da psicologia são responsáveis por relançar sua dimensão subjetiva. Assim, a partir da proposta de atenção multidisciplinar à saúde da mulher, a psicologia se propõe a olhar os aspectos subjetivos das pacientes, enquanto a considera também em sua totalidade (Cordeiro & Lucri, 2020).

Nessa direção, da exclusão do sujeito do corpo adoecido, nos deparamos com uma inquietação no decorrer de nossa passagem pelo serviço de saúde da mulher: o controle dos corpos femininos. Essa questão foi aprofundada na forma de capítulo de livro, disponível no apêndice D – *Saúde Pública para (o controle dos corpos das) mulheres? Relato de uma pesquisadora no serviço de saúde.*

Quanto à nossa pesquisa, nos ocupamos da especificidade de mulheres na envelhescência atendidas nesse ambulatório e daquilo que delas pudemos escutar para além de seus corpos adoecidos. Escolhemos o campo da saúde como lugar de escuta dessas mulheres, sustentados pela hipótese psicanalítica de que o sofrimento psíquico que ainda não passou à palavra passa pelo corpo, e o corpo adoecido vai parar no serviço de saúde. E, no serviço de saúde, o que essas mulheres têm a dizer sobre suas envelhescências, a partir de uma escuta psicanalítica?

Seguimos nossa conversa, agora sobre os caminhos metodológicos construídos em nossa pesquisa.

4 CAMINHOS DE NOSSA PESQUISA

Método

*“A pesquisa vai se construindo
comigo e com elas”
– Lilian Melo*

Nosso trabalho se constituiu a partir do seguinte problema de pesquisa: o que tem a dizer, sobre suas experiências psíquicas de envelhescência, mulheres que se dirigem aos serviços de saúde com seus corpos adoecidos?

Desde esta questão, a pesquisa se estruturou com o objetivo geral de investigar a experiência psíquica de envelhecer para mulheres usuárias de um ambulatório de saúde da mulher, a partir do referencial psicanalítico, propósito maior que se desdobrou nos objetivos específicos de: analisar os efeitos subjetivos de envelhecer que emergiram nas falas de mulheres escutadas e; discutir a possível relação entre o mal-estar psíquico endereçado ao serviço de saúde, na forma do adoecimento do corpo, e a experiência psíquica da envelhescência.

Nosso estudo pretendeu analisar efeitos no campo do inconsciente. Encontramos em Freud que “o âmago do inconsciente consiste de representantes instintuais que querem descarregar seu investimento, de impulsos de desejo, portanto” (p. 126-127, 1915/2010). Segundo Lacan, o inconsciente “. . . é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena, escreve ele) se repete e insiste . . .” (p. 813, 1960/1998). E para Garcia-Rosa, “o inconsciente não é o mais profundo, nem o mais instintivo, nem o mais tumultuado, nem o menos lógico, mas uma outra estrutura, diferente da consciência, mas igualmente inteligível” (p. 174, 1985).

Portanto, o inconsciente, segundo a psicanálise, é isso que, impelido por impulsos pulsionais, insiste em se repetir por uma lógica própria e que, por isso mesmo, é passível de ser apreendido em alguma medida. Assim, para a realização dessa investigação, adotamos

como orientação metodológica o método psicanalítico de pesquisa, cujos fundamentos teóricos, apresentamos a seguir.

Concordamos com Iribarry (2003) que a pesquisa psicanalítica tem em conta a impossibilidade de antecipação, generalização e saber absoluto do inconsciente. Logo, seus resultados não pretendem comunicar uma verdade conclusiva, mas apresentar um saber singular possível sobre a pergunta à qual se dedicou. Esse modelo parte, portanto, da própria clínica psicanalítica, cujos elementos fundamentais elencamos a seguir em articulação com sua função na situação psicanalítica de pesquisa.

Começemos pelo sujeito, enquanto sujeito do inconsciente, inquieto e implicado com sua questão, o qual tem um lugar privilegiado no trabalho de investigação clínica. Se o analisante realiza uma investigação da vida, isso nos dá de saída que “. . . o pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa . . . ele está também implicado como um participante importantíssimo na investigação realizada” (Iribarry, p. 122, 2003). Portanto, o pesquisador se encontra na posição de sujeito enquanto aquele que se dirige a um outro em busca de um saber sobre sua pergunta. Na pesquisa psicanalítica não é o pesquisador quem sabe, mas o saber é suposto no outro, participante colaborador.

O significante também é um importante fundamento na pesquisa psicanalítica, pois, como na situação clínica em que a abertura na cadeia de significantes – da trama discursiva que manifesta algo do inconsciente – poderá produzir novos sentidos, igualmente se opera na pesquisa científica com o método psicanalítico, na qual o sentido é produzido pela escuta e intervenção do pesquisador psicanalista sobre a cadeia de significantes, na aposta de produzir o novo, a descoberta de um saber *a posteriori*, provisório e singular (Iribarry, 2003).

A transferência também é um indispensável elemento no método psicanalítico de pesquisa, pois:

. . . assim como o analisante se engaja no processo de análise e diz algo de seu

padecimento psicopatológico, inserido em uma situação de transferência, o pesquisador psicanalítico dá um testemunho de sua investigação a um outro, a uma alteridade com a qual também irá se “transferenciar” (Iribarry, p. 122, 2003).

O pesquisador, portanto, estabelece uma relação transferencial com os participantes colaboradores a quem remete sua pergunta de pesquisa, assim como com seus pares, como banca examinadora e outros colegas pesquisadores, os quais contribuem para verificar os produtos de sua investigação (Iribarry, 2003).

De todo modo, o método é uma construção que amadurece conforme uma pesquisa psicanalítica se desenvolve, em outras palavras, à medida que em seu desenrolar se dá o encontro com a falta. Poli (2008) nos lembra de que, para que uma pesquisa seja possível, é preciso aceitar a castração como operador da própria psicanálise. Em nosso percurso, foi também um processo que se tratou da experiência de deixar cair certezas apriorísticas para poder fazer um caminho possível em torno do buraco da castração impossível de preencher.

Poli (2008) ressalta que não se poderia haver psicanálise nem pesquisas psicanalíticas sem o encontro com o real da falta e é graças a esse paradoxo, na articulação entre um recobrimento possível pelo simbólico que suporta aquilo que do real resta sem sentido, que se pode operar o trabalho psicanalítico. Compreendemos que é nisso que a castração não se preenche, que a falta permanece irreduzível, que o desejo se produz como o sustento de uma pesquisa, tal qual é o que faz com que nossa formação e a própria psicanálise possam se movimentar.

Concluimos, portanto, que no método psicanalítico de pesquisa o pesquisador psicanalista se posiciona do lugar de sujeito inquieto com sua questão, se dirige a um outro a quem, pela transferência, supõe um saber, opera com os significantes recolhidos desse encontro e dá testemunho de sua investigação, na advertência ética de que o saber na pesquisa psicanalítica é inacabado, apenas contorna um impossível de saber e relança adiante o desejo

no movimento de saber algo mais.

Assim, feita uma introdução ao método psicanalítico, seguiremos apresentando a estrutura que compõe o método de nossa pesquisa, passando agora à delimitação das participantes da pesquisa, importantes colaboradoras para dar corpo à nossa pesquisa.

Tal delimitação se orientou pelos objetivos de nossa pesquisa que passou pela escuta de mulheres que se dirigem aos serviços de saúde com prováveis demandas psíquicas endereçadas pela via do corpo adoecido e que vivenciam a envelhescência, sendo que para tal processo psíquico, não localizável cronologicamente, tomamos o marcador biológico da menopausa apenas para nos orientar na seleção das participantes colaboradoras. Assim, consideramos como critérios de seleção para participação nesta pesquisa: mulheres que já entraram na menopausa, pacientes atendidas no Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher (AMASM), podendo ser participantes ou não do grupo operativo Florescer.

O convite para participação na pesquisa se deu por meio de convite escrito constando título da pesquisa, instituição vinculada, critérios para participação, nome e contato da pesquisadora (apêndice A) e divulgado no AMASM/UEL, em formato impresso distribuído nas dependências do ambulatório. As participantes interessadas poderiam manifestar seu interesse em contato direto com a pesquisadora via telefone ou aplicativo de mensagens informados no convite ou, ainda, em contato via telefone, aplicativo de mensagens ou pessoalmente com a equipe multidisciplinar do AMASM/UEL, que repassariam o nome e contato das interessadas à pesquisadora.

A produção do material de pesquisa se deu por observação direta no período de ambientação ao campo de pesquisa, cujo material foi registrado em diário de campo, e pelo instrumento de entrevista semi-dirigida apoiada em perguntas norteadoras (apêndice B).

A ambientação ao campo de pesquisa se deu a partir de visitas de acompanhamento ao ambulatório realizadas pela pesquisadora no período de abril a julho de 2024, semanalmente,

e de agosto a novembro de 2024, mensalmente. O material coletado pela pesquisadora inclui dados a partir da observação direta de encontros do grupo Florescer e de consultas multidisciplinares, as quais foram registradas na forma de texto livre em diário de campo, guardado o devido sigilo das informações.

Quanto às entrevistas, foi realizado um encontro individual com cada uma das quatro participantes, no período de março a abril de 2025, com duração aproximada de uma hora, efetuadas presencialmente em local privativo, em data e horário previamente combinado com cada participante, entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas. Destacamos que os arquivos com as gravações de áudio estão armazenados em dispositivo eletrônico local de acesso privado da pesquisadora, seguro e fora da "nuvem" para que o material não fique sob risco de vazamento na rede, preservando o sigilo. As gravações das entrevistas completas serão eliminadas após a conclusão de nossa pesquisa, salvaguardando o princípio de sigilo.

O procedimento de análise do diário de campo e das entrevistas se deu pelo procedimento de leitura psicanalítica, o que significa termos vislumbrado, desde o início, a importância desta etapa para uma investigação psicanalítica, pois, o percurso realizado pelo pesquisador psicanalista implicado com sua pesquisa é, sobretudo, uma experiência de aprendizagem que alcança transformar-se em um saber: “. . . ou seja uma *Erfahrung*. A *Erfahrung* é a experiência que decorre do contato do pesquisador com os participantes de sua investigação e com os dados coletados” (Iribarry, p. 128, 2003).

Uma vez realizadas a observação de campo e as entrevistas com nossas participantes colaboradoras, passamos à análise dos achados. Primeiramente, seguindo a recomendação de Iribarry (2003), os materiais recolhidos foram transformados em textos, em nosso caso, pelos registros em diário de campo e pelas transcrições das entrevistas.

Posteriormente, procedemos com a leitura dirigida pela escuta e instrumentalizada pela transferência, orientados pelos fundamentos clínicos da psicanálise quanto à primazia do

significante sobre o signo, da escuta flutuante e da transferência, a partir dos quais o psicanalista realiza seu trabalho de intervenção sobre os significantes que se apresentam nas falas que foram transformadas em texto, na aposta do advento de um novo saber. Conforme Iribarry (p. 127, 2003) ressalta:

Assim, o pesquisador psicanalítico vai instrumentalizar sua transferência ao texto composto pelo dado coletado de modo que possa identificar significantes já escandidos pelo autor do texto como também efetuará um trabalho de escansão de significantes que a legibilidade do texto permite. O trabalho de leitura dirigida pela escuta psicanalítica é o que caracteriza o laboratório do texto psicanalítico, quando o pesquisador irá construir o ensaio metapsicológico.

Desse modo, percorremos os textos em um trabalho de cortes e costuras possíveis, colhendo significantes escandidos no texto e buscando aproximá-los da literatura propondo contribuições singulares em torno do problema de pesquisa.

O produto de nosso trabalho de tratamento e análise dos achados se apresenta na forma de ensaios de caráter metapsicológico, elaborados a partir da interlocução entre o material da pesquisa e a teoria psicanalítica. Esses ensaios estão apresentados no capítulo de discussão dos resultados, que testemunha a experiência da pesquisadora de transformação singular de saber que, inacabado, restará como convite à descoberta de novos saberes aos seus pares.

Por fim, para um bom percurso de nossa pesquisa, tivemos em conta algumas considerações éticas que partem dos princípios que nos orientam no fazer científico envolvendo pessoas.

As entrevistas foram realizadas após parecer favorável emitido pelo HU – Hospital Universitário (anexo 1), aprovação do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa, ambos da Universidade Estadual de Londrina (anexo 2), compromisso firmado no Termo de Confidencialidade (anexo 3) pela pesquisadora responsável e professora orientadora e,

finalmente, após anuência formal das participantes colaboradoras, declarada pessoalmente por escrito em meio físico, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4), em concordância com os princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais, segundo as Resoluções n.466, de 12 de dezembro de 2012 e n. 510, de 7 de abril de 2016, nas quais constam a garantia ao participante de seu consentimento e esclarecimento sobre a pesquisa.

Nossa pesquisa previu baixo risco às participantes colaboradoras, sendo este referente a possibilidade de, no transcurso da coleta do material, trazer à tona algum mal-estar subjetivo da entrevistada. No entanto, a pesquisadora, profissional atuante na clínica psicanalítica, esteve capacitada para acolher, manejar e mesmo encaminhar possíveis desconfortos psíquicos que, eventualmente, ocorressem.

Guardados os devidos cuidados de manejo clínico, entendemos que nossa pesquisa poderia oferecer importantes benefícios às participantes colaboradoras, uma vez que durante as entrevistas, à medida que se colocam a falar poderiam experimentar um efeito terapêutico sobre eventuais questões psíquicas que fossem tocadas por suas próprias palavras e pelas perguntas trazidas pela pesquisadora.

Por fim, nos colocamos na empreitada desse trabalho apoiados na teoria, no método e na ética da pesquisa em psicanálise, privilegiando o advento de um novo saber, sentido de toda pesquisa. Reforçamos que a pesquisa psicanalítica não se pretende absoluta ao oferecer os resultados alcançados, pois tem em conta a impossibilidade de antecipação e generalização do inconsciente. Em nossa pesquisa interessou-nos mais compreender do que explicar.

Passamos, agora, aos ensaios possíveis, fruto das escutas dessas mulheres na envelhescência.

5 MULHERES NA ENVELHESCÊNCIA: O QUE ELAS TÊM A NOS ENSINAR

Resultados e Discussão

“O tempo passou e rápido, porém os sonhos não envelhecem e quando se vive mais de meio século, percebe-se que caminhos indicados, muitas vezes não te levam onde você quer chegar”⁹
– Elza Soares Dutra

Passamos agora a uma das etapas mais preciosas de uma pesquisa em psicanálise, aquela da apreciação do que pôde ser recolhido, em nosso caso, a partir do acompanhamento e da escuta das participantes colaboradoras, cujas palavras nos foram confiadas.

Inicialmente, ressaltamos princípios éticos da psicanálise preconizados desde seu criador, como o da recusa à prática daquilo que ele nomeou como “psicanálise selvagem” (Freud, p. 88, 1910/2017), bem como da recusa em tomar aqueles que recebemos em escuta como nossos objetos, como “nossa propriedade” (Freud, p. 198, 1919[1918]/2017), ou seja, aqueles que exercem a psicanálise devem se atentar para não tomar o outro como um objeto a ser manipulado, explorado, classificado ou descartado. Freud (1910/2017; 1919[1918]/2017) foi enfático quanto à desaprovação de tais atitudes compreendidas mais como violência do que como parte do método psicanalítico.

É com essa direção que olharemos com delicadeza, cuidado e respeito para as mulheres participantes e suas palavras a nós confiadas no percurso dessa pesquisa e, o que trazemos aqui é apenas uma escuta possível, não absoluta. Buscaremos vigiar para não reproduzir, não reescrever sobre os corpos e as pessoas-mulheres que neles habitam a lógica colonialista de apropriação do outro, marca indelével na história de nosso território latino-americano, que ainda hoje insiste em se *repetir* no lugar de *lembrar e elaborar*. No lugar de *escrever de novo*, defendemos *reinscrever um novo* na história.

⁹ O texto na íntegra se encontra disponível no Anexo 5.

Começaremos por apresentar um pouco do que pôde ser colhido no período de ambientação ao campo de pesquisa, no AMASM, no qual acompanhamos encontros do Grupo Florescer e algumas consultas multidisciplinares de mulheres no climatério/menopausa para, em seguida, nos determos nas escutas das participantes entrevistadas, uma a uma.

Quanto ao perfil das pacientes do grupo e das consultas acompanhadas, em geral, são mulheres na faixa dos 60 anos de idade, de classe popular, pretas e brancas, com escolaridade básica e em tratamento médico de comorbidades como hipertensão, obesidade, fibromialgia, queixas ginecológicas, compulsão alimentar, depressão, ansiedade.

Vamos ao que elas nos ensinaram. E a partir daqui, a pesquisadora assume o texto em primeira pessoa para nos contar o que pôde ouvir dessas mulheres na envelhescência.

5.1 FLORESCER, QUARTAS ÀS 7H30

Eu escolhi esse subtítulo com a intenção de registrar parte do histórico de nossa pesquisa. Minhas visitas ao AMASM ocorreram semanalmente, às quartas-feiras, a partir das 7h30 da manhã, horário de início dos encontros do grupo Florescer, e, na sequência, aconteciam as consultas multidisciplinares. Florescer, aqui, tem sentido tanto de substantivo quanto de verbo.

No decorrer desse período de acompanhamento, alguns dos temas trabalhados no grupo foram: compulsão alimentar, sexualidade, envelhecer, menopausa, maternidade, infância, autocuidado, ser mulher, consciência negra, além de atividades coletivas abertas a todas as pacientes do ambulatório, como café da manhã junino e caminhada Outubro Rosa, em conscientização à prevenção do câncer de mama (figura 1).



Figura 1 – Caminhada no calçadão da UEL (outubro/2024).

Começo por um ponto que me chamou a atenção já na primeira visita: um episódio em que, logo após o encerramento das atividades do grupo Florescer, duas pacientes passam mal, uma com queda de pressão no corredor, e outra com uma crise de dor na coluna dentro do ambulatório, ambas mobilizando a equipe multidisciplinar, que se dividiu para assisti-las. As pacientes já estavam liberadas, no entanto, a pressão baixa e a coluna travada, impossibilitavam seus retornos para casa naquele momento, e aqui me recordo com Freud (1915/2017) da concepção de que o corpo em psicanálise é pulsional, e com Lacan (1966/2001), quando trata da distinção entre o corpo da ciência e o corpo pulsional na psicanálise, de que este último é marcado por um gozo, que fica excluído pelo discurso médico.

Com isso, podemos nos questionar se essas pacientes não teriam endereçado uma demanda à equipe, com seus corpos postos em cena, para que pudessem ficar ali um pouco mais, em vez de voltarem para suas casas e terem de lidar com conflitos familiares, que ambas teriam relatado mais cedo no grupo. Assim, considerando o contexto de um serviço de saúde e o pulsional que habita o corpo adoecido, se trataria de oferecer para além de uma avaliação médica, uma escuta a essas mulheres-sujeito na aposta de que pudessem dar um contorno possível às suas angústias.

O desamparo na velhice, na forma de solidão, também foi um ponto que me saltou aos ouvidos nesse período de acompanhamento, a partir do que escutei de uma das pacientes: *"não tenho ninguém comigo... nem marido, nem filha, nem netos"* e *"comecei a sentir-me estressada depois que parei de trabalhar... a gente é acostumada a fazer tudo para todos... trabalha vinte anos e depois é abandonada, se sente inútil"*. Além disso, em consulta, essa paciente se queixava de falta de apetite depois da ausência da filha que costumava lhe acompanhar no almoço, se dirigia às residentes com a expressão "filha" e, ao final, pediu um abraço a cada uma delas. Parecia estar repetindo, em transferência com a equipe, uma demanda de não ser abandonada pelas "filhas".

O relato dessa mulher envelhescente parece, então, nos sinalizar uma experiência de desamparo psíquico, como reação a uma perda sentida como angústia de separação, segundo Freud (1926/2014). E, sendo as psicopatologias na velhice uma tentativa de organização da subjetividade diante das perdas, conforme nos indica Soares (2020), poderíamos supor, nesse sentido, que seu sofrimento psíquico, na forma da falta de apetite, talvez tenha se apresentado como uma tentativa de demandar o retorno do objeto amado perdido, a presença da filha, com quem poderia restabelecer sua própria imagem, de seu ideal do eu, identificada ao significante "útil", como ela apontara em sua fala.

Para além das perdas no laço com o outro, também pude colher relatos que nos dão notícias sobre as perdas no corpo experimentadas na velhice feminina, como as que apareceram na fala: *"a gente vai envelhecendo e vai perdendo flexibilidade"*, por um lado, que de alguma maneira, parece rearranjada no imaginário de um ideal de velhice com um *"estou gostando da academia, eu quero envelhecer bem"*, por outro.

Em outros momentos pude recolher mais relatos importantes sobre as perdas no corpo na velhice feminina, tais como: *"A gente quer usar creme para disfarçar... disfarçar não dá, mas diminuir as rugas"*, *"Ela usava creme... e morreu com 92 anos sem uma ruga!"*, *"Quero*

estar magra” e *“Não gosto de roupa de velha”*. Neste caso, a paciente referia-se a roupas fechadas, compridas e largas, como saias.

Perda da flexibilidade física, da elasticidade da pele, do metabolismo e as roupas que, devendo encobrir, parecem mais denunciar um corpo de mulher a envelhecer, nos sugerem o que fora acentuado anteriormente pelos autores Berlinck (1996/2008), Soares (2020) e Mucida (2022) e acerca do encontro do sujeito com as perdas na velhice, que fazem vacilar os ideais, e no recorte de nossa pesquisa, os ideais de um corpo feminino que declinam na velhice.

Ainda nesse sentido, houve um episódio curioso no grupo em que uma das pacientes apontou para mim e fez o seguinte comentário com as demais: *“Agora, tem uma entre nós que senta direitinho, vocês já repararam? Olha como ela senta direitinho?! A gente não...”*. Ao que uma delas respondeu: *“É... a gente não, o peito vai escorregando!”* e, em outro momento, após ganharem um kit de escalda-pés para relaxamento, comentaram que a psicóloga do grupo *“não precisa de escalda-pés”*, e todas riram.

Tais comentários compartilhados entre elas parecem dizer de um ideal de corpo de mulher perfeito, sem furos, e de um correspondente mal-estar em não alcançá-lo. Um “peito que vai escorregando” apontaria uma imagem narcísica que também “escorrega” na velhice...? O peito de uma mulher jovem, supostamente, não escorrega, mas o de uma mulher idosa tende a isso. E pés que precisam ser escaldados, apontariam para o cansaço de um corpo que não é mais tão jovem?

Esses recortes nos remetem a um abalo da imagem narcísica, do qual o corpo-organismo é suporte, uma das tantas perdas sofridas na velhice que desnudam o real da castração que, como aprendemos, impõe um trabalho psíquico de remendos possíveis para tais fendas (Berlinck, 1996/2008; Mucida, 2020; Soares, 2022).

Além do aspecto das perdas, também pude perceber o grupo como espaço potencial do trabalho com a palavra para essas mulheres envelhescentes. Uma delas, ao dar as boas-vindas para uma nova participante, disse o seguinte: *"Aqui no grupo a gente pode falar... o que lá fora a gente não pode falar e aqui a gente pode"*; e outra delas, em um dos encontros, disse: *"Aprendi a ser independente aqui no Florescer, aprendi a dizer não"*. Sabemos que o lugar privilegiado à palavra sustenta o método de tratamento psicanalítico (Freud, 1913/2017) e, como vimos, também na envelhescência a palavra favorece o trabalho de reatualização do passado em direção a um futuro possível (Mucida, 2020; Soares, 2022). Nesse sentido, o grupo me pareceu um espaço onde a palavra delas tem lugar e pode circular, produzindo efeitos, um espaço tão importante nesse tempo da envelhescência.

No encontro cujo tema foi a menopausa, por exemplo, elas comentaram sobre suas experiências individuais de climatério e entrada na menopausa, compartilhavam suas dúvidas e curiosidades – perguntando e ouvindo sobre as experiências umas das outras, a palavra delas se fazia circular. Interessante que nesse momento, inclusive, pôde aparecer a diferença, traços que as constituem como mulheres-sujeito singulares: uma retirou o útero antes do climatério, outra não teve sintomas, outra se queixou dos fogachos, para ela, constrangedores. Cada uma atravessando esse marco no corpo ao seu modo.

Em outro encontro em que o tema foi autocuidado, recolhi falas como essa: *"Eu demorei muito para enxergar eu... foi com a ajuda das meninas e de vocês aqui... eu trabalhei a vida toda como doméstica... eu cuidava deles... com isso eu aprendi que eu tinha que cuidar dos outros... Eu aprendi "agora" a cuidar de mim... demorei a vida toda para entender que eu posso cuidar de mim"*. A fala dessa mulher nos sugere a potência de colocar-se a trabalho com a própria palavra e de seus efeitos na redescrição de seu próprio mito – elaboração característica da envelhescência, aprendemos com Berlinck (1996/2008) –, ela “demora a vida toda”, mas testemunha, no espaço de escuta ofertado pelo ambulatório, a decisão de olhar para

sua história e, no trabalho de recontá-la, poder recriá-la, remetendo-a a um futuro possível, “cuidar de si”.

Ainda se tratando do lugar potencial com a palavra, gostaria de também aqui em nosso trabalho dar espaço à questão racial que, embora não seja o cerne dessa pesquisa, compreendo-a como relevante porque de alguma maneira a atravessa, pois além de tema de um dos encontros do grupo, diz respeito à subjetividade dessas mulheres-sujeitos na envelhescência e a um relegado na história de nosso território latino-americano, que como dissemos, buscamos lembrar para elaborar.

