



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

JOSÉ CARLOS BARRETO DA SILVA

**SOFRIMENTO E SINTOMAS
PERCEBIDOS COMO DEPRESSIVOS ENTRE
MULHERES IDOSAS DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a DENISE MARTIN

Santos - SP

2020

JOSÉ CARLOS BARRETO DA SILVA

**SOFRIMENTO E SINTOMAS
PERCEBIDOS COMO DEPRESSIVOS ENTRE
MULHERES IDOSAS DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

Dissertação apresentada ao programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade
Católica de Santos, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Martin

Santos - SP

2020

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRE/8-2240

S586s Silva, José Carlos Barreto da
Sofrimento e sintomas percebidos como depressivos
entre mulheres idosas de Feira de Santana-BA / José
Carlos Barreto da Silva ; orientadora Denise Martin
Coviello. -- 2020.
86 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2020

1. Saúde pública - Dissertações. 2. Envelhecimento
- Aspectos da saúde. 3. Envelhecimento - Aspectos
psicológicos. 4. Mulheres - Saúde mental. 5. Depressão
mental I. Coviello, Denise Martin - orientadora. II.
Titulo.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

JOSÉ CARLOS BARRETO DA SILVA

**SOFRIMENTO E SINTOMAS
PERCEBIDOS COMO DEPRESSIVOS ENTRE
MULHERES IDOSAS DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

BANCA EXAMINADORA

Profa.: Dra. Denise Martin

Profa.: Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

Profa.: Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia

Santos - SP

2020

A minha irmã Anizia, cuidadora do meu querido pai Antonio Burgues da Silva, há quatro anos falecido, uma mulher de grandes virtudes, responsável pelo cuidado da nossa mãe idosa, com necessidades especiais. Como filha e irmã, dedicou boa parte de sua vida comprometida em servir a família e ao próximo, a você irmã, dedico esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Jesus, sempre presente em minha vida, luz divina que iluminou meus caminhos nos momentos mais difíceis.

Aos meus amados filhos, Bruno e Flávia e netos Pedro e João, que me encorajaram com suas vidas e saber.

A professora Isabel, que foi meu amparo nas limitações, quando clamei por ajuda.

Ao meu pai Antonio, que me inspirou no compromisso e cuidado com o próximo.

A minha mãe que me deu a vida e a oportunidade de concluir esta pesquisa.

A Maria da Penha que me incentivou com suas palavras e orações nos momentos difíceis,

sua presença foi de fundamental importância nos momentos de dificuldades.

A minha família que sempre esteve ao meu lado e em toda trajetória acadêmica.

Aos amigos e amigas que me apoiaram com suas orações e palavras de incentivo.

A minha orientadora Prof. Dra. Denise Martin, que com paciência e sabedoria me conduziu na pesquisa, especialmente nos momentos de dificuldades. Obrigado!

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Unisantos, responsáveis pela minha formação e as boas práticas acadêmicas.

A Universidade Católica de Santos - Unisantos e a Sociedade SQUALIS de Ensino, Pesquisa e Tecnologia, aos colegas de turma do Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, turma 2018, grato pelo acolhimento e convivência.

Ao Instituto Antonio Gasparini e sua Coordenadora Irene Ramos de Azevedo e todos que de alguma forma participaram ou cooperaram em minha pesquisa.

A todas as mulheres idosas do Centro de Convivência Domingos Mincarone, por sua disponibilidade e comprometimento, gratidão!

Aos profissionais de Saúde que atuam no enfrentamento da pandemia do COVID 19, que sejam reverenciados e respeitados em seus conhecimentos e intervenções.

Obrigado a todos!

ANEXOS

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
Anexo B - Parecer do Comitê de Ética da Unisantos.....	83
Anexo C- Oficinas.....	86

Resumo

A forma como as mulheres idosas lidam com o sofrimento e vivenciam os sintomas da depressão afeta a vida cotidiana. Os Centros de Convivência se apresentam como fontes de apoio, cuidado e promoção de saúde para esse grupo específico, fomentando ações contributivas para um envelhecimento ativo e saudável. Esta pesquisa se propôs a analisar o significado do sofrimento e dos sintomas descritos ou diagnosticados como depressivos em mulheres idosas frequentadoras de um centro de convivência para idosos. O estudo qualitativo buscou compreender as trajetórias de vida e o sentido da depressão para 12 idosas, de faixa etária entre 60 a 85 anos, participantes do Centro de Convivência Domingos Mincarone, do Instituto Antônio Gasparini em Feira de Santana, Bahia, entidade comprometida com a promoção da saúde na Terceira Idade. A metodologia empregada no estudo foi a pesquisa qualitativa com aproximação teórica da Antropologia. Foram realizadas observações e entrevistas em situações associadas a perdas, relações de gênero e dominação masculina, demarcadas por episódios de violência, que foram evidenciados a partir de significados e perspectivas diferentes, de acordo com suas experiências de vida. Os resultados apontaram que não há um conceito único ou padrão para nomear os sintomas depressivos, mas eles funcionaram como uma linguagem diante do sofrimento e das mudanças presentes no processo de envelhecimento.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Mulheres; Depressão; Sofrimento.

Abstract

The way elderly women deal with suffering and experience the symptoms of depression affects everyday life. The Community Centers are presented as sources of support, care and health promotion for this specific group, promoting contributory actions for active and healthy aging. This research aimed to analyze the meaning of suffering and the symptoms described or diagnosed as depressive in elderly women attending a community center for the elderly. The qualitative study sought to understand the life trajectories and the meaning of depression for 12 elderly women, aged between 60 and 85 years old, participating in the Domingos Mincarone Community Center, from the Antônio Gasparini Institute in Feira de Santana, Bahia, an entity committed to health promotion in the elderly. The methodology used in the study was qualitative research

with a theoretical approach to Anthropology. Observations and interviews were carried out in situations associated with losses, gender relations and male domination, marked by episodes of violence, which were evidenced from different meanings and perspectives, according to their life experiences. The results showed that there is no single or standard concept for naming depressive symptoms, but they functioned as a language in the face of suffering and the changes present in the aging process.

Key words: Aging; Women; Depression; Suffering.

Sumário

1 Introdução	10
2 As múltiplas face do envelhecimento: Uma perspectiva sociocultural	10
3 Questões de gênero e adoecimento feminino	16
4 Saúde mental na terceira idade e a depressão feminina.....	20
5 Envelhecimento e políticas públicas de saúde.....	27
6 Centro de Convivência para idosos e promoção de saúde	28
7 Objetivos	30
8 Local de Estudo	30
8.1 Saúde mental em Feira de Santana	32
8.2 O Centro de Convivência Domingos Mincarone	36
9 Metodologia	38
9.1 Trabalho de campo	39
9.2 Participantes da pesquisa	40
10 Relatos das experiências	43
10.1 Condições socioeconômicas: da migração à autonomia financeira	43
10.2 As trajetórias de vida das mulheres idosas: as causas do sofrimento e seus sintomas.....	48
10.3 Da angústia à medicação e integração sociocomunitária: sinais interpretados como depressivos e suas formas de enfrentamento	55
11 Considerações Finais	63
Referências	65
Anexos	81

1 Introdução

O interesse por esse estudo e pesquisa qualitativa surgiu a partir de minha atuação como psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF no município de Ipuíara, Estado da Bahia, período de 2011 a 2012. As ações desenvolvidas em Ipuíara tinham como foco o acompanhamento de mulheres idosas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que apresentavam queixas e sintomas descritos como depressivos. Parte das idosas atendidas alegavam baixa autoestima, sentimentos de inutilidade perante a família, tendência autodepreciativa e houve relatos de ideação suicida. Estas questões preocupantes me motivaram a pesquisar o comportamento deste público, em um Município pequeno de pouco mais de nove mil habitantes, com estrutura que proporcionava tranquilidade e qualidade de vida, ambiente propício para o processo de envelhecimento.

A pesquisa seria desenvolvida em Ipuíara. Todavia, dado o distanciamento do município da capital e as dificuldades apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde foi necessário mudar o local da pesquisa para a cidade de Feira de Santana, Bahia, no Instituto Antonio Gasparini, onde atendia como voluntário desde o ano de 2018.

O presente estudo propõe interpretar a linguagem do sofrimento e o sentido que as mulheres idosas atribuem ao adoecimento, através dos sintomas descritos ou diagnosticados como depressivos, que foram relatados em determinado contexto social. Apropriando-se da bibliografia estudada e considerando o fenômeno da depressão como multifatorial e multicausal, dada sua complexidade no diagnóstico, a pesquisa aborda a influência dos diferentes papéis desempenhados pelas mulheres idosas na sociedade e sua vulnerabilidade, frente às desigualdades existentes e apresentadas na relação de gênero, dominação e violência masculina. Estes fatores, além das comorbidades próprias do envelhecimento, são diretamente concorrentes no aparecimento dos estressores e responsáveis pelo adoecimento feminino. No destaque, o significado da depressão feminina presente na pesquisa, que de forma expositiva será demonstrado nos resultados, sofre interpretações diferentes por parte da sociedade.

2 As múltiplas faces do envelhecimento: uma perspectiva sociocultural

A população de idosos no mundo tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. Esse aumento na sobrevivência se deve aos avanços da medicina moderna, que melhoraram as condições de saúde e reduziram a mortalidade. Os dois processos,

responsáveis pelo aumento da longevidade, foram resultado de políticas e de incentivos na área da saúde e de um grande processo tecnológico. Ao mesmo tempo, surge a necessidade de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas também felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal (WICHMANN et al, 2013).

O envelhecimento, como um fenômeno mundial, tem ritmo de crescimento acelerado entre as pessoas maiores de 60 anos, comparado as outras faixas de idade. Dados globais já informavam projeções no aumento de idosos em 962 milhões no ano de 2017 para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto ou mais de suas populações na faixa inicial da terceira idade. Considerando período entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Nesta data limite estima-se que, em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, desse valor, 80% nos países em desenvolvimento. (OMS, 2014).

No Brasil, outras pesquisas, como a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), informam que a população idosa (acima de 60 anos) deve dobrar no Brasil até o ano de 2042, na comparação com os números de 2017. As pesquisas indicaram que o país tinha 28 milhões de idosos em 2017, ou 13,5% do total da população. Em dez anos, chegará a 38,5 milhões (17,4% do total de habitantes). Em 2042, a projeção é de que a população brasileira atinja 232,5 milhões de habitantes, sendo 57 milhões de idosos (24,5%). (IBGE, 2018).

O aumento da expectativa média de vida no Brasil precede do acompanhamento e manutenção da saúde, de estratégias eficazes na resolução dos problemas enfrentados por uma população e tal perspectiva envolve múltiplos fatores, dentre eles, a projeção construída em torno do que viria a ser processo de envelhecimento. Essa ideia interfere na maneira pela qual o idoso é visto, considerando a sua concepção de vida e todos os elementos que abrangem o contexto sociocultural ao qual está inserido, como também e que se relaciona frente aos seus objetivos, expectativas e preocupações.

O envelhecimento é um processo universal, cumulativo e multifatorial que se realiza ao longo da vida. Todavia, de acordo com Mucida (2014) é vivenciado de forma única e particular por cada pessoa, considerando suas experiências na passagem do tempo, as relações objetivas e subjetivas e as diversas representações da velhice ancoradas na cultura. Dessa forma, o envelhecimento pode variar conforme parâmetros

cronológicos, funcionais, cognitivos, sociais, que tendem a sofrer interferências múltiplas provenientes de fatores relacionados não só a saúde individual e coletiva, como também às questões culturais, raciais e de gênero.

A idade cronológica, que mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, é um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa. Porém, o conceito de idade é multidimensional e, por isso, a idade cronológica não se torna uma boa medida da função desenvolvimental (HOYER; ROODIN, 2003, apud DARDENGO; MAFRA, 2018, p.10).

Segundo os autores, o conceito de idade é atemporal, possui níveis variados, que podem sofrer interpretações diferentes ao longo dos anos e, portanto, não ser este o único parâmetro para conceituar e conhecer um indivíduo. Dessa forma, o nível de conhecimento sobre uma pessoa só pode ser alcançado a partir das diferentes nuances expressadas em seu desenvolvimento.

Ideologias do envelhecer como um problema, que envolve um processo de deterioração e perdas, reforçam estereótipos negativos e o estigma da pessoa idosa como um entrave social (PAULINO, 2007). No entanto, diferentes etapas da vida com suas peculiaridades, só podem ser compreendidas a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos e sociais. Interação que se institui de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido e que produzem diferentes representações sociais da velhice.

Embora se reconheça um conjunto de traços típicos do envelhecimento humano, como cabelos brancos, pele enrugada, diminuição do vigor, dentre outras alterações morfológicas, orgânicas e funcionais identificadas como senescência, trata-se de uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas. Velhice é, portanto, um fato biológico que atravessa a história, mas cujo destino varia segundo o contexto social (FERRARI, 1999, p.197).

Segundo San Martín e Pastor (1996), não existe um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural. A velhice não é definida por simples cronologia, mas pelas condições físicas,

funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Para compreender o mecanismo do envelhecimento é pertinente observar a relação entre a funcionalidade do corpo e os fatores determinantes do envelhecimento saudável, considerando o significado da idade e da fisiologia do indivíduo no processo da velhice, bem como, os que extrapolam as dimensões da idade cronológica.

Considerando outros modos de interpretar os ritos de passagem do envelhecimento, especialmente quanto à figura feminina, faz-se importante compreender as interações sociais e influências da passagem do tempo, bem como seus eventos.

Neste sentido, Minayo (2012) afirma que o conceito de velhice envelheceu, pois cada vez mais os ritos de passagem que a anunciavam estão caindo em desuso. Atualmente, a maioria dos idosos brasileiros não pode ser tratada como um descarte, sendo marcante sua presença no desenvolvimento socioeconômico, político e cultural do país: mais de 85% deles, mesmo convivendo com algum tipo de problema de saúde, continuam autônomos e atuantes; 87% dos homens idosos chefiam famílias e mais da metade contribui com seus proventos para a renda dos lares. Segundo a autora é bonito observar que a lutadora geração dos anos sessenta está criando outro sentido para o envelhecimento, tornando-o mais produtivo e prazeroso.

De maneira similar, Debert (2003), propõe que a velhice, antes entendida como decadência física, invalidez, momento de repouso, silêncio, isolamento afetivo e social, passa agora a ser significada como o momento da realização pessoal e do lazer que não pôde ser vivenciado na juventude.