Bem, nesse encontro do grupo, cujo tema foi a consciência negra, as mulheres relataram violências sofridas por elas como meninas e mulheres negras e que evidenciam o racismo, infelizmente, ainda tão embrenhado no discurso de nossa cultura, tais como: *"Neguinha suja"*, uma delas ouvia quando criança ao que reagiu com *"Esfreguei a cara da menina no barro"*; ou *"Ela é preta... então não quero"*, quando uma delas recebeu uma negativa para uma vaga de emprego; e ainda, *"Ela [patroa] ficava cheirando meu braço... eu não deixava passar... colocava ela no lugar... você quer ser igual a mim, mas nem na cor você é igual a mim"*, relatou outra delas. Outra paciente, mulher branca, também trouxe um episódio que escancara o racismo estrutural, especialmente contra a mulher negra tão associada ao trabalho doméstico; contou que, ao chegar à casa de uma família para trabalhar, sua patroa ficou decepcionada ao vê-la: *"Eu achei que ela era negra"*.

Embora não tratem diretamente da envelhescência, esses recortes também apontam para a importância do espaço aberto à palavra, que no caso dessas mulheres, de alguma forma parece abrir novas janelas para uma redescritção da própria história (e da história coletiva, por que não?) oportunizada pelo trabalho no grupo. Afinal, como nos ensina Isildinha Baptista Nogueira (2025), psicanalista brasileira e mulher negra, aquilo que não é nomeado não pode ser tratado. Ouvir estes relatos foi muito forte para mim porque lamento profundamente pelas

violências sofridas por essas e tantas outras mulheres negras de nosso território afora e por isso renovo meu compromisso com a construção de uma psicanálise antirracista.

Para finalizar a apresentação do que de minha escuta floresceu às quartas pela manhã, trago algumas falas que nos remetem ao trabalho que pode ser frutífero na envelhescência, apesar das perdas, do desencontro entre a temporalidade do corpo e o inconsciente atemporal (Berlinck, 1996/2008). No encontro de encerramento das atividades anuais do grupo, ouvi o que me soou como um investimento psíquico em uma perspectiva de futuro possível, a renovação e a recriação de laços libidinais: “*Quero um namorado bem gostoso*”, “*Sou feliz por ser mãe*”, “*Com os [seus] netos tem mais intimidade*”, “*Sonho de ter minha casa ano que vem*”. Essas mulheres-sujeitos me ensinaram que, se seus corpos envelhecem, seus inconscientes não, e que estão a costurar novas vestimentas para seus desejos.

A seguir, apresentarei escutas possíveis a partir do que me foi oferecido pelas mulheres entrevistadas. Os nomes fictícios que escolhi para as participantes foram uma maneira de homenageá-las a partir do nome do grupo que elas seguem cultivando, Florescer.

Dentre aquelas que demonstraram interesse, recebi quatro mulheres. Mas por que estas foram as “escolhidas”? Para mim, alguma resposta possível a essa pergunta foi alcançada num só depois – em um tempo que, sabemos, é antes lógico do que cronológico – e que parece se explicar pelo próprio método psicanalítico: se o pesquisador-psicanalista é o primeiro sujeito da pesquisa e se este se transfere com o outro a quem dá a saber de sua investigação (Iribarry, 2003), então essas mulheres me pareceram ter algo a dizer sobre minha pergunta de pesquisa. Por algum traço, estiveram aí, para mim, como sujeitos suposto-saber com as quais estabeleci uma relação transferencial.

Íris, em meu primeiro dia no grupo, me colocou contra a parede: “*Você vai ficar com a gente... ou você também vai ser igual às outras... um beija-flor que vem, dá uma bicada e vai?*”. Açucena, paciente recém-chegada ao grupo, chamou-me a atenção por revelar algo

pessoal e muito importante às demais. Violeta, intrigou-me com os significantes: “*sozinha*”, “*amor*”, “*medo*”, “*filha*”, repetidos em seu discurso. E Magnólia, não participante do grupo, mas paciente do ambulatório, abordou-me no corredor, me pegou pelo braço, e me intimou: “*Quando é que você vai me chamar para sua pesquisa, hein?!*”.

À medida que contarei o que eu pude ouvir, espero que se produzam novas escutas às pessoas leitoras do que *Íris*, *Açucena*, *Violeta* e *Magnólia* têm a nos ensinar sobre suas envelhescências. Então vamos ao que *Íris* nos ensinou.

5.2 ÍRIS: ENVELHE(SER) MULHER É MUITO DIFÍCIL

Começo perguntando o que a fez se interessar por nossa pesquisa e, já de início, parece dizer a que veio. Ela me conta: “*Eu achei que iria somar mais no meu crescimento... no meu entendimento; porque a mulher, ela nasce, né, mulher, e menina, depois moça, e depois mulher, e depois envelhece. E como que a gente lida com isso?*”. *Íris* parece ter alguma questão em torno do significante “mulher” e ela sinaliza um desejo de saber: espera que a entrevista possa somar ao seu “entendimento, crescimento”.

Ela continua: “*É tão difícil, muito difícil! É... nascer menina já é muito difícil. Porque tudo você é diferente. Você é menos, você é menos*”. O que seria “difícil” para ela? A que “menos”, afinal, *Íris* se refere? Ela explica que desde criança era cobrada a responder por “*obrigações de mulher*”, ajudando a mãe em casa com as tarefas domésticas. Esse traço parece tê-la marcado na infância: ser uma menina-mulher que, aos moldes da mãe, se ocupava de suportar as agruras da vida familiar na função dos cuidados domésticos e na assistência aos homens da casa. *Íris* novamente indaga: “*Hoje eu consigo ver tudo isso, mas e como lidar com isso?*”.

Íris relata o episódio de sua menarca. Conta que o assunto da primeira menstruação não era falado, então, não sabendo do que se tratava, em uma manhã acordou cheia de sangue, sua mãe lhe disse que ela havia se tornado “mocinha” e, segundo conta, “*A partir dali, foi uma luta muito grande... não existia absorvente... era uma vida horrível! ...comecei a sofrer com essa mudança no meu corpo*”. Segue explicando que seu ciclo menstrual era irregular, sintoma que atribuiu ao sentir-se ansiosa naquela época e que resultou em passar um ano sem menstruar. Nesse período, acompanhada da mãe, buscou ajuda médica e se recorda de sentir-se muito angustiada, sem conseguir explicar muito bem o que sentia, e que o médico apenas dizia que não tinha o que fazer a não ser esperar a menstruação voltar.

Esse evento trazido por Íris nos faz pensar na experiência psíquica com o real do corpo na adolescência, em que as mudanças no corpo organismo impõem ao sujeito um trabalho psíquico de elaboração de seu ideal do eu e de seu lugar simbólico no laço com o outro. Como vimos anteriormente, Freud (1912/2016) nos indicou que o sintoma pode ser uma tentativa de superação de uma fixação infantil da libido do sujeito, em razão da “. . . própria circunstância do crescer ou envelhecer . . .” (p. 76). O que seria esse “tornar-se mocinha” para Íris? Teria sido a ausência de menstruação um sintoma cuja mensagem dizia de uma angústia em “crescer mulher”? Como essa mudança no seu corpo teria implicado se reorganizar no laço com o outro? Atualmente, Íris é assistida por um serviço de saúde da mulher em razão de queixas relacionadas ao corpo, como cólicas fortes. Estaria, no trabalho de sua envelhescência a partir de manifestações no corpo, às voltas com sua pergunta “como lida com isso”, de ser mulher?

Íris me conta que, a partir daí, começou a “*ficar adulta*”, sentindo alguma melhora na vida. Aos 15 anos começa a namorar e diz: “*Aí eu me libertei*”, no entanto, “*...mas não me libertei da minha família*”. Explica que o namorado se tornou muito próximo de sua família, especialmente de sua mãe, dificultando um distanciamento que ela esperava estabelecer. Íris declara seu conflito: “*Então, eu pensava assim: eu vou sair, eu vou arrumar um emprego,*

para manter o meu... mas eu não tinha coragem de fazer isso. Porque eu, eu tinha o apego, esse apego". Íris conta que *"a nos/a minha vida sempre foi muito difícil"*, e aqui é interessante que ela deixa escapar um tropeço nas palavras, começa no plural, mas assume o singular, ao dizer de como sentia "sua vida". Até aqui, fico com alguns significantes vivos em minha escuta de Íris: "mulher", "difícil", "apego".

Íris segue contando sua história e, embora tenha se casado, sempre se manteve perto da mãe, segundo relata, o que era uma questão para ela: *"Eu realizei o meu sonho [de ter sua própria casa]; mas era do lado dela [da mãe]"*, um incômodo que se somava aos desconfortos na relação com o marido: *"E nisso tudo eu nunca consegui crescer... como pessoa, como mulher, como... eu era sempre a que ficava embaixo..."*. Intrigada, eu questiono "embaixo", ao que ela responde: *"Dele... mulher sempre ficava dependente ...mulher não tinha lugar equivalente; mulher sempre tinha que ser aquela que era submissa"*. Talvez, Íris esteja dizendo que seu encontro com o outro foi marcado pelos traços "apego", "submissão", embora desses significantes tentasse se desvencilhar na escrita de sua história, a partir de sua pergunta sobre como tornar-se "mulher".

É interessante que, pouco depois disso, eu sinalizo o horário de seu ônibus e ela me endereça: *"Eu posso ficar se você quiser... você prefere que eu continue?"*. Eu, então, pergunto o que "ela prefere" fazer e me responde: *"Eu prefiro ficar"*. Íris talvez tenha repetido sua cena fantasmática comigo. Ela pareceu não sustentar que desejava continuar a falar, aguardando primeiro pelo meu desejo de que ela falasse mais.

Ao longo de nosso encontro, Íris conta que, em sua história, fazia alguns movimentos em direção àquilo que entendia por "liberdade", eventualmente fazendo algumas diárias de trabalho, porém, sofria resistência do marido que a desaprovava: *"Mulher minha não trabalha"*. Ela também revelou que não queria ter filhos, mas cedeu à pressão do marido. Nesses relatos reaparecem os significantes "mulher", "difícil".

Íris segue dizendo que depois de alguns anos, ainda se incomodava com o arranjo familiar e se queixa, *“a gente não tinha vida”*, tempo em que parece ter feito um novo movimento em direção ao seu desejo, ela conta: *“Quer saber de uma coisa? Eu preciso dar um jeito na minha vida ...eu vou terminar o meu segundo grau. Porque amanhã, eu não sei o dia de amanhã”* – eu me pergunto se talvez já não o soubesse, só não podia saber disso ainda – é interessante, também porque, “estudar”, era coisa que desejava desde “menina”, *“Eu tinha muita vontade de estudar”*. Relata que decidiu dar um ultimato ao marido para que providenciassem a casa deles, em separado da sua mãe. Ela diz que se mudaram para outra região da cidade, quando então, relata, *“Tínhamos a nossa vida”*. No entanto, Íris afirma que *“Foi uma luta muito grande para ela [sua mãe] aceitar a gente ter a nossa vida, a gente desmembrar, cortar o cordão umbilical”*.

Voltar a estudar, mudar de endereço... Íris me parece fazer tentativas importantes de construir outros rumos para seu destino, me salta aos ouvidos a marcação que ela vai fazendo entre posições: “não ter vida” e “ter vida”. Ela continua dizendo que, em um posterior momento, o marido perdeu o emprego e *“Aí a Íris aprendeu a ser independente”*, explica que fazia trabalhos extra domésticos e conseguia sustentar os filhos, e acrescenta, *“Eu comecei a me ver como uma “pessoa” e não uma mulher, como eu fui criada... submissa”*. Vou escutando de Íris que o significante “mulher”, para além de “difícil”, também está associado ao significante “submissa”.

Ela conta que o marido decidiu trabalhar fora do país e a deixou, sem contato com ele. Então, relata o que me pareceu mais um ato em direção a um destino outro em sua história, ela declara: *“Fui despejada... e eu fiz um juramento: para dentro da casa da minha mãe eu não volto mais”*. Nesse momento da escuta de Íris eu tive a impressão de que ela me falava de seu desejo em nome próprio – diferentemente do início, quando me perguntava pelo que eu queria dela, “você quer que eu fique?” – agora, Íris parecia testemunhar algo da experiência

de estar em posição mais decidida com seu desejo, com aquilo que a alma enquanto sujeito marcado pelo significante “mulher”.

Íris me conta que soube de uma ocupação e decidiu ficar em uma das casas, em um local muito precário, carente de fornecimento de água, energia elétrica, saneamento básico. Ainda assim, conta que estava decidida, enfrentou a desaprovação de sua mãe, e ocupou uma dessas habitações com seus filhos. Ela me diz: “...e comecei a minha vida”. Esse é mais um significante que salta aos meus ouvidos ao escutá-la, “vida”. Íris parece ir tecendo um contorno a certas palavras em sua fala.

Segue dizendo que percebeu que poderia ganhar algum dinheiro ali, com um caixote, uns copinhos e umas garrafas de pinga, “*Montei um boteco*”, e pouco depois, montou uma mercearia que atendia aos vizinhos da região, “*Construí tudo do jeito que eu queria*” e com isso, relata, “*Me tornei “a” mulher*”. Pergunto a ela o que quer dizer com “a mulher”, ao que me responde: “*Que eu quis ser desde que eu me dei por gente! A mulher que tem voz. Que tem... ideias. E que concretiza essas ideias. Que quebra a cara... mas que assume que quebrou a cara. Que tem lucros, mas que tem prejuízos. Que tem dores, mas que busca melhorias para essas dores*”.

Ouvir esse relato de Íris me fez pensar que mesmo ali onde as condições escancaravam um a “menos” (ela não tinha banheiro, não tinha asfalto), ali onde ela era mais uma entre tantos, ela pôde criar um outro destino possível para si. Quero dizer que quando escuto Íris contar que se tornou “a” mulher, escuto que ela sabe que não se tornou uma pessoa infalível, toda-poderosa, mas um sujeito que pôde deslocar-se, na medida do que lhe foi possível, de uma alienação ao sentido primeiro dado a “a mulher é menos”, e costurar uma nova saída inventiva em torno da falta.

Íris continua e me conta que, passados alguns anos, o marido retornou e lhe impôs muitas cobranças de cunho machista, diante das quais ela tentou se defender, na medida de

seu possível: *“Ele achou que... ia pegar as rédeas daquela... submissa, que tudo tinha que perguntar, tudo tinha que pedir, que não tinha ideias próprias, que né, aquela coitadinha?!”.*

No entanto, relata que teve muita dificuldade para lidar com a situação e acrescenta uma fala que me marcou a escuta: *“Uma coisa é fato: a mulher... aquela que nasce... e, na certidão de nascimento está escrito “sexo feminino”, ela é o que ela é desde o dia que ela nasceu”.* “Mulher” seria uma marca indelével para Íris, um significante que retorna em sua fala, com o qual parece anunciar o que, para ela ainda resta como enigma: o que é ser mulher?

Íris segue dizendo que acompanhou o marido de volta ao trabalho no exterior, no entanto: *“Era muito difícil... porque eu era muito dependente... porque tinha a língua... eu não sabia andar sozinha”.* E aqui parece ter repetido a cena da posição “submissa” no laço com o outro. Essa escuta me remete a pensar que talvez o sofrimento psíquico de Íris, na forma de adoecimento do corpo, esteja dizendo de sua angústia com a sua pergunta lá do início: “como lidar com isso” de ser “mulher”? Como ela poderia lidar com esse traço que ora se associa à “difícil”, “dependente”, “submissa”, e ora se associa a “ter voz”, “ter ideias”, “ser independente”?

Caminho para o final de sua entrevista e a questiono: por que, convidada para uma pesquisa sobre envelhescência para as mulheres, ela me traz esse relato? Momento em que Íris me ensina: *“Porque não é aí, “o meu” envelhecimento? ...o meu amadurecimento?! ... porque no início eu disse que envelhecer é difícil”* e acrescenta que, *“a envelhescência é todo um processo de vida... né?! ...tudo isso é envelhecer!”* . Aqui, talvez possamos escutar de Íris que nascer menina, adolecer, adultecer e, por fim, envelhecer mulher é, para ela, um trabalho de elaboração psíquica muito difícil. Contudo, Íris faz uma retomada de sua história: *“Para mim existe uma balança. Porque aqui é... é fácil? Não. É dolorido? É. Mas aqui, vale a pena? Vale. Por quê? Porque tem a minha história. E para mim, né, no caso, para mim, a minha*

história... vale a pena? Vale!”, e aponta para um investimento libidinal no futuro dessa escrita singular: “Agora, existe o outro lado também: como que eu quero continuar essa história?”.

É marcante como Íris inicia e finaliza sua fala com perguntas – próprias do trabalho psicanalítico de investigação de si – e de uma pergunta à outra, nos conta que, para ela, amadurecer é um longo processo, que envelhe(ser) mulher é muito difícil.

A temporalidade em psicanálise é muito interessante mesmo: Íris me confessa, ao final, ter se surpreendido com tudo o que dissera na entrevista. Quanto a mim, confesso que fiquei angustiada, parecia que Íris não tinha me dado resposta para as minhas perguntas de pesquisa, mas talvez, aquele fora, um instante de ver, e só agora, na produção da escrita, pude alcançar um tempo de compreender possível.

Para finalizar, Íris parece ter me convidado a acompanhá-la num retorno à sua própria história que, recontada, enlaça o passado relançando-o ao futuro, à perspectiva de sua continuação, afinal, ela se indaga: “como quero continuar essa história?”, essa história de envelhe(ser) mulher? Íris me ensinou que a envelhescência pode ser difícil, mas um frutífero trabalho de reescrita de sua história de ser mulher.

Agora, vamos à Açucena e ao que ela tem a nos ensinar.

5.3 AÇUCENA: ENVELHE(SER) UMA JOVEM SENHORA

Início a entrevista com Açucena, perguntando-lhe sobre sua motivação em participar da pesquisa, e ela parece movida por um desejo de falar: *“De repente, o que eu tiver para falar, eu acho que vai ser um momento muito propício para mim”*. Pois bem, questiono como tem sido envelhecer para ela, que ri suavemente e me diz: *“Eu não consigo me ver uma pessoa “idosa”... uma “velha”*”. Açucena parece me contar do descompasso entre sua imagem narcísica e seu corpo que envelhece, diante do qual não consegue se reconhecer, tal

qual nos apontou Mucida (p. 102, 2022): “velho é sempre o outro com o qual não nos reconhecemos”.

Açucena segue me dizendo estar “*super feliz*” por completar mais um ano de vida, que percebe suas limitações e que: “*Então, eu acho que, assim, envelhecer, para mim, é... uma coisa muito gostosa, muito bom*”. Confesso que me causou um estranhamento que ficou como pergunta para mim: o que será que ficou suprimido nessas reticências?

Também me chamou a atenção o que ela diz na sequência: “*...eu estou ajudando alguém... com o que eu já passei, as minhas experiências*”. Ajudar alguém seria um traço fálico no qual ela se fia para sustentar-se no laço com o outro diante do desamparo pelas perdas em sua velhice? Ao me contar que costumava receber elogios das amigas, por ser para elas uma boa ouvinte, me diz: “*É, são coisas, assim que... que me faz me ver hoje, com 64 anos, né...*”. Se Açucena não consegue “se ver” com uma “velha”, parece se rearranjar com a imagem de boa amiga, e aí sim, poder “se ver” com 64 anos.

Ela segue e me diz: “*Eu brinco muito que, “ai, eu sou idosa”*”. Ri e continua, “*Eu sou idosa, cuidado comigo, eu já sou idosa!*”. Escuto algo muito curioso, que tem um tom de ameaça pela via do humor, uma fala que pouco se deixa revelar, mas que me fez pensar na velhice como tabu. Aprendemos com Freud (1918/2018) que o tabu tem a função de afastar o perigo da castração. Açucena pareceu-me jogar com esse recurso; colocar sua própria velhice como tabu talvez tenha sido uma forma de defender-se de saber da própria castração.

Segue me explicando que costuma fazer brincadeira com isso e me diz: “*Eu me sinto uma pessoa muito mais jovem. Mas... eu não me esqueço da minha idade... Eu tenho 64 anos. Eu tenho minhas limitações ...Eu tenho consciência, de tudo*”. Aqui, Açucena parece-me dizer da experiência de desencontro entre a atemporalidade do inconsciente e o corpo que envelhece, que como vimos, é própria da envelhescência. Sente-se mais jovem, mas o eu sabe que “tem 64 anos”, que “tem limitações”. Escuto de Açucena como ela vai se virando diante

desse desarranjo: manter o traço de boa ouvinte, fazer da velhice tabu pela via do humor. Recordo-me que Mucida (2022) enfatiza que cada um só pode envelhecer ao seu próprio modo, e Açucena vai nos ensinando o seu.

Ela segue me dizendo sobre esse desencontro: *“Tem muitas coisas misturadas dentro de mim ...Às vezes, eu penso que estou com meus 40 anos, 30 anos, mas a minha aparência, as minhas roupas é de uma senhora de 64 anos”*. Decido explorar um pouco mais e pergunto o que significa uma “senhora de 64 anos”, ao que ela me responde: *“Uma jovem senhora. É. Eu sou essa que eu me vejo: uma jovem senhora”*. É interessante como Açucena vai se arranjando com o significante “senhora”: adiciona outro significante com o qual cria a composição “jovem senhora” para tornar mais suportável saber-se idosa?

Seguimos com a entrevista e, mais uma vez, ela traz: *“Envelhecer, para mim, é muito gostoso. Muito gostoso!”*. E eu fico novamente intrigada, ouvir isso me causa estranhamento.

Pois é do estranho que, na sequência, Açucena vai me falar ao responder sobre quando começou a se perceber envelhecendo. Ela conta de um episódio, comemoração de seu aniversário uns dois anos atrás: *“Eu fiquei parada assim, observando... nossa! ...e eu estou... de aniversário hoje. A idade está chegando”*. No entanto, acrescenta, *“Ai, eu não me vejo assim, sabe? Eu acho tão... é estranho para mim”*. Aprendemos com Freud (1919/2019) que o estranho familiar é a experiência psíquica do retorno de algo daquilo que o sujeito do inconsciente não quer saber sobre si. O que Açucena estaria rechaçando saber?

Pergunto a ela o que há de estranho e me conta que teme ser vista pelos outros como idosa: *“A sensação que dá, assim, é porque se me veem como uma pessoa idosa, é como se eu fosse incapaz de fazer alguma coisa”*. Isso que retorna como estranho para ela parece ser da ordem de uma revelação de que sua imagem narcísica não dá mais conta de disfarçar a castração como outrora, dando a ver aos outros suas limitações, suas incapacidades. Açucena parece estar em um trabalho resistente de elaboração das perdas impostas em seu envelhecer:

“Eu tenho, é... potencial para fazer. É só eu conseguir me “organizar” que eu vou conseguir fazer o que eu... o que eu quero”. Ela se agarra à ideia de que se “se organizar” superará as novas limitações.

Além dessa manobra, ela me conta que se compara com a irmã, um pouco mais velha: *“Então, mesmo com a dor, “ela não para”. ... Eu me comparo com ela. Porque eu queria “ser como ela”... Dar conta de tudo!”* Segue dizendo a respeito e o que vou ouvindo me salta aos ouvidos: *“...eu queria ser igual a ela. O meu sonho. ...é dar conta da minha casa. ...tudo no seu devido lugar, tudo certinho”.* O que escuto de Açucena, nesse momento, me remete à feminilidade, no sentido da constituição de sua identidade imaginária como uma mulher. Ela parece apontar para traços de outra mulher aos quais, identificada, alcança se nomear uma.

Não posso deixar de notar que esses traços acentuados por Açucena são comumente compartilhados em nossa cultura, presentes no laço social que discursa as mulheres no imperativo da função das tarefas relativas ao cuidado: *“Ela cuida, cuida, cuida, mesmo com dor, ela cuida!”*, afirma Açucena sobre a mulher, sua irmã. Recordo-me, também, das falas das mulheres pacientes que recebi em minha clínica particular, as quais me intrigaram com seus mal-estares também em torno do exercício do “cuidar”.

Açucena se cobra: *“Já que eu me espelho na minha irmã (solta um riso), por que que eu não coloco... num tiro do espelho e põe em prática?”*, e mais, ainda: *“Você tem que saber o que você tinha que ter reagido. Por que que você não foi e fez? Não, isso daí é coisa de quem é preguiçoso”.* Escuto de Açucena um superego que se impõe, exigindo se fazer cumprir os ideais do eu. Decido questionar: “tem” que fazer? E ela me responde enfaticamente: *“Tem que fazer! É dona de casa! Dona de casa tem que fazer! ...porque eu fui criada assim. A dona de casa “tem” que fazer tudo”.*

Trago ainda mais um trecho importante da fala de Açucena, a esse respeito: *“...minha avó, que dava conta do recado, é aquela que levantava às 5 horas da manhã, ia dormir dez,*

onze horas da noite, e ela cuidava, dava conta do recado. ... mas a gente cresceu sabendo que: a mulher tem que cuidar da casa... tem que dar conta do recado!”. Continua me contando que pretende seguir uma recomendação, que ouvira num programa da internet, que aconselhava acordar às cinco da manhã, caso não se conseguisse executar todas as tarefas planejadas para o dia, ao que eu intervenho: “igual à avó?” e ela se surpreende com o traço similar.

Nesse ponto de minha escuta ocorre-me pensar uma articulação entre a feminilidade e a envelhescência. Questiono-me se Açucena não estaria nos ensinando que sua experiência de envelhecer se trança com sua experiência de ser mulher. Para sustentar um lugar simbólico no laço com o outro, estaria em busca de realizar os traços identificatórios vindos da Outra Velha, de quem a irmã e a avó fariam, para ela, semblante? Nesse sentido, poderíamos pensar a hipótese de uma especificidade na envelhescência feminina, um trabalho que implica também a reedição da feminilidade, singular a cada uma?

Ao menos, alcanço ter notícias de um impasse que Açucena dá a saber: *“Existe a diferença do que eu sou com o que eu quero ser”*, indicando o que parece ser um conflito inconsciente entre os ideais do eu e o real da castração, daquilo que sabendo, no entanto, não se quer saber, disso que parece que ela vai contornando, rechaçando, se negando a saber do que aponta para sua falta-a-ser.

Dando sequência, pergunto a Açucena o que a levou a procurar o ambulatório de saúde da mulher. Conta-me que passava por problemas familiares, os quais relatou à médica que a assistia: *“...porque esses conflitos que eu estava tendo, me davam muita dor, aumentava mais ainda as coisas. ... A fibromialgia. Mexia muito!”*. Aqui Açucena parece indicar uma relação entre o adoecimento do corpo organismo e seu sofrimento psíquico. Ela me esclarece que essa médica a acompanha em tratamento para HIV, que ela soube ter contraído do próprio marido.

Ela me conta sobre quando teve o diagnóstico: *“Foi uma coisa “super natural” (ênfatiza). Parece assim que, é como se eu esperasse que um dia eu fosse ter uma doença desse tipo”*. Confesso que essa fala me traz estranhamento, novamente. Por que ela esperaria uma infecção desse tipo? Talvez esse ponto reste inapreensível nesta escuta pelas possibilidades de uma entrevista, mas parece apontar algo importante na trama dessa mulher-sujeito, seu discurso vai me soando permeado por uma certa negação: das limitações físicas, do resultado soropositivo.

Conta que nessa época já estava aposentada, mas continuava trabalhando, até que decidiu se desligar da empresa e cuidar de sua saúde, relata. Então, fez vários exames médicos e começou a investigar algumas suspeitas para além da fibromialgia, a qual já tratava. Conta: *“...e as dores só aumentando, as dores só aumentando, e eu inchando cada vez mais”*. Açucena estaria endereçando alguma demanda psíquica ao serviço de saúde com seu corpo posto em cena?

Quando chega no AMASM, a psicóloga lhe sugere participar do grupo Florescer, mas ela diz que não se sentia confortável com a ideia: *“Parece que eu tinha criado um escudo em volta de mim... só chegava perto de mim a minha família. ...porque eu fiquei, procurei ficar no meu mundinho, com a minha família, meu problema de saúde, e fui vivendo, né?!”*. Açucena parece mesmo ter algo do que ela se defende no encontro com o outro, mas aqui só tenho pistas que me sugerem essa hipótese, seria preciso ouvi-la mais sobre isso.

Nesse momento da entrevista, decido perguntar a Açucena o que ela estava achando de falar sobre sua envelhescência, ao que ela me diz: *“Eu acho que... é, uma hora, realmente, que eu tenho que parar, para poder falar. Porque eu não parei para pensar na minha envelhescência”*. Eu pontuo ser interessante que ela tenha topado um convite para falar justamente sobre envelhecer. Ela me diz que acredita ter muito a aprender: *“...porque eu vou*

me descobrindo também com aquilo que eu falo”. Esse foi um instante marcante para mim, Açucena, recém-chegada ao grupo, vai dizendo de seu desejo de “florescer”.

Além disso, essa sua fala também me fez lembrar do que pouco antes ela mencionava, de que em casa costuma falar sozinha, mas no sentido de uma experiência distinta: “...[em casa] eu não estou falando para ninguém, a não ser para as paredes”. Essa distinção que Açucena pontua em sua experiência de fala, sozinha no primeiro caso, e remetendo-a a um outro, no segundo, me fez retomar a relevância do ambulatório como um espaço potencial de fala observado no grupo, nas consultas e por ocasião das entrevistas de nossa pesquisa.

Pergunto a Açucena se teria algo mais que gostaria de me dizer e ela responde: “*Acho que não. Só acho assim, ...eu tenho que parar pra pensar nisso. Né? Na minha envelhescência. Como eu quero envelhecer? Vou me... aventurar a... explorar esse lado envelhecer*”. É interessante que, assim como Íris, ela também faça uma pergunta sobre si ao final da entrevista. Observação que, até aqui, me faz pensar que a ocasião das entrevistas as convida a questionarem-se sobre suas velhices, ou talvez, apenas tenha sido o espaço “propício” – como disse Açucena, no início – para elas enunciarem uma pergunta com a qual já estivessem às voltas, em trabalho de envelhescência.

Indico ir finalizando a entrevista e então Açucena me revela: “*Eu quero envelhecer assim muito, muito feliz. E... lúcida! Né? Que é uma coisa que está pegando ultimamente, uns meses para cá. Né? Porque a minha mãe entrou já no estágio de Alzheimer, né?!*”, e me agradece: “*...eu coloquei bastante coisa para fora hoje!*”. No final de nosso encontro, Açucena surpreende: se deixa dizer muito além das dores no corpo, fala de uma dor psíquica, daquilo que, para ela, “está pegando ultimamente”, ver a mãe com Alzheimer, perdendo a lucidez e escancarando as perdas na velhice diante dela.

Não sabemos a dimensão, mas a partir do que ela me conta, sabemos que ela pôde “colocar muita coisa para fora”, daquilo que toca sua envelhescência e que por ora, ela pode

enunciar na forma de “envelhe(ser) uma jovem senhora... lúcida”. Acho que agora consigo compreender um pouco melhor meu estranhamento com suas expressões positivas ao longo da entrevista, talvez ela ainda tenha muito a dizer de suas dores, mas no momento não seja possível suportar.

Fico com a impressão de que o trabalho psíquico de envelhecer para Açucena esteja sendo bastante “doloroso” e só agora, na releitura da entrevista, é que pude escutar o que fica para mim como pistas de um sofrimento importante, diante do qual, talvez sua boca comece a deixar de “falar para as paredes” para se “aventurar” a falar de si, de sua história como uma mulher na envelhescência. E o faz a seu modo, como lhe é possível começar a contar essa história: *era uma vez, “uma jovem senhora”...*

Açucena me ensinou que falar é um ato de coragem diante do desamparo na velhice.

Então, amparadas no ato de Açucena, vamos ao que Violeta tem para nos ensinar.

5.4 VIOLETA: ENVELHECER É FICAR SOZINHA

Iniciamos sua entrevista e Violeta me traz elementos importantes para escutar já em sua primeira fala. Primeiro, ela me conta por que se motivou a participar de nossa pesquisa: *“Eu gostaria de saber mais também. Né? Então, por isso que me interessei. ... Mas eu gostaria de saber... sobre envelhecer (dá uma risada). ...porque envelhecimento... é a maneira que a gente se sente”*. Violeta parece me dizer de seu desejo de saber mais sobre o seu envelhecer, sobre o que tem sentido ao passar por essa travessia psíquica. E segundo, ela me diz o motivo de ter mantido a entrevista apesar de estar com fortes dores: *“...e também pra fazer parte também, para ajudar você, né? ...eu só vim hoje para cá por causa de você. Eu não teria vindo, de tão ruim que eu estou, de dor. Então eu falei: não, eu assumi*

compromisso com ela e eu não vou faltar. Eu vou". Aqui escuto de Violeta algo que parece indicar sobre sua posição subjetiva no encontro com o outro, um lugar inclinado ao cuidado.

Segue me falando sobre o seu envelhecer: *"...porque o corpo envelhece. ...e às vezes eu fico pensando, olhando para mim, eu falo: "mas será que eu tenho a mesma idade que eu tenho?" ...Então, eu não me sinto que eu estou ficando velha. Eu me sinto, assim... o espírito é de jovem*". É muito interessante como escuto de Violeta a descrição mesma da envelhescência, conforme Berlinck (1996/2008) e Soares (2020) a apresentam: a experiência psíquica do desencontro entre corpo que envelhece e inconsciente atemporal. Berlinck (1996/2008), aliás, menciona que o corpo não acompanha mais a alma "jovem", assim como Violeta compartilha sentir.

Violeta me relata seu espanto e horror com a velhice, me conta sobre se atrapalhar no encontro com outras pessoas idosas, ela me diz: *"Eu quero é estar no meio dos jovens, eu não quero estar no meio dos velhos! ...eu não sei conversar com gente velha ...eu gosto das pessoas de idade ...mas, jamais eu vou chegar lá... perto daquela pessoa... e conversar com ele, eu não consigo*". Aqui recordo-me com Mucida (2022) de que a velhice pode ser sentida como um estranho familiar, diante da qual, colocá-la como estrangeira, no outro, pode ser um modo de defender-se do real da castração que as próprias perdas no corpo expõe o sujeito. Violeta parece rechaçar sua velhice. Estaria dizendo de uma recusa de se aproximar da própria imagem enquanto uma pessoa idosa, fazendo do outro idoso um tabu, pelo perigo que esse outro parece representar? Teme chegar perto da velhice do outro por que, como espelho, lhe devolveria refletida a sua própria velhice?

Violeta segue me explicando sobre sua desajeitada relação com o outro idoso, e me diz sobre o que parece apontar para seu trabalho psíquico singular de envelhescência: *"...e aí, se chega um senhorzinho perto de mim, eu perco o reboado (e ri) ...o que eu quero dizer com isso é que eu fico sem saber o que fazer*". Se atrapalha com a velhice do outro, porém, elabora

uma questão sobre si: *“Aí, eu fico pensando assim: “Violeta, mas você também está envelhecendo!”*. Apesar do horror de ver-se na velhice do outro, ela parece elaborar algo de sua própria velhice, estar em trabalho de envelhescência.

Talvez para suportar sua própria fala nesse momento, Violeta me conta um pouco mais sobre sua relação com os mais novos: *“Mas, sabia?! Para mim, estando conversando com eles [jovens] o tempo passa. O tempo voa. É maravilhoso. Sabe? Eu falo para eles. Eles me contam a vida deles. “Dona Violeta, eu posso conversar com a senhora, mas entre só nós dois?” Podemos”*. Se por um lado o encontro com os “jovens” parece, imaginariamente, encobrir as faltas à vista e, de alguma forma, apaziguar a angústia da castração, por outro, a interação entre as gerações, por vezes tão pouco valorizada em nossa cultura, também parece um modo de reinvestimento dos laços libidinais, para Violeta.

Ela segue e me apresenta o que parece o contorno de uma questão importante em torno de sua envelhescência: *“Eu preciso trabalhar na velhice (e solta uma risada)... Porque eu não sei o que é velho. O que é ser velho. Eu tenho que aprender... Apesar de todos os problemas, todas as dores [físicas] que eu tenho. Mas é assim que eu me sinto: jovem. ...O que é envelhecer? O que é?”*. Nesse momento ela me ofereceu uma fala muito rica, escuto de Violeta que ela está em pleno trabalho psíquico de elaboração de sua velhice, de se haver com um corpo que dói, que impõe limitações, anunciando a finitude, em descompasso com um inconsciente que insiste, que não perece, que segue “jovem”, afinal o sujeito não envelhece (Berlinck, 1996/2008; Mucida, 2020; Soares, 2022).

Então, decido escutá-la um pouco mais a respeito. Sinalizo que, embora ela afirme que não sabe o que é envelhecer, se interessou em me falar sobre, aceitando o convite para a pesquisa, ao que ela me diz: *“Não é o que eu falei para você?! Curiosidade de querer saber mais?! ...mas o que é envelhecer?”* e continua, intrigada: *“A gente sabe que tem todos os problemas, que nem eu sinto... Mas eu não me sinto que eu estou envelhecendo. Esse é o*

problema!”, e mais: *“Por que que eu estou envelhecendo e eu não sinto que eu estou envelhecendo? E eu sei que eu estou envelhecendo, é incrível. Porque eu sei. Porque muda! A pele muda. O corpo muda. Tudo muda!”*. Violeta parece reforçar seu desejo de saber mais, de responder para si mesma à pergunta: “o que é envelhecer?”, parece questionar-se sobre: como faz para resolver esse “problema” do corpo envelhecendo, cujo sujeito que o habita não envelhece? Fico com a impressão de escutar de Violeta o seu, apesar de doloroso, intenso trabalho de elaboração da velhice.

Nesse ponto, Violeta parece me dizer de uma particularidade que atravessa sua experiência psíquica de envelhecer, a solidão. Ela desabafa: *“Eu estou sozinha em casa, eu penso comigo: “nossa, eu estou ficando de idade mesmo, eu já vivo sozinha... as pessoas que vai ficando idoso, eles vai ficando abandonado sim, como eu, mais sozinha ...os filhos, os próprios filhos, os netos, vai largando. Entendeu?”*. Aqui retomo uma indicação de Berlinck (1996/2008) ao acrescentar que a envelhescência também pode produzir efeitos no imaginário do sujeito no âmbito de suas relações, pois que se pode experimentar uma mudança radical no lugar que se ocupara no encontro com o outro, resultando reconhecer-se sozinho pela perda ou afastamentos de familiares, por exemplo.

Violeta me explica que durante a semana sente-se acompanhada pelos filhos e netos, pela via das demandas de ajuda endereçadas a ela: *“Ô vó, você faz isso para mim? ...ô mãe, a senhora faz isso para mim?”*, no entanto, aos finais de semana, é quando lhe sobrevém o desamparo, a solidão: *“Meio de semana, depende de mim, tão todos lá. Maravilha. ...No domingo, eu não vejo nenhum. Então, eu já estou ficando sozinha. Entendeu?”*. Violeta me acrescenta ainda que: *“se tem alguma mensagem, é porque precisa de mim. Então, nesse ponto, eu sinto sim, que envelhecer é ficar sozinha”*. Aqui Violeta me anuncia que sua velhice é sentida como solidão, marcada pelo traço “sozinha”. Seria esse mais um dos motivos do

horror de se aproximar de um “*senhorzinho... no cantinho*”, o perigo de dar-se a saber de sua própria solidão?

Lembro com Freud (1926/2014) que o desamparo é uma reação psíquica a uma perda, que também pode ser sentida como angústia social, já que o eu teme perder o amor no laço com o outro. E com Mucida (2020), retomo que na velhice as perdas remetem o sujeito a uma angústia de desamparo importante, exigindo-lhe, diferentemente da infância, na qual há perspectivas de novos objetos, um significativo trabalho de rearranjo libidinal diante das perdas, muitas vezes irreparáveis na velhice. Violeta parece testemunhar a radicalidade de suas perdas no laço com o outro social.

Ela continua me falando, então, em tom de desabafo, como parece se ancorar diante de seu desamparo na velhice: “*É só aqui [ambulatório], sabe? Que não sente que eu estou envelhecendo. ...Na fisioterapia, com a psicóloga, nas consultas, com a psiquiatra, com o médico da coluna. É aqui a minha vida!*”, e mais: “*...a Violeta é só para ficar aqui [no ambulatório], para se tratar... Não tem Violeta, não. É mãe e vó*”. Vou ouvindo de Violeta que o ambulatório parece seu refúgio diante da solidão na velhice, e com essa última fala, me questiono quanto à sua relação com o serviço de saúde: colocaria seu corpo adoecido em cena para reencontrar um lugar no laço com o outro, fisioterapeuta, psicólogo, médico?

Sua entrevista segue para um momento marcante para mim. Ainda se queixando de sua família procurá-la apenas quando precisam de sua ajuda, Violeta me conta o seguinte: “*E eu tenho que aprender... Que eu sou eu... Que eu não sou só mãe, nem vó. Eu sou a Violeta. E dizer “não” também... [mas] não consigo falar com eles... Tudo que eles pedem eu faço. Eu ajudo eles. ...até sem poder*”. Diante do qual eu decido perguntar: “Parecido com o que você fez hoje aqui comigo: mesmo com muita dor, você veio para “me ajudar”?”, ao que ela retorna: “*Eu estou para todo mundo, mas eu não tenho ninguém. Eu ajudo todos. Mas ninguém me ajuda*”. Violeta acrescenta o relato de um episódio em que disse “não” para a

filha, mas ao custo de muito sofrimento: *“Então isso me machuca. Sabe? ...Então aí eu fico pensando... Envelhecer para mim é isso. É ficar mais abandonada, sozinha. Só procura a gente quando precisa”*.

Escuto de Violeta uma cena inconsciente repetida em transferência comigo, da posição de “cuidadora”, lugar simbólico que, com a entrada na velhice, parece estar se perdendo no laço com o outro. Questiono-me se “mesmo com dor” Violeta decidiu me “ajudar” com a entrevista como uma tentativa de manter esse importante traço identificador para ela que parece vacilando na função de representá-la para o outro, expondo-a a um profundo desamparo.

Nesse sentido, e a partir do que mais Violeta vai me contando, começo a pensar um pouco mais em sua relação com o serviço de saúde. Queixa-se de que a família lhe vê *“...como uma pessoa que não tivesse problema [de saúde] nenhum, uma pessoa saudável”*. Pergunto sobre seu histórico de tratamento médico no ambulatório e ela me conta que tratava da coluna: *“...só que eu tive alta ... porque eu estava bem”*, o que me salta na escuta como um lamento, esse “só” com o sentido lastimar receber alta, embora não tenha me parecido que fora uma expressão consciente dela. Sigo escutando. Conta que depois da alta, continuou nas atividades pelo Centro de Educação Física da universidade, porém, com a pandemia de Covid-19, o serviço foi suspenso: *“...me cortaram”*. Segue dizendo que passaram três anos: *“...com sessenta e um, foi quando eu... voltei para cá”*, e explica o motivo: *“...e aí a minha coluna foi piorando, piorando... E foi assim que me colocaram aqui [no ambulatório]”*.

Ao escutar Violeta, fico com a impressão de que com seu corpo remetido ao serviço de saúde ela alcançaria um olhar do outro que, da família, sente estar perdendo. Além disso, me ocorre questionar se haveria uma relação entre a piora de sua coluna com a experiência de sua envelhescência. Violeta fala de uma posição mais passiva diante do outro, “cortada”, “colocada”. Diante das fragilidades no laço com o outro nesse tempo da velhice, estaria

Violeta, com seu corpo adoecido, endereçando um sofrimento psíquico ao serviço de saúde, na demanda de um lugar no laço com o outro?

Violeta finaliza esse relato dizendo-me o seguinte: “...*foi aonde que eu vim parar aqui [no ambulatório]*”. Essa fala me lembra uma de minhas inquietações com as quais elaborei o projeto desta pesquisa: aonde vão parar mulheres na envelhescência que, com seus corpos adoecidos, pedem por escuta? Violeta, assim como tantas, parece ter se destinado ao serviço de saúde.

Caminho para o encerramento da entrevista com Violeta, pergunto o que estava achando e então ela me confessa: “*E eu esperava que ia ser uma conversa boa. Eu estava esperando por isso. Poder falar. Poder desabafar. ...Estou me sentindo até mais eu. Não é só a mãe, nem a avó que existe, nem a esposa. A Violeta existe. Foi bom!*” e acrescenta: “*A Violeta não morreu. A Violeta só está envelhecendo*” e solta uma risada. Finalizo o encontro com Violeta com a impressão de que nesse curto espaço privilegiado à sua fala e escuta ela pôde ao menos começar a dar algum contorno possível para a angústia diante das perdas de traços identificatórios na velhice, “mãe-cuidadora”, “vó-cuidadora”, “esposa-cuidadora”. Violeta, com suas palavras, talvez tenha podido tomar linha e agulha nas mãos para começar a costurar algum remendo possível para os buracos das perdas em sua velhice.

Violeta me ensinou que envelhecer pode ser muito doloroso, solitário, mas que no trabalho com a palavra, a solidão pode ganhar nova inscrição: passar de “só, estou envelhecendo”, com vírgula, para “só estou envelhecendo”, indicando que ainda há o que viver.

Agora vamos à Magnólia e ao que ela tem a nos ensinar sobre mulheres na envelhescência.

5.5 MAGNÓLIA: UMA SENHORA MULHER?!

Rememoro as pessoas leitoras de que, no convite para participar de nossa pesquisa, indicamos alguns requisitos, dentre os quais, que a participante já estivesse na menopausa. Talvez este tenha sido um importante significante que atraiu o interesse de Magnólia. Ela inicia nosso encontro intrigada com uma questão pontual: sintomas na menopausa.

Pergunto à Magnólia o que a fez se interessar por nossa pesquisa e ela, de pronto, me responde: “...*eu quero saber. ...Então, porque eu nunca senti nada na menopausa ...Então, eu fico curiosa para saber por que tantas dificuldades que essas mulher tem na menopausa*”. Explica que desde a adolescência não se importava com as transformações no corpo que, segundo conta, já haviam chegado para as outras meninas, mas não para ela: “*Eu não senti nada, nada, nada disso. Nem na primeira menstruação, eu... Eu menstruei com 14 anos. Nunca me preocupei com menopausa. Nunca me preocupei de mocinha. Minhas amigas tinham menstruação. Eu não tinha, falava: “eu estou nem aí”, E logo me demanda uma resposta, um saber sobre sua inquietação: “Fala que eu sou normal ou sou anormal? Me fala! Não sentir nada? Estou errada? ...Por que todas as mulheres têm e eu não tive? ...Tem explicação? Hum? Tem? Para me dar? Tem? Eu não sei.*”. De início, fico advertida com a demanda de Magnólia: ela quer de mim uma resposta. Sigo escutando para, quem sabe, alcançarmos qual é a pergunta, o que a inquieta?

Ela continua: “*Então fica aquela coisinha martelando na minha cabeça. ...Será que isso é do próprio organismo? ...Será que isso é, sei lá, da própria natureza? Que criou isso?...Até hoje não encontrei nenhum livro que eu leia dessas coisas. ...Ou, por quê, comigo não aconteceu?*”. Nesse momento inicial acolho suas indagações, Magnólia parecia pedir ser escutada.

Magnólia declara: *“Eu toda vida fui despojada, brincava”*. Retoma algumas lembranças e me relata um pouco de sua história: brincava muito com um dos irmãos, saíam escondidos dos pais para irem ao cinema, brincava junto a outros meninos, e conta uma preocupação do irmão, por um lado, e um feito ousado dela, por outro: *“Brincava com os meninos de burquinha, de peão. Eu fui a única, eu fui a primeira “menina”, faz ideia? O meu irmão tinha medo de vir minha menstruação para mim, lambuzar tudo o vestido, fui a primeira menina a usar calça comprida. Você acredita?”*.

Continuo em posição de escuta para Magnólia, que me fala mais: *“Eu nunca liguei para nada, de vir menstruação ou não, entendeu? E as mães põem na cabeça da criança: “ah, minha filha, cuidado, quando vir para você, você tem que ter muito cuidado!”*. Ela mostra indignação com tal discurso: *“Acho tão ridículo isso!”*. Segue: *“E, “aí na menopausa, você vai ver, você fica diferente”*. Por que, diferente? *Veio tão tranquilo, por que diferente a menopausa? Não veio como um terremoto na minha cabeça. Veio assim, como uma coisa normal. E por que que não veio para mim, por que eu não sinto nada na menopausa? Me fala? Quero essa resposta!”*. Magnólia parece escancarar-me uma questão sobre seu ser mulher, e me pressiona por um saber.

Até aqui as falas de Magnólia me sugerem o que parece se configurar como uma questão sobre os caminhos de sua feminilidade, a respeito de seu “tornar-se mulher”. Ela se inquieta com um traço que, supostamente, há nos corpos das outras e não se manifesta no seu: sintomas físicos de menopausa. Magnólia parece dizer de um mal-estar ao se deparar com a diferença que a remete à questão: sou uma mulher “normal”? Recordo-me que para Freud (1933/2018) a pergunta sobre como se torna uma mulher, também restou como um enigma.

Decido ouvi-la um pouco mais a partir do significante “menopausa”, pedindo para que me contasse sobre sua experiência. Magnólia me diz que não se lembra quando foi. Conta que o marido era quem acompanhava as datas de sua menstruação, porque ela mesma não se

preocupava: *“Meu marido falava: “você não sabe quando vem, não sabe quando termina, mulher?” Eu não sabia, ele que controlava para mim”*. Pergunto-me se se trataria de uma recusa, um não querer saber do que se passara com seu corpo e que tem efeitos de subjetividade. E mais: deixaria para o outro, esposo, o saber sobre seu próprio corpo, assim como parece repetir comigo a demanda de um saber sobre ela? Magnólia estaria me indicando um não querer saber sobre a diferença, a castração da qual o real do seu corpo a expõe?

Segue me dizendo a respeito de seus hábitos no período menstrual: costumava ser *“Des-preo-cu-pa-da com as coisas...”*, e continua: *“Eu não estou nem aí, se escapar um pouquinho, escapou, é normal, isso é uma coisa da natureza. Eu sempre me preocupo com a coisa da natureza, minha filha. Natureza!”*. Nesse instante, salta aos meus ouvidos o significante “natureza”: Magnólia o trouxera no início, ao dizer de suas hipóteses que explicariam os fogachos, *“é próprio da natureza?”*. Segue me contando que diferente de sua filha - de quem questiona o hábito de se precaver levando um absorvente íntimo consigo - sua neta é despreocupada, como ela: *“Ixi, igualzinho, eu tenho uma neta que é idêntica a mim. ...Não sabe o dia que vem, não sabe quando acaba”*. Fico com a impressão de que, nesse momento, para lidar com o desconforto de ter falado dessa outra diferente, a filha, Magnólia inclui na sequência a fala sobre uma semelhante, a neta, com quem se identifica e talvez, com isso, tenha feito uma tentativa de apaziguar seu mal-estar com a diferença.