A velhice, sob a perspectiva da antropologia, é considerada uma categoria socialmente produzida, isto é, distingue-se entre um fato universal e natural, representado pelo ciclo biológico; e um fato social e histórico, representado pela variabilidade das formas com as quais se concebe o envelhecimento (DEBERT, 2006, p 50).

Nesse sentido, é significativo olhar para o fenômeno do envelhecimento e seus significados simbólicos na perspectiva do idoso, em seu contexto e as mudanças presentes no corpo, resultantes de fatores multicausais, multifatoriais e socioculturais.

Para Debert, (1997, p.78), o surgimento dos grupos de convivência trouxe ambientes interativos e a criação de uma nova linguagem em oposição às antigas formas

de tratamento dos velhos aposentados, através da qual “Terceira idade substitui a velhice; a aposentadoria ativa se opõe à aposentadoria; o asilo passa a ser chamado de centro residencial, o assistente social de animador e a ajuda social ganha nome de gerontologia.” Os signos do envelhecimento são invertidos e assumem novas designações: “nova juventude”, “idade do lazer”. Da mesma forma, invertem-se os signos da aposentadoria, que deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividade e lazer.

Debert (1997) afirma que foi essa inversão na representação da velhice e atribuição de novos significados que tratam o envelhecimento como um momento ideal para novas conquistas, novas identidades e novos projetos, que proporcionaram a criação de espaços onde o envelhecimento pudesse ser vivido de forma agradável e coletiva. Ou seja, as categorias idoso e terceira idade foram legitimadas como formas de combater antigos estereótipos relacionados ao envelhecimento, estabelecendo outras formas de viver melhor esta etapa da vida.

As novas percepções quanto ao envelhecimento são uma realidade relativamente recente no contexto brasileiro. No início das décadas de 1960 e 1970, alguns teóricos e profissionais comprometidos com o processo de envelhecimento começaram a se questionar sobre a possibilidade de implementar programas de caráter sociocultural e lúdico para a população idosa. Tais programas propiciaram experiências enriquecedoras como forma de ocupação do tempo livre, redução do isolamento social, inserção do idoso na comunidade e ainda estruturação de grupos efetivos de apoio (CACHIONI; PALMA, 2006, apud YASSUDA; SILVA, 2010, p. 208).

O significado que a sociedade dá a velhice vêm mudando gradativamente, junto ao compromisso de oferecer melhor qualidade de vida ao idoso com a implementação de novos projetos e atividades, dentre estes, os programas da terceira idade que tem por finalidade desenvolver atividades de interesse comum e contributivas na autonomia, envelhecimento ativo da mulher idosa e de gerenciamento da própria vida.

Os programas da terceira idade criam ambientes em que essa experiência de criatividade, autonomia e liberdade, que cada um reconhece como possível, possa ser vivida coletivamente. A cada encontro este público, mobiliza-se, reitera, o que considera serem “scripts” da velhice no passado, pondo em ação práticas tidas como inusitadas e que têm garantia pública de que é possível e saudável envelhecer sem se confinar aos padrões antigos (DEBERT, 2012, p. 185).

Os grupos de convivência objetivam promover a saúde, o bem-estar, busca por novos conhecimentos, novas amizades, novo sentido de vida contrapondo conceitos ultrapassados que associavam o envelhecimento às doenças e perdas. Considerando maior presença e participação das mulheres nos grupos da terceira idade, a feminização da velhice é compreendida não apenas de forma demográfica, ou seja, pela proporção maior de mulheres idosas em relação aos homens, mas, o predomínio desse grupo social nos centros de convivência.

Sanchez e Roel (2001) afirmam que as mudanças sociais estão influenciando o modo de envelhecer da mulher. Se antes o papel de passividade aprendido, o mandato de estar a serviço dos demais, com o desconhecimento dos próprios desejos, pôde levar a mulher mais velha a desempenhar fortemente o papel de avó, hoje, o envelhecimento tem sido, para algumas mulheres, tempo de realização de sonhos e desejos postergados. Elas ocupam-se de si mesmas e saem do lugar de resignação que até então lhes era imposto.

Bastide, ao discutir a relação entre a ideia de tempo e envelhecimento para as mulheres, diz:

A trajetória de vida da mulher é marcada pelo cruzamento do tempo biológico e do tempo social, ou seja, o do calendário da reprodução biológica e o da produção social. Com o envelhecimento, a mulher descobre que nunca teve tempo para si própria. O que chama a “libertação da mulher” é, sobretudo, a reconquista de um tempo de viver. Tempo em que, aliviada da sua carga de atividades na criação dos filhos, a mulher se sente livre para fruir a própria vida (BASTIDE, 1999, p. 8).

O pensamento de Bastide remete à reflexão da trajetória de vida feminina, na qual dois momentos se complementam: um primeiro, do cuidar da família, para aquelas que fazem essa escolha, o que também pode ser percebido na realidade daquelas que optam por investir na sua formação e na sua inserção no mundo do trabalho; e o do momento posterior, a partir do qual a mulher não se vê mais tomada pelas preocupações da condição anterior, e compreende agora ser possível olhar para si de maneira particular, para desejos que não foram priorizados anteriormente. Dessa forma, o envelhecimento ressignifica a vida, podendo intensificá-la.

Para Debert (1999), a tendência vigente é de contradizer a interpretação da velhice como um processo de perdas e possibilitar um novo conceito que abrange diferentes estágios, considerados novos recomeços e possibilidades dispostas e compatíveis com a nova identidade. O conhecimento acumulado e as experiências

vvidas são ganhos que propiciariam aos mais velhos a oportunidade de adquirir mais conhecimentos e apostar em outros tipos de relacionamentos.

Na perspectiva do gênero feminino, o conceito abordado pela autora acima ganha força e propõem um novo modelo e formas de expressão de um envelhecimento saudável, como uma etapa de aprendizado, bem-estar e de novas escolhas. Considerando os novos significados que a mulher atribui a essa fase de sua vida, as interações sociais tornam-se aprendizados, maneiras diferenciadas de se perceber no mundo. Várias situações são mencionadas como indicadoras do bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade física, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos, entre outros (RUIZ et.al, 2007, p.2).

Mudar a ideia de que o envelhecimento é reflexo de doença, representando-a por uma visão diferente de vida saudável, com um novo direcionamento aquém dos constrangimentos e permitindo iniciativas criadoras, consente que novos caminhos sejam construídos pelos idosos, os quais estabelecerão seus próprios interesses para a sociedade (COIMBRA JR; MINAYO, 2002).

3 Gênero e o adoecimento feminino

Estudos de gênero têm tomado a mulher como objeto de pesquisa através da sua inserção social em diversas culturas e têm se caracterizado por transformações constantes, pois muitas mulheres têm atuado como protagonistas nos papéis sociais que estavam restritos aos homens, a exemplo da função de provedora financeira da vida (MORI; COELHO, 2004, p.178).

Na visão de Goldenberg (2004, p.7), gênero é definido como um conceito que serve para “desnaturalizar os papéis e as identidades atribuídos ao homem e à mulher. Assim, determina-se diferenças entre o sexo (dimensão biológica dos seres humanos) e gênero (uma escolha cultural, arbitrária, um produto social e histórico)”.

Scott complementa o pensamento da autora anterior quanto ao significado de gênero, a partir do conhecimento sobre o corpo:

Gênero é a organização social da diferença sexual. Mas isso não significa que o gênero reflita ou produza diferenças físicas fixas e naturais entre mulheres e homens; mas propriamente, o gênero é o conhecimento que estabelece significados para

diferenças corporais. (...) Não podemos ver as diferenças sexuais a não ser como uma função de nosso conhecimento sobre o corpo, e esse conhecimento não é puro, não pode ser isolado de sua implicação num amplo aspecto de contextos discursivos” (SCOTT, 1988, p. 103).

Segundo Ploner (2008), as questões que permeiam a construção de gênero são forças que não estão presentes apenas no corpo, mas nas entranhas do pensar, do sentir, do olhar para o outro e para si mesmo, arraigados e produzidos a partir de uma ideologia, de relações desiguais de poder.

As questões de gênero podem promover situações geradoras de desigualdades, diante das alterações presentes no processo de envelhecimento, circunstâncias estas que trazem sofrimento, especialmente as que demandam poder, violência e dominação masculina.

A violência simbólica representa uma forma de violência invisível que se impõe numa relação do tipo subjugação-submissão, cujo reconhecimento e a cumplicidade fazem dela uma violência silenciosa que se manifesta sutilmente nas relações sociais e resulta de uma dominação cuja inscrição é produzida por um conjunto de ideias, em que a realidade e algumas de suas sutilezas são vividas como naturais e evidentes. Por depender da cumplicidade de quem a sofre, sugere-se que o dominado conspira e confere uma traição a si mesmo (ROSA, 2007, p. 40).

Esta afirmação reforça a ideia de significados diferenciados que a mulher constrói das agressões sofridas, que, por se apresentarem sutilmente, nem sempre são percebidas como formas de violência. Além disso, podem ser naturalizadas e concebidas como inquestionáveis dentro de um sistema sociocultural que aceita e fortalece a dominação masculina sob a mulher.

Em função das relações sociais e culturais, a mulher não se impõe como sujeito e consente as diferenças que lhe são atribuídas como intrínsecas aos papéis sociais de cada sexo, vivendo dispersas entre os homens apenas, recebendo o que eles concordam em lhes conceder (BEAUVOIR, 1970; CHARTIER, 1995).

No entendimento de Soihet (1997, p. 314), as mulheres são tratadas não como sujeito, mas como uma coisa, buscando-se impedir a sua fala e a sua atividade. “Nesta perspectiva, a violência não se resume a atos de agressão física, decorrendo igualmente, de uma normatização na cultura, da discriminação e submissão feminina”.

A submissão feminina tende a legitimar os espaços sociais de dominação masculina. Ela fomenta a existência de relações abusivas, presentes no ambiente público

e familiar, e que atribuem às mulheres características e papéis que as associam à passividade e inferioridade. Esses adjetivos reforçam a sua vulnerabilidade diante do homem e da sociedade, que estimula uma cultura de violência contra a mulher.

Apesar de a violência não ser uma doença em si, ela configura-se enquanto fonte considerável de sofrimento para as mulheres. Estima-se que, no Brasil, pelo menos 35% das queixas levadas pelas mulheres aos serviços de saúde estejam associadas a violências que sofrem, principalmente nas relações conjugais (MINAYO, 2006).

Na perspectiva de Saffioti (2015, p. 79-80), entendemos violência como ruptura de diferentes tipos de integridade: física, sexual, emocional e moral. No entanto, em se tratando de violência de gênero, os limites são muito tênues entre a quebra da integridade e obrigação de suportar o destino de gênero traçado pelas mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos.

As diferentes formas de dominação e expressividade masculina balizam poder e relações desordenadas, precedidas de um conjunto de ações, que muitas vezes não são percebidas pelas mulheres, e que, indo além da violência física, rompem a integridade feminina. Estes comportamentos, muitas vezes arraigados por parte da sociedade, legitimam o machismo como um patriarcado, direito do homem.

O machismo enquanto sistema ideológico oferece modelos de identidade, tanto para o elemento masculino como para o elemento feminino: Desde criança, o menino e a menina entram em determinadas relações, que independem de suas vontades, e que formam suas consciências: por exemplo, o sentimento de superioridade do garoto pelo simples fato de ser macho e em contraposição o de inferioridade da menina. O machismo constitui, portanto, um sistema de representações-dominação que utiliza o argumento do sexo, mistificando assim as relações entre homens e mulheres, reduzindo-os a sexos hierarquizados, divididos em polo dominante e polo dominado que se confirmam mutuamente numa situação de objetos (DRUMMONTT, 1980, p.81-82).

Deve-se atentar, contudo, para a dominação nas relações de gênero não assumir só o aspecto masculino. Existe a dominação da mulher sobre a mulher, à medida que esta, sem perceber as contradições das ideias absorvidas na dinâmica do âmbito social, acaba estabelecendo concorrência com outras mulheres, legitimando, muitas vezes, as relações de reprodução da ideologia dominante sob a ótica da assimetria entre os sexos e também dentro do mesmo sexo (TORRES, 2001).

Segundo Scott (1995), as relações de poder entre homens e mulheres, embora recorrentes, serão sempre carregadas de sentidos próprios de cada sociedade e de seu tempo. Além disso, deve-se pensar que essas relações não se caracterizariam como de mão única, tanto porque o movimento se exerce nas duas direções entre os gêneros, quanto porque ele é atravessado por outras disputas, provenientes de outros campos de força que não o do gênero.

Para a autora, as questões de gênero se apresentam como forças desiguais, ou seja, uma construção social assertiva e dominadora do papel masculino. O novo enfoque revela que as mulheres exercem um certo poder, especialmente na condução e livre direcionamento das tarefas domésticas e outras responsabilidades sociofamiliares, considerando o poder associado a uma forma de saber, fugindo de certa maneira da condição de passividade plena:

O poder se apresenta nas dimensões macro e micro, adequando-se mais esse conceito para se analisar as relações de gênero, pois a mulher mesmo obtendo uma pequena parcela do poder conferido socialmente em maior escala aos homens, não deixa de exercer poder. A mulher não é por natureza dominada, pois oferece resistências às situações impostas, isto estimula a perceber que a mulher possui seu campo de poder e o exerce também, mesmo em graus menores. Dessa forma, o silenciamento e o segredo podem ser âmbitos do poder (FOUCAULT, 1979, p.185).

Socialmente, a mulher constrói relações de poder e vínculos que podem variar conforme a cultura, contrariando as situações adversas, fugindo da passividade e negando o caráter absoluto de dominação total do homem, elas experimentam formas de contestar, de gerenciar a própria vida e experienciar sua liberdade, embora sofram os desgastes e limitações que são próprias do avançar da idade. As limitações promovidas pelo processo de envelhecimento constituem fatores que contribuem para determinadas disfunções e incapacidades. A passagem do tempo expõe o indivíduo a uma série de ações cujas consequências são percebidas na velhice.

Segundo Moraes (2009), a maioria dos idosos, sejam eles portadores de doenças ou disfunções orgânicas, não apresenta necessariamente limitação de suas atividades ou restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papéis sociais. As ações de saúde têm uma estreita relação com a funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa pode ser considerada saudável quando é

capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.

Além disso, não há marcadores específicos capazes de diferenciar as alterações da senescência e da senilidade. Daí a associação entre velhice e a doença, embora isso não queira dizer que todas as doenças aumentem em função da idade. Algumas doenças que se relacionam com a idade, as quais se associam com mais frequência ao envelhecimento, são as chamadas de doenças crônico-degenerativas, neurodegenerativas, cardiodegenerativas, dentre outras (BORGES; COIMBRA, 2008, p.155).