Ela segue me demandando uma resposta: *“Sou a anormal? O que que eu sou? (solta um riso). Difícil, né? O que você acha, senhora psicóloga ? Você acha que eu sou louca?”* e considera: *“Só vejo que eu não dou bola. Sou diferente”*. Magnólia alcança verbalizar que se trata de uma diferença, mas ainda parece não ser possível, naquele momento, se fazer ouvir no que afirma.

Seguimos com sua entrevista e peço para Magnólia me contar sobre sua envelhecimento e ela me diz: *“Ah, eu não gosto de pensar em velhice, não. Eu não aceito a*

velhice. ...Por que que eu vou ser aquela velhinha arcadinha, aquela velhinha que não tem, não liga para nada...? ... A velhice não está [acena para o corpo]. Está na nossa cabeça, minha filha. Eu não quero pensar em velhice, eu quero viver, entendeu, a velhice". Essa fala de Magnólia me fez pensar no horror que pode ser para alguns o encontro com a velhice, naquilo que ela desvela da falta. Berlinck (1996/2008) acentua que o sujeito se depara com um futuro que pode ser assustador: o descompasso entre o corpo envelhecendo e a atemporalidade do inconsciente aponta para o irremediável da morte, não há mais tempo nem corpo que recubram os furos da castração.

Magnólia continua a falar: *"Eu indigno quando eu vejo a minha filha deitada, a minha filha estava doente, eu falo: "filha, você tem que levantar a cabeça, animar", né, ânimo! Eu não sei, se você ver eu deitada, você pode saber que é pra ir pro hospital, porque eu não deito. Doença nenhuma me derruba. Não consigo!"*. Nesse ponto, me ocorre pensar que Magnólia não quer saber de sua velhice, não quer saber da filha prostrada pelo climatério, não queria saber do dia de sua menstruação... parece que as questões da velhice e da feminilidade vão se entrelaçando em sua fala. Confesso que me exige no trabalho de escuta, mas ao mesmo tempo, suspeito de que ambas as questões parecem remeter à castração, à falta; e me parecem dizer de uma angústia para Magnólia, um horror de se saber faltante: uma "velhinha arcadinha", "derrubada" por sintomas do climatério.

Magnólia segue me contando que gosta de estar com os netos e bisnetos com quem se diverte compartilhando brincadeiras e argumenta: *"Eu sou uma pessoa normal. Faço tudo! Agora só porque eu envelheci, eu não vou fazer nada?"*. Não posso deixar de notar o significante "normal", que me salta aos ouvidos em sua escuta, e que vem se marcando em sua fala. Magnólia continua em tom de protesto diante de interdições: *"Ah, eu não aceito assim, a pessoa falar, "ah, você não pode fazer isso", "ah, você não deve fazer por causa da tua idade". Eu não tenho idade! Não tem nada a ver com a idade! Eu estou forte ainda, eu*

consigo fazer alguma coisa. ...aliás, muitas coisas”. Aqui é interessante como ela se defende do que escapa em sua fala, “alguma coisa”, diante do qual imediatamente ela corrige por “muitas coisas”. Arrisco a hipótese de que, nesse ponto, Magnólia buscava se defender do que sua fala deixa entrever como falta. Viria o significante “normal” fazer suplência às suas faltas, à sua “anormalidade”?

Chega um momento em que ela me traz algo interessante. Relata que é “*curiosa*”, que se aventura em consertos domésticos em sua casa e me conta um desses episódios: “*Eu tenho minha air fryer, tenho minhas coisas, tudo com três tomadas. Casa de pobre, eu não tenho três buracos, eu tenho só dois. ...Não podia ser duas, como antigamente? E daí eu arranquei o do meio. Está funcionando normalmente. ...Mas que eu fiz eu fiz. ...Eu sinto que eu sou velha. Velha não, tenho idade. Porque eu não sou velha, eu tenho idade. Se não, minha filha, eu ia fazer cada coisa nesse mundo?!* ”. É muito interessante como, apesar de sua insistência em negar a falta - “os buracos” a mais, que não são mais como “antigamente” - lhe escapa um “sou velha” que na sequência ela corrige, “velha não”. E mais, ela parece saber de suas limitações, do contrário ainda “faria muitas coisas”, mas parece muito difícil para Magnólia assumi-las.

Aqui retomo o que Mucida (2022) nos indicou, de que a velhice é um momento em que se acentuam as perdas, trata-se de um encontro do sujeito com o real incontornável que, como efeito da passagem do tempo, abala as referências fálicas. Magnólia parece defender-se desse incontornável com unhas e dentes, arranca o furo com as mãos, mas ele lhe escapa pela boca.

Magnólia segue me contando sobre um desejo de cursar faculdade, deixado de lado uns anos atrás, diante do qual justifica: “*E agora, depois de velha, é difícil*”, no entanto, traz uma interessante perspectiva, caso se aventurasse a realizá-lo: “*Uma hora acaba, não acaba? Até que essa força não acabe, vamos segurar essa força! Né?*”. Escuto algo de resistência na

fala de Magnólia, de uma reivindicação a si mesma do direito de existir como uma mulher “velha”, apesar de toda recusa à sua velhice, como se perguntasse a si: e eu não sou uma senhora mulher?! Então vamos! À luta!

Aqui, recordo-me do que nos indicou Soares (2020), de que a velhice não se trata de uma experiência universal, portanto, cada sujeito a vivenciará a seu modo, na articulação possível entre seu corpo, seus recursos subjetivos e o recorte sociocultural do qual participa. Magnólia talvez esteja nos ensinando o particular de sua inquieta envelhescência.

Peço para ela me contar o que a levou ao ambulatório, me conta que passou por perdas importantes: *“Aí, morreram todos. Meu pai morreu. Meu irmão morreu. Minha mãe. Do nada, eu passei a não fazer nada. Agitada, todo dia. Não fazia nada”*, ocasião em que sofreu um emagrecimento notório, conta: *“Porque, aí, minha filha, veio aquela... emagrecer, fui emagrecendo, não podia comer...”*. Magnólia parece ter sentido no corpo, não só a perda dos entes, mas também de um lugar simbólico no laço com eles - a perda da função de cuidadora da família.

Foi então que recebeu encaminhamento para o ambulatório de saúde da mulher e parece aí ter encontrado um espaço em que pôde dirigir um pedido de escuta de sua dor para além do adoecimento do corpo, pelo que ela me conta: *“Eu falei: eu vou procurar alguma coisa pra eu fazer. Aí, eu vim aqui. Interagir, né? Aí, foi. Falei: eu vou lá! Para mim foi uma bênção!”*. Diante das perdas de objeto de amor, de um lugar simbólico no laço com o outro, Magnólia me conta fazer um movimento em busca de novos investimentos libidinais, ainda que pela via de seu corpo adoecido remetido ao serviço de saúde. Ela acrescenta: *“Então tem, que vir aqui. Do nada, não fazer nada?! ...Difícil. ...Se eu não tivesse a saúde da mulher para mim tá fazendo?”*. O ambulatório parece um espaço que Magnólia encontrou para, de alguma maneira, dar conta de seus lutos sem sucumbir.

Caminho para o final de nossa conversa e pergunto à Magnólia se ela gostaria de me dizer algo mais, ao que ela me diz: *“É isso que eu estou contando de mim, eu né? Sou assim. Eu nasci assim. Vou morrer assim”* e ri. Magnólia parece me dizer... se dizer... de sua “natureza” singular, do seu inconsciente que insiste apesar do corpo a envelhecer. Mas como lidar com isso, não é, Magnólia? Eu escuto que está difícil, mas que você está buscando se arranjar com sua envelhescência, saber-se em sua falta-a-ser. Tanto falta, que deseja: *“Eu quero gozar da vida, minha filha. É difícil, não é?!”*.

Magnólia me ensinou que encarar o encontro com a falta na velhice pode ser assustador, mas que em algum momento pode ser que se alcance a ousadia de tomá-la pelo braço, encará-la nos olhos e colocá-la em questão: “quando a gente vai conversar, hein?”.

Nesse momento, concluo um percurso possível pelas escutas dessas mulheres e pelo que elas me ensinaram sobre suas envelhescências. Agora, me encaminho para o encerramento de nosso trabalho com algumas considerações finais.

6 ESSA CONVERSA DEVE CONTINUAR

Considerações finais

*“O ato de escrever tem essa via: suscita a
emergência de um outro saber”*

– Ângela Mucida

Percorremos o transcurso de nosso trabalho orientadas pela premissa de que o saber em psicanálise não se pretende absoluto, definitivo ou generalizável. Assim, neste momento de concluir, apresento algumas elaborações possíveis e provisórias, frutos dessa pesquisa. A partir do meu encontro com algumas pacientes idosas em minha clínica, eu transformei as minhas inquietações em perguntas de pesquisa acadêmica e, nesse percurso, pude margear algumas elaborações possíveis, que acabaram por me deixar com mais perguntas do que respostas.

Fui ao encontro de mulheres pacientes de um ambulatório, buscando ouvi-las sobre suas experiências psíquicas de envelhecer: Que efeitos subjetivos poderiam emergir em suas falas sobre a experiência com a velhice? Haveria alguma relação entre o adoecimento de seus corpos e um possível mal-estar psíquico advindo de suas envelhescências? Ressalto que nossa pesquisa se delimita apenas a um recorte possível por meio de observação e entrevistas individuais, nesse período e com essas participantes.

Para saber algo mais sobre os sentidos de suas envelhescências e dos significantes que essas mulheres-sujeitos nos ofereceram em suas falas, seria necessário escutá-las por mais tempo, talvez em um trabalho de análise. Nesse caso, ainda assim, feito sem o propósito último de ouvir o objeto envelhescência, mas o que elas quisessem dizer e, nisso, quem sabe poder ouvir um pouco mais sobre essa experiência, caso essa fosse uma questão para elas.

Nesse momento elas nos deixaram pistas. Portanto, o saber que se apresenta aqui não é meu, é delas. É o saber que elas me permitiram conhecer e dividir com outros. A seguir,

compartilho algumas considerações que pude elaborar com base nas observações do campo de pesquisa e das escutas dessas mulheres em entrevista.

A primeira, a partir de algo que ficou muito marcado em suas falas, é a de que a experiência psíquica de envelhecer parece lhes remeter a um radical encontro com a castração, com o que nela resta impossível de recobrir. Um real da castração exposto pelas perdas no corpo que envelhece e não se regenera; exposto pelas quedas dos ideais, da imagem narcísica que vacila em disfarçar as faltas; exposto pelas perdas externas como dos pais que morreram ou estão adoentados e não se recuperarão mais, indicando a elas a finitude de suas próprias vidas; exposto pelas perdas no lugar simbólico no laço social, que abalam as garantias imaginárias do amor do outro.

Diante das perdas que suas velhices lhes impõem, pude ouvir o que pareceu produzir-se como efeito: o rechaço do que retorna como estranho familiar, não se identificando como pessoa idosa (*velha é a outra*); a velhice transformada em tabu, procurando afastá-la para longe (*não consigo chegar perto de um senhorzinho*); o desamparo psíquico manifesto na forma de solidão (*estou envelhecendo, já estou ficando sozinha*); e ainda, pude ouvir como efeito desse encontro com o real na velhice, o que me pareceu ser uma questão sobre a feminilidade, sobre o tornar-se mulher (*sou uma mulher? me fala!*).

Portanto, a experiência psíquica de envelhecer parece lhes impor um encontro com o real da castração, diante do qual se encontram em um trabalho de elaboração – a envelhescência. Contudo, uma a uma dessas mulheres traz suas questões singulares, nesse sentido, cada uma dizendo-me do envelhe(ser) mulher ao seu próprio modo.

A segunda consideração é desdobramento da primeira: seus possíveis sofrimentos psíquicos – na forma do corpo adoecido endereçado ao serviço de saúde – estariam dizendo de uma tentativa de recobrimento das perdas de insígnias fálicas e de significantes que, até

então, ancoravam seus lugares simbólicos no laço com o outro e suas identificações imaginárias como mulher?

Sendo a feminilidade e a velhice, ambas, um enigma, ou seja, não havendo um significante que responda pelo que é uma mulher, tampouco pelo que é uma mulher velha, talvez elas busquem no serviço de saúde, ainda que pela via do corpo adoecido, significantes valorizados no campo do Outro – do qual o discurso médico faz semblante: “você tem (é) um diagnóstico” –, que venham lhes oferecer novos traços com os quais se identificarem diante do enfraquecimento dos anteriores, como “filha”, “mãe”, “esposa”. Significantes estes que parecem ter em algo em comum, na medida em que, nas escutas realizadas na pesquisa, apontaram para um sentido de “cuidadoras...”, de uma certa maternagem dos pais, dos filhos, dos maridos. Se vacilam os significantes de outrora, que significantes as representariam e responderiam às suas perguntas: *quem sou eu, mulher?*, *quem sou eu, mulher velha?*

Aprendemos com Freud, Mucida e Soares, que o desamparo psíquico é efeito diante das perdas do objeto de amor, de um lugar simbólico no laço com o outro e que as psicopatologias, nesse sentido, podem ser compreendidas como um recolhimento da libido do sujeito, antes investida no objeto perdido, na tentativa de um trabalho de simbolização da perda. Nesse sentido, chego à consideração de que parece, portanto, haver uma relação entre o adoecimento do corpo, endereçando um mal-estar psíquico ao serviço de saúde, e a experiência psíquica da envelhescência, para essas mulheres.

Nessa direção, fui levada a aprofundar tais considerações na forma de novas indagações: na tentativa de resolver um possível mal-estar advindo da fragilização, na velhice, do lugar simbólico identificado à função do cuidar, dito de outro modo, como não daria mais para “cuidar” do outro como antes, essas mulheres-sujeito se paralisariam no sintoma? Represariam suas libidos em sintomas no corpo, na forma de doenças crônicas, na tentativa de resolver um impasse suscitado pela perda?

Impasses que me ocorreu pensar em duas direções possíveis, formuladas aqui como hipóteses:

A primeira sendo: *se não há mais ninguém para eu cuidar, e agora, quem sou eu?* Nesse caso, o mal-estar apontando para uma escassez, por assim dizer, de traços outros com os quais se identificar. E a segunda: *estou livre para não mais cuidar, mas meu superego me permite?* Nesse outro, o mal-estar apontando para um excesso, por assim dizer, de identificação ao traço inscrito.

Em ambas as hipóteses, o sintoma talvez venha participar como uma formação de compromisso, uma “saída” que, paradoxalmente, “não deixa sair” de um impasse diante da libido disponível para novos investimentos. De todo modo, vimos que, no desamparo advindo das perdas, o luto pode ser uma via mais interessante para a continuidade do laço amoroso.

Como se pode notar, faltam respostas, sobram-me perguntas... Partindo ainda dessa hipótese de que os sintomas diriam algo a respeito do trabalho psíquico de tornar-se mulher, vindo à tona na envelhescência, poderíamos considerar o adoecimento do corpo, endereçado por essas mulheres ao serviço de saúde, mesmo como um manifesto de rebeldia, uma resistência, conforme propôs Kehl (2016) e Iannini & Tavares (2018), ao discurso social que, talvez, pouco lhes ofereceu além do significante “cuidadora” (a saída pela maternidade, em Freud) como destino no tornar-se mulher? Seria, portanto, um pedido de escuta, assim como as primeiras históricas, de um lugar onde possam elaborar por elas próprias uma resposta possível para suas questões em torno do envelhe(ser) mulher? Afinal, elas chegam às entrevistas indicando um desejo de saber sobre si, uma delas inclusive, não hesitando em me pegar pelo braço pedindo um espaço para falar.

Diante disso, me parece impossível desconsiderar o AMASM, no âmbito das atribuições da especialidade da psicologia, como um espaço potencial e frutífero para a elaboração das envelhescências dessas mulheres-sujeito: cada uma a seu modo, elas

pareceram se perguntar: “como quero envelhecer?”. Embora, no serviço de saúde, o corpo adoecido entre em cena demandando um lugar no laço com o outro, o grupo Florescer apareceu como espaço privilegiado de fala e escuta, inquietação, questionamento e reconstrução dos sentidos de envelhe(ser) mulher para elas.

Nesse sentido, ressalto a importância da oferta da escuta psicanalítica nos serviços de saúde da mulher em atenção às mulheres na envelhescência, em enlace com os demais campos de saber que compõem uma equipe multidisciplinar. Talvez os serviços de saúde sejam espaços oportunos para essas mulheres-sujeito acessarem a psicanálise pela clínica ampliada, atrelada às políticas públicas de saúde da mulher. Quem sabe não poderíamos vislumbrar políticas públicas de saúde para mulheres na envelhescência, tendo o grupo Florescer como modelo de assistência psicológica a se estender também à rede primária de saúde de Londrina e região? Freud (1919[1918]/2017) já nos provocava a um posicionamento político de levar a psicanálise para além da clínica privada.

Por fim, diante do discutido ao longo deste trabalho e especialmente a partir de meu encontro com as mulheres participantes de nossa pesquisa, alcanço compreender que a envelhescência pode ser uma inovação diante do real da castração descortinado na velhice; e que, para as mulheres pacientes desse ambulatório, o grupo Florescer, em especial, passa a representar um espaço em que elas podem tocar em algo de seus furos e, no trabalho com suas palavras e no laço coletivo, podem tecer novos remendos em suas singulares experiências de envelhe(ser) mulher. Em um encontro, Íris nos testemunhou: “aqui no Florescer, eu floresci!”. Então, usando o verbo de Íris, *florescer mulher* talvez possa ser também uma das perspectivas do trabalho psíquico na velhice feminina.

A questão da feminilidade não era a proposta desse trabalho, mas se apresentou como uma das surpresas com as quais me deparei nesse caminho. Nosso estudo se delimitou a investigar a experiência psíquica de envelhecer no que disso emergisse nas falas dessas

mulheres e seus possíveis efeitos manifestos via adoecimento do corpo, por essa razão não foi possível aprofundar no tema da feminilidade para além do apresentado. No entanto, deixamos como sugestão para que essa questão seja retomada em novas pesquisas.

Para além disso, outra surpresa para mim se abriu no meu breve encontro com o AMASM, que me ensinou a compreender o serviço de saúde como espaço frutífero de elaboração psíquica. As mulheres participantes chegaram à entrevista desejando “saber mais”. Diferente de uma primeira ideia do sujeito do inconsciente no serviço de saúde, que estaria ali para gozar com seu corpo resistindo em renunciar a seu sintoma, ouvir essas mulheres me abriu outra perspectiva: apesar de seus corpos em cena, elas querem falar, querem saber mais de si (inconscientemente, que seja), bonito isso! Ensinou-me uma nova posição como psicanalista, e aqui me lembro de Lacan (1958/1998) nos indicando que a resistência é do analista. Foi um aprendizado ético valioso para mim!

6.1 PEQUENA NOTA À ESCRITA NO FEMININO

Trago mais um aprendizado ético nessa experiência de pesquisa, na forma de uma pequena nota à escrita no feminino: aprendi com Freud e Mucida que os representantes da castração são transformados em tabu e colocados à distância para se manter em vigor a supremacia da lógica fálica. Nesse sentido, fiquei pensando sobre a negativa, em respeito às normas acadêmicas, à minha intenção inicial de usar o feminino genérico na escrita de minha dissertação, uso que talvez acenasse para o real da castração, que se tenta rechaçar tanto na velhice como nas mulheres.

Imagino que uma escrita no feminino genérico propusesse às pessoas leitoras uma experiência com um saber não todo fálico, não todo sábio, com um saber que se enuncia faltante, pois que não se pode dizer tudo, mas alguma coisa... assim como quando se tenta

dizer sobre a mulher e sobre a velhice, ambas nos escancaram o real da castração, e delas, só se pode dizer alguma coisa.

Talvez toda escrita em psicanálise devesse ser no feminino genérico – se é que ela já não é, e nós que ainda temos dificuldade de reconhecê-la feminina (ainda que escrita na norma da língua culta, no masculino genérico). Por que ainda haveria uma interdição à escrita no feminino? Seria o discurso acadêmico sustentado na lógica masculina, fálica, por excelência, e a proposta da escrita no feminino transformada em tabu, por medo de seus efeitos feminizantes?

Aqui respondo por mim: talvez por isso, também, minha dificuldade em escrever essa dissertação, eu insistia em escrever no masculino, dizer tudo, compreender tudo, escrever o melhor texto, sem faltas, sem falhas... Mas todo texto, ainda que escrito no masculino genérico, é um texto no feminino, nunca se pode escrever tudo. Ainda que a academia não me permita escrever no feminino genérico, meu texto é escrito no feminino, inevitavelmente. Pois não posso dizer tudo, algo sempre resta no vazio de significação.

Velhice, mulheres e a escrita... no percurso desta pesquisa elas me ensinaram a ir de um vazio de significação a uma criação a partir de um vazio, a ir dos desamparos do indizível aos remendos possíveis em torno de sua volta. Suportar a experiência dessa pesquisa de mestrado foi também suportar a falta de palavras para escrevê-la.

Para finalizar, eu, que no meu tornar-me mulher, a maternidade não é o destino do meu desejo, chego ao final de uma gestação outra. É momento de concluir não toda essa dissertação e pari-la no mundo para seu devir.

É hora de recolher as cadeiras dessa nossa roda de conversa e buscar novos espaços para ocupar em nosso território e continuarmos discutindo as questões que envolvem as mulheres e suas velhices na contemporaneidade. Seguimos, hermanas!

AUTORAS E AUTORES QUE ESTIVERAM CONOSCO NESSA CONVERSA

Referências bibliográficas

- Abrahão, E. S. (2008). O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer. *Revista da SPAGESP*. 9(1), pp. 57-65. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v9n1/v9n1a08.pdf>
- André, S. (1998). *O que quer uma mulher?*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Berlinck, M. T. (2008). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Escuta. (Trabalho original publicado em 1996).
- Castilho, G; Bastos, A. (2015). Sobre a velhice e lutos difíceis: “eu não faço falta”. *Psicologia em Revista*. 21 (1), pp. 1-14. <https://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P1>
- Cordeiro, S. N.; Reis, M. E. B. T.; Spagiari, N. T. B.; Adamowski, W. D. (2017). Contribuições da Psicologia à Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher: Relato de Experiência. *Polis e Psique*, 7(3), pp. 100–115. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300007
- Cordeiro, S. N.; Lucri, J. J. (2020). O psicólogo na equipe multiprofissional: relato de experiência de uma intervenção em grupo de mulheres na atenção secundária à saúde. *Vínculo - Revista do Nesme* (17) 2. pp. 141-162. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n2p141-162>
- Cordeiro, S. N., Rufino, J. V., Carreira, C. M., Alves, R. C. (2021). *Tempus, Actas de Saúde Coleiva*. 12(2), pp. 259-271. <https://doi.org/10.18569/tempus.v12i2.2521>
- Dourado, M; Leibing, A. (2002). Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2(2), 38–45. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/7759>
- Fingermann, D. T. (2021). *O que é um corpo? Como responde a psicanálise?* In Teperman, D.; Garrafa, T. & Iaconelli, V. (Orgs). *Corpo*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Freud, S. (1996). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*. Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1898).
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In *Introdução ao narcisismo: Ensaio de metapsicologia e outros textos*. Obras completas. São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010a). O inconsciente. In *Introdução ao narcisismo: Ensaio de metapsicologia e outros textos*. Obras completas. São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1915).

- Freud, S. (2010b). A repressão. In *Introdução ao narcisismo: Ensaio de metapsicologia e outros textos*. Obras completas. São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos*. Obras completas. São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2016). *Estudos sobre a histeria*. Obras completas. São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora" e outros textos)*. Obras completas. São Paulo, SP: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (2016). Sobre tipos neuróticos de adoecimento. In *Neurose, Psicose, Perversão*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2016). Luto e melancolia. In *Neurose, Psicose, Perversão*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2017). O método psicanalítico freudiano. In *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1904[1903]).
- Freud, S. (2017). Sobre psicoterapia. In *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1905[1904]).
- Freud, S. (2017). *As pulsões e seus destinos*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1919[1918]).
- Freud, S. (2017). A análise finita e a infinita. In *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2018). O tabu da virgindade. In *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (2018). Organização genital infantil. In *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2018). O declínio do complexo de Édipo. In *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1924).

- Freud, S. (2018). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (2018). Sobre a sexualidade feminina. In *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1931).
- Freud, S. (2018). A feminilidade (Conferência XXXIII). In *Amor, sexualidade, feminilidade*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (2019). O infamiliar. In *O infamiliar [Das Unheimliche], seguido de O Homem da Areia de E.T.A. Hoffmann*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2020). O mal-estar na cultura. In *Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1930).
- Garcia-Rosa, L. A. (1985). O inconsciente. In *Freud e o inconsciente*. Zahar, p. 168-183.
- Iannini, G., Tavares, P. H. (2018). Sobre amor, sexualidade, feminilidade. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud. Amor, sexualidade, feminilidade*. Belo Horizonte: Autêntica
- Iribarry, I. N. (2003). O que é a pesquisa psicanalítica. *Ágora*, 6(1). 115-138.
<https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>
- Kehl, M. R. (2016). *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (1998). A subversão do sujeito e a dialética do desejo. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1960)
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina In *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. 32, pp. 8-14. São Paulo: SP.
<https://pt.scribd.com/document/359168710/Lacan-o-Lugar-Da-Psicanalise-Na-Medicina>. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2008). O sujeito e o Outro (I): a alienação. In J. Lacan. *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lacan, J. (2009). *O Seminário, Livro 9: A Identificação*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1961-1962)

- Mucida, A. (2022). *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Nogueira, I. B. (2025). Psicologia era coisa de outro planeta para a família da Isildinha Baptista. Mas ela resolveu ir em frente. In *Isso não é uma sessão de análise, com Vera Iaconelli*. Trovão Mídia.
https://open.spotify.com/episode/2qiYXaDhsokif6PE0zNp1P?si=BNiFruU5TBm_pSTtb2FeOA
- Poli, M. C. (2008). Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da clínica*, 13(25). 154-179. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000200010
- Resoluções n.466, de 12 de dezembro de 2012* (2012). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016* (2016). Dispõe sobre Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Soares, F. M. P. (2020). *Envelhescência: o trabalho psíquico na velhice*. Curitiba, PR: Appris.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Convite para participação na pesquisa

PESQUISA DE MESTRADO
MULHERES NA ENVELHESCÊNCIA

Para mulheres,
que tenham entrado na menopausa completa, e
interessadas em falar sobre o envelhecer.

Falar com JOSIANE SANTOS (43) 99904-0603

Psicóloga e Mestranda em Psicologia pela UEL



Universidade
Estadual de Londrina

APÊNDICE B

Perguntas Norteadoras para as Entrevistas

1. O que te motivou a participar dessa pesquisa?
2. Como tem sido a sua envelhescência?
3. O que te trouxe ao serviço de saúde?

APÊNDICE C

Artigo de revisão sistemática de literatura

(Submetido para publicação na revista Estudos Interdisciplinares sobre o

Envelhecimento/UFRGS, em 22/08/2025)

A VELHICE NA PSICANÁLISE ...E AS MULHERES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Resumo

O envelhecimento da população é um fato mundial observado nas últimas décadas e as mulheres estão vivendo mais que os homens. É inquestionável que o fenômeno é uma das demandas contemporâneas, inclusive quanto aos seus aspectos psíquicos. Este artigo objetivou investigar a produção psicanalítica sobre o tema do envelhecimento e saber como tem se abordado o envelhecimento feminino. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, cuja estratégia de busca foi definida pelos termos: *envelhecimento* AND *mulheres* AND *psicanálise*, no recorte temporal de 2000 a 2025, em bases de dados que privilegiam publicações do Brasil e demais países da América Latina. Embora alguns estudos tenham o gênero feminino como população, notou-se que o tema apareceu articulado à investigação de casos clínicos com pessoas idosas ou do climatério/menopausa como questão principal. Destacou-se o indiscutível fundamento da psicanálise, da aposta no sujeito enquanto sujeito de desejo pela via da fala e da escuta, e que o desejo da mulher não envelhece.

PALAVRAS-CHAVES: envelhecimento; mulheres; psicanálise.

Abstract

Population aging has been a global phenomenon observed in recent decades, and women are living longer than men. It is unquestionable that this phenomenon is one of the

contemporary demands, including its psychological aspects. This article aimed to investigate psychoanalytic literature on the topic of aging and understand how female aging has been approached. This is a systematic literature review, whose search strategy was defined by the terms: *aging AND women AND psychoanalysis*, covering the time period from 2000 to 2025, in databases that prioritize publications from Brazil and other Latin American countries. Although some studies focused on women as the population, it was noted that the topic appeared linked to the investigation of clinical cases involving elderly individuals or climacteric/menopause as the main issue. The indisputable foundation of psychoanalysis was highlighted: the wager on the subject as a subject of desire, mediated by speech and listening, and that women's desire does not age.

KEYWORDS: aging; women; psychoanalysis.

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023) compreende o envelhecimento como a diminuição gradual da capacidade física e mental, associada a outras transições sociais como aposentadoria, perda de amigos, e aponta para a necessidade de ações que promovam a qualidade de vida dessa população. Neste sentido, a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 é uma iniciativa global que reúne atores como governos, sociedade civil, profissionais, academia, com o propósito promover o envelhecimento ativo e saudável e, especificamente nas américas, a estratégia é liderada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, [s.d.]).

O envelhecimento da população é um fato mundial observado nas últimas décadas, e as mulheres estão vivendo mais do que os homens. Um levantamento recente realizado pelo IBGE, no Brasil, aponta que a esperança de vida para as pessoas idosas também aumentou: em 2023, alguém com 60 anos esperaria viver até 82,5 anos, em média (sendo maior para as

mulheres, de 84 anos contra 80,7 para os homens) e, alguém com 80 anos em 2023 esperaria viver até 88,9 anos, em média (sendo também maior para as mulheres, de 89,4 anos contra 88,3 anos para os homens). Estes dados revelam que a população feminina brasileira tem sido mais longeva (IBGE, 2024).

Do envelhecimento da população e suas especificidades, como o caso da prevalência da população feminina, decorrem novas demandas nas áreas da saúde, assistência social, sistema previdenciário e outras políticas públicas. Portanto, é inquestionável que o fenômeno do envelhecimento da população é uma das demandas da contemporaneidade, inclusive quanto aos seus aspectos psíquicos.

Mucida (2022) lembra que Freud foi decidido em recomendar que a psicanálise deveria se implicar com as questões oriundas do mal-estar da cultura de cada época, e a autora destaca que “(...) envelhecer em um mundo permeado pelo imperativo do novo tornou-se uma nova forma de mal-estar na cultura” (p. 14). Como o processo psíquico de envelhecer tem sido acolhido pela comunidade psicanalítica?

O próprio Freud postulou na primeira década de 1900 que pessoas a partir de aproximadamente cinquenta anos não estariam mais adequadas ao tratamento pela psicanálise, segundo ele, “a massa de material psíquico não será mais dominável nessa fase (...) e a capacidade de reverter processos psíquicos começa a fraquejar” (Freud, 1904/2017, p. 58), embora poucos anos depois ele mesmo tenha afirmado que o inconsciente é atemporal, não sofre alteração com a passagem do tempo (Freud, 1915/2010), o que deixou em aberto o convite às pesquisas sobre o sujeito do inconsciente, independente de um aparato biológico e etário.

Na atualidade, é possível fazer referência a alguns autores que se dedicam ao tema do envelhecimento. Mucida (2022) resgata a herança dos conceitos fundamentais que sustentam a psicanálise e afirma que o sujeito é o sujeito do inconsciente e este não envelhece, as

manifestações sintomáticas dão notícias de uma realidade que é psíquica, o sintoma é um passado que se atualiza no presente, portanto, importa mais como o sujeito se coloca diante da falta, pois o seu desejo não é definido pela idade ou pela suposta quantidade de material psíquico.

O sociólogo e psicanalista Manoel Tosta Berlinck propôs o conceito de *envelhescência* como sendo o desencontro entre o inconsciente atemporal e a temporalidade do corpo, e mais:

Nessa época, como na adolescência, pode ocorrer radicais modificações no eu diante dos ideais [...]. É nessa época que começamos a pensar no possível e não mais no ideal como algo que pode ser alcançado. Pensamentos desse tipo apontam para uma certa limitação tanto do eu ideal como do ideal de eu e podem remeter o sujeito a uma redescritção de seu próprio mito. É nessa época da vida que se pode perguntar, mais uma vez, "para o que mesmo eu estou vivo?", ainda que essa pergunta não seja característica da envelhescência (Berlinck, 2000, p. 194).

Orientada por este conceito, Soares (2020) afirma que a envelhescência vai além do processo de envelhecimento, é antes um trabalho psíquico de elaboração da velhice, em que participam tanto as organizações simbólicas próprias do sujeito quanto aquelas advindas do campo sociocultural e acrescenta que, embora a velhice se apresente como algo universal para as sociedades, por se amparar no aspecto biológico, cada um sujeito a experiencia de modo particular, a partir de sua subjetividade e inserção em determinada cultura e época.

Miani e Cordeiro (2023) também indicam que o envelhecer está relacionado à cultura, no sentido de que imprime no indivíduo marcas das construções culturais e que resultam na produção de distintos modos de subjetivação desse processo. E especialmente no que toca às mulheres, destacam, a exemplo, a promessa de retardamento do envelhecimento feita pela indústria por meio da oferta incessante de procedimentos estéticos, hormonais, cirúrgicos que veiculam o imperativo de um ideal de corpo jovem dirigido aos corpos femininos em envelhecimento.

Quanto ao tema das mulheres na psicanálise, Kehl (2016) traz uma provocação interessante, a psicanalista indaga sobre o lugar delas no desejo de Freud e propõe que este homem “(...) que soube ouvir e dar voz ao recalcado e aos discursos emergentes em sua época, *não conseguiu escutar* nas queixas das mulheres a quem ele mesmo deu voz” (p. 16). E no que diz respeito à abordagem da velhice na psicanálise, Soares (2020) afirma que o clínico se depara com questões existenciais e a coloca como uma estranheiridade, *velho é o outro*, segundo a asserção sartreana, o que se levanta como uma barreira que dificulta sua escuta; portanto, exige do psicanalista “(...) um trabalho de aproximação até se perceber o caráter imaginário de pré-conceitos cristalizados” (p. 162).

Então, o que hoje se pode ouvir das mulheres na envelhescência? O que elas têm a ensinar sobre as mulheres e seus destinos? É a partir destas inquietações que esta pesquisa pretende investigar o que estudiosos da psicanálise têm produzido a respeito.

2 Objetivos

Este artigo objetivou investigar a produção psicanalítica sobre o tema do envelhecimento e saber como tem se abordado o envelhecimento feminino.

3 Estratégia de pesquisa

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, compreendida como a busca sistematizada de produções científicas sobre um determinado tema que respondam a uma pergunta específica de pesquisa, constituindo ao final, um trabalho reflexivo, crítico e compreensivo a partir de seus achados (Costa; Fontanari; Zoltowski, 2022). A estratégia de busca utilizada para a pesquisa nas bases de dados foi a TQO, que se estrutura a partir de três categorias, a saber: o tema ou assunto principal (T), o qualificador, referente às características

do objeto pesquisado (Q) e, o objeto, que representa uma população, instituição, dispositivo, procedimento, enfim (O) (Wànderson, 2020).

Esta revisão pretendeu responder à pergunta de como a psicanálise tem abordado o tema das mulheres na envelhescência nos últimos anos no território latino-americano. A partir da consulta nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual da Saúde identificou-se que o termo “envelhescência” não consta como descritor registrado¹⁰; diante disso elegeu-se como equivalente o termo “envelhecimento”, registrado desde 1999 e revisado em 2017¹¹. Desse modo, a estratégia de busca construída para esta pesquisa, segundo o método TQO, foi: *envelhecimento AND mulheres AND psicanálise*, combinada com seus sinônimos/correlatos e convertida nas línguas inglesa e espanhola, conforme a base de dados pesquisada.

A busca foi realizada no mês de março de 2025, privilegiando bases de dados que contemplam estudos publicados no Brasil e demais países da América Latina, portanto, Lilacs, Index-Psicologia, Pepsic, SciELO, BVS e RedALyC, no intervalo de publicação dos anos 2000, início de uma década de importantes movimentos sociais de mulheres no Brasil (Costa, 2005), até o momento atual, ano de 2025.

4 Critérios de seleção

Definida as bases de dados, segundo os critérios de acesso gratuito e integral dos estudos, a primeira etapa de levantamento foi realizada considerando os seguintes critérios de seleção: estudos publicados na modalidade de artigos científicos, na abrangência do território da América Latina, no período de 2000 a 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol e de referencial psicanalítico.

Composto o banco inicial de artigos, procedeu-se com a etapa de exclusão dos duplicados. Na sequência foi realizada a seleção pela análise dos títulos, palavras-chave e

¹⁰ Ver https://decs.bvsalud.org/ths?filter=ths_termall&q=envelhesc%C3%Aancia

¹¹ Ver https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=22101&filter=ths_termall&q=envelhecimento

resumos, excluindo-se aqueles artigos que não se adequaram ao problema de pesquisa. Por fim, foi feita a leitura na íntegra dos artigos e excluídos os que se distanciaram do problema de pesquisa ou pela indisponibilidade técnica de acesso integral ao texto via internet, resultando no banco final, posteriormente organizado em categorias para consecutiva análise pormenorizada.

5 Resultados

A tabela 1 apresenta os resultados preliminares desta pesquisa a partir das buscas nas bases de dados mencionadas. No primeiro momento foram encontrados 506 artigos. Após a exclusão dos estudos duplicados chegou-se ao número de 291 artigos. Estes passaram pela seleção a partir da leitura dos títulos, palavras-chave e resumos, somando 28 artigos, os quais foram selecionados a partir da leitura na íntegra que, por fim, constituíram o banco final com 22 artigos.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa de artigos nas bases de dados

Base de dados	Banco inicial	Exclusão duplicados	Seleção Título / Palavras-chave / Resumo	Seleção após leitura na íntegra / Banco final
Lilacs	120	120	17	16
Index-Psicologia	90			
Pepsic	7	6		
SciElo (AL&C*)	7	7		
SciElo (Brasil)	1	6		
BVS (AL&C*)	115			
BVS-Psi (Brasil)	7	6		
RedALyC (termos de busca em espanhol)	40	38	3	2
RedALyC (termos de busca em português)	119	114	8	4
Total:	506	291	28	22

* Países da América Latina e Caribe

Fonte: autora principal

Concluída esta fase, os artigos selecionados foram organizados, conforme tabela 2, em ordem cronológica, com a indicação do país de publicação, objetivo do trabalho e com a informação sobre o estudo ter delimitado ou não a população de mulheres.

Tabela 2 – Banco final de artigos

Título	Ano	País	Objetivo	Delimitação do gênero feminino
A psicanálise e as mulheres e os homens de "uns tantos ou quantos anos"	2002	Brasil	"Refletir, a partir do referencial da Psicanálise, sobre como a sociedade e a cultura capitalistas contemporâneas são responsáveis por boa parcela dos sofrimentos dos indivíduos que atingiram uma determinada faixa etária."	Não
Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica	2002	Brasil	"Pensar de que forma a clínica psicanalítica se inclui na reverberação causada no sujeito pelas representações culturais, sua imagem e seus ideais."	Não
A política do erotismo na maturidade feminina: um estudo sobre as relações entre os estados hipocondríacos e melancólicos	2007	Brasil	"Enfoca as relações entre estados hipocondríacos e melancólicos presentes na passagem da maturidade feminina, isto é, no período do climatério e da menopausa, atravessado pela perda radical da capacidade biológica da procriação"	Sim
O desafio da clínica psicanalítica com idosos	2007	Brasil	"Narra uma experiência de atendimento psicoterapêutico de referência psicanalítica de um sujeito idoso, realizada durante o estágio de uma estudante de graduação em Psicologia." Articula velhice, clínica psicanalítica e multidisciplinaridade a partir da clínica ampliada e critica o sistema de saúde.	Não
O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer	2008	Brasil	"Trata das possíveis articulações entre a psicanálise, envelhecimento e velhice". "O dispositivo grupal foi fundamental para pensar sobre essas questões."	Não
Un abordaje de la problemática del climaterio. Algunas consideraciones en relación a la incidencia del vínculo madre - hija en la modalidad de transitar esta turbulenta experiencia emocional	2008	Argentina	"Investigar o vínculo que um grupo de mulheres climatéricas estabeleceu com suas mães ao longo de seus estágios de desenvolvimento."	Sim

(Uma abordagem ao problema da menopausa. Algumas considerações em relação ao impacto do vínculo mãe-filha na forma de vivenciar esta turbulenta experiência emocional)				
A velhice como marca da atualidade: uma visão psicanalítica	2011	Brasil	"Refletir sobre a perspectiva atual do idoso a partir do referencial teórico da psicanálise e possibilitar uma maior humanização aos asilados".	Não
Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento	2011	Brasil	"Investigação sobre os efeitos das reminiscências na clínica com idosos."	Sim
"Velhice?: acho ótima, considerando a alternativa": reflexões sobre velhice e humor	2011	Brasil	"Articular a noção de humor, a partir da psicanálise, e a velhice"	Não
Un estudio sobre el climaterio femenino a través de un cuestionario autoadministrado (Um estudo sobre a menopausa feminina através de um questionário autoaplicável)	2011	Argentina	"Explorar a capacidade de simbolizar as diversas experiências relacionadas às mudanças físicas e emocionais típicas do período da menopausa."	Sim
A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos	2013	Brasil	" Identificar as características da clínica do envelhecimento e destacar os aspectos do psiquismo do idoso em grupo."	Sim
Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento	2014	Brasil	"Investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo de trabalhadores de saúde mental sobre o envelhecimento."	Não
A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento	2014	Brasil	"Refletir acerca das peculiaridades relacionadas ao fenômeno ser velho e seus impactos no sujeito, destacando o lidar com o desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo envelhecido, chamado de envelhescência ."	Não
Sobre a velhice e lutos difíceis: "eu não faço falta"	2015	Brasil	"Apresentar e discutir a regularidade com que ocorrem lutos difíceis na velhice."	Não
O Silenciamento da Velhice: Apagamento Social e Processos de Subjetivação	2016	Brasil	"Investigação teórica acerca das particularidades do envelhecimento em homens e mulheres no atual contexto de nossa sociedade, tomando como referência as classes média e urbana brasileiras."	Não
O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas	2017	Brasil	"Ampliar a reflexão acerca do cuidado aos idosos, tendo como pano de fundo o texto "Figuras da intersubjetividade na constituição	Não

subjetiva: dimensões da alteridade”, publicado em 2004 por Nelson Coelho Júnior e Luís Cláudio Figueiredo."				
Abordagens da psicanálise no cuidado ao idoso: uma revisão integrativa	2018	Brasil	"Mapear as publicações e suas especificidades acerca da clínica psicanalítica com idosos"	Não
Velhice e Institucionalização: Cenas da vida no abrigo	2018	Brasil	“Abordar as narrativas acerca da vida antes e durante a institucionalização de oito residentes”	Não
Entre um corpo e o outro: uma leitura laplancheana da velhice	2021	Brasil	“Propõe uma leitura psicanalítica da velhice a partir da Teoria da Sedução Generalizada, de Jean Laplanche. (...) para pensar as modificações corporais e seus efeitos sobre a economia libidinal dos sujeitos em processo de envelhecimento.	Não
Idosos soropositivos: a construção de significados para o envelhecimento com HIV/Aids	2021	Brasil	“Compreender como se constrói a experiência de envelhecer com o diagnóstico de HIV/Aids”	Não
Perdas, Luto e Sofrimento Mental em Mulheres no Climatério	2022	Brasil	"Discutir que a maior incidência de adoecimento mental no climatério decorre principalmente das perdas experimentadas nesta etapa da vida."	Sim
Entre lutos e lutas: experiências emocionais do idoso na clínica psicanalítica	2023	Brasil	"Almeja-se com este trabalho tecer reflexões quanto às perdas e suas respectivas elaborações pelo sujeito inserido no processo do envelhecer e, para além disso, fomentar discussões mais amplas no que se refere ao atendimento clínico de idosos a partir da escuta psicanalítica."	Sim

Fonte: autora principal

A partir dos dados acima é possível observar a informação relevante de que apenas sete artigos abarcam mulheres na população dos estudos. Destes, quatro artigos tratam da temática do climatério/menopausa na variedade de seus aspectos psíquicos como reedição edipiana, perda da função reprodutiva, luto do corpo jovem, perdas sociais, prenúncio da velhice, e os outros três abordam a clínica psicanalítica com pessoas idosas, que ocasionalmente nesses estudos, são mulheres. Estes artigos não apresentam como objetivo direto a envelhescência/envelhecimento das mulheres.

Outro ponto de importância observado é que apenas um artigo faz referência ao conceito psicanalítico de envelhescência tal qual proposto por Berlinck (2000), e o faz na articulação com o corpo e a imagem do sujeito na velhice.

Mais um aspecto que se destaca é o de que apenas dois artigos são de fora do Brasil e ambos da Argentina, não foram encontrados nas bases de dados pesquisadas estudos publicados por outros países da América Latina, e estes estudos argentinos tratam da população feminina a partir da abordagem ao climatério/menopausa, ambos das mesmas autoras.

6 Discussão

Os achados foram agrupados nas seguintes categorias discutidas a seguir: *Clínica psicanalítica com pessoas idosas; Velhice, corpo e psicanálise; Capitalismo e os cuidados da pessoa idosa e; Aspectos psíquicos do climatério/menopausa.*

Clínica psicanalítica com pessoas idosas

Um importante ponto de partida é a compreensão de que, no âmbito psíquico, o envelhecer resulta tanto dos efeitos das representações sociais da velhice de uma determinada cultura, ou seja, das imagens que o Outro devolve ao sujeito envelhescente, quanto das fantasias individuais constituídas de acordo com os significantes de cada um. É dessa perspectiva que a psicanálise pode ajudar a compreender a velhice (Dourado; Leibing, 2002; Reis Filho; Santos, 2007).

O termo social *terceira idade*, por exemplo, implica na verdade uma “descronologização da vida, uma vez que a juventude deixa de fazer parte de um grupo etário específico, transformando-se em um bem a ser adquirido através de estilos de vida e formas de consumo adequadas” (Dourado; Leibing, p. 03, 2002). O *ser novo* transformou-se em um

ideal e o *ser velho*, um defeito a ser eliminado, assim, a velhice é sentida como um dos males na cultura, na contemporaneidade (Dourado; Leibing, 2002)

Uma das estratégias defensivas do sujeito do inconsciente é a negação do envelhecimento, nutrida pela convicção narcísica de um Eu perene por vezes, transformado em adoecimento (Brasil, et al., 2013). Nesse sentido, medicalizar a velhice sem espaço para sua elaboração psíquica é improdutivo, podem levar ao desenlaçamento do sujeito com a vida, sendo de relevância a escuta psicanalítica no intento de “fazer emendas entre o real e o sintoma” (Álvaro, et al, p. 801, 2018). Se a velhice escancara o real da castração e a cultura ocidental tenta escamotear os velhos, este é um ponto de advertência aos psicanalistas também em uma intervenção interdisciplinar, pois o discurso médico tende a colar a doença com um “mal da idade”, o que indica um rechaço da velhice e com ele, o desaparecimento do sujeito (Dourado; Leibing, 2002; Reis Filho; Santos, 2007).

No entanto, não só fora do discurso psicanalítico, mas paradoxalmente dentro dele, se observa um certo rechaço da velhice, desde Freud até a atualidade. Ainda hoje depara-se com a noção de que não valeria o esforço em trabalhar a clínica com pessoas idosas, com o argumento de que não haveria muito o que se fazer por elas, ou de que uma espécie de “adesividade libidinal, isto é, dificuldade em retirar os investimentos libidinais de certos objetos, inércia psíquica e até mesmo dificuldade de simbolização” inviabilizam o tratamento (Reis Filho; Santos, p. 46, 2007). Embora algumas adaptações e experiências venham sendo realizadas, ainda há que se avançar nas pesquisas psicanalíticas sobre o tema, tendo em vista as construções sociais da velhice nesta época em que não há lugar para *o velho*, tendo a velhice se tornado um horror para quem envelhece e para quem virá a envelhecer (Dourado; Leibing, 2002; Reis Filho; Santos, 2007). E autores também apontam como resistência à escuta de pessoas idosas a angústia e sentimento de impotência do próprio analista que se depara com o envelhecimento e a morte (Brasil, et al., 2013).

Neste sentido, “(...) que possíveis argumentos poderiam isentar a Psicanálise de se haver com o público idoso? Afinal, quem é o sujeito da prática analítica? (...) o sujeito da prática analítica é o sujeito do inconsciente, e este não envelhece” (Reis Filho; Santos, p. 46, 2007). Portanto, a clínica tradicional carece de ser revista, incluindo novas abordagens como o trabalho em coletivo que inclua a pessoa idosa, familiares e os profissionais cuidadores, o atendimento clínico em domicílio, a riqueza de grupos psicoterapêuticos, assim como outros instrumentos de intervenção psicanalítica como a possibilidade apontada por autoras do contexto da pandemia de Covid-19, do atendimento on-line para pessoas idosas (Álvaro, et al, 2018; Brasil, et al., 2013; Reis; Souza; Carlos, 2023)

Se por um lado a velhice ainda é escamoteada no discurso psicanalítico, por outro há uma tentativa de resgatar o sujeito dessa marginalização. Se “o sujeito velho nos fala de uma consciência de finitude e de um corpo imaginário que se nega a envelhecer e que não se reconhece no espelho” (Dourado; Leibing, p. 05, 2002), há muito o que se escutar para além de um corpo envelhecendo.

É sabido, desde Freud em seu encontro com a histeria, que o corpo em psicanálise carrega um sentido próprio a cada sujeito que o habita, que ultrapassa o funcionamento biológico, trata-se do corpo enquanto território de subjetividade, corpo pulsional, de um corpo cuja realidade é psíquica (Dourado; Leibing, 2002; Santos; Carlos, 2011). Sabendo disso, o psicanalista pode compreender e melhor manejar as dificuldades de se abrir mão dos benefícios secundários dos sintomas que atualizam um passado e que se instalam como resistência ao trabalho psicanalítico, insistindo o sujeito do inconsciente em manter o estado de coisas com esse corpo que envelhece (Reis Filho; Santos, 2007; Santos, et al, 2018; Santos; Carlos, 2011).