O entendimento de uma velhice saudável e melhor qualidade de vida, passa por um certo conhecimento, conjunto de experiências, frente as perdas e ganhos atuais. Neste sentido, as relações entre gênero e envelhecimento que envolvem homens e mulheres, tem papéis e padrões culturalmente estabelecidos pela sociedade, em processos e vivências diferentes.

Cabe destacar que o envelhecimento não se processa de modo homogêneo – nem cronológico, nem física, nem emocionalmente. Há sempre partes, órgãos, ou funções do corpo que se mantêm muito mais jovens; “a velhice nunca é um fato total. Ninguém se sente velho em todas as situações” (DEBERT, 1988, p. 62).

Não existe um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural. A velhice não é definida por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica. (SAN MARTIN; PASTOR, 1996 apud PETRONI, 2019, p.36).

4 Saúde mental na terceira idade e a depressão feminina

A Organização Mundial da Saúde (2016), define que o conceito de saúde vai além da mera ausência de doenças. Segundo esta definição, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa.

Uma outra perspectiva sobre o adoecimento é proposta por Brant & Minayo-Gomes:

Processo de construção da identidade de doente a partir da manifestação do sofrimento, independentemente da presença ou ausência de doença. A doença não é somente o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital; logo não há desordem, apenas a substituição de uma ordem esperada por outra, que de nada serve, mas que é necessário suportar (BRANT; MINAYO-GOMES, 2007, p. 467).

Na afirmação dos autores, o conceito de doença vai além do diagnóstico, e pode ser melhor compreendido a partir das histórias pessoais e da experiência do sofrimento enfrentado por cada indivíduo. Neste sentido, não se trata apenas do desaparecimento dos sintomas fisiológicos, e sim, uma nova maneira de se relacionar com o processo de adoecimento e as reais possibilidades de lidar ou aceitar estas condições atuais.

O conceito de saúde mental é amplo, pelo que nem sempre é fácil a sua definição, e muito menos a identificação daquilo que a determina. No entanto, da mesma forma que o conceito de “saúde” se refere a “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, também a saúde mental se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. (ALVESA; RODRIGUES, 2010, p.128). Segundo a OMS (2016), diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos; entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos.

Segundo Rocha et al. (2011), aspectos relativos ao diagnóstico e à avaliação da saúde mental em idosos têm sido mais frequentemente abordados em estudos recentes com a finalidade de conhecer a situação vivenciada por esse grupo populacional e os fatores associados ao adoecimento psíquico. Na avaliação, têm-se destacado os transtornos mentais comuns, que se caracterizam por sintomas como insônia (falta de sono ou dificuldade prolongada para adormecer por vários dias), fadiga (dificuldade de realizar as atividades normais por causa de cansaço excessivo), irritabilidade (resposta excessiva a um estímulo), esquecimento (falha na retenção ou na evocação dos dados da memória), dificuldade de concentração (distúrbio de atenção) e queixas somáticas (p. 81).

Estudos relacionados aos fatores de adoecimento e formas de compreender a saúde mental do idoso, buscam entender os impactos que essas patologias representam

em sua qualidade de vida, o que pode representar novos agravos na saúde pública e despertar políticas preventivas de enfrentamento.

Na análise do conceito de saúde mental estão contidas representações sociais, práticas e ideologias que norteiam ações e atividades no campo do cuidado; ela não está dissociada do conceito geral de saúde, ou seja, não é algo à parte e isolado, e, sim, segmento complementar de uma visão ampliada, integral e biopsicossocial de saúde. Por estar inserida no campo da subjetividade do ser humano, enquanto sujeito histórico-social, a saúde mental deve necessariamente considerar seu contexto, tempo histórico, cultura e valores. Deve, portanto, ser representada por um equilíbrio dinâmico, ampliado e multideterminado (AMARANTE, 2007; CODO; LANE, 1984 apud GARCIA, et al., 2017, p 159)

Por isso, é importante considerar os significados do sofrimento feminino como demarcador nas relações de gênero, suas possíveis conexões com a saúde e o adoecimento das mulheres idosas, vivências que comprometem sua qualidade de vida e atuação no ambiente de suas relações sociais.

A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Pode ser entendido como algo extremamente individual, como a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo. Trata ainda da experiência de cada um como sujeito no mundo, que expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social (SANTOS, 2009, p.1178).

O sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, digamos, abstratos - no sentido de cognitivos - determinantes para que a pessoa 'sofredora' construa sua identidade social, a partir qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros. Neste sentido, o discurso sobre o sofrimento evoca significados desde força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, medo e coragem; despertando, assim, emoções positivas e negativas tanto no sofredor quanto em seus interlocutores (DUARTE; LEAL, 1998, p. 139).

Segundo Caponi (2009), a transformação do sofrimento em patologia, ou situação de risco, em uma doença futura, com sua conseqüente medicalização, são marcantes na demanda atual de bem-estar e intolerância ao sofrimento alheio.

O sofrimento das mulheres idosas como um sintoma expressado e associado ao adoecimento, a partir de diferentes contextos, passam a ter diagnóstico e interpretação

unicausal, quando tratado do ponto de vista médico, o que, muitas vezes, gera controvérsias, banaliza ou pode patologizar o termo depressão:

Nos tempos atuais, em que qualquer manifestação de dor e sofrimento é diagnosticada necessariamente como “depressão”, podemos observar uma verdadeira “patologização” de qualquer indício de “mal-estar”, bem como um ideal “espetacular” de saúde subjacente a tal prática, que obedece, por sua vez, à mesma lógica de nossa atualidade pós-moderna, consumista e espetacular (TAVARES, 2010, p.74).

Segundo Souza e Lacerda (2012), o termo depressão é relativamente novo na história, utilizado pela primeira vez no ano de 1680, para designar um estado de desânimo ou perda de interesse. No ano de 1750, Samuel Johnson, incorporou o termo ao dicionário. O desenvolvimento do conceito de depressão emergiu com o declínio das crenças mágicas e supersticiosas que fundamentavam o entendimento dos transtornos mentais até então. Desse modo, a história do conceito de depressão tal como o utilizado na atualidade tem seu início no século XVII. Entretanto, sua origem pode ser inferida a partir das menções de alterações de humor ao longo da história, sobretudo nas referências ao estado conhecido como melancolia- (SOUZA; LACERDA, 2012, p.17).

A palavra depressão, do ponto de vista linguístico, diz respeito a uma pressão que é exercida de cima para baixo. Sendo assim, de acordo com Borloti, Fonseca, Charpinel e Lira (2009), a contingência tateada por uma pessoa deprimida é de uma pressão que se exerce sobre ela “de cima para baixo”, advinda de um contexto aversivo que afeta o estado do corpo (BORLOTI; CORREIA, 2009, p.360).

A palavra depressão ou a expressão “estou deprimido” hoje faz parte do vocabulário popular. É difícil imaginar que na década de 1950, quando os antidepressivos foram inventados, a depressão era um problema raro (AGUIAR, 2004 apud FREITAS, 2011, p.9). O significado da depressão tem sido usado para descrever um estado emocional normal ou um grupo de transtornos específicos. Sentimento de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos, conflitos nas relações interpessoais, fazem parte da experiência cotidiana e caracterizam um estado emocional normal, não patológico (CORDIOLLI, 2010, p.12).

O discurso das concepções e representações de causas de doenças envolve a ligação que se estabelece entre a pessoa e a moléstia, esta última, como experiência física e subjetiva, envolvida em complexa rede de sentimentos que orientam os indivíduos em suas buscas pelos significados. Quando se referem às causas de suas

doenças, as pessoas estão necessariamente interpretando determinadas condições que ajudam a explicar por que tal doença aconteceu em dado momento. (DUARTE; LEAL, 1998, p.141).

A depressão feminina na velhice, dada a complexidade de diagnóstico e entendimento dos sintomas, podem sofrer interpretações diferentes nas representações sociais, onde sentimentos e situações adversas vivenciadas pelas idosas, anteriormente vistos como uma patologia, seguem como um processo natural que passam a fazer parte das fases do desenvolvimento desse público.

A depressão enquanto manifestação de sintomas inter-relacionados a fatores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, entre outros, vem se apresentando na sociedade pós-moderna com um índice bastante elevado, ocasionando um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e incapacitação social do indivíduo, atingindo desde crianças a pessoas idosas, rompendo fronteiras de idade, classe socioeconômica, cultura, raça e espaço geográfico. (COUTINHO et al., 2003, p.183).

Na perspectiva de compreensão da depressão como doença, estudos evidenciam sua importância na saúde da população em nível global. Dados informados pela OMS (2016), referentes ao ano de 2015, mostram que a depressão afetava 322 milhões de pessoas no mundo. Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%. Já no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros.

Em estudos epidemiológicos, é observado uma maior prevalência de depressão em mulheres que em homens. Essa diferença tem sido verificada em várias regiões do mundo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e critérios diagnósticos operacionais. A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0, com uma média de 2 mulheres para cada homem (ANDRADE et al., 2006, p. 46).

Os sintomas depressivos envolvem aspectos de natureza biológica, psicológica e social e têm forte impacto funcional na vida de indivíduos de todas as idades. Na velhice, podem estar associados a diversas perdas, tais como: limitação do acesso àquelas atividades que promovem satisfação e bem-estar, além do aumento do risco para o aparecimento e o agravamento de doenças crônicas. O sedentarismo, a obesidade, assim como hábitos de vida prejudiciais à saúde, são fatores de risco para essa população (GONÇALVES et al., 2014, p.82).

De acordo com Stella et al. (2002):

As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (p. 92).

A depressão como doença é um fenômeno multifatorial e multicausal, capaz de comprometer a qualidade de vida das mulheres idosas e sua adaptação frente às perdas ocorridas durante a velhice, dentre elas, as causadas pelos fatores de risco causados pelas comorbidades e rompimento dos vínculos sociais.

Os fatores associados à depressão podem ser agrupados em sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, condição socioeconômica, condições de moradia), suporte social, eventos de vida estressores, morbidades psiquiátricas, traços de personalidade, abuso ou dependência do uso de álcool, distúrbios do sono, déficits cognitivos e condições de saúde (PINHO; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009, p.130-132).

Segundo Andrade et al. (2016), a depressão no idoso é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes, embora não seja normal. Acredita-se que conforme o aumento da idade mais sintomas depressivos são apresentados através das queixas intensificadas de doenças e a presença do quadro de ansiedade

Alterações fisiológicas, mudanças de humor e de comportamento estão presentes no processo de depressão das mulheres idosas, que embora nem sempre aceitas pela sociedade, fazem parte do envelhecimento. Na medida que elas reconhecem os sintomas da doença e encontram meios preventivos de cuidar da própria saúde, melhoram sua qualidade de vida, mantendo-se ativas, equilibradas emocionalmente e integradas à sociedade.

Gonçalves e Andrade (2010, p.290), salientam que:

A depressão no idoso com frequência é secundária a outras doenças, como câncer, Doença de Parkinson, demência, diabetes ou ao uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, corticosteroides, entre outros. Juntem-se a isto as perdas: fim da vida profissional, da reprodutiva, diminuição da renda, do poder, morte dos amigos, dos familiares, do cônjuge. E dentro dessa realidade é necessário o conhecimento sobre depressão em idosos para distinguir as alterações normais das mórbidas visando ao diagnóstico precoce e correto que possa orientar intervenção adequada, assim como prevenir os fatores de risco associados à depressão e promover melhoria da qualidade de vida do idoso.

Segundo Goldfarb, Barbieri e Peixeiro (2010), a depressão é uma forma do humano se proteger (se recolhendo) do contato com a realidade quando esta é frustrante e ameaçadora, mesmo que a frustração exista em diversas situações.

A depressão é um momento onde o indivíduo se afasta de sua relação com a realidade em busca de condições para suportá-la e de reorganização para um posterior retorno e enfrentamento da nova situação. Sobre este ponto de vista, a depressão é extremamente importante para a manutenção da vida. (BERLINCK, 2000, apud LOPES; et al., 2012, p.27).

Para Mucida (2006), a depressão tornou-se, hoje, uma resposta bastante comum dos sujeitos ao mal-estar na cultura, conduzindo o discurso médico a descrevê-la como sintoma do século. Vale ressaltar que os diagnósticos apressados levam grande parte dos idosos ao consumo de antidepressivos e tranquilizantes, que, colocando-os em estado de permanente de sono, leva-os a um aumento da retração libidinal tornando-os alheios ao mundo (LOPES, et al., 2012, p.29).

Dada a importância de relacionar estes fenômenos, especialmente quanto ao adoecimento em mulheres idosas, as questões comportamentais que levam a disfunções, no caso da depressão, só podem ser validadas dentro de um contexto sociocultural determinado, considerando as interações sociais diferenciadas e expressividade individuais e próprias de cada cultura.

Pressupondo-se que a cultura é um fenômeno total e que, portanto, provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilha, ela acaba orientando, de certa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes. Neste sentido, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão do mundo e práxis social, como uma construção dos conhecimentos e experiências de vida (LANGDON; WIJK, 2010, p.178).

Por meio de ações culturais e um convívio social definido, ampliam-se as percepções dos diferentes grupos sobre o binômio saúde-doença, desta interação, surgem iniciativas coletivas de enfrentamento das questões demandadas pela sociedade.

A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as classes e grupos sociais. Cada grupo organiza-se coletivamente através de meios materiais, pensamento e elementos culturais para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles, individuais ou coletivos. (LANGDON; WIJK, 2010).

As percepções que as mulheres idosas fazem a respeito do processo de envelhecimento sofrem influências sociais e culturais que podem auxiliá-las a

desenvolver estratégias de enfrentamento das adversidades e dificuldades provenientes da velhice. Um dos espaços privilegiados para o desenvolvimento de educação em saúde são os grupos, por serem estímulos ao convívio social. Constituem-se em alternativas para que os idosos retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre, atividade física, lazer ou de cuidado com o corpo e a mente, atuem no relacionamento interpessoal e social, agregando pessoas que compartilham experiências semelhantes. (MARTINS, 2007, p.450). Os grupos de convivência intencionam enfrentar o isolamento social de determinados indivíduos e/ou grupos sociais de maneira a criar “espaço que favoreça o encontro e o desenvolvimento global dos participantes” (OLIVEIRA,2004, apud FERRO et al. 2012, p.147).