Um aspecto interessante levantado por autores é o da atenção ao corpo que envelhece em seu aparato biológico, podendo haver situações em que o clínico suspeite de que algo

demande cuidados médicos, podendo sugerir uma avaliação especializada (Reis Filho; Santos, 2007). Não desprezar o corpo enquanto organismo parece abrir um ponto de atenção a outras demandas como questões que envolvam a proteção e os direitos das pessoas idosas e seus corpos, ainda que a escuta do sujeito do inconsciente siga privilegiada.

Autores observam a particularidade do tema da sexualidade em suas escutas de algumas mulheres, e afirmam que o modo como a vivenciaram durante a vida tem repercussões na velhice; apontam o poder econômico, político e religioso na regulação da vida sexual das mulheres idosas na atualidade e questionam quais os impactos às suas subjetividades apesar das conquistas e liberação de comportamento das últimas décadas (Santos; Carlos, 2011). E outros, a partir da escuta em grupo, interrogam se as questões que foram trazidas pelas mulheres, além das dificuldades com a sexualidade, como problemas conjugais, medo das limitações físicas, da morte, da solidão, seriam as mesmas para homens (Brasil, et al., 2013).

Outros autores referem o tema do luto como recorrente na clínica da velhice. Afirmam que as pessoas idosas costumam passar por perdas mais frequentemente e ao mesmo tempo, demandando um maior trabalho de elaboração, especialmente dificultado nesse período por nem sempre se encontrarem as condições favoráveis a novos investimentos libidinais, novos laços sociais, o que, de alguma forma, explicaria o isolamento e solidão na velhice. Contudo, apesar dos lutos difíceis, a escuta clínica, operada pelo desejo de analista, pode sustentar um trabalho de recondução da perda à falta simbólica, da reabertura dos caminhos para que o desejo possa voltar a circular (Castilho; Bastos, 2015; Reis; Souza; Carlos, 2023).

Escutar pessoas idosas significa despatologizar a velhice e criar espaço em que a experiência de fala sobre os significantes tenha efeito de desmonte das resistências sobre o recalque, afinal, *o desejo não envelhece* (Brasil, et al., 2013; Castilho; Bastos, 2015; Dourado; Leibing, 2002; Reis et al, 2023; Santos; Carlos, 2011).

Velhice, corpo e psicanálise

Velhice e envelhecimento guardam suas diferenças, sendo a primeira resultado do segundo. O envelhecimento é o processo cronológico de desgaste do organismo e a velhice trata-se dos aspectos sociais, físicos e psicodinâmicos que marcam a vida das pessoas idosas (Abrahão, 2008).

Freud sugeria haver uma certa “entropia psíquica” em pessoas mais idosas o que dificultaria os processos de análise (Abrahão, p. 60, 2008). Mais recentemente, a psicanálise tem se ocupado do tema da velhice a partir de estudos pioneiros na França, tendo também seus estudiosos no Brasil (Santos; Belo, 2021). Apesar dos desafios é possível o investimento libidinal em novos objetos para além do próprio eu na tentativa de restabelecimento narcísico de um ego corporal (Abrahão, 2008).

Em “O mal-estar na cultura”, Freud (1930/2020) afirmou que o corpo é umas das três fontes de sofrimento humano. Na modernidade ofertam-se pílulas que prometem eliminar as ameaças de um corpo que, por seu processo natural, envelhece, e *deve ser tratado*, é o paradigma da biomedicalização, que rejeita a velhice anunciada pelos sintomas da menopausa nos corpos femininos ou pela impotência sexual nos corpos masculinos, por exemplo. A patologização da velhice coloca o sujeito excluído de seu corpo. No mundo ocidental capitalista ninguém quer ser velho, sinônimo de decadência, incapacidade, *velho é o outro*. Inclusive, em uma sociedade que despreza a velhice, as atividades exclusivas para pessoas idosas como universidades e academias de dança acabam por segregar os velhos e seus corpos apartando-os dos mais jovens e interditando as trocas, a transmissão dos saberes e ancestralidades, e se sem o velho não se cria o novo, os laços sociais e os modos de subjetivação ficam comprometidos para os sujeitos de todas as faixas etárias (Lima; Viana; Lazzarini, 2011; Paludo; Oleziak; Quintana, 2021; Vilhena; Novaes; Rosa, 2014).

É no encontro com o outro, nas trocas libidinais com o mundo externo, que o sujeito se subjetiva. Autores apontam que com as transformações do corpo na velhice tende a haver um desinvestimento libidinal dos objetos externos e um recolhimento da libido para o eu, semelhante à lógica do narcisismo na infância, uma espécie de reedição do estágio do espelho, em termos lacanianos, diante de um corpo marcado pelos sinais do tempo que busca recuperar a imagem narcísica de um eu ideal (Paludo; Oleziak; Quintana, 2021; Santos; Belo, 2021; Vilhena; Novaes; Rosa, 2014). A morte social se anuncia e “o corpo, na velhice, é o lugar privilegiado de desilusão narcísica, prometido à decadência e à morte e palco do adoecer, empurrando o sujeito a enfrentar o desafio de manter a aposta na vida” (Vilhena; Novaes; Rosa, p. 255, 2014). Em uma leitura laplancheana, as vivências corporais da velhice impulsionam um reforço pulsional, a sexualidade viria recobrir os abalos nas funções de autoconservação, resultando em um aumento libidinal, assim, o encontro com um corpo que envelhece retorna o sujeito a um desamparo infantil radical, do eu diante do excesso pulsional. Nesse sentido, há que se considerar o trabalho de luto como um processo importante na velhice (Santos; Belo, 2021).

O desinvestimento do mundo externo pode favorecer o isolamento social e o desenvolvimento de psicopatologias. No entanto, autores apontam o humor como uma saída sublimatória às produções patológicas da velhice. Recordam que o próprio Freud apesar de padecer de um câncer não perdeu o senso de humor no fim da vida, afirmou em entrevista que preferia “a existência à extinção”. Segundo a proposição freudiana, falar de si com humor promove uma flexibilização do superego e o alcance de um prazer, apesar das frustrações da realidade. O humor na velhice é da ordem da criação, da criação de um novo sentido para o eu e o futuro que anuncia seu fim (Lima; Viana; Lazzarini, 2011).

Fim do qual alguns parecem se defender na hipótese de que problemas de memória poderiam estar associados a uma espécie de mecanismo de defesa contra o envelhecimento, as

lembranças inacessíveis protegeriam o ego da percepção da realidade do corpo que envelhece (Abrahão, 2008). E há ainda as defesas diante de um corpo que não só envelhece, como adoece, como demonstra o estudo de Paludo, Olesiak e Quintana (2021) sobre os crescentes casos de infecção pelo HIV/Aids de pessoas idosas, as inconstâncias do corpo soropositivo e em envelhecimento produzem a sensação de um estranho familiar, um retorno do recalcado sentimento de desintegração infantil e a partir daí pode se desencadear um processo de menos-valia em razão de um desestruturação psíquica e um luto pela perda da saúde e ameaça de castração.

Autores sustentam que é preciso romper com o silenciamento da velhice e fazer falar por um lado, as pessoas idosas que sofrem, e fazer ouvir por outro, os psicanalistas, sobre as dores de um corpo que envelhece (Abrahão, 2008; Santos; Belo, 2021). O corpo velho precisa ser resgatado em sua dimensão de sujeito desejante (Paludo; Oleziak; Quintana, 2021). Diante desse cenário, Vilhena, Novaes e Rosa (2014) afirmam o direito de bem envelhecer, de lidar com o desencontro traumático do inconsciente atemporal e a temporalidade do corpo, cujo trabalho de elaboração psíquica foi denominado por Berlinck (2000), como *envelhescência*.

Capitalismo e os cuidados da pessoa idosa

O lugar da pessoa idosa no capitalismo é o do não-lugar, já que nesse sistema lugar só o tem quem produz e consome, o ócio passou a ser condenado. Com a perda do direito de vender sua força de trabalho, o velho perdeu também seu lugar enquanto sujeito e tomado como objeto (descartado), não encontra lugar para formular demandas com seu *páthos*. Nessa lógica o corpo que anuncia a velhice é recusado com a oferta de procedimentos que prometem um corpo que não morre nunca. É a partir de um mecanismo perverso que o discurso capitalista incita a lidar com a falta: com uma fantasia de completude. No entanto, é na mesma medida que a fantasia falha e redescortina a falta que esta fica mais intolerante, há um

excesso de insígnias fállicas e uma escassez de recursos simbólicos para lidar com ela (Pacheco Filho, 2002; Rosa; Vilhena, 2016).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, por exemplo, parecem representar um espaço de segregação das pessoas idosas, pois todas são submetidas às mesmas acomodações, rotina, uniformização, de modo a se verificar um apagamento do sujeito no que abdicam de suas lembranças, hábitos, escolhas (Silva, Finocchio, 2011). Pesquisadores demonstram ainda que o imaginário coletivo de um grupo de cuidadores resulta principalmente em uma ideia pessimista de que a velhice é sofrida e solitária, o que incide diretamente em formas de cuidado excludentes, e que no caso do Brasil, os serviços de saúde parecem despreparados para os cuidados dos idosos (Simões; Ferreira-Teixeira; Aiello-Vaisberg, 2014).

Considerando os aspectos subjetivos da relação de cuidado, Cherix e Coelho Júnior (2017) afirmam que a dependência pode remeter ao desamparo inaugural da vida, tanto por parte de quem é cuidado quanto de quem cuida. Nesse sentido, para se protegerem da ameaça de identificação com o outro velho, os cuidadores podem lançar mão de mecanismos de defesa do Eu, como a infantilização do idoso, a nomeação do cuidado como ato de amor que priva o idoso da expressão de sua subjetividade. Contudo, o cuidador, advertido de suas projeções e de que, por vezes, ele será o objeto tomado para dar contorno às excitações exacerbadas do idoso, pode oportunizar um campo de encontro intersubjetivo em que a pessoa idosa possa participar do cuidado pela oferta de um espaço singular.

Apesar dos desafios e resistências, autores concordam com a importância da fala e da escuta, da inclusão das pessoas idosas como sujeitos nas relações de cuidado, em defesa da humanização nas instituições (Cherix; Coelho Júnior, 2017; Silva, Finocchio, 2011). Inquietação que levou pesquisadores a investigar o que sustentaria o sujeito dentro de uma ILPI, quando a literatura aponta para noções de empobrecimento subjetivo, e a constatarem

que apesar das restrições institucionais, a possibilidade de sair do abrigo, de manter relações com outros objetos como outras pessoas, artigos pessoais, outros locais, contribuem para que não haja um apagamento do eu (Baldin; Vidal, 2018). Ou seja, se faz necessário desconstruir o imaginário pessimista da velhice e articular a estrutura do cuidado na instituição de modo a privilegiar os sujeitos que ela abriga, apesar de suas limitações há possibilidades de investimento na vida que ainda resta (Baldin; Vidal, 2018; Silva, Finocchio, 2011; Simões; Ferreira-Teixeira; Aiello-Vaisberg, 2014).

Por fim, autores questionam: diante de tantas formas de violência real e simbólica, qual o lugar do sujeito velho na contemporaneidade? Sugerem que o ato de dizer não aos objetos fálicos seja uma forma de não se enroscar nas redes capitalistas que insistem em capturar os indivíduos excluindo-os como sujeitos de desejo e que podem sentir saudades do que morre ao longo da existência, mas que têm lugar na representação e historicização das faltas (Rosa; Vilhena, 2016).

Aspectos psíquicos do climatério/menopausa

O discurso médico trata o climatério e a menopausa como um problema orgânico e incentiva as mulheres a suprimi-lo. No entanto, a psicanálise, inaugurada com Freud a partir de seu interesse pelas mulheres cujos corpos adoecidos anunciavam algo por dizer, aponta que a escuta para além da falência ovariana é uma oportunidade de reinclusão do sujeito no discurso e deste poder alcançar um saber sobre si, pois “(...) é em meio à relação entre a natureza e a cultura que se move a libido feminina” (Gromann, p. 206, 2007; Peixoto, et al., 2022).

Autores discutem a menopausa como um processo irreversível e emocionalmente marcante na vida das mulheres, no qual vivenciam perdas que indicam a passagem do tempo e a própria finitude, portanto, que lhes prenuncia a velhice (Flores, et al., 2008; Gromann, 2007;

Marchisio; Campo; Yuli, 2011). Um estudo, por exemplo, inferiu que algumas mulheres experienciam a menopausa com a negação da dor psíquica de um corpo que envelhece (Marchisio; Campo; Yuli, 2011). É o corpo jovem que dá lugar ao corpo idoso, contradizendo os imperativos contemporâneos da primazia do novo e descarte do velho, e que resulta em mal-estar especialmente às mulheres, que vivenciam tais transformações como negativas. Para elas, o sexo após a menopausa é um tabu por não responder mais à função reprodutiva, mas à promoção de prazer; nesta época em que costumam revisar os projetos de vida, as possíveis frustrações podem ser sentidas de modo mais significativo devido às desigualdades de condições, pois apesar das conquistas do direito à realizações elas ainda se deparam com a dificuldade em se desvencilharem das atividades domésticas e da maternidade; é nesse momento também que elas vivenciam a perda de laços, seja das relações conjugais, dos filhos saindo de casa, de amigos que se distanciam por vários motivos. Enfim, é um tempo de luto: do corpo, da fertilidade, dos projetos de vida, dos laços (Peixoto, et al., 2022).

A menopausa também é destacada por uma autora pela passagem do corpo-mãe a um outro corpo, de uma posição a ser conquistada no caminho da feminilidade, do tornar-se mulher, portanto da transformação da “identidade primordial” ancorada na biologia rumo a “novas políticas eróticas” (Gromann, p. 07, 2007). Em outro estudo, autoras indagam de saída a quantidade de filhos das mulheres participantes da pesquisa sobre o climatério/menopausa (Marchisio; Campo; Yuli, 2011); embora posteriormente incluam no questionário pergunta àquelas que não tem filhos, assim como no estudo mencionado acima, parecem pressupor as mulheres como mulheres-mãe. Essas autoras apontam que a menopausa seria o tempo de reedição do Édipo feminino, da relação primitiva de amor com a mãe, de se aprofundar na constituição da feminilidade, tendo o corpo como palco da última e definitiva castração, a perda da fecundidade que colocaria o desafio da mulher redescobrir-se fora da maternidade (Gromann, 2007; Marchisio; Campo; Yuli, 2011, 2011). No entanto, um estudo que analisou

as incidências da relação materna na experiência de mulheres no climatério, verificou que não houve diferenças relevantes na passagem dessa fase entre as mulheres mães e não mães (Flores, et al, 2008). A menopausa pode representar uma ruptura na perspectiva da extinção da possibilidade de ser mãe biológica, no entanto, o *páthos* dos sintomas pode ser uma via de conhecimento de si e atravessamento edípico para a mulher (Gromann, 2007).

Por fim, a compreensão das diversas perdas e lutos dessa época favorece um melhor acolhimento das mulheres em sofrimento. O climatério/menopausa podem ser considerados como “o espaço potencial da feminilidade, o oco, o vazio, parece ser um lugar transitório e que em alguns momentos poderá abrigar o objeto melancólico, morto, mas também poderá ficar vazio para a criação” (Peixoto, et al., p. 214, 2022).

7 Conclusão

Esta revisão apontou para um importante apagamento do sujeito que envelhece pela cultura, pelo capitalismo, pela ciência, e paradoxalmente, ainda pelo discurso psicanalítico. Embora haja um movimento que escancare esse paradoxo há muito que se avançar no fazer psicanalítico sobre o tema. É preciso romper com rechaço da velhice e fazer acolher o sujeito em sua dimensão de desejante tanto pela própria pessoa que envelhece quanto por quem a assiste. É preciso resgatar o direito de bem envelhecer, a permissão ao trabalho psíquico da velhice, a *envelhescência*.

Mucida (2022) diz que falar da velhice incomoda... parece que falar da velhice das mulheres também. No recorte pesquisado, constatou-se uma escassez de estudos voltados para a especificidade das mulheres na envelhescência: trata-se de se esbarrar em questões tecnológicas e de acesso como indexadores e bases de dados pagas, por exemplo, ou de um tema ainda pouco explorado no campo da psicanálise? Embora alguns estudos tenham o gênero feminino como população, notou-se que o tema apareceu articulado à investigação de

casos clínicos com pessoas idosas ou do climatério/menopausa como questão principal. Nesse último caso, alguns dos estudos compreendem as mulheres como mulheres-mães – mas, e as que não foram nem desejaram ser? Outros estudos discutem a menopausa como o anúncio da velhice e que a biomedicalização dos sintomas exclui a mulher-sujeito de um importante tempo de luto para além das perdas de um corpo, considerando o climatério/menopausa um importante espaço para o curso da feminilidade, do vazio necessário à criação. Por fim, o tema da sexualidade na velhice apareceu timidamente, contudo, parece indicar os efeitos da repressão sexual feminina na cultura e uma demanda por escuta.

Nesta revisão sistemática, observou-se o destaque ao indiscutível fundamento da psicanálise: a aposta no sujeito enquanto sujeito de desejo pela via da fala e da escuta. E se o inconsciente é atemporal, a psicanálise pode oferecer suas melhores contribuições aqueles que envelhecem sustentando a ética do desejo, a atualização do circuito pulsional como esteio para a vida que ainda resta. No entanto, a comunidade psicanalítica precisa *querer saber* que os desejos das mulheres também não envelhecem.

Referências

ABRAHÃO, Emily de S. O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer. **Revista SPAGESP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 45-51, jun. 2008.

BALDIN, Talita; VIDAL, Paulo E. V. Velhice e Institucionalização: Cenas da vida no abrigo. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 479-494, mar. 2018.

BERLINCK, Manoel T. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

BRASIL, Katia T. R. et al. A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 120-133, jan-abr. 2013,

CASTILHO, Glória; BASTOS, Angélica. Sobre a velhice e lutos difíceis: "eu não faço falta". **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 1-14, jan. 2015.

CHERIX, Katia; COELHO JÚNIOR, N. E. O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 579-588, set. 2017.

COSTA, Ana A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Revista Gênero**, Niterói, v. 5, n. 2, p. 1-20, set. 2005.

COSTA; Angelo B.; FONTANARI; Anna M.; ZOLTOWSKI, Ana P. Como escrever um artigo de revisão sistemática: um guia atualizado. *In*: SAMPAIO, Maria I. C.; SABADINI, Aparecida A. Z. P.; KOLLER, Silvia H. **Produção Científica: um Guia Prático**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2022. cap. 6, p. 130-165.

DOURADO, Márcia; LEIBING, Annette. Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 38-45, dez. 2002.

FLORES, Graciela Elena et al. Un abordaje de la problemática del climatério: algunas consideraciones en relación a la incidencia del vínculo madre - hija en la modalidad de transitar esta turbulenta experiencia emocional. **Fundamentos en Humanidades**, San Luis - Argentina, v. 9, n. 17, p. 235-252, 2008.

FREUD, Sigmund. (1904). O método psicanalítico freudiano. *In*: FREUD, Sigmund. **Obras incompletas de Sigmund Freud**. Fundamentos da clínica psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FREUD, Sigmund. (1915). O inconsciente. *In*: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1930). O mal-estar na cultura. *In*: FREUD, Sigmund. **Obras incompletas de Sigmund Freud**. Cultura, sociedade, religião: o mal-estar na cultura e outros escritos. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

GROMANN, Regina M. G. A política do erotismo na maturidade feminina: um estudo sobre as relações entre os estados hipocondríacos e melancólicos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 203-218, jun. 2007.

KEHL, Maria R. **Deslocamentos do feminino**. São Paulo: Boitempo, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Agência IBGE Notícias**. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 05 mar. 2025.

LIMA, Priscila M. R. de, VIANA, Terezinha de C., LAZZARINI, Eliana R. "Velhice?: acho ótima, considerando a alternativa": reflexões sobre velhice e humor. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 1597-1618, dez. 2011.

MARCHISIO, Silvina; CAMPO, Claudia; YULI, María E. Un estudio sobre el climaterio femenino a través de un cuestionario autoadministrado. **Fundamentos en Humanidades**, San Luis – Argentina, v. 12, n. 23, p. 183/198, 2011.

MIANI, Luiza F.; CORDEIRO, Silvia N. Narrativas de mulheres sobre o processo de envelhecimento feminino: reflexões a partir de uma perspectiva psicanalítica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 41, n. 112, p. 2827-2849, jan-mar. 2023.

MUCIDA, Ângela. **O sujeito não envelhece**: psicanálise e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento e Saúde**. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 10 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento Saudável**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel#:~:text=O%20envelhecimento%20saud%C3%A1vel%20%C3%A9%20um,prazo%20para%20pessoas%20idasas%20necessitadas>. Acesso em: 10 ago. 2025.

PACHECO FILHO, Raul A. A psicanálise e as mulheres e os homens de "uns tantos ou quantos anos". **Revista Kairós**, São Paulo, v. 0, n. 0, p. 71-89, set. 2002.

PALUDO, Isadora C. P.; OLESIAK, Luisa da R.; QUINTANA, Alberto M. Idosos soropositivos: a construção de significados para o envelhecimento com HIV/Aids. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 41, n. 0, p. e224079-e224079, jan. 2021

PEIXOTO, Clayton et al. Perdas, Luto e Sofrimento Mental em Mulheres no Climatério. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 2, p. 117-130, abr-jun. 2022.

REIS FILHO, José T. dos; SANTOS, Gisela de C. O desafio da clínica psicanalítica com idosos. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 45-5, dez. 2007.

REIS, Maria E. B. T. dos; SOUZA, Danielle S. H. de; CARLOS, Vanessa. Entre lutos e lutas: experiências emocionais do idoso na clínica psicanalítica. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, p. 128301, jun. 2023.

ROSA, Carlos M.; VILHENA, Júnia de. O Silenciamento da Velhice: Apagamento Social e Processos de Subjetivação. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 9-19, ago. 2016.

SANTOS, Álvaro da S. et al. Abordagens da psicanálise no cuidado ao idoso: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 793-803, nov. 2018.

SANTOS, Michelle A. D.; BELO, Fábio R. R. Entre um corpo e o outro: uma leitura laplancheana da velhice. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 26, n. 0, p. e44497-e44497, jan. 2021.

SANTOS, Sueli S. dos; CARLOS, Sérgio A. Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 0, n. 35, p. 128-140, dez. 2011.

SILVA, Bruna R. da; FINOCCHIO, Ana L. A velhice como marca da atualidade: uma visão psicanalítica. **Vínculo**, Mato Grosso do Sul, v. 8, n. 2, p. 23-30, dez. 2011.

SIMÕES, Cristiane H. D.; FERREIRA-TEIXEIRA, Marcela C.; AIELLO-VAISBERG, Tania M. J. Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 64, n. 140, p. 65-77, jun. 2014.

SOARES, Flávia M. de P. **Envelhescência: o trabalho psíquico na velhice**. Curitiba: Appris, 2020.

VILHENA, Junia de; NOVAES, Joana de V.; ROSA, Carlos M. A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 251-264, jun. 2014.

WÁNDERSON, Cássio O. A. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação**, Aracaju, v. 3, n. 2, p. 100-134, ago. 2020.

APÊNDICE D

Capítulo de livro

(Submetido para publicação em livro coletivo organizado pelo PPGPSI/UEL, em 01/12/2025)

SAÚDE PÚBLICA PARA (O CONTROLE DOS CORPOS DAS) MULHERES?

RELATO DE UMA PESQUISADORA NO SERVIÇO DE SAÚDE

Josiane Santos Costa¹²

Silvia Cordeiro Nogueira¹³

O tema do controle dos corpos das mulheres no campo da saúde pública emergiu como questão a partir da pesquisa de mestrado intitulada “*Envelhe(ser) mulher: escutas psicanalíticas de mulheres na envelhescência*”. Embora não constituísse o problema de pesquisa inicial da investigação, essa problemática se impôs na experiência de campo, e encontra espaço oportuno para ser discutida ao lado de outras importantes questões que se reúnem para compor este livro coletivo.

As reflexões apresentadas aqui têm origem na fase de ambientação ao campo da pesquisa, momento em que a presença prolongada da pesquisadora no serviço de saúde permitiu observar práticas, discursos e protocolos que atravessam o corpo feminino. Assim, no presente trabalho nos dedicamos a desenvolver essa dimensão que ultrapassa o recorte original da pesquisa, mas que se tornou fundamental para compreender as condições simbólicas, históricas e políticas que atravessam as experiências das mulheres nos serviços de saúde pública.

Situamos o campo que acolheu a pesquisa, apresentando sua história institucional, um panorama do serviço de saúde no Brasil, seguido de uma exposição das políticas públicas de atenção à saúde da mulher. A partir dessa localização, articulamos a história e a estrutura dos serviços de saúde destinados às mulheres com as proposições foucaultianas de biopoder e biopolítica, interrogando o lugar que é dado ao corpo da mulher nas práticas e discursos da saúde pública. Por fim, apresentamos o ambulatório de especialidades da saúde da mulher, espaço que delimitou nossa pesquisa, acompanhado do relato de experiência da pesquisadora e concluímos com suas reflexões a partir da escrita desse trabalho.

1 SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

¹² Autora principal, mestranda PPGPSI-UEL

¹³ Autora orientadora, docente PPGPSI-UEL

A história da assistência em saúde no Brasil é marcada pela filantropia e por algumas intervenções do Estado como a vacinação e saneamento básico, a exemplo do que se passou no final do século XIX e início do século XX (Carvalho, 2013). No entanto, conforme estudiosos nos apontam, as intervenções do Estado estavam submetidas aos interesses do empresariado de manter os trabalhadores não doentes e, portanto, disponíveis para suas demandas (Paim et al., 2011). Nesse período, o corpo das mulheres permanecia majoritariamente associado à maternidade e ao cuidado, com menor atenção pública às suas próprias necessidades de saúde.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves, estabeleceu o sistema previdenciário e, com ele, um primeiro sistema de assistência à saúde dos trabalhadores, expandindo-se depois até a formação do INPS - Instituto Nacional de Previdência Social em 1966 (Carvalho, 2013; Senado Federal, 2019). Paim et al. (2011) destacam que à essa época o sistema de saúde era desigual em serviços e cobertura, já que contava com assistência vinda dos institutos previdenciários e um Ministério da Saúde – criado em 1953 – carente de financiamento. E aqui podemos ressaltar que era um sistema desigual em serviços e cobertura também pela divisão sexual, pois ainda que precário, esse sistema assistia à trabalhadores formais, portanto, predominantemente homens.

No ano de 1963, um importante marco foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde que pretendia a criação de um sistema de saúde, sustentada na sua defesa enquanto um direito para todos, no entanto, o regime político do ano seguinte derrubou o seu projeto (Carvalho, 2013). Com a ditadura militar, iniciada em 1964, a saúde pública foi sucateada em nome de interesses políticos: o aumento na privatização dos serviços resultou na precarização da saúde pública (Paim et al., 2011; Paiva e Teixeira, 2014).

História de precarização, mas igualmente de resistências. A reforma sanitária que se deu a partir de 1970, propondo um novo sistema de saúde, é compreendida também como um movimento político e social (Paiva & Teixeira, 2014), “. . . um movimento que, batizado como sanitário, confunde-se com o próprio processo de luta contra a ditadura e abertura democrática” (Paiva & Teixeira, 2014, p. 16). Portanto, “a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (Paim et al., 2011, p. 18). Tratava-se da criação de um sistema que defendia a saúde como um direito igualitário e universal aos cidadãos, portanto, dever do Estado, que “. . . acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação” (Carvalho, 2013, p. 08).

A insatisfação social com os efeitos do regime militar impulsionou movimentos que contribuíram para a reforma sanitária: movimentos populares, dados pela igreja católica e por militantes de esquerda, que atuavam na busca de melhorias de condições e saúde às populações pobres e periféricas; e movimentos médicos, formados por profissionais que criticavam o sistema vigente e lutavam por direitos trabalhistas. Somam-se ainda a estes atores muitos dos profissionais de saúde ingressantes na burocracia estatal, que iniciaram sua atuação na burocracia estatal no serviço de saúde na década de 1970, classe de sanitaristas progressistas que defendiam um serviço público e mudanças na nova organização da saúde (Paiva &

Teixeira, 2014), “. . . além de postular que a almejada melhoria das condições sanitárias estava diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade” (Paiva & Teixeira, 2014, p. 24).

Com o fim da ditadura militar em 1985, algumas estruturas políticas autoritárias se enfraqueceram e em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que discutiu o Projeto da Reforma Sanitária, tratando do direito à saúde e dos fundamentos do SUS (Carvalho, 2013; Paim et al., 2011; Paiva & Teixeira, 2014). Dois anos mais tarde, a Constituição Federal de 1988, foi mais um importante marco, pois legitimou a saúde como um direito para todos e dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Paiva & Teixeira, 2014). E em 19 de setembro de 1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990). Marcos históricos que são frutos de importantes lutas sociais contra a exploração e dominação dos corpos.

No entanto, no decorrer da década de 1990, o país sofre as influências do neoliberalismo crescente e a menor participação do Estado na vida social que repercutiu no novo sistema de saúde, dando, novamente, mais espaço aos interesses capitalistas com novas privatizações (Paiva & Teixeira, 2014). E o acesso à saúde seguia desigual, interessava aos seus reguladores corpos-homens não doentes para empregarem nas atuais demandas de produção, e corpos-mulheres em atividade reprodutora, garantindo a futura mão-de-obra, daí o foco nos programas materno-infantis na saúde da mulher que perpassa a história da saúde pública no Brasil.

Com essa breve retomada histórica da saúde pública no Brasil, destacamos a sua constituição, por um lado, atravessada por interesses políticos e capitalistas com o propósito de dominação dos corpos, mas por outro, marcada pela força dos movimentos sociais que pretendiam resistência a eles.

Vejamos agora a estrutura do Sistema Único de Saúde: o SUS é hoje um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (Brasil. Ministério da Saúde, *Sistema Único de Saúde – SUS*, n.d.). Como vimos, o SUS resultou de lutas pela democratização, elevando a saúde a um direito constitucional; portanto, para além de intervenções médicas e sanitárias, a saúde no Brasil está fundamentalmente vinculada à condição de cidadania: é para todos, sem discriminação ou privilégio (Carvalho, 2013; Paim, 2009).

Dos princípios que regem o SUS, sublinhamos: a *universalidade*, a *igualdade*, e a *integralidade*. O princípio da universalidade compreende assegurar a saúde como direito para todos, sem discriminação. O princípio de igualdade, ou equidade, significa considerar que as pessoas não são iguais e, por essa razão, têm necessidades diferentes, pressupondo maior atenção quanto maior for a carência. E por fim, o princípio da integralidade trata-se da compreensão das pessoas como um todo e da atenção a todas as suas necessidades, nesse sentido, inclui a interação da saúde com outras políticas públicas (Brasil. Ministério da Saúde, *Sistema Único de Saúde – SUS*, n.d.). Destacamos, no entanto, que na realidade cotidiana do sistema, tais princípios ainda convivem com desigualdades de gênero persistentes.

E por ocasião de nossa pesquisa trazemos aqui mais um dos princípios do SUS – que embora não trate da especificidade da envelhecimento, contempla as

mulheres e seus corpos – o *atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica*, cujo recente complemento em 2024 inclui que as vítimas têm direito ao acolhimento, na rede pública ou privada, em local privativo e com restrição do acesso de terceiros por elas não autorizados, inclusive o agressor (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º inciso XIV e parágrafo único). Sinalizamos que, embora o dispositivo legal previsse o acolhimento das mulheres vítimas de violência pelo sistema de saúde, até 2024 o sistema era o mesmo que tratava o corpo-mulher vítima e, eventualmente, o expunha à terceiros e mesmo o agressor.

Ainda quanto à sua estrutura, o SUS se organiza a partir da *regionalização* dos estabelecimentos de saúde, como as UBSs, ambulatorios, hospitais, em determinado território, e da *hierarquização* dos procedimentos agrupados nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (Carvalho, 2013; Paim, 2009).

Na atenção *primária à saúde* ou ainda, atenção básica, se agrupam as ações e serviços voltados à prevenção e promoção à saúde de menor complexidade, como consultas e exames de rotina com equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde – UBSs, em domicílio e nos espaços públicos da comunidade para garantir atenção integral à saúde no território. “Mais do que promover assistência clínica, o objetivo é estar próximo às pessoas e promover a saúde e a qualidade de vida da comunidade” (Brasil. Ministério da Saúde, 2022).

A *atenção secundária e terciária à saúde* compõe a atenção especializada, na qual se agrupam, respectivamente, as ações de média e alta complexidade, como atendimento especializado ambulatorial e hospitalar. Na atenção secundária são ofertados os serviços de média complexidade em ambulatorios, policlinicas e hospitais. Na atenção terciária estão disponíveis os serviços de alta complexidade, ofertados pelos hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários (Brasil. Ministério da Saúde, 2022). Em sua estrutura o SUS também é responsável pela Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil. Ministério da Saúde, *Saúde da Mulher*, n.d.), como veremos a seguir.

Finalizada a introdução ao Serviço de Saúde Pública no Brasil, passaremos agora às Políticas Públicas de Saúde para a Mulher.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A MULHER

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde a partir de programas materno-infantis das décadas de 30, 50 e 70, os quais apresentavam uma visão da mulher reduzida ao papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação e cuidados do lar. Esses programas sofreram críticas do movimento feminista brasileiro que reivindicou a ampliação do olhar para a saúde da mulher em todos os ciclos de vida, inclusive considerando as particularidades e condições dos diversos grupos sociais, econômicos, culturais em que estivessem inseridas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Neste cenário, em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, rompendo com as propostas

conceituais anteriores e acolhendo, em plena luta pelos ideais da Reforma Sanitária e projeto de consolidação do SUS, os princípios de integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher. O novo programa, agora na perspectiva da mulher enquanto sujeito de direito, passou a englobar desde ações educativas e preventivas ao acompanhamento em clínica ginecológica, climatério, direitos reprodutivos, saúde sexual, câncer de colo do útero e de mama, entre outras necessidades a partir do grupo populacional (Brasil. Ministério da Saúde, 2011; Souto & Moreira, 2021).

O movimento feminista foi um importante protagonista na formulação e na implementação do PAISM, especialmente em um período marcado pelo fim da ditadura militar e início do processo de redemocratização do país, inclusive com várias de suas integrantes compondo a área técnica da saúde da mulher no Ministério da Saúde e em diversas secretarias estaduais, contribuindo para a formação de profissionais e gestores nesse momento decisivo na história da saúde no Brasil. Quase duas décadas depois, em 2003, a Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, discutiu a transformação do programa (PAISM) em política (PNAISM), proposta que foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2004¹⁴ (Souto & Moreira, 2021).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM – é um conjunto de diretrizes e objetivos que visa cuidados integrais à saúde das mulheres, pretendendo a promoção de sua autonomia e integração no meio social, político e comunitário. A *Atenção Integral à Saúde das Mulheres* no SUS é orientada pela PNAISM, cujo cuidado integral compreende a saúde ginecológica, saúde sexual e reprodutiva, saúde materna, dignidade menstrual, atenção ao climatério e à menopausa, saúde mental e os cuidados em situações de violência (Brasil. Ministério da Saúde, *Saúde da Mulher*, n.d.).

No texto da PNAISM consta que “este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. . . . Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliçados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, p. 7). O documento afirma que as mulheres compõem a maioria da população brasileira¹⁵ e que frequentam o SUS para atendimento próprio, mas sobretudo, enquanto acompanhantes de crianças e outros membros da família e da comunidade e, nesse sentido, as nomeiam como “cuidadoras” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, p. 9). A afirmação das mulheres como *cuidadoras* implica um discurso velado de dominação sobre seus corpos como função social que interessa às relações de poder exercidas pelo sistema de saúde/Estado sobre o corpo social. O documento considera também que “a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, p. 9), no entanto, quando denomina as mulheres como *cuidadoras*, parece ser um dos agentes da discriminação de gênero que ele mesmo denuncia.

Sobre o enfoque de gênero, o documento da PNAISM reconhece as desigualdades de poder entre homens e mulheres e que o gênero é uma construção

¹⁴ O documento teve reimpressão em 2011, o qual utilizamos para as referências em nossa pesquisa.

¹⁵ Segundo dados do Censo 2022, a população feminina se mantém maioria (51,5%), ver <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>

a partir de um corpo sexuado; partindo disso, considera que as questões de gênero, sobretudo no que diz respeito ao impacto sobre a saúde das mulheres, devem ser tomadas como determinantes na elaboração das políticas públicas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

A PNAISM tem como princípios a *humanização* e a *qualidade da atenção* em saúde, entendendo esse último como um amplo conjunto de aspectos psicológicos, sociais, biológicos, sexuais, ambientais, culturais, que implicam a superação da abordagem biologicista e medicalizadora das mulheres nos serviços de saúde e, por conseguinte, a solução de seus problemas identificados e a promoção de suas capacidades de reconhecimento e reivindicação de seus direitos (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Das diretrizes da PNAISM, destacamos a proposição de que as políticas deverão *atender às mulheres em todos os ciclos de vida*, respeitadas as especificidades de cada faixa etária e dos diferentes grupos populacionais e; de que a *atenção integral* deverá compreender a *percepção ampliada de seu contexto de vida*, bem como sua *singularidade* e condição de *sujeito capaz e responsável por suas escolhas* (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Dentre os objetivos específicos e estratégias da PNAISM contemplamos aqui dois deles, que nos interessam em razão de nossa pesquisa com mulheres na envelhecimento usuárias do serviço de saúde pública: *implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério* e, *promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade*, esta última que menciona a inclusão da abordagem às especificidades da atenção à saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS e o incentivo à incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2011). Por nosso interesse, consultamos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁶, as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS¹⁷ e as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS¹⁸, no entanto, não encontramos em nenhum destes documentos quaisquer referências à saúde da mulher idosa. Tratar-se-ia de um rechaço do corpo-mulher que está envelhecendo? Um descarte dessas mulheres que não reproduzem mais?

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa não menciona a respeito da especificidade da saúde da mulher idosa, embora: reconheça que “o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades” (item 2); afirme a questão de gênero e envelhecimento: “o envelhecimento é também uma questão de gênero”, ao apresentar dados demográficos (item 2.1) e; faça menção à mulher como vulnerável: “mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis” (item 2.2) ao tratar da prevalência de incapacidade funcional em relação ao risco para problemas de saúde.

¹⁶ Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 e Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2 de 28 de setembro de 2017, Anexo XII - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

¹⁷ Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral de maio de 2014.

¹⁸ Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, de 2018.

As Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa igualmente não tratam da saúde da mulher idosa, contudo mencionam que “. . . ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa. . .” ao referir como desafio o deslocamento das demandas de cuidado da população idosa para o Estado. *Desafio* para o Estado por que a mulher passou a ocupar outras funções na sociedade que não só a do cuidado?

Para finalizar, ainda por interesse de nossa pesquisa e como complemento à apresentação da PNAISM, mencionamos a existência do Manual de Atenção à Mulher no Climatério (Brasil. Ministério da Saúde, 2008) que trata de orientações para os profissionais de saúde e concretiza um dos objetivos da PNAISM de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida, de maneira integral e humanizada. No entanto, fica o questionamento: o sistema de saúde se inclina à mulher climatérica ou ao seu corpo em fase de decadência reprodutora?

3 SAÚDE PÚBLICA PARA (O CONTROLE DO CORPO DA) MULHER?

A que servem as políticas públicas de saúde da mulher? Por que não no plural, *das mulheres*? Qual o lugar dado às mulheres e seus corpos no campo da saúde?

Como vimos, a partir da década de 1970, o Brasil foi marcado pela atuação de movimentos sociais feministas que colocaram em questão o poder e suas construções sociais e políticas. Deste modo, o questionamento do controle do corpo feminino teve impactos na saúde das mulheres, especialmente no que dizia respeito à ideia da função reprodutora e da maternidade como “missão feminina natural” (Souto e Moreira, 2021, p. 836).

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM – deveria orientar a abordagem da mulher para além de útero e mamas, como sujeitos ativos e responsáveis pelo cuidado de sua saúde e como pessoas inseridas em um determinado contexto socioeconômico e emocional (Hillesheim et al., 2009). Sob essa perspectiva, o novo programa buscava romper com o foco na saúde materno infantil anterior, que aspirava “. . . intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social . . .”, para se atentar aos direitos reprodutivos garantidos às mulheres (Medeiros e Guareschi, 2009, p. 40).

Embora as políticas de saúde para as mulheres representem uma evolução, inclusive, como vimos, com a nova proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM – observa-se fragilidades na assistência: práticas voltadas ao corpo gestante e um esvaziamento das questões de gênero, dando relevo às formas de poder sobre a mulher e seu corpo, “. . . as práticas de saúde estão orientadas para atender um modelo cristalizado de ideal feminino, discriminando a mulher e expondo as contradições entre práticas e discursos” (Machado e Penna, 2022, p. 5).

A partir dessas contradições, Machado e Penna (2022) nos levam aos conceitos de biopoder e biopolítica propostos por Foucault para analisar o poder exercido pelas políticas públicas, sendo o primeiro um poder sobre a vida pela apropriação dos corpos e produção de subjetividades e, o segundo, as intervenções e vigilância sobre os corpos por meio de tecnologia disciplinar para aumentar suas capacidades; se antes os soberanos detinham o direito de fazer morrer, depois se transformou em direito de causar a vida.

Segundo Foucault (1976/2025), esse processo, que se inicia a partir do século XVII, primeiro:

. . . centrou-se no **corpo como máquina** (ênfase nossa): no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano* (p. 150)

E um pouco depois, por volta da metade no século XVIII,

. . . centrou-se no **corpo-espécie** (ênfase nossa), no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma biopolítica da população* (Foucault, 1976/2025, p. 150).

As disciplinas do corpo e as regulações da população inauguram, na época clássica, a era do biopoder, e seus agenciamentos constituíram a grande tecnologia do poder do século XIX, que foi, sem dúvida, elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo (Foucault, 1976/2025).

Medeiros e Guareshi (2009) nos ajudam a compreender que a tecnologia do poder disciplinar, a biopolítica, pretende a sujeição e docilidade do corpo individual, enquanto a tecnologia do biopoder tem como objeto o corpo coletivo, portanto, a população.

Machado e Penna (2022) nos informam que Foucault denuncia que as práticas e intervenções do Estado na saúde da mulher é uma biopolítica, pois se inserem como estratégias de controle social sobre o corpo da mulher, com vistas a protegê-la, uma vez que ela é a portadora da condição biológica de gerar novas vidas, ou seja, são práticas voltadas à mulher-mãe, assim objetalizada na função de procriadora.

Nesse sentido, as contradições apontadas na saúde da mulher no Brasil dão notícias de que a atenção à saúde reprodutiva segue central, seja quando afirmada como parte de uma suposta essência feminina, quanto depois do PAISM e da PNAISM, na reivindicação de outras formas de cuidado do corpo, com a contracepção, assistência ao aborto, no entanto, mantendo-se o corpo da mulher reduzido à maternidade (Hillesheim et al., 2009).

Medeiros e Guareschi (2009) nos lembram da orientação foucaultiana de que “os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos e corpos, assim como formas de existência” (p. 36). Nesse sentido, recolhendo os enunciados sobre a saúde da mulher, “. . . evidencia-se que se vai (con)formando uma forma de ser mulher, a partir das práticas em saúde voltadas para elas: uma mulher que deve ser vista como diversa (mas é predominantemente heterossexual e mãe) . . .” (Hillesheim et al., 2009, p. 203).

Parece, então, que o que fica anunciado como importante na abordagem à saúde da mulher são as intervenções sobre seus ciclos de vida a partir de um “corpo de mulher”, homogeneizado, sem considerar as diferenças de “cada corpo” de mulher, como propõe a PNAISM; assim “talvez, o que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma ressignificação de gênero no texto...” (Medeiros e Guareschi, 2009, p. 42).

O discurso do biopoder sobre a mulher em sua função de maternidade é persuasivo, faz marcas históricas de um ideal feminino que se reproduz no imaginário social, constatado nas práticas e rotina dos serviços de saúde, no cotidiano das mulheres (Machado e Penna, 2022). O que remete à proposição foucaultiana de que o poder circula e se exerce em rede, o poder não fica restrito a um grupo sobre outro, mas os indivíduos estão submetidos a ele tanto quanto o exercem, são ao mesmo tempo alvos e agentes transmissores do poder (Medeiros e Guareschi, 2009).

A política pública é uma expressão do Estado na regulação da sociedade, e pensa a mulher enquanto reprodutora, devido à sua condição biológica, mas o fato de ter útero não significa que ela será mãe, que esta será sua escolha. Quando as políticas públicas reafirmam as práticas voltadas apenas para a maternidade, privilegiando determinados órgãos, fragmentam o corpo feminino, reduzindo a mulher à função reprodutiva, sugerindo técnicas disciplinares do corpo, através da biopolítica. Ao reduzir a mulher a útero e peito, negam-lhe a subjetividade, causando-lhes um mal-estar (Machado e Penna, 2022, p. 14).

Então, que lugar é dado ao corpo da mulher nas práticas e discursos da saúde pública?

O que recolhemos com esses autores é a crítica de que o Estado se serve de sua função de guardião da saúde e dignidade da pessoa mulher, acolhe e “atende” as reivindicações da sociedade, a exemplo do que se passou com o movimento da reforma sanitária e dos movimentos feministas, no entanto, as fragilidades e deficiências do sistema que se seguem parecem revelar um propósito implícito de dominação e controle dos corpos, especialmente no sentido biológico de reprodução, deixando à margem as pessoas mulheres que nestes corpos habitam.

Não esperávamos nos encontrar com esta problemática no desenvolver de nossa pesquisa e agora, reconhecemos ser esta uma questão abrangente e igualmente relevante em nosso território e que merece destaque nas pesquisas acadêmicas, nas discussões sociais e nos demais espaços da comunidade, inclusive entre as próprias mulheres. Esperamos ter contribuído, ao menos, para a sensibilização ao tema.

Retomando os propósitos e as possibilidades de nossa pesquisa, compartilharemos a seguir o nosso olhar para a especificidade de mulheres na envelhescência, especialmente para o recorte de mulheres pacientes de um ambulatório de nosso município. Subvertendo a lógica da assistência em saúde da mulher, que opera um controle sobre o aparelho reprodutor feminino, interessa-nos o que dessas mulheres podemos escutar para além de seus corpos adoecidos.

Escolhemos o campo da saúde para nossa pesquisa – para a escuta de mulheres na envelhescência – a partir da hipótese psicanalítica de que o sofrimento psíquico que ainda não passou à palavra passa pelo corpo, e o corpo adoecido vai parar no serviço de saúde. E no serviço de saúde, o que uma psicanalista pode ouvir dessas mulheres-sujeitos? É o que esperamos responder com a finalização de nossa pesquisa. Apresentamos agora o Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher, e breves recortes como relato de experiência da pesquisadora como aposta na possibilidade de uma via de assistência em saúde que integre mulheres-sujeitos em seus corpos-mulheres.

4 AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER: A ESCUTA DE MULHERES-SUJEITOS PARA ALÉM DO CORPO ADOECIDO

A pesquisadora é praticante da psicanálise em clínica particular e a partir de alguns casos clínicos lhe surgiram inquietações, tais como: para além da clínica psicanalítica, onde vão parar mulheres na envelhescência, cujos corpos adoecidos parecem endereçar um pedido de escuta? Transformando as inquietações em investigação acadêmica, escolhemos o Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher (AMASM) como espaço de delimitação de nossa pesquisa, na hipótese de ser o serviço de saúde um dos possíveis destinos de mulheres na envelhescência com algum sofrimento psíquico e demanda de acolhimento, ainda que pela via do corpo adoecido.

4.1 O AMBULATÓRIO EM SAÚDE DA MULHER

O AMASM compõe uma das especialidades de atenção secundária à saúde oferecidas pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU) situado no campus da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (Cordeiro et al., 2021). O ambulatório atende à demanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM), neste momento, sob coordenação do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde (CCS), com o apoio dos Departamentos de Educação Física, Nutrição, Psicologia e Psicanálise, Psicologia Social e Institucional, em parceria com o Hospital Universitário da (HU-UEL) e a Prefeitura do Município de Londrina¹⁹

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher foi instituído com o propósito de formar profissionais em caráter multidisciplinar e interdisciplinar capacitados para atuarem na promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida e em todos os níveis de atenção. Com base nos princípios e diretrizes do SUS, o programa RMSM foi criado como estratégia para melhorar a assistência integral à saúde da mulher (Cordeiro et al., 2017;

¹⁹ Segundo texto do edital de seleção para residentes - COREMU Nº R006/2024.

Cordeiro et al., 2021). A residência também está de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, especialmente com o objetivo de número cinco que trata da saúde sexual e reprodutiva da mulher²⁰.

A inserção da Residência no AEHU passou por desafios como a falta de espaço físico destinado às atividades da equipe multiprofissional, resistência de alguns médicos à presença dos residentes nos ambulatórios de suas especialidades, dificuldade de reconhecimento do trabalho por parte de outros funcionários. Como solução, foi criado em 2013 o Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da Mulher (AMASM) para receber pacientes atendidas nas clínicas de ginecologia e obstetrícia e, com a consolidação do trabalho, ampliou-se para as clínicas médica e de psiquiatria em razão da prevalência de doenças crônicas degenerativas na população feminina (Cordeiro et al., 2017; Cordeiro et al., 2021).

As pacientes são encaminhadas ao AMASM pelos médicos das especialidades clínicas em que fazem acompanhamento de acordo com a morbidade específica. Os atendimentos são realizados principalmente por consultas multidisciplinares e, além destas, há a possibilidade de atendimento em grupo, acompanhamento em atividade física na academia da mulher, atendimentos individuais nas especialidades que constituem a residência, de acordo com demanda e avaliação profissional (Cordeiro et al., 2021).

A equipe multidisciplinar do ambulatório é formada por residentes de farmácia, nutrição, educação física e psicologia. O atendimento se inicia pela consulta compartilhada por pelo menos dois residentes de áreas diferentes e após a discussão da equipe sobre o caso, são dados os encaminhamentos mais adequados, inclusive para atendimento com o psicólogo (Cordeiro & Lucri, 2020).

O psicólogo atua nas modalidades de atendimento compartilhado com a equipe, atendimento individual e em grupo. Muitas pacientes são encaminhadas ao ambulatório diretamente para atendimento psicológico, sendo o caso, inicia-se atendimento individual no próprio ambulatório ou a paciente é direcionada para a Clínica Escola de Psicologia da mesma universidade (Cordeiro et al., 2021).