5 Envelhecimento e políticas públicas de saúde

As discussões que envolvem a saúde e o envelhecimento feminino não são consensuais na sociedade e podem sofrer interpretações diferentes. Para os governos, o conhecimento obtido a partir dessas iniciativas é utilizado como estratégia para o cuidado e ampliação do atendimento destinado as mulheres idosas. A feminização da velhice, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa, embora seja um processo evidente socialmente, exige ações intersetoriais, de inserção sociofamiliar, que objetivem melhor autonomia e qualidade de vida, considerando a necessidade de ofertar políticas públicas para este público específico.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), foi promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto n. 1948, de 03 de junho de 1996, como uma das formas de responder as demandas do envelhecimento, assegurando direitos sociais à pessoa idosa, ao criar condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do sistema de saúde (SOARES; FERNANDES, 2012, p. 1495).

Como política pública de atenção ao idoso são atribuições do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), promover a inserção, qualidade de vida e prevenção de agravos aos idosos, por meio de programas que fortaleçam o convívio familiar e comunitário, garantindo o acesso a serviços, ao lazer, à cultura e à atividade física, de acordo com sua capacidade funcional. Outras ações importantes como a criação de centros de convivência e socialização da pessoa idosa nas zonas urbanas e rurais, favorece intercâmbio comunitário (Secretaria de Direitos Humanos, 2010).

O PNDH-3 propõem o fomento de programas de voluntariados no atendimento às pessoas idosas, visando valorizar e reconhecer sua contribuição para o desenvolvimento e bem-estar da comunidade. Outras ações contributivas do programa são as que promovem o protagonismo da idoso na escola, possibilitando sua participação ativa na construção de uma nova percepção intergeracional. Neste sentido, é importante potencializar estratégias com ênfase no diálogo intergeracional que valorizem o conhecimento acumulado, desenvolvendo ações intersetoriais para capacitação continuada de cuidadores e familiares e a promoção de políticas de humanização do atendimento ao idoso, principalmente em instituições de longa permanência.

Além de elaborar programas de capacitação para os operadores dos direitos da pessoa idosa, o PNDH-3 produz relatórios periódicos de acompanhamento das políticas na terceira idade com informações sobre os Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência, tais como: quantidade existente; sua participação no financiamento público; sua inclusão nos sistemas de atendimento; número de profissionais capacitados e pessoas idosas assistidas. (BRASIL, SEDH, 2010, p. 94-96).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa empodera a Atenção Básica, como porta de entrada nos cuidados da saúde mental:

Em 2006, no “Pacto pela Saúde”, na dimensão sobre o “Pacto em defesa da vida”, a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas. No mesmo ano, foi revista e estabelecida a Portaria n.º 2.528, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe destacar que essa portaria define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Primária/Saúde da Família. Referindo-se às Políticas de Atenção à Saúde Mental. (LUCENA, et al., 2017, p.2).

Como mostrado anteriormente, o envelhecimento é um processo dinâmico e contínuo que traz a diminuição gradual da capacidade funcional, além da perspectiva de certas enfermidades aumentarem com a idade. As práticas ligadas a velhice e formas como as mulheres as interpretam têm significados particulares e distintos. Os diferentes ambientes, sejam eles culturais e sociohistóricos, somados às dificuldades em lidar com situações estressantes, podem interferir na maneira pela qual vivenciam o processo de envelhecimento.

6 Centros de Convivência para idosos e promoção da saúde

Dentre as novas iniciativas para uma velhice saudável com qualidade de vida, autonomia e independência, os grupos de convivência surgem como um espaço de partilha, interação e expressão das adversidades. Tornam-se, portanto, ambientes de resgate pessoal, considerando a possibilidade de um envelhecimento ativo e progressivo e que sofre influências do contexto sociocultural.

As primeiras experiências de grupos de convivência para idosos de que se têm notícias aconteceram em países do Continente Europeu, expandindo-se rapidamente para outros países. Essa foi, possivelmente, a primeira concepção mais aberta do atendimento à população longeva, oferecendo oportunidades de retorno à participação comunitária (CABRAL, 1997, p.1).

Reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil, o trabalho social com idosos no Serviço Social do Comércio (SESC) acontece há mais de 57 anos e dentre os objetivos, o atendimento da população idosa, além de resgatar o valor social desse público específico, as ações do Sesc privilegiam a cidadania e a educação por meio de projetos adaptados às diferentes culturas das regiões.

A primeira experiência na formação de grupos de convivência ocorreu no Sesc Carmo, São Paulo no ano de 1963, onde iniciou-se uma série de ações com um grupo de aposentados do comércio e da área de prestação de serviços, que frequentavam o Centro Social “Mário França Azevedo” - hoje SESC Carmo - no centro da cidade de São Paulo. (MIRANDA, 2010, p.3).

A proposta tinha como principal objetivo incentivar a convivência, prevenir e evitar a marginalização dessas pessoas. Inicialmente, foram formados grupos de convivência, onde se ofereciam atividades de lazer e também orientação para auto-organização a fim de que os próprios idosos sugerissem parte da programação, cabendo ao SESC-SP o suporte estrutural e técnico para a realização dessas atividades.

Essa ação se estendeu a grupos de aposentados também de outras categorias profissionais e, além da capital, chegou a cidades onde o SESC-SP se estabeleceu no interior do Estado, fato que ampliou rapidamente o público e as demandas. Logo foram criadas as Escolas Abertas da Terceira Idade, uma proposta socioeducativa de atualização de conhecimentos, lazer e abertura de novas perspectivas aos idosos.

As atividades de lazer são importantes fatores de distensionamento e contribuem para a saúde física, mental e social das pessoas. Os indivíduos que

participam de atividades de lazer, coletivamente estabelecem relações afetivas entre si e com o mundo, possibilitando melhores condições de saúde, socialização e interesse pela vida, conforme destacam Almeida et al. (2005). Os resultados encontrados nos estudos realizados por Pondé e Caroso (2003) evidenciaram que o lazer, como atividade sociocultural, tem importante papel na saúde mental das pessoas, constituindo-se como fator de proteção da saúde mental (FARIAS; ARAÚJO, 2011, p.36). Os Centros de Convivência em atenção ao idoso têm como foco o desenvolvimento de atividades contributivas no processo de envelhecimento saudável, capazes de propiciar a autonomia e sociabilidades, inclusive promover o fortalecimento dos vínculos familiares e o convívio comunitário. São espaços privilegiados que de forma contributiva complementa e dialoga com as iniciativas focadas na saúde, promovendo a sociabilidade, trabalho, lazer, cultura, saúde, entretenimento, inclusão social, discussões participativas e novos olhares que permitam reinserir a pessoa em sofrimento psíquico na família e na comunidade, favorecendo a construção ou o fortalecimento dos serviços.

Em vista disso, considerando a complexidade da experiência da depressão e a importância dos locais de apoio, esta pesquisa pretende evidenciar elementos provenientes das trajetórias de vida de mulheres idosas, que possam ajudar a compreender quais as suas percepções a respeito do sofrimento, em suas múltiplas manifestações e significados.

7 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa é compreender o sofrimento associado aos sintomas percebidos como depressivos entre mulheres idosas participantes do Centro de Convivência Domingos Mincarone, em Feira de Santana-BA.

Como objetivos específicos, investigar, através das experiências de vida das mulheres idosas, as estratégias utilizadas por elas ao lidar com as adversidades do envelhecimento, com ênfase na participação no centro de convivência.

8 Local de estudo

O município de Feira de Santana-BA com delimitação do espaço geográfico e histórico no processo de colonização do povoamento do Brasil no século XVII e XVIII, no sertão baiano, situa-se na região de zona de planície do recôncavo baiano com a dos tabuleiros semiáridos do Nordeste, constituindo o centro dessa região geoeconômica,

com uma área de 19.728 km². O município foi criado pela resolução provincial (Conselho do Governo da Província) em 09 de maio de 1833, tendo sido desmembrado do município de Cachoeira, instalou-se como município em 18 de setembro de 1833. Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31^a do País. Atualmente com uma área de 1.338,1 km² e população, estimada, segundo último censo de 609.913 habitantes. (IBGE, 2018).

Feira de Santana, pela sua localização geográfica, como entroncamento rodoviário, favorece o grande fluxo migratório de indivíduos de regiões mais pobres para o município. Segundo Araújo (2001), esta situação geográfica facilita a migração crescente de pessoas que, na sua maioria, são desprovidas de renda e instrução. Estas evidências são confirmadas por Queiroz et al. (2004), ao observarem que a migração é um fator que tem corroborado para a degradação ambiental e o aumento do contingente populacional de baixa renda no município (FARIAS; ARAÚJO, 2011, p.36).

De acordo com Nery e Pinto (2004), nos anos 70, mais de 60% da população que chegava ao município feirense provinha de outras regiões do nordeste do Brasil e do próprio Estado da Bahia, buscando alternativas de emprego e melhores condições de vida. Parte destes migrantes desfazia-se de seus bens e vinham para o município de Feira de Santana, contribuindo também com a pressão urbana e os deslocamentos de populações dentro da própria cidade. Por conta disso, nos últimos 30 anos, o município passou por um processo de expansão populacional e aumento demográfico, constituindo-se como um problema típico enfrentado por outras cidades da região nordeste.

Feira de Santana, pela sua localização geográfica, como entroncamento rodoviário, favorece o grande fluxo migratório de indivíduos de regiões mais pobres para o município. Segundo Araújo (2001), esta situação geográfica facilita a migração crescente de pessoas que, na sua maioria, são desprovidas de renda e instrução. Estas evidências são confirmadas por Queiroz et al. (2004), ao observarem que a migração é um fator que tem corroborado para a degradação ambiental e o aumento do contingente populacional de baixa renda no município (FARIAS; ARAÚJO, 2011, p.36).

Diversas são os motivos que levam o indivíduo a migrar. Dentre eles, migram com a finalidade de buscar novas oportunidades e experiências, mudam-se para estudar, ou pelo desejo de se residir com membros da família que moram em outras regiões. Porém, grande parte da migração se dá por motivos econômicos: procura por empregos ou pela expectativa de ganhar mais do que recebem no local de origem, acesso a bens e

serviços, etc. Este fato importa, pois, a decisão de migrar é explicada em grande parte pelas diferenças salariais reais entre duas regiões (QUINTANA; SALGADO, 2016, p.139).

A Nova Geografia Econômica prevê que as forças de aglomeração tenham um impacto geográfico sobre a migração devido à influência econômica dos salários e níveis de emprego, derivados da concentração da atividade econômica. Existe uma forte correlação entre a distribuição espacial da população e da indústria. Outro fator importante é que a migração de regiões pobres para regiões ricas acaba reforçando os padrões de aglomeração (QUINTANA; SALGADO, 2016, p.139).

O nordeste brasileiro tem-se caracterizado como uma área de intensos fluxos emigratórios. No cerne desses movimentos podem ser localizados alguns fatores historicamente conhecidos, como a estagnação econômica, as mais diversas manifestações de desigualdades sociais, sobretudo, os elevados níveis de desemprego nas áreas urbanas da região. (OLIVEIRA; JANNUZZI, 2005, p.140)

Estudo realizado por Almeida sobre atividades de lazer entre idosos em Feira de Santana identificou que a cidade é desprovida de espaços de lazer para a população, em especial para os idosos. Constatou que os equipamentos de lazer são poucos e os existentes estão localizados no centro da cidade e se destinam às práticas físico-esportivas; portanto, não é oferecida à periferia da cidade qualquer possibilidade cultural ou de lazer. Desse modo, as opções encontradas para aqueles que podem consumir limitam-se a frequentar bares e restaurantes. A inexistência ou as dificuldades de acesso aos equipamentos coletivos (praças, parques, ginásio poliesportivos, por exemplo) são fatores que impossibilitam à população, sobretudo a periférica, de participar de atividades de lazer. Políticas públicas voltadas para o aumento desses equipamentos devem ser pensadas como estratégias para o incremento da inserção em atividades de lazer, o que pode contribuir para elevação da qualidade de vida das populações (ALMEIDA, et al. 2005, apud FARIAS; ARAÚJO, 2011, p.36-37).

Feira de Santana, sendo a segunda maior cidade do Estado da Bahia, pela ocupação urbana crescente e desordenada, enfrenta problemas próprios das grandes metrópoles, dentre estes, a desigualdade social. O município carece de políticas públicas, sejam, estruturais e no âmbito da saúde, que atendam principalmente as demandas da mulher idosa, visto sua maior participação na sociedade, reforçando o conceito atual de feminização da velhice.

8.1 Saúde mental no município de Feira de Santana, Bahia

No estado da Bahia, a condução da gestão das políticas públicas em saúde mental encontra-se em consonância com as proposições da Política Nacional de Saúde Mental e tem se transformado de forma significativa desde a publicação da Lei 10.216.8. Dentre as diversas ações, destacam-se a da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB), onde o Estado implantou, no ano de 2007, a estratégia do Apoio Institucional em Saúde Mental. Amparado na estruturação e a efetivação das propostas de Educação Permanente, assessoramento, acompanhamento e cooperação aos municípios, junto aos mais diversos atores, usuários, gestores locais, trabalhadores e as demais redes públicas, busca-se avançar na construção de parâmetros assistenciais e de regulação em Saúde Mental na Bahia, dos seus 417 municípios. (FORNAZIERA; DELGADO, 2011, p. 416).

As ações que contemplam as políticas de saúde mental na Bahia, são um processo histórico recente, de embates e conquistas, que envolve transformações, práticas, saberes e valores socioculturais. Por conta da ausência de políticas públicas específicas, direcionadas par a mulher idosa, o diálogo entre a saúde e a sociedade precisa encontrar soluções capazes de evitar a exposição desse público a situações de violência.

A violência como fenômeno complexo, multifacetado e resultante de múltiplas determinações, articula-se intimamente com processos sociais que se assentam, em última análise, numa estrutura social desigual e injusta. Minayo e Souza (1993) apresentam uma tipologia na qual se destacam: a violência estrutural, configurada nas desigualdades sociais de acesso ao mercado de trabalho e ao consumo de bens essenciais à vida; a violência cultural, que se expressa entre pares, a exemplo das agressões entre cônjuges; e a violência da delinquência, referente a indivíduos ou grupos que desencadeiam ações contra cidadãos (crimes contra a pessoa física e o patrimônio), incluindo disputas violentas entre os criminosos e determinadas ações ilegais do próprio aparato policial.

Uma das principais demandas sociais que impactam e afetam a saúde em Feira de Santana são as ocorrências geradas pela violência intrafamiliar, uma relação abusiva que compromete o desempenho de papéis. No tocante da violência contra as pessoas idosas, a dependência desse público à família, cônjuge ou cuidadores, reforça uma relação conflituosa, o que pode representar uma violação de direitos quanto a sua saúde

e outros cuidados. As dificuldades enfrentadas pelas famílias em lidar com os idosos e as omissões cometidas, prejudicam sua integridade física, comprometendo sua saúde e os desequilibram emocionalmente, levando-os a recorrer às instituições, sendo estas, um apoio, frente aos desafios e problemas do cotidiano.

Estudos sobre violência e envelhecimento, ressaltam a relação de invisibilidade estabelecida com o idoso por seus familiares que, desconhecendo o seu ser, ter e sentir, faltam com o reconhecimento social, político e pessoal, desrespeitando sua individualidade, capacidade de decisão, participação e exigência de seus direitos (HERRERA, 2004, apud SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008, p. 96).

Segundo o Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (NEVPI), em Feira de Santana pouco mais de 48.355 mil pessoas, é formada por idosos, a partir de 60 anos de idade. As mulheres são 28.798 e os homens, 19.557, conforme último censo do IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Das 569 denúncias de maus tratos contra idosos, recebidas no ano de 2019, em 14 meses de funcionamento do órgão, 471 foram comunicadas neste ano, número considerado elevado por servidores do local. As principais ocorrências, segundo o órgão, são a negligência – quando a família não cuida adequadamente ou abandona o idoso, violência psicológica – entre as mais comuns é a ameaça, e a financeira – a apropriação ilícita do patrimônio do idoso. (Sec. Desenvolvimento Social, NEVPI, 2019).

A grande maioria dos casos de violência contra o idoso em Feira de Santana tem como protagonista familiares da vítima. Inicialmente, os profissionais do NEVPI buscam a mediação nos conflitos. Os idosos são atendidos por uma equipe multiprofissional, formada por advogada, psicóloga e assistente social, que, quando acionada, verifica a situação de vulnerabilidade dos idosos junto as residências para comprovação dos fatos. A grande maioria dos casos de violência em Feira de Santana tem como protagonista familiares dos idosos. Inicialmente, os profissionais do NEVPI buscam a mediação. Nesse processo, busca-se entender o ambiente familiar e as motivações que geraram a violência. Depois parte-se para as ações efetivas na defesa dos direitos dos idosos.

No entanto, outras situações são encaminhadas para a delegacia ou ao MP (Ministério Público). O trabalho da Defensoria Pública em Feira de Santana visa dar prosseguimento às denúncias quanto a discriminação, desrespeito, maus-tratos e violência através de solução extrajudicial com a fixação do termo de responsabilidade,

documento no qual são firmados os deveres dos familiares em relação aos cuidados quanto à pessoa idosa. Quando não há êxito, a depender do caso concreto, são ajuizadas ações judiciais em prol dos idosos. De acordo com a coordenação do NEVPI, na maioria das vezes, os próprios autores da violência é que fazem a denúncia, visando se protegerem, atribuindo a culpa a terceiros. Foram observados casos de autonegligência, neste caso, as pessoas idosas, embora sejam cuidadas pelas famílias, não seguem as recomendações, como tomar remédios, cuidados com a higiene, por exemplo: (NEVPI, 2019).

Compreender as razões que estão por trás do fenômeno da violência constitui um elemento importante que talvez ajude na resolução de conflitos, dentre outras questões sociais associadas. Tudo isso interfere nas relações e contextos em que são engendradas, principalmente quando se trata de sujeitos em processo de envelhecimento.

A violência contra a pessoa idosa ocorre de diversas formas e em diversos universos, desde a violência física, maus-tratos dentro e fora do convívio familiar, até a violência social resultante de políticas econômicas e sociais que interferem no nível de desigualdade (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006).

Para Queiroz (2010), a família é a principal fonte de apoio, sempre que ocorrem incapacidade e dependência nos idosos, portanto, a maneira como os relacionamentos interpessoais são construídos dentro da família é um importante determinante de como serão as relações entre os idosos fragilizados e seus cuidadores familiares.

O fenômeno multicausal da violência desperta interesse ao setor da saúde, principalmente pelo número de mortes que provoca, e o medo social que pode comprometer a saúde mental dos idosos. Neste sentido, é significativo falar dos serviços oferecidos em Feira de Santana, onde a rede municipal de atenção à saúde mental encontrava-se em reformulação, processo que se iniciou em julho de 2002 (ANDRADE, et al., 2015).

As ações tiveram início com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Programa “De Volta Para Casa”, e com base no compromisso assumido de desinstitucionalizar o Hospital Especializado Lopes Rodrigues – HELR. Foram implantados no município o Centro de Atenção psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), em 26 de setembro de 2003, destinado ao atendimento de pessoas com

transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas. O CAPS II Silvio Luiz Santos Marques, em 18 de julho de 2004, CAPS II – SM, saúde mental. No ano de 2005, foram implantados o CAPS I Osvaldo Brasileiro Franco, para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais, e CAPS II e III respectivamente. Recentemente em 4 de junho de 2019 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) voltada para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. No atendimento privado destacam-se os serviços da Clínica de Saúde Mental Dr. Antônio Ferreira de Lima e Silva, Clínica Climetra e a Clínica Ideal Autismo e Especialidade em Psiquiatria, que são referências de clínicas particulares nas demandas em psiquiatria.

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), são portas de entrada da Assistência Social e apoio a saúde do idoso. São locais públicos situados prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de assistência social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e a comunidade. A partir do adequado conhecimento do território, promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas, especialmente as que tratam da atenção ao idoso, amparadas pelo Programa Nacional do Idoso (PNI), o que possibilita o acesso dessa população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social. (BRASIL, 2009, p. 9-21).

O PNI consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas” (CAMARANO e PASINATO, 2004, p. 269).

Outras ações preventivas referenciando o cuidado na saúde mental feirense são as desenvolvidas pelo Instituto Antonio Gasparini, que contribuem com a prevenção em saúde mental dos idosos de Feira de Santana. Outros serviços oferecidos pelos Centros de Referência e Ação Social (CRAS) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) contribuem com ampliação de espaços que favorecem o acompanhamento de idosos e da família.

8.2 O Centro de Convivência Domingos Mincarone em Feira de Santana-BA

Em Feira de Santana, o Centro de Convivência mais antigo em atuação foi criado em 1992, pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), a Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), que tem como principais objetivos estimular a promoção da saúde e a socialização dos saberes como a prática de esportes, o exercício consciente da cidadania, as relações sociais, o lazer, a arte, a cultura, inclusão digital, a reinserção no setor produtivo, a reintegração sociocomunitária e o fortalecimento dos vínculos familiares.

As novas práticas coletivas para um envelhecimento saudável auxiliam no processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, o que permite às pessoas manterem seu bem-estar físico, mental e social. Na perspectiva das mulheres idosas, destaca-se o Grupo de Convivência Domingos Mincarone e as ações desenvolvidas no Instituto Antônio Gasparini (IAG) em favor da promoção da saúde na terceira idade.

O Instituto Antônio Gasparini, que leva o nome do padre Antônio Gasparini, foi fundado em 2013 no bairro da Cidade Nova, em Feira de Santana, por casais ligados à igreja católica, onde até hoje possui sua sede na rua Lamarão, número 01. O Centro Convivência Domingos Mincarone atende dezenas de pessoas de diversas faixas etárias, especialmente, idosos. Nesses seis anos, o Instituto já acolheu mais de mil pessoas em situação de vulnerabilidade social, sendo considerada uma instituição do terceiro setor de Feira de Santana. O Instituto é uma instituição sem fins lucrativos que busca desenvolver ações sociais para idosos, jovens, adolescentes e crianças, dialogando com as políticas públicas ligadas principalmente com a autoestima, respaldado nos Direitos Humanos e na Cidadania, conforme a Lei 8742/93 (LOAS). O Centro de Convivência tem a missão de promover os meios para levar a sociedade a uma convivência digna, que dê sentido à vida, com atividades que alcancem uma mudança social significativa e uma visão de ser uma instituição que busca a promoção humana em todas as suas faixas etárias.

As oficinas desenvolvidas pelo Centro de Convivência Domingos Mincarone, (quadro anexo) como um trabalho estruturado em grupo e centrado em um determinado contexto social, são oportunos para a comunicação, problematização e a criação de vínculos. Os temas apresentados favoreciam as tomadas de decisões e o empoderamento das mulheres idosas, além da construção coletiva de saberes.

O Instituto Antônio Gasparini, como entidade filantrópica e apoiadora do Centro de Convivência Domingos Mincarone, atende em média 100 idosos e conta com

uma equipe de profissionais, todos voluntários, no desenvolvimento das atividades. São três psicólogos com escalas de atendimento de segunda a sábado, um professor de zumba, uma psicopedagoga que atua nas oficinas de memória e atividades artísticas, uma coordenadora que é assistente social e desenvolve outras habilidades no grupo, como, oficinas de reik, entretenimento com viagens, passeios locais, visitas aos cinemas da cidade e outras agendadas aos teatros, em Salvador, capital do Estado. O público atendido tem faixa de idade que varia entre 60 e 85 anos, considerando um grande número de mulheres com problemas físicos e psíquicos.

O Centro de Convivência, devido ao contexto das atividades e oficinas oferecidas às mulheres da comunidade, tem uma população predominantemente feminina, sendo este, um dos aspectos reforçadores quanto a escassa participação de homens, contando somente com a presença assídua de um componente, esposo de uma das participantes. O Centro tornou-se premissa importante e espaço de referência e de novas oportunidades para o público participante dos programas oferecidos e que buscam melhor qualidade de vida, interferindo e agindo positivamente na construção de si e do mundo.

Os programas para a terceira idade criaram um espaço coletivo para a redefinição de formas de sociabilidade e de estilos de vida para as mulheres que, ante as perdas indesejadas, buscam oportunidades de vivenciar novas experiências e lidar melhor com o envelhecimento (DEBERT, 2004, p.49). Os espaços interativos do Centro de Convivência Domingos Mincarone propiciam a autonomia das mulheres idosas participantes e visitantes, que lá encontram apoio para exercerem a consciência da cidadania, especialmente quanto ao autocuidado e fortalecimento de vínculos.

Sem perder o foco e o cuidado na expectativa de um envelhecimento ativo e saudável, as atividades oferecidas pelo Centro têm por finalidade fortalecer a convivência familiar e comunitária, propondo mudanças de hábitos e formas de enfrentar os problemas, especialmente para as idosas que se sentiam isoladas em suas residências, vivenciando sentimentos negativos e de autodepreciação. A partir da perspectiva positiva trazida por elas, os encontros reforçam ainda mais os vínculos entre os idosos. Sentindo-se donas de si mesmas e das próprias vidas, estas mulheres se adaptam melhor às situações que vivenciam na cultura e nas relações de gênero, especialmente no contexto da solidão e perdas ao longo da sua trajetória de vida e assim, conseguem desenvolver mecanismos de defesa mais equilibrados e satisfatórios e de enfrentamento frente ao seu sofrimento e adoecimento.

9 Metodologia

A metodologia empregada no estudo foi a pesquisa qualitativa com aproximação teórica da Antropologia. A pesquisa de campo evidenciou importância dos grupos de convivência e suas interações efetivas no cuidado e bem-estar deste público, considerando a velhice como um processo sociocultural. Destacam-se nesta aproximação metodológica a contribuição da Debert (1999) quanto a construção sociohistórica do processo de envelhecimento, as descrições dos relatos de vida das entrevistadas como fator universal e presente na sociedade, independente das variações culturais. A autora enfatiza a importância de considerar os estágios da maturidade das mulheres idosas, sua idade cronológica e geracional e as estratégias utilizadas por elas na adaptação e às mudanças sociais. Minayo (1991), traz a interseção entre a antropologia e as políticas públicas de saúde, em uma visão de mundo diferenciada quanto os estudos do processo saúde e doença, como uma realidade culturalmente construída, observando-se a presença de valores, comportamentos e crenças sociais existentes.

O estudo proposto busca considerar as experiências do sofrimento e a depressão e seu enfoque na abordagem com mulheres idosas do Instituto Antonio Gasparini, participantes do Centro de Convivência Domingos Mincarone, período de junho a dezembro de 2019.

9.1 Trabalho de campo

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p.22).

A investigação qualitativa apresenta características particulares. Seu universo de ação está longe de ser captado por hipóteses perceptíveis, verificáveis e quantificáveis. Seu campo de investigação se situa na esfera da subjetividade e do simbolismo, fortemente inserido no contexto social e situacional. Sua utilização está francamente vinculada a estudos de cunho interpretativo (PAULILO, 1999).

Utilizou-se um caderno de campo para registro das informações, impressões e expressões gestuais no momento da entrevista, bem como nas gravações consentidas, respeitando os protocolos éticos exigidos na pesquisa. Nas gravações das entrevistas foram adotadas pelo pesquisador normas éticas estabelecidas nas transcrições, buscando omitir os nomes das mulheres e em sua finalização, resguardando o sigilo do material coletado, sua interpretação e as ocorrências no contexto pesquisado.

Na pesquisa realizada no Instituto Antônio Gasparini, espaço de reunião do grupo de convivência Domingos Mincarone, foram utilizadas técnicas de pesquisa como a observação e entrevistas em profundidade.

Segundo Martin et al (2006), o componente qualitativo presente na pesquisa antropológica não se refere à descrição pura e simples da realidade ou da interpretação que as pessoas elaboram acerca dela, mas consiste essencialmente em empregar atos, fatos, falas e interpretações para formar um modelo lógico que seja explicativo dessa realidade, na maioria das vezes inacessível aos indivíduos. Nesse contexto é que se compreendem as significações.

Inicialmente, foi feito contato verbal com a coordenadora do Centro de Convivência Domingos Mincarone, do Instituto Antônio Gasparini, Senhora Irene Ramos de Azevedo Brito, após os protocolos legais, anuência do Instituto e aprovação do comitê de ética iniciou-se os primeiros contatos para pesquisa de campo.

No início dos trabalhos foi exposto o objetivo da pesquisa e sua realização, visando dirimir dúvidas que pudessem existir, esclarecendo que os dados obtidos nas entrevistas seriam confidenciais e protegidos por sigilo descrito no Código de Ética e nos protocolos legais aprovados e regidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Santos, CEP 11045-003 (Anexo B).