As demandas psicológicas também podem ser acolhidas pelo psicólogo no trabalho em grupo, com mulheres da menarca ao climatério/menopausa. A proposta de apoio psicológico em grupo, surgiu na aposta de um espaço de escuta em que as pacientes poderiam se beneficiar do trabalho em um grupo operativo (Cordeiro & Lucri, 2020; Cordeiro et al., 2021).

O grupo, nomeado “Florescer”, segue acontecendo semanalmente e recebe cerca dez mulheres, na faixa dos 60 anos de idade e que apresentam algum mal-estar psíquico para além das morbidades. Alguns temas de trabalho propostos no ano de 2024, foram: ansiedade, maternidade, casamento, o que é ser mulher?, climatério/menopausa, sexo, envelhecer, autocuidado, além de encontros de confraternização nos encerramentos de período. É possível observar que este grupo é um importante espaço de fala e de escuta, de troca de experiências e de construção singular, de fortalecimento de vínculos afetivos entre as participantes e

²⁰ Segundo Projeto Político Pedagógico do programa, item 3.4 - Articulação com as Políticas de Saúde Locorregionais.

destas para com a equipe, este último que se observa mais evidente na época de troca de residentes, em que as pacientes costumam manifestar sentir a mudança²¹.

Além dessas observações específicas do grupo operativo, outros aspectos podem ser observados no ambulatório como pacientes “poliqueixosas”, baixa adesão aos tratamentos, dependência dos serviços ofertados pela instituição de saúde. No campo da saúde, esses fatores podem estar relacionados a uma supervalorização que frequentemente acompanha a nomeação de uma doença, diagnosticada sob tal perspectiva biomédica. É reconhecida a importância do diagnóstico, contudo, promove a exclusão do sujeito que dele padece, nesse sentido, as intervenções da psicologia são responsáveis por relançar sua dimensão subjetiva. Assim, a partir da proposta de atenção multidisciplinar à saúde da mulher, a psicologia se propõe a olhar os aspectos subjetivos das pacientes, enquanto a considera também em sua totalidade (Cordeiro & Lucri, 2020).

Passamos agora ao relato de experiência de escuta no campo de pesquisa pela pesquisadora.

4.2 A ESCUTA DE MULHERES-SUJEITOS

Na fase de ambientação ao campo da pesquisa, a pesquisadora observou encontros semanais do grupo “Florescer”, consultas multidisciplinares e atividades de conscientização (figura 1) por alguns meses e pode acompanhar a escuta e acolhimento de mulheres-envelhescentes para além de seus corpos adoecidos.



Figura 1 – Caminhada no calçadão da UEL como parte da atividades de conscientização do Outubro Rosa (out/2024).

Ao longo desse período era frequente ouvir reiterados pedidos de desculpas à equipe por parte das pacientes por, supostamente, “dar trabalho”, “falar demais”. Preocupavam-se de que “no final do dia vocês (equipe) ficam de cabeça cheia, né?”. Partindo do pressuposto psicanalítico de que as relações, os laços com o outro, se dão via transferência – uma reedição de demandas libidinais (amorosas) não satisfeitas endereçadas ao outro na expectativa inconsciente de satisfazê-las (Freud, 1912/2017) – esse *incômodo em incomodar* o outro da equipe parece apontar algo do lugar subjetivo dessas mulheres, de seus lugares enquanto mulheres-sujeitos. Seriam lugares marcados pelo discurso de nossa cultura, *mulheres não devem*

²¹ Informações obtidas in loco pela pesquisadora na ocasião da ambientação da pesquisa, em 2024.

perturbar? E ainda, poderia ser uma hipótese a de que, verbalizando julgarem-se incômodas, receberiam como retorno um certo tipo de amor: *‘imagina, é nosso trabalho cuidar de você’?*

O que queremos sublinhar é que há algo para além do corpo adoecido para ser escutado e tratado, o corpo é porta-voz de um sujeito que sofre, de uma mulher-sujeito que parece não ter encontrado outra maneira de falar de si senão pela via de um enigma no corpo: uma hipertensão que não estabiliza, uma compulsão alimentar que não cessa, uma falta de apetite que não deixa comer a menos que se esteja na companhia de alguém à mesa, uma crise de dor de coluna no meio do ambulatório... o sintoma no corpo fala, mas não revela o saber sobre si, por isso é preciso auscultar, mas também *escutar* essas mulheres.

Em uma das manhãs de observação, houve episódios simultâneos em que duas das pacientes, ambas mulheres na envelhescência, demandaram assistência imediata da equipe: ao final do encontro do grupo “Florescer”, uma delas teve uma crise de dor na coluna na sala de atendimento, outra uma queda de pressão ao lado de fora, no corredor. A equipe se dividiu para socorrê-las. Uma residente retorna frustrada do atendimento no corredor: “ela não estava passando mal, ela está emocionalmente abalada” – algo se manifestava como *pressão*, para além da arterial? Algo mais além da coluna estaria *travado*? Pouco antes, no encontro do grupo, as referidas pacientes compartilhavam estarem angustiadas, passando por dificuldades familiares. Estariam demandando *ficar um pouco mais com a equipe*? Fora do ambulatório elas haveriam de lidar com questões ainda conflituosas para elas? São apenas hipóteses que podemos levantar a partir do que foi observado pela pesquisadora, compreender algo só nos seria possível se oportunizada a escuta clínica dessas mulheres.

Quando nas consultas, nos encontros do grupo e mesmo nos corredores do ambulatório, alguns significantes desfilavam nas falas das pacientes: “abandonada”, “amor”, “sozinha”, “cuidado”, “velha”, “inútil”. Alguns temas eram recorrentes em seus discursos: a função de *cuidadoras* na relação com o outro; por consequência, a dor de envelhecer e, “*inúteis*”, comecem a perder um lugar em que ancoravam suas existências; os ideais de corpo de mulher diante de um corpo-mulher que envelhece. No entanto, o lugar privilegiado à fala e à escuta dessas mulheres-sujeitos é uma importante aposta da qual a pesquisadora pode observar e recolher alguns de seus efeitos:

"aqui no grupo a gente pode falar... o que lá fora a gente não pode falar e aqui a gente pode";

"eu aprendi agora a cuidar de mim... demorei a vida toda pra entender que eu posso cuidar de mim";

“aprendi a ser independente aqui no Florescer, aprendi a dizer não”.

A possibilidade da psicanálise nos serviços de saúde da mulher se insere no tratamento do corpo pulsional, na aposta de que pelo trabalho com a palavra mulheres-sujeitos possam escutar algo de suas dores para além da coluna travada que não deixa “*andar sozinha*”, para além da obesidade o peso de estar *sobrecarregada*, para além da fibromialgia a *dor generalizada* de ser mulher.

Se o serviço de saúde da mulher se estrutura em propósitos implícitos de controle social de seus corpos, tende a docilizá-los em nome do domínio da função biológica para a reprodução da futura massa de trabalhadores e consumidores, seguimos em nossa pesquisa na escuta de mulheres-sujeitos-envelhescentes para além de seus corpos inférteis deixados à margem – o corpo fica velho, mas o inconsciente não¹.

5 REFLEXÕES DE UMA PESQUISADORA-PSICANALISTA NO SERVIÇO DE SAÚDE DA MULHER

Se a partir da experiência de campo, o tema do controle dos corpos das mulheres na saúde emergiu como questão, a experiência de sua escrita (re)atravessou a autora principal deixando-lhe um resto. As reflexões a seguir são narradas em primeira pessoa do singular para conservar a autenticidade da autoria em nome próprio pela pesquisadora.

5.1 UM RESTO

Gostaria de dividir com as pessoas leitoras que acompanharam o meu relato da experiência, uma breve reflexão do que ficou para mim como resto... alguma coisa de inquietação por elaborar que me ocorreu numa manhã de domingo, entre leituras e escritas.

Fazer uma breve retomada da história da saúde pública no Brasil me apontou que a partir da reforma sanitária, o curso da nova organização da saúde pública no país foi marcado por ideais que pretendiam a desalienação dos usuários e da população em geral, já que resultou de movimentos sociais pautados em ideais progressistas que defendiam uma posição de resistência à dominação do Estado e de outros entes sobre as pessoas, a comunidade e a sociedade.

A partir disso, ocorreu-me pensar um paralelo entre os conceitos lacanianos de alienação e separação – operações das quais resulta o sujeito do inconsciente desejante (Lacan, 1964/2008) – e a história da saúde pública no Brasil, tão marcada por um conflito de forças: de um lado, o poder militar e os interesses capitalistas neoliberais que pretendiam a *alienação* da população, e de outro, a força dos movimentos sociais sanitaristas e feministas que pretendiam um processo de *separação*, por assim dizer, resistente aos interesses de dominação e sujeição.

Aproximando esse paralelo ao recorte de nossa pesquisa no serviço de saúde da mulher em articulação com o discurso psicanalítico, me saltaram algumas questões:

Poderíamos vislumbrar nos serviços de saúde da mulher a possibilidade da atuação de uma psicanálise disposta a participar da defesa dos princípios do SUS, como da *universalidade* de direitos às mulheres, ao mesmo tempo em que sustenta sua ética da *singularidade* dos sujeitos, ou seja, que sustenta que mulheres-sujeitos possam alcançar uma posição subjetiva mais ativa e menos alienada ao discurso do Outro – cuja estrutura biopolítica dos serviços de saúde pode fazer semblante?

Estaria o discurso psicanalítico – que se propõe a não tomar o outro como seu objeto, mas uma ética e uma política que sustenta a singularidade do sujeito do inconsciente, do outro como outro (Freud, 1919[1918]/2017) – disposto a dialogar com uma referência no discurso social – os ideais progressistas e feministas de resistência ao domínio, que lutaram e participaram da constituição e reformulação dos serviços de saúde da mulher no Brasil - tendo como horizonte o propósito de defender a vida em coletivo na dignidade das diversidades, corpos singulares que formam corpo coletivo?

Esclareço que não proponho aqui uma leitura que se confunda com um ideal de vida para mulheres-sujeitos do inconsciente, do “bem” para todas, de um ideal de cura de que supostamente portaria a psicanálise e dela dependeria a solução de problemas sociais e de seus mal-estares subjetivos, mas proponho pensarmos as possibilidades de uma conciliação ética possível entre o dispositivo social das políticas de saúde da mulher no Brasil e o dispositivo de tratamento psicanalítico - este que opera na desalienação, na medida do que é possível a cada inconsciente, à “ditadura” do Outro.

Seria possível pensarmos uma psicanálise, *à brasileira*, aliada aos serviços de saúde da mulher desde esta perspectiva? Talvez seja um pensamento utópico de minha parte, mas compreendo que uma psicanálise *à brasileira* é aquela que considera a história de colonização do seu território e os efeitos disso nas subjetividades, portanto, implicada com o papel social de *recordar, repetir e elaborar* um passado, na aposta de produzir futuros outros que não repitam a dominação sobre os corpos e os que neles habitam.

Com esse horizonte, encerro este capítulo e dou continuidade à pesquisaⁱⁱ.

ⁱ (Pela autora principal) Meu agradecimento às mulheres: à minha orientadora, professora Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro por intermediar meu acesso ao Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher, às mulheres residentes da equipe multidisciplinar que tão bem me acolheram, às mulheres pacientes que me permitiram acompanhá-las ao longo desses meses transformando essa fase da pesquisa em uma experiência enriquecedora em aprendizados para mim, como pesquisadora e como mulher, e à minha parceira de mestrado, mão para segurar em tantos momentos dessa jornada. Estendo meus agradecimentos também à comissão organizadora deste livro e ao PPGPSI-UEL que o oportuniza.

ⁱⁱ Na ocasião da redação deste texto, a pesquisa “*Envelhe(ser) mulher: escutas psicanalíticas de mulheres na envelhescência*” encontrava-se em desenvolvimento para posterior divulgação dos resultados pelo PPGPSI-UEL, programa que a acolhe.

REFERÊNCIAS

Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Saúde Pública. Estudos Avançados* 27 (78), pp. 07-26. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988).
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). *Atenção Integral à Saúde das Mulheres*. Recuperado em Janeiro 25, 2025, em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>
- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). *Saúde da Mulher*. Recuperado em Junho 03, 2025, em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher>
- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). *Sistema Único de Saúde - SUS*. Recuperado em Março 04, 2025, em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008) *Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. Recuperado em Março 27, 2025, em [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300007](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20n%C3%ADveis%20de%20atendimento%20prim%C3%A1rio%20e%20especializado,7(3), pp. 100–115. <a href=)
- Cordeiro, S. N.; Reis, M. E. B. T.; Spagiari, N. T. B.; Adamowski, W. D. (2017). Contribuições da Psicologia à Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher: Relato de Experiência. *Polis e Psique*, 7(3), pp. 100–115. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000300007
- Cordeiro, S. N.; Lucrì, J. J. (2020). O psicólogo na equipe multiprofissional: relato de experiência de uma intervenção em grupo de mulheres na atenção secundária à saúde. *Vínculo - Revista do Neme* (17) 2. pp. 141-162. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n2p141-162>
- Cordeiro, S. N., Rufino, J. V., Carreira, C. M., Alves, R. C. (2021). Desafios e perspectivas de uma equipe multiprofissional em um ambulatório de atenção à saúde da mulher. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*. 12(2), pp. 259-271. <https://doi.org/10.18569/tempus.v12i2.2521>
- Foucault, M. (2025). *História da sexualidade 1: A vontade de saber*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1976).
- Freud, S. (2017). Sobre a dinâmica da transferência. In *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1912).

- Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1919[1918]).
- Hillesheim, B., Somavilla, V. C., Dhein, G., Lara, L. (2009). Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicologia em Revista* 15 (1), pp. 196-211.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100012
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
- Machado, J. S. A., Penna, C. M. M. (2022). As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 32(2), pp. 01-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320221>
- Medeiros, P. F., Guareschi, N. M. F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas* 17(1), pp. 31-48.
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>
- Lacan, J. (2008). O sujeito e o Outro (I): a alienação. In J. Lacan. *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.* (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Paim, J. Silva. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, J. Silva. (2009) *O que é o SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries – Saúde no Brasil* 1, pp. 11-31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Paiva, C. H. A., Teixeira, L. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde* 21(1), pp.15-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Senado Federal. (2019). Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. *Agência Senado* 57. Recuperado em Abril 06, 2025, em <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>

Souto, K., Moreira, M. R. (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate* 45 (130), pp. 832-846. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer favorável à realização da pesquisa HU/Uel



Hospital Universitário
Diretoria Superintendente
PARECER Nº 79
PROCESSO Nº 22996323-6.2024

A Pesquisadora
Silvia Nogueira Cordeiro

Considerando o Projeto de pesquisa com o título: “**O Que Eu Fiz Da Minha Vida?: Uma Escuta Psicanalítica De Mulheres Na Envelhescência Usuárias Do serviço De Saúde**” apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Centro da Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.

Informamos que o nosso **parecer é favorável** à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/Uel) para posterior operacionalização.

Para acesso ao prontuário eletrônico o pesquisador (a) deverá dirigir-se a essa Comissão para registro de senha de consulta sendo obrigatório apresentar cópia do parecer de aprovação do CEP/Uel.

Conforme **Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº214/2015**, a cópia do parecer de aprovação do CEP/Uel também deverá ser apresentado à Chefia/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.

Solicitamos que uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 05/12/2024

Enfa. Dra. Vivian Biazon El Redá Feijó
Diretora Superintendente do HU.

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380 - Fone (43) 3371-4000 - PABX - Fax 3328-4440 - Caixa Postal 6001 - CEP 86051-980 - Internet <http://www.uel.br>
LONDRINA - PARANÁ - BRASIL

Form. Código 11.764 - Formato A4 (210x297)

Assinatura Avançada realizada por: Vivian Biazon El Redá Feijó (XXX.262.338-XX) em 05/12/2024 16:19 Local: UEL/HU/DS. Inserido ao protocolo 22.996.323-6 por: Maria Aparecida Ramalho de Oliveira em: 05/12/2024 15:35. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: <https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código: bc1046411088ff9e98032f8874256595.



Documento: PARECER_79229963236.2024_SILVIANOGUEIRACORDEIRO.pdf.

Assinatura Avançada realizada por: Vivian Biazon El Reda Feijo (XXX.262.338-XX) em 05/12/2024 16:19 Local: UEL/HU/DS.

Inserido ao protocolo 22.996.323-6 por: Maria Aparecida Ramalho de Oliveira em: 05/12/2024 15:35.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:
bc1046411088ff9e98032f8874256595.

ANEXO 2

Parecer favorável à realização da pesquisa CEP/Uel

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: "O QUE EU FIZ DA MINHA VIDA?": UMA ESCUTA PSICANALÍTICA DE MULHERES NA ENVELHESCÊNCIA USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Pesquisador: JOSIANE SANTOS COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85583524.2.0000.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.344.683

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Pós graduação do Dep de Psicologia, tendo como pesquisadora principal Josiane Santos Souza e sua orientadora prof. Silvia Nogueira Cordeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participaram do estudo 6 mulheres, que já passaram pelo climatério e entraram na menopausa, pacientes atendidas no

Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher (AMASM) do programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Mulher (RMSM) oferecida pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e/ou participantes do grupo operativo Florescer, parte do referido programa. A coleta de dados será no AEHU.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o que o psicanalista no serviço de saúde pode escutar de pacientes mulheres na envelhescência.

Objetivo Secundário:

Analisar a possível relação entre o mal-estar psíquico endereçado ao serviço de saúde, na forma do adoecimento do corpo, com a experiência psíquica da envelhescência, à luz do referencial psicanalítico em Freud e Lacan.

Discutir qual o lugar possível de escuta do sujeito do inconsciente para além do corpo adoecido que chega ao serviço de saúde.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.344.683

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa prevê baixo risco às participantes colaboradoras, sendo este referente a possibilidade de, no transcurso da coleta de dados, trazer à tona algum mal-estar subjetivo da entrevistada. No entanto, como a pesquisadora é profissional atuante na clínica psicanalítica, está capacitada para acolher, manejar e encaminhar possíveis desconfortos psíquicos.

Benefícios:

Pode oferecer importantes benefícios às participantes colaboradoras, uma vez que durante as entrevistas, à medida em que se colocarem a falar poderão experimentar um efeito terapêutico sobre eventuais questões psíquicas que forem tocadas por suas próprias palavras e pelas perguntas trazidas pela pesquisadora.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do assunto proposto. O projeto apresenta relevância social e científica devidamente justificados, os materiais e métodos empregados são pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto a folha de rosto:

Assinado pela pesquisadora Josiane e pela Coordenadora da Pós-graduação em Psicologia Maria Elisabeth Barreto.

Quanto ao cronograma:

Refere coleta de dados com início em 02/02/25 e término em 30/06/2025.

Quanto ao ofício de autorização do AEHU

Apresenta parecer favorável assinado pela sup. Vivian Feijo.

Quanto ao TCLE:

Apresenta-se na forma de carta convite, com informações claras, cita os riscos e benefícios, apresenta o contato da pesquisadora e do CEP.

Quanto a previsão orçamentária:

Materiais de consumo: 2150,00

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.344.683

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apos análise da pendencia 1: É necessário alterar a data de início da coleta de dados na plataforma, visto que no dia 01/01/2025 ainda não terá o parecer de aprovação do CEP, sugere-se que inclua uma data que possa esta alinhada ao tempo que irá necessitar para solucionar as pendencias. A mesma foi sanada visto alteração da coleta para o dia 02/02/2025, deste modo o pesquisador atendeu a todas as pendencias.

Cabe salientar que todas as informações desse parecer foram elaborados seguido as informações fornecidas pelo pesquisador e disponibilizadas na plataforma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.344.683

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2454797.pdf	14/01/2025 12:24:51		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_1.pdf	14/01/2025 12:22:53	JOSIANE SANTOS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Comite_Etica.docx	19/12/2024 11:27:45	JOSIANE SANTOS COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Confidencialidade_assinado_assinado.pdf	19/12/2024 11:25:33	JOSIANE SANTOS COSTA	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_Comite_AEHU.pdf	19/12/2024 11:24:30	JOSIANE SANTOS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Comite_de_Etica.pdf	19/12/2024 11:22:14	JOSIANE SANTOS COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada_Beth.pdf	19/12/2024 11:18:09	JOSIANE SANTOS COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 24 de Janeiro de 2025

Assinado por:

Alessandra Lourenço Cecchini Armani
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO 3

Termo de Confidencialidade



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo eu, **Josiane Santos Costa** e minha orientadora **Silvia Nogueira Cordeiro**, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os eventuais dados coletados no AMASM – Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da Mulher integrado às instalações do AEHU/UEL – Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, os quais poderão ser utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**O QUE EU FIZ DA MINHA VIDA?**”: Uma **escuta psicanalítica de mulheres na envelhescência usuárias do serviço de saúde**, durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão e serão guardados por um período mínimo de 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável da pesquisa.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

Londrina, 18 de dezembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br JOSIANE SANTOS COSTA
Data: 18/12/2024 11:53:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Josiane Santos Costa – CPF:
Pesquisadora responsável

Documento assinado digitalmente
gov.br SILVIA NOGUEIRA CORDEIRO
Data: 18/12/2024 19:09:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Silvia Nogueira Cordeiro – CPF:
Professora Orientadora

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**“O QUE EU FIZ DA MINHA VIDA?”:
UMA ESCUTA PSICANALÍTICA DE MULHERES NA ENVELHESCÊNCIA
USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE**

Prezada Senhora,

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre este estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Mulheres na envelhescência usuárias do serviço de saúde”. O objetivo da pesquisa é compreender as experiências da envelhescência para pacientes usuárias do serviço de saúde a partir da narrativa de mulheres que vivenciam este processo.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista presencial, em local, dia e horário previamente agendado de comum acordo entre a senhora e a pesquisadora. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, após a transcrição a gravação será destruída. As participantes da pesquisa serão identificadas na folha de transcrição por um nome fictício para garantir o sigilo de suas informações.

Sua participação é de elevada importância e totalmente voluntária, podendo a senhora recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto gere qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas única e exclusivamente para os propósitos desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Aproveitamos para esclarecer que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Quanto aos riscos, se esta pesquisa lhe causar algum desconforto, por se tratar de um assunto que pode estar relacionado a questões emocionais, a pesquisadora – psicóloga – está capacitada para acolher, manejar e mesmo encaminhar possíveis demandas psíquicas. Esclarecemos também, que a senhora poderá interromper a entrevista a qualquer momento se assim o desejar.

Em relação aos benefícios, entendemos que nossa pesquisa pode oferecer benefícios às participantes colaboradoras, uma vez que durante as entrevistas, à medida em que se colocarem a falar poderão experimentar um efeito terapêutico sobre eventuais questões psíquicas que forem tocadas por suas próprias palavras e pelas perguntas trazidas pela pesquisadora. Além do mais, falar sobre a questão da envelhescência para mulheres pode contribuir para o entendimento deste fenômeno no campo científico da saúde e da psicanálise.

Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar: a pesquisadora principal, Josiane Santos Costa, via Telefone: email: josianesantos.psi@uel.br ou a orientadora da pesquisa, prof. Silvia Nogueira Cordeiro, Telefone: email: silvianc@uel.br.; ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), situado junto ao LABESC – Laboratório Escola de Pós-Graduação, sala 14, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. O CEP-UEL é um colegiado de avaliação de projetos de pesquisa criado em 1997 que atua para atender às resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, priorizando, portanto, a defesa aos participantes de pesquisa.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à Senhora.

_____, ____ de _____ de 202__.

Aceite:

Tendo sido devidamente esclarecida sobre os objetivos e procedimentos deste estudo, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima,	
Nome completo:	
Assinatura:	
Telefone:	

Como pesquisadora responsável , declaro cumprir o acordado neste termo e as exigências das Resoluções 466/2012 MS e 510/2016 MS,	
Nome completo/CPF:	Josiane Santos Costa
Assinatura:	

ANEXO 5

“Era uma vez a jovem...”

Era uma vez a jovem que vivia na pequena cidade no interior de seu interior. A situação não era impedimento para uma Bela Vista do Paraíso.

Semelhante à Carolina Maria, desejou vestir-se com o brilho das estrelas. Um vestido de paetê? Sonho apenas...

O tempo passou e rápido, porém os sonhos não envelhecem e quando se vive mais de meio século, percebe-se que caminhos indicados, muitas vezes não te levam onde você quer chegar.

Ela vai em espiral, hora flutua ou margeia e entra no brechó.

O vestido reluzente! Meio escondido, ali. Já vivenciou muitos planos não concretizados, sem resposta para isso, segue.

Fabuloso é pensar que um dia, outra pessoa, confecciona um vestido, conforme seus objetivos, sem ao menos imaginar que seria exatamente o recorte do céu para a jovem, hoje senhora. A roupa está em bom estado com acabamentos perfeitos.

Acordados ou dormindo, sonhamos, de repente eles se realizam.

Cada estrela tem seu nome próprio e todo corpo o seu próprio brilho.

Elza Soares Dutra* – Escritora sem livros (até agora). Gosta de cabelo molhado nas costas, café coado de madrugada e rede sem balanço. Diz que, se pudesse, faria da sua pupila uma máquina fotográfica.

*Participa da antologia: “Escrever-se: gestos de memória, afeto e poder”, 2026. Outra Editora. Londrina/PR.