Em seguida, foi realizado contato com as mulheres idosas participantes e as visitantes no período das atividades do Centro de Convivência e atendidas pelo pesquisador e voluntário. A equipe multiprofissional (assistente social, psicólogos, psicopedagoga), foram os responsáveis pela triagem e escolha das idosas entrevistadas, os encaminhamentos eram feitos a partir das demandas de atendimento, em dias e horários alternados.

As mulheres participantes, em sua maioria, residem no bairro da Cidade Nova e frequentam assiduamente o centro. Nas entrevistas foram desenvolvidas no Centro de Convivência a partir de um questionário aplicado e de outros relatos coletados nas residências das entrevistadas, com anuência da idosa e da assistente social do Centro de

Convivência, um grupo de mulheres apresentou diagnóstico da depressão, que, segundo elas, foi emitido pelo serviço de psiquiatria de Feira de Santana, enquanto outras relataram evento da depressão em episódios passados.

Os dados da pesquisa foram coletados de forma individual, em horários combinados com as entrevistadas, inclusive com o deslocamento do entrevistador ao local onde se encontravam ou residiam as participantes. Quando necessário, as entrevistadas eram ouvidas mais de uma vez, tendo em vista um melhor esclarecimento ou complemento dos relatos. Todas as visitas do pesquisador ao Centro de Convivência do Instituto Antônio Gasparini ocorreram durante o dia.

Foram utilizados conceitos embasados nos conteúdos pesquisados e os referenciados pelos autores que fazem parte da bibliografia estudada e que se mostram adequados e compatíveis com o discurso lógico da pesquisa. Os resultados foram analisados por meio da leitura minuciosa dos relatos e da observação etnográfica, visando observar os aspectos culturais e seus significados na comunidade.

9.2 Participantes da Pesquisa

A escolha da pesquisa se deu por conta grande número de mulheres atendidas pelo Centro de Convivência Domingos Mincarone que relataram sintomas e diagnóstico da depressão e algumas fazendo uso de medicação. Quanto ao perfil das entrevistadas, são idosas com faixa etária de 60 a 85 anos que, em sua maioria, residem em casa própria e sozinhas; são independentes, a maioria possui ciclos de estudos descontinuados e tem uma situação financeira definida, fato que são aposentadas ou pensionistas.

Para a realização da pesquisa foram entrevistadas doze mulheres, em sua maioria viúvas com idade mínima de 60 anos e máxima de 85, nove do total das entrevistadas residem no mesmo bairro (Cidade Nova) e participam do Centro de Convivência Domingos Mincarone, situado no mesmo bairro. Três mulheres participaram como visitantes, sendo que duas moram em outros bairros da cidade e uma reside no bairro de Castelo Branco em Salvador e encontrava-se em trânsito na cidade de Feira de Santana. Uma das participantes, dentre as 12 entrevistadas, foi excluída do processo por conta de problemas psiquiátricos apresentados no período, ficando impossibilitada de concluir as respostas das perguntas elaboradas pelo pesquisador. A mesma encontra-se em tratamento médico e relatou diagnóstico de transtorno bipolar.

Uma particularidade no universo dessas mulheres, é que todas são procedentes da Região Nordeste. Duas nasceram em Feira de Santana, seis em outras cidades do interior baiano e quatro vieram de outros Estados do Nordeste. A maioria informou possuir casa própria e são aposentadas ou pensionistas e o nível de escolaridade é o ensino fundamental. Conforme suas alegações, a descontinuidade nos estudos se deu por conta do acesso dificultado ao ensino público em suas cidades de origem ou adversidades no sistema familiar, como por exemplo, a falta de recursos.

Parte das mulheres assumem de forma alternada convívio com filhos e ou com netos, comportamento feminino explicado em um modelo e escolhas definidas pelas mulheres em um determinado contexto sociocultural no enfrentamento dos problemas familiares, especialmente na ausência da função paterna ou materna dos filhos.

Quanto ao sofrimento e evento da depressão, nove das mulheres participantes da pesquisa possuem diagnóstico clínico. Observa-se que, no conjunto das doze entrevistadas, considerando as que foram diagnosticadas ou não, desse total, dez acusaram mais de um evento depressivo. Sete mulheres informaram ter procurado a rede de saúde e encontram-se em acompanhamento médico. O quadro-abixo descreve o perfil geral das participantes do estudo:

Quadro 1- Caracterização das participantes da pesquisa

Entrevistada	Idade	Origem	Escolaridade	Estado Civil	Residência	Rendimentos	Tratamento Médico
E-1	75	Lagarto (SE)	Ensino Médio Completo	Viúva	Própria	Pensão	Sem diagnóstico, acompanhamento médico ou uso de medicação.
E-2	80	Terra Nova (PE)	Ensino Fundamental Completo	Casada	Própria	Aposentadoria	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.
E-3	73	Feira de Santana (BA)	Ensino Fundamental Completo	Viúva	Própria	Aposentadoria e Pensão	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.

E-4	79	Arco Verde (PE)	Ensino Médio Completo	Viúva	Própria	Aposentadoria	Sem diagnóstico, acompanhamento médico ou uso de medicação.
E-5	67	Serra Preta (BA)	Ensino Fundamental Incompleto	Viúva	Própria	Aposentadoria e Pensão	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.
E-6	64	Euclides da Cunha (BA)	Ensino Fundamental Incompleto	Viúva	Alugada	Pensão	Sem diagnóstico, acompanhamento médico ou uso de medicação.
E-7	68	Itaparica (BA)	Ensino Médio Completo	Viúva	Própria	Pensão	Com diagnóstico, s/acompanhamento médico ou uso de medicação.
E-8	70	Exu (PE)	Ensino Médio Completo	Viúva	Alugada	Aposentadoria	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.
E-9	63	Santo Amaro (BA)	Ensino Médio Completo	Casada	Própria	Aposentadoria e Atividades Laborais	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.
E-10	85	Tanquinho (BA)	Ensino Fundamental Completo	Viúva	Própria	Aposentadoria	Com diagnóstico, s/acompanhamento médico ou uso de medicação.
E-11	81	Curaçá (BA)	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Própria	Aposentadoria	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.
E-12	60	Feira de Santana (BA)	Ensino Médio Completo	Divorciada	Residência materna	Benefício LOAS	Com diagnóstico, acompanhamento médico e uso de medicação.

10 Relatos das experiências

Os subtópicos seguintes enfatizam os relatos das mulheres idosas entrevistadas. Essas narrativas destacam, sobretudo, elementos das suas trajetórias de vida que auxiliam na compreensão dos sentidos que elas atribuem ao sofrimento, de modo a identifica-lo como depressão. Primeiro abordou-se a influência das condições socioeconômicas no processo de migração das mulheres idosas, ocasionadas por perdas do cônjuge na família ou na busca de melhores condições de vida, para si e filhos, o que possibilitou novos conhecimentos e habilidades para lidarem com as adversidades e construírem sua autonomia financeira.

Em seguida, são enfatizadas as trajetórias de vida das mulheres e os eventos negativos associados a depressão e causadores do sofrimento. Por último, se fez importante explorar nas entrevistas as formas de enfrentamento dos sinais compreendidos pelas mulheres idosas, como depressivos e angustiantes. Essas estratégias abrangem tanto o uso de medicação quanto o acesso às práticas integrativas que, como as atividades oferecidas pelo Centro de Convivência Domingos Mincarone, promovem a socialização e incentivam a constituição de relações interpessoais.

10.1 Condições socioeconômicas: da necessidade de migração à autonomia financeira

As migrações como processo social, não são um evento aleatório, e têm regularidade empírica que pode ser observada sob a forma dos fluxos migratórios, nas suas diferentes modalidades e dada sua importância e dinâmica espacial da economia e da sociedade, muitos destes fluxos migratórios, assumem regularidade de ordem estrutural, transformando-se em trajetórias migratórias que a sociedade, a economia e o Estado desenham, especialmente, em função das suas necessidades e, portanto, podem ser redesenhadas, desde que essas necessidades se modifiquem. (BRITO, 2015, p.8).

Na descrição de E-01, E-06, observou-se as dificuldades encontradas pelas mulheres nordestinas, acerca da escolarização, apresentando trajetórias de estudos descontínuos, marcados pelo contexto social local. De forma coletiva, as condições oferecidas na zona rural, como a falta de estrutura e de professores, desinteresse da família, não proporcionaram acesso continuado à educação.

Meu pai, ignorante, só vivia viajando... Eu saí do colégio no primeiro ano, que hoje em dia seria até a quarta série ou quinta do primeiro grau (E-01).

Eu fui criada na roça, não tinha escola... Quando aparecia um professor era por pouco tempo e sumia.... Não tive uma escolaridade, estudei mais ou menos até o segundo ano do primeiro grau (E-06).

Em algumas regiões do país, a exemplo do nordeste brasileiro, algumas iniciativas pedagógicas rurais surgiram com o trabalho das professoras da roça, que eram convidadas pelos fazendeiros a exercer o magistério leigo no meio rural, especialmente nas escolas isoladas ou comunidades que não tinha estrutura. Seu objetivo era promover a educação no meio rural e fixar homens e mulheres no campo, evitando que migrassem para as periferias. (PICANÇO, 1986, apud, RIOS, 2016.)

Embora submetida às condições adversas e dificuldades sociais da época, desde sua infância, E-02 nos mostra uma trajetória de superação de uma etapa importante da vida, quando, aos 14 anos, assumiu vínculo profissional na condição de professora da roça (leiga).

*Cursei até o 5º ano, por não ter como seguir em frente nos estudos...
Em Terra Nova, Pernambuco, fui professora de roça... Ensina-
va nas roças, fui professora por 28 anos (E-02).*

Sobre esse relato, o trabalho profissional da professora da “roça”, como professor leigo, tem importante destaque na região nordeste e reconhecimento na cultura local, em determinado período da história do Brasil, contando com a participação e interferência de padrinhos políticos, relações familiares, compadrio, mobilização da comunidade e até mesmo dos fazendeiros do café. Nas comunidades com pouca escolarização, a profissão docente é desenvolvida de forma precária. Era comum a liberação de licença não oficial para lecionar, considerando o currículo mínimo até a quarta série primária.

Na fala da entrevistada E-06, a vinda para Feira de Santana foi motivada por vínculos parentais e a necessidade de proporcionar oportunidades de emprego para a filha, considerando o desemprego e a falta de perspectivas de algumas famílias no Nordeste, elementos que favorecem a migração, visto melhores ofertas de trabalho nas grandes metrópoles.

Nasci em Euclides da Cunha e já tinha parentes em Feira de Santana, vim pra esta cidade, pois eu sempre gostei daqui, entendeu? Eu vinha sempre na casa de meu irmão, meus parentes e aí, eu resolvi morar aqui. Essa minha filha estava em Ribeira do Pombal, desempregada há um ano, eu falei para ela: Aninha, vamos fazer uma ideia, vamos morar juntos em Feira de Santana? (E-06)

De acordo com Cunha a migração se refere a mudança de pessoas de uma região para outra, podendo ser internas ou externas. As migrações internas acontecem dentro dos limites do país, ocorre de uma região para outra, de um estado para outro ou até de uma cidade para outra. Economicamente, o processo migratório também é um mecanismo de reversão da condição social das populações de regiões pobres. Em geral, o indivíduo migrante se desloca na expectativa de alcançar melhores condições de vida, um nível mais elevado de bem-estar para si e para a sua família (CUNHA 2014, apud BATISTA; CACCIAMALI. 2012, p.516). Enquanto os homens eram representados como aqueles que vinham em busca de trabalho, as mulheres não foram inicialmente representadas como trabalhadoras imigrantes, e sim como aquelas que acompanhavam maridos e filhos (ASSIS, 2007, p.748). A migração entre cidades do mesmo estado, contempla uma perspectiva de subordinação econômica ao gênero masculino, na medida em que a mulher acaba se submetendo às necessidades do cônjuge, conforme demonstra o relato a seguir:

Me casei em Itaparica e vim pra Feira de Santana. Com uns 18...19 anos, porque meu marido veio trabalhar aqui. Antes ele era tecelão, depois ele veio ocupar uma vaga como supervisor em uma empresa de energia elétrica (E-07).

No entanto, para E-04 o que motivou sua saída do interior de Pernambuco para a Bahia foi o falecimento do marido, sendo os vínculos parentais fator de influência e oportunidade no processo de mudança, primeiro para Itaberaba e em seguida para Feira de Santana.

Eu vim em 1997 para Itaberaba, quando meu esposo faleceu, porque eu vim ficar com uma sobrinha que fazia faculdade, e ela dizia: tia tá sozinha? Não sei pra que voltar pra Arco Verde, porque a senhora não fica com a gente? Aí, eu fiquei 8 anos em Itaberaba com ela, e depois ela passou em um vestibular e fez faculdade aqui em Feira de Santana e eu fiquei até hoje morando na cidade (E04).

Para Marques e Góis (2012), falar de uma “feminização” das migrações não é falar apenas de um aumento quantitativo da presença de mulheres nos fluxos migratórios, mas, de uma série de mudanças qualitativas das suas motivações, dos meios e formas da migração feminina, dos processos de inserção econômica ou social,

do seu contributo social econômico, bem como de uma visibilidade da importância do papel do gênero nos processos migratórios.

A estiagem prolongada é comum no sertão nordestino e pode ser determinante no processo de migração para outros centros em busca de trabalho e formas de manter a família. Para os migrantes do nordeste, sua saída é atemporal, tendo em vista que pode existir o desejo retorno, voltar para seus familiares. A identidade do migrante a sua terra reforça um contexto cultural específico dos que vivem da agricultura e vem no retorno das chuvas uma oportunidade, conforme evidenciam as palavras de E-05:

A gente teve uma seca muito grande, três anos sem chuva, aí eu tive que ir embora, deixei os filhos com minha mãe por um tempo e fui trabalhar em Salvador. Trabalhei numa indústria de azulejo, mas a saudade não tinha fim... foi difícil acostumar... só fiquei sete meses. Assim que a chuva chegou, os bons tempos voltaram, eu pedi ao meu chefe pra me mandar embora e retornei pra minha cidade (E-05).

Na visão de Sayad (2000), o sentimento do retorno é intrínseco ao migrante, uma vez que ele parte já pensando na sua volta, o que vem a comprovar a afirmação de Martins (1986), de que o migrante não se sente em casa quando migra, e por mais demorada que seja esta sua migração, e por mais que não ocorra um retorno, o sentimento da volta, a nostalgia da terra natal, estará sempre atrelada a ele.

A migração é um fenômeno antigo na região nordeste, diante da saída das pessoas por necessidade de oportunidades de trabalho e melhores condições de vida para si e sustento da família. No tocante das mulheres idosas entrevistadas e seu contexto familiar esta iniciativa tinha por objetivo acompanhar membros da família ou melhorar a situação de vida, ampliando as possibilidades de oportunidades nos estudos e de trabalho que não teriam em seus domicílios de origem. A migração intraregional foi um ato de empreendedorismo e busca de ascensão profissional e econômica, conforme a fala de E-07:

No início quando cheguei em Feira de Santana, demorei um pouco pra me acostumar, sentia falta da minha mãe, dos meus parentes mais próximos, mas depois... foi tudo bem. Consegui me estabilizar financeiramente aqui, os filhos já no colégio, eu vi que não havia possibilidade nenhuma de voltar pra Ilha de Itaparica, eu tinha que me

acostumar.... Depois que eu fiz o magistério, comecei o de enfermagem e trabalhei no hospital da mulher. Me aposentei como técnica (E-07).

A migração interna é um processo social e abrange causas estruturais que impelem determinados grupos a se pôr em movimento. Essas causas são quase sempre de fundo econômico – deslocamento de atividades no espaço, crescimento diferencial da atividade em lugares distintos e assim por diante – e atingem os grupos que compõem a estrutura do lugar de origem de um modo diferenciado (SINGER, 1998, apud DALAPICOLA, 2018, p.64).

No relato das entrevistadas, apesar das situações adversas enfrentadas ao longo do tempo, suas narrativas indicam que as apostas na mudança de rumo e futuro melhor foram bem-sucedidas, especialmente quanto a independência financeira, conquistada não só a partir de novas perspectivas profissionais, mas também com a chegada da aposentadoria. Diferenciando da renda média das mulheres entrevistadas que é de um salário mínimo por pessoa, outras idosas, acusam recebimento de mais de um benefício, como pensionistas e aposentadas.

Eu sou aposentada. Trabalhei na Fundação Nacional de Saúde 31 anos, eu já tenho 14 anos que me aposentei, foi meu primeiro emprego ... Hoje eu sou aposentada e meu marido por conta dele estar doente faleceu, sou pensionista também (E-03).

Meu filho não quis que eu trabalhasse mais, mesmo porque não havia necessidade porque eu fiquei recebendo a pensão do meu esposo e a pensão desse filho meu que faleceu. Hoje eu recebo a pensão do meu filho e do meu marido (E-07).

Vê-se pelos relatos abaixo, na condição de aposentada e impossibilitada de contar com o companheiro, a entrevistada desenvolve outras atividades laborativas como forma de engordar o orçamento doméstico e custear as despesas da casa, incluindo os cuidados com o marido doente.

Meu atual companheiro morava em Salvador e eu aqui, sou casada há 32 anos, aí digamos uns vinte e poucos anos vivendo assim ... Agora ele infartou e está impossibilitado de trabalhar e não é aposentado ainda. Quando ele trabalhava ele me ajudava.

Hoje sou aposentada. Eu trabalho no consultório do dentista há 48 anos. Me aposentei e ainda trabalho com eles. Comecei criança com 15 anos. E trabalho em casa, de vez em quando eu faço costura, enxoval, cama, mesa e banho (E-09).

A vida das mulheres entrevistadas foi marcada por dificuldades, que foram decisivas no processo migratório quanto a busca de oportunidades, autonomia pessoal e econômica. As trajetórias das entrevistadas sofreram mudanças e adaptações na ocupação de espaços e papéis definidos socialmente e, com o tempo, surgiram oportunidades de ressignificar a vida através de certa autonomia financeira. Entretanto, tudo isso não impediu que essas mulheres passassem por eventos adversos e fossem acometidas por sentimentos negativos, muitos deles por elas associados à depressão.

10.2 As trajetórias de vida das mulheres idosas: as causas do sofrimento e seus sintomas

Eventos presentes ao longo da vida familiar, como perdas de entes queridos, a violência física e social, remetem ao processo de fragilização da mulher idosa e sentimentos de desvalia, que evoluem ao longo do tempo e desencadeiam o sofrimento, como sintomas negativos associados a depressão.

Um dos fatores que mais afetam emocionalmente as entrevistadas é a perda de um ente querido, principalmente no caso de um filho ou cônjuge. Para Benincá et al. (2006), a morte do companheiro é caracterizada por uma representação emocional de vazio, uma vez que produz na idosa a sensação que uma parte de si deixou de existir, passando a habitar exclusivamente as lembranças relacionadas ao companheiro falecido (BENINCÁ, 2006 apud STEDILE et al. 2017, p.338-339).

Apesar do sofrimento ocasionado pela perda do companheiro, agravado em uma sociedade que estigmatiza a mãe solteira, desprovida de recursos, com cinco filhos e grávida de uma menina, E-06 relatou nas entrevistas, que “nunca pensou em desistir”. De forma emocionada, chegou a acrescentar: “Foram dias de angústia, de dificuldades até na alimentação dos filhos, quando ele era vivo, nada faltava” e informou ter lutado muito para conseguir a pensão e poder, enfim, manter sua família.

Para E-10, a perda do marido significou mais que uma mudança de status no passado, foi o rompimento de um vínculo social saudável, e uma cumplicidade que existia entre os dois e a família:

Quando eu tinha marido, eu tinha uma vida maravilhosa, foi um bom esposo, sempre eu tive uma vida boa, graças a Deus, ele era um bom pai, tudo de bom ele tinha. Então, depois que fiquei viúva, tudo muda, mas eu não conseguia aceitar... Fiquei muito triste quando perdi ele, muita revolta! então resolvi viver só (E-10).

A perda do cônjuge geralmente acarreta um forte impacto ao indivíduo, provocando reações diferentes para cada pessoa. As manifestações emocionais mais comuns são a depressão, o desespero e a angústia, sendo frequente a vivência de culpa e solidão, assim como as expressões de raiva e hostilidade (BENINCÁ, 2006, apud STEDILE et al.2017, p.339).

Outros relatos das entrevistadas, a seguir, trazem interpretações acerca do sofrimento e o significado que ele tem como ideia de depressão, estando associados a uma sequência de eventos e perdas no passado. Em uma cultura que valoriza a maternidade, perder um filho é a maior prova pela qual uma mãe pode passar na vida. Estas experiências que ocorrem em espaços sociais, demarcam o processo de adoecimento:

O início do meu sofrimento foi quando meu filho de 14 anos morreu, ele na escola caiu, bateu a cabeça e teve traumatismo craniano e ficou 24 horas operado, e o pai viajando... Estava há sete meses nesta cidade nova com esta situação. Depois da morte de meu filho entrei em depressão e ela me afastou de tudo, foi muito ruim mesmo, não tinha vontade nem de abrir a janela... Foi muito ruim...Uma tristeza, parecendo que já morreu e não enterraram, não gosto de nada, não gosto de ninguém, não gosto de gente... Fui deixando... me curei..., mas agora, com essa eu não esperava, a morte de minha filha foi uma queda que eu não esperava” (E-02).

No acidente de moto, meu filho faleceu na hora e a namorada no dia seguinte, no hospital Clériston Andrade aí foi difícil! Aí voltou tudo novamente, aquele problema da depressão que eu tive no passado após a morte do meu marido. Muita tristeza, muita tristeza.... Saía

sozinha pra ir lá no cemitério onde ele foi sepultado, fiquei muito mal (E-07).

A morte como perda diz respeito, em primeiro lugar, a um vínculo que se rompe de forma irreversível, sobretudo quando ocorre a perda real e concreta. Nesta representação de morte estão envolvidas duas pessoas: uma que é perdida e a outra que lamenta essa falta, um pedaço de si que se foi. E o outro é em parte internalizado nas memórias e lembranças. (KOVACS, 2008, apud PIRES; PEREIRA, 2018, p.201).

A morte de um filho, além de romper laços afetivos é uma experiência que carrega significados, e a sensação de morrer junto. Sendo a maternidade uma identificação na vida de algumas mulheres, considerando suas crenças e valores na sociedade, um dado acontecimento como a perda de um ente querido, uma interrupção abrupta do vínculo mãe e filho traz dificuldade na superação do luto, diante do vazio que a morte deixa. Além disso, muitas delas ainda precisam lidar com outras situações negativas e nocivas como a violência.

A mulher idosa desenvolve diferentes papéis na cultura e relações complexas na sociedade, dentre estas, a dominação e poder masculino demarcam um espaço considerável e dão origem ao sofrimento e ao evento da depressão. Considerando esta exposição uma das formas de violência, que nas relações de poder se entrelaçam na categoria de gênero. Dentre os tipos de violência relatados pelas mulheres, ressalta-se a física e sexual, associada a um modelo familiar de rupturas e omissão. No imaginário social está associada à ideia de feminino como sinônimo de fragilidade ou submissão.

Um dia ele lá com a folia dos caboclos, que andava com essas sem-vergonhice, e eu não sabia de nada, ela mandou que eu fosse dormir com ele. Minha mãe mandou eu dormir com o fulano! Foi lá que ele fez o trabalho dele e eu fui forçada a ter dois filhos com ele. Eu tenho uma mágoa muito grande da minha mãe, mas depois eu disse: eu não! Eu não, porque às vezes tem mulher que faz as coisas porque o marido quer, não é? (E-01).

Segundo Saffioti e Almeida (1995), o abuso sexual constitui uma forma de violência na qual o autor do abuso propõe à vítima atividades de natureza sexual, mediante uma conduta coercitiva e sedutora, que denuncia a relação de poder entre agressor e vítima. A violência sexual apresenta-se como uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma inaceitável e brutal

violação dos direitos humanos (DREZETT, 2003, apud FREITAS; FARINELLI, 2016, p.274)

A “folia dos caboclos”¹ como fator e imaginário cultural conhecido na cultura nordestina, foi a justificativa do abuso e violência praticados pelo padrasto e perpetuada de outras formas nos anos seguintes no ambiente familiar, evidenciando a dominação masculina. A entrevistada acreditava que embora a mãe fosse uma pessoa de pouco conhecimento, tinha pleno conhecimento das reais intenções de seu padrasto, pois era submissa ao companheiro.

Em outros relatos, E-01, que continuou sofrendo com os abusos do padrasto, após o falecimento da mãe, procura conformar-se com os episódios violentos, dividindo ou reconhecendo impotência na forma de lidar com os eventos passados:

Mas depois foi que eu vim ver, que assim como eu também não aceitei, tive que ser forçada a fazer aquilo, minha mãe também era uma pessoa forçada a fazer isso, agora que eu venho refletindo (E-01).

A violência contra a mulher, de acordo com Bandeira (2014):

[...] constitui-se em fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física. Suas manifestações são maneiras de estabelecer uma relação de submissão ou de poder, implicando sempre em situações de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher. É considerada como uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica, por parte de alguém, com a finalidade de submeter o corpo e a mente à vontade e liberdade de outrem. (p. 460).

As múltiplas formas de violência contra as mulheres apoiam-se em sistemas de desigualdades que se retroalimentam, através de agressões físicas sexuais entre outras, capazes de afetar o desenvolvimento da mulher em diferentes etapas e contextos sociais da vida. Em muitas culturas, tais posturas e comportamentos são abertamente aceitos e endossados pela sociedade, como maneiras eficazes de punição, demarcação de funções sociais, demonstração de poder e autoridade.

¹ Os caboclos; são entidades inseridas em contexto de natureza: fumam charuto, falam com voz grave e dissonante, bebem sangue dos animais que são sacrificados durante os rituais em sua homenagem, como se estivessem adquirindo 'forças', e podem baixar no terreiro simultaneamente aos orixás. Alguns deles são bastante agressivos, desempenham papel importante nos rituais; após o transe de um exu, os cavalos devem dar passagem aos caboclos, para que estes limpem sua pessoa e a recuperem do baque provocado pela passagem dos exus. (DUARTE; LEAL, 1998, p.146).

Uma vez ele chegou a me enforçar pra conseguir seu prazer... Tive que aceitar muitas vezes... Quando ele queria não se importava se eu estava naqueles dias ou doente, se eu não obedecesse, ele usava a força e me batia depois (E-05).

Eu tive que conviver com ele... tive que viver assim por dez anos. Quando ele estivesse lá e me chamasse eu tinha que ir né? Ele dizia que se eu não fosse eu já sabia como era, então... eu não tinha pra onde ir, tive que aceitar esta tempestade braba (E-01).

A violência social é muitas vezes uma violência velada, para E-01, que sofria com a perda da mãe e estava exposta à violência familiar consentida, enfrentar o julgamento social minava ainda mais a sua autoestima:

As mulheres da rua comentavam: “No meio de tanto homem que tem por aí, a filha pega o pai”. Elas também nem sabiam que ele era meu padrasto. Eu aguentava tudo isso, e as lágrimas desciam no lugar que eu estivesse. Pra completar, o carro pegou minha mãe e matou, aí foi que foi miséria, porque disseram que fui eu quem empurrou ela debaixo do carro, foi eu quem mandei matar, pra eu ficar com ele (padrasto) (E-01).

O conceito de violência é complexo, todavia, é possível caracterizá-la como uma forma de sociabilidade, na qual se dá a afirmação de poderes, legitimados por uma determinada norma social, ou seja, a própria sociedade a cria e a alimenta. A sua forma expressa o excesso de poder que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, que faz uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano (MINAYO, 2006).

A violência contra a mulher é um fenômeno de amplitude e contexto sociocultural, presente no mundo contemporâneo, um modelo de ruptura da integridade feminina, dada a dificuldade que ela tem de romper com esse padrão de comportamento e sofrimento. Com o tempo e as mudanças que o acompanham, aquela mesma mulher que durante anos se viu anulada pela violência, já não mais conseguia admiti-la passivamente e lançava mão dos recursos disponíveis para resistir às situações semelhantes:

Outra vez ele chegou lá em casa com meu sobrinho e pediu para botar o café e eu lavando roupa na bacia disse: oh! Vem colocar

você o café eu não posso, tô aqui lavando roupa, manda as meninas botar. Ele veio de lá para cá, mas rapaz me deu um tapa no pé do ouvido que chega sair faísca pelos meus olhos, eu disse não! Eu não vou viver com esse homem não! Mas não vou mesmo! Que nada, homem bater em mim? Nada, não! Desci ali, aquela pirambeira, fui pra delegacia com a roupa que eu estava, molhada e dei queixa dele (E-01).

Para E-05, que vivenciou no contexto de dominação masculina os sintomas associados a depressão, tudo isso contribuiu para seu sofrimento e isolamento social. Por isso, contou com ajuda de amigos no encaminhamento para atendimento psiquiátrico e diagnóstico médico, como indica no relato a seguir:

Eu sentia muita angústia, muita tristeza. Me sentia assim solitária, depressiva, não tinha vontade de botar a cara fora na porta, até pra ir na fonte pegar a água eu ia cinco horas da manhã pra ninguém me ver. Um dia uma amiga minha chegou lá me viu sofrendo daquele jeito e disse assim: — Não podemos deixar ela assim. Aí foi quando ela procurou atendimento pra mim no Hospital Colônia e me levou (E-05).

No relato abaixo, E-01 destaca as nuances da ideia de sofrimento e depressão associadas à tristeza com a perda de sua mãe por atropelamento, e as mudanças que esse acontecimento trouxe em sua vida, considerando a inversão de papéis no ambiente sociofamiliar ao assumir a condição de cuidadora de seu irmão e de sua filha, ocupando um espaço deixado com a morte de sua genitora.

Eu fui muito judiada na vida, nem sabia o que era depressão, tive bastante tristeza quando minha mãe morreu, deixou o menino (filho do segundo casamento) comigo e aí foi outro sofrimento, porque as crianças só dormiam com ela, e quando o carro pegou ela, ficou minha filha e menino dela, todos dois em fase de amamentação, e aí eu digo a você, que na hora que todos dois queria, eu me deitava na cama e dava de mamar para, minha filha e meu irmão (E-01).

A narrativa acima, traz uma sequência de acontecimentos, que envolvem maus-tratos, sofrimento no ambiente familiar e a perda da mãe de forma trágica. Para E-01, que além de cuidar de sua filha, lhe coube a obrigação de criar seu irmão sozinha, estes

eventos potencializaram o sentimento de sofrimento, somado à responsabilidade de assumir um papel que não lhe cabia.

As causas do sofrimento podem estar associadas aos múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade. Essas tarefas, de modo geral, sempre estiveram voltadas para o bem-estar da família e do companheiro. Ser responsável como cuidadora do marido, exigia uma série de renúncias, subordinação, associadas a um sofrimento que se estendia por décadas:

Meu marido era alcoolista, a relação era conturbada, violenta, quando ele recuperou um pouco do alcoolismo, veio a esquizofrenia. A esquizofrenia dele era tão abusada que o médico dele dizia assim: “você não vai conseguir ficar com ele a vida toda, porque essa doença é horrível”. Cuidei dele 35 anos (E-03).

Segundo Mello (2002), no cuidado domiciliar de um membro da família com doença crônica e impossibilitada de cuidar de si, necessitando de alguém que o ajude, o cuidador vê-se obrigado a responsabilizar-se por esse ato. Essa obrigação é determinada por seus próprios valores e princípios morais, mas também por laços afetivos. Essa escolha é consciente e ditada pela própria situação em que se encontra, ou seja, pelas circunstâncias que permeiam seu mundo familiar.

A forma como a mulher interpreta o papel de avó é considerado similar ao papel de mãe, de ter que assumir a criação dos netos, frente aos problemas apresentados pelos genitores. No discurso da entrevistada, essa tarefa parece ter sido bem recebida por ela:

Meu filho arrumou uma pessoa, e dessa união, veio a menina; quando eles se separaram, a menina estava com 6 anos. Hoje ela está com 16 anos, já tem 10 anos que eu cuido dela. Eu fiquei com ela pra mim, porque eu só tive filhos homens, cinco filhos homens... a última a nascer era uma menina, morreu após o parto (E-07).

Um aumento da expectativa de vida da mulher também traz como consequência maior possibilidade de que, hoje em dia, viva mais tempo como avó. Devido as mudanças sociais ocorridas na sociedade, o papel de auxílio exercido pelas mulheres idosas vem adquirindo maior notoriedade e importância, além de uma contínua

ascensão. Elas exercem uma função importante dentro do sistema familiar de forma ampla, provendo uma gama de apoio tanto aos filhos(as) quanto aos netos(as). Esta função serve de meio para a expansão da identidade social e pessoal. (HODGSON, 1992; COX, 2000 apud SALGADO, 2002, p.15).

O papel da mulher diante do cuidado apresenta-se com notória significância, visto que, além do cuidado exercido no lar e família, a mulher constitui-se como referência principal do cuidado de pessoas enfermas com dependência. A importância dessas repercussões do cuidado nos contextos familiar e social é reforçada na medida em que as próprias mulheres fazem referência a quanto suas vidas mudaram após o envolvimento como cuidadoras dos companheiros (PIOLLI; MEDEIROS; SALES, 2016, p.111).

Todo esse contexto tende a afetar as mulheres idosas de forma substancial. Mesmo as mais ativas e responsáveis pelo sustento e apoio familiar, podem ser acometidas por sentimentos negativos e incapacitantes, que geram angústia e sofrimento constantes. Porém, muitas delas encontram diferentes maneiras de lidar com essa situação, não se deixando abater tão facilmente por aquilo que concebem como depressão.

10.3 Da angústia à medicação e integração sociocomunitária: sinais interpretados como depressivos e suas formas de enfrentamento

A mulher idosa que cuida da família, está suscetível ao adoecimento e perdas causadas pela renúncia e a solidão no cuidado do companheiro doente, situações que causam desequilíbrio emocional e trazem dissabores no processo de envelhecimento.

Depressão era o que eu sentia... vontade de me isolar, de não ver as pessoas (choro)... não saia pra canto nenhum com medo. Eu dizia: não vou conversar com ninguém... é que as vezes eu posso receber uma resposta ruim, então eu me trancava dentro de casa. Eu achava que se eu saísse, ia me magoar, por mais que eu explicasse, as pessoas não entendiam, me criticavam por que eu reagia assim. era por que eu estava doente (E-08).

Eu tenho depressão há muitos anos... as pessoas me vêm sorrindo, conversando, dizem: “você não tem nada, tudo é fingimento”. Eu digo assim: “Ah! você acha porquê eu tô com problema e vou atirar pedra em alguém? Eu vou falar o que não deve? Vou magoar os outros? Não!” Eu tenho que saber me controlar e que eu vou dizer, não quero que ninguém me machuque e não quero machucar ninguém (E-05).

A depressão pode ser tratada como um termo empregado como divisor de comportamentos aceitáveis e criticáveis, o que aponta para um deslocamento de significações. Há a depressão legítima e a falsa, esta servindo para mascarar eventos e comportamentos pessoais imperfeitos ou localmente indesejáveis (MARTIN et al. 2012, p.887).

As mulheres entrevistadas caracterizam o sofrimento como sintoma depressivo. Essa interpretação é reforçada pelas experiências do cotidiano, influenciadas por elementos socioculturais próprios da trajetória de cada uma. Tais vivências promovem sentimentos de inferioridade e incapacidade para lidar com as situações adversas da vida. Isso pode culminar com a violência autoinfligida, que, muitas vezes, simboliza uma resposta para as vivências negativas e dolorosas, reforçando uma relação próxima entre ideação e a tentativa de suicídio:

Eu acho que às vezes eu penso que vou morrer (choro). Porque eu não sei se eu vou aguentar. Às vezes sinto que estou desistindo de tudo (E-08).

O que eu queria era ele e Deus levou, era o principal para mim... Depois que ele morreu, tudo que eu queria era me suicidar (E-04).

Foi assim um repente que eu disse: “Eu vou me acabar, eu vou dar um fim na minha vida pra ver se esse sofrimento vai indo. Cheguei a me levar até o suicídio, com diazepam e me levaram como morta para o hospital. Com três dias eu comecei a reagir eu me senti assim num lugar que eu não sabia aonde! Eu vi a minha filha mais velha ao meu lado e eu comecei a chorar (E-05).

Compreender a problemática do suicídio em idosos denota ser um desafio para os setores sociais e de saúde, considerando-se que, muitas vezes, a intenção de morte autoinfligida na pessoa idosa tende a se manifestar de forma camuflada, por meio de

discursos que envolvem desvalia, falta de sentidos para permanecer vivo e “cansaço de viver” (MINAYO; CAVALCANTE, 2010 apud TEIXEIRA; MARTINS, 2018, p.263).

As diferentes formas de violência as quais são submetidas as idosas, dentre elas, as que promovem a ruptura de laços afetivos e perda de sentido da vida, são condições que desequilibram e repercutem em solidão e desesperança. Para entrevistada abaixo, o comprometimento desses fatores, exige o uso de medicamentos como forma de gerenciar no cotidiano uma situação em particular, embora, nem sempre sua ação seja bem-sucedida:

Eu tomo tanto remédio, eu tomo muitos remédios, não sei como a minha vida é essa. A pressão não baixou, o açúcar está muito alto, o colesterol continua alto e ainda tem o problema da tireoide e da depressão. Eu tomo cinco medicamentos na manhã e cinco a tarde, só sei que são cinco medicamentos (E-02).

Para a entrevistada E-10, que periodicamente desenvolve o cuidado com a saúde, a procura por ajuda médica se deu de forma pessoal, dada a necessidade de confirmação do diagnóstico e manutenção do tratamento. Incluso os diferentes sintomas e comorbidades, segundo a idosa, o uso da medicação continuamente não segue um controle organizado.

Procurei o serviço médico porque estava com Insônia, falta de ar, colesterol e pressão alta, osteoporose e artrite, colesterol. É que eu faço checkup todos os anos, vai fazer um mês que eu fiz com a Doutora que cuida do coração, todo ano eu faço. Pra depressão, ela passou remédio pra dormir, acho que tem uns dez a doze anos que eu tomo e estou doida pra deixar. Tem dias que tomo e outros dias não, estou assim, facilitando pra ver o que acontece (E-10).

Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crônicas; por isso as pessoas idosas em geral tomam mais medicamentos que os adultos jovens (GOODMAN, 1996 apud FLEMING; GOETTEN, 2005, p.121).

Na perspectiva de E-05, o uso de medicação para a depressão é concebido de forma positiva, no entanto, para parte da sociedade o preconceito ou a desinformação quanto a saúde mental, favorece a incompreensão e acaba por estigmatizar a mulher.

Pra mim eu não achei assim uma coisa do outro mundo tomar medicação para depressão. Mas os meus vizinhos me criticavam, e

diziam: “Você está tomando esse medicamento”? Você está louca? Eu respondia: “Está me fazendo bem a medicação, estou me sentindo melhor”. E eles olhavam e falavam: “Ah! você é uma louca!” Eu pensava: Quem tem sua boca pode falar o que quiser, agora eu é que não diria isso pra ninguém né? A gente tem que respeitar (E-05).

A obrigatoriedade de se estar bem psiquicamente, feliz e satisfeito com a vida a todo momento, acometida pelos dias atuais, gera a premência de soluções encontradas momentaneamente nos psicofármacos (AGUIAR, 2004, apud ANDRADE, 2014, p.64).

Em outro contexto, a necessidade e uso da medicação tem significado diferente. Segundo E-06, que superou o sofrimento da depressão sem medicamento, todavia, o diagnóstico tardio de outra comorbidade trouxe preocupação e comprometimento na saúde:

Enfrentei a depressão sem precisar da medicação, o remédio que eu tomo é pra uma lesão que tenho no coração, na veia mitral, porque foi causada por reumatismo... eu só descobri quando fui fazer o exame da menopausa (E-06).

Para E-02, o uso da medicação não promoveu a eficácia esperada. Em outros relatos, ela afirma a importância do convívio social e credita a melhora da sua autoestima ao apoio oferecido no centro de convivência.

No remédio pra depressão é o seguinte, alivia... Só alivia... por que eu durmo, nos problemas não ajuda não, a gente tem que se ajudar... o remédio só não serve. A medicação eu tomo há 34 anos, mas só a partir dos encontros eu melhorei. No uso do medicamento não estou sentindo muita vantagem não, mas, as conversas no centro me fizeram bem, mudou minha vida, eu passei a sair, fui ao salão, botei brinco na orelha (E-02).

O processo medicalizante torna-se, então, cada vez mais próximo da realidade dos sujeitos, uma vez que é amparado por manuais estatísticos de diagnóstico, cuja função é elencar todos os sentimentos e eventos corriqueiros da existência e transformá-los em sintomas de alguma patologia com diagnóstico descrito em suas páginas. Isso torna visível não um apoio ao atendimento, em que houve acompanhamento mais profundo do paciente, de seus desejos e sofrimentos, mas sim, a afirmação de que todo e

qualquer sofrimento ou desordem psíquica (passageira ou não) do indivíduo tem por solução algum medicamento (GUARIDO, 2007).

No caso de E-01 e E-05, houve o desenvolvimento de estratégias e recursos pessoais, que associados ou não à medicação, também se mostraram úteis, dentre eles, as crenças religiosas, que funcionaram como mecanismos de superação das dificuldades e aflições, especialmente no enfrentamento das violências sofridas ao longo da vida:

Eu comecei minhocar, eu não sei como não entrei na depressão naquele tempo. Eu tenho muita fé em Deus, tudo que eu faço eu boto Deus na frente. Aí, eu digo: vou confiar em Deus, não vou me desesperar...O que eu gosto hoje na minha vida e me ajuda a esquecer o passado de violências é ir à igreja. Na igreja eu participo da Legião de Maria, já participei da Pastoral da Criança, da Pastoral Social (E-01).

Se eu não confiasse em Deus o que seria de minha vida, eu me abraço a ele... Por todas as ameaças e agressões que sofri eu confiei no senhor e venci minha tempestade. Ele sustentou tudo, me fortaleceu muito no sofrimento e alimento da minha vida (E-05).

Para outras idosas, é preciso driblar a solidão para esquecer as angústias do cotidiano:

A única coisa que me incomoda na vida e me faz sofrer é esse medo que eu tenho de ficar presa, eu perco oportunidade de viajar... Eu tenho medo de desmaiar, medo de ficar doente... medo de faltar meu folego, a minha casa fica com as portas abertas por causa do medo, eu não consigo ficar sozinha... Eu saio todos os dias, visitar as lojas, almoçar na rua, quando chego a tarde ainda vou pra casa de uma colega e só saio de lá 8 da noite. (E-04)

Hoje já não tenho tantas tristezas, mas, tento esquecer o sofrimento... pedi a Deus pra esquecer o passado, e vou vivendo... gosto de ajudar as pessoas. Às vezes tem festa na igreja, eu tô dentro! Agora mesmo, no São Joao eu dancei na casa de um aposentado, esse ano eu fui a noiva (casamento na roça), sacudo tudo de ruim pra lá e vou vivendo a vida (E-01).

Sempre eu me sentia assim (triste), chorava muito... a barra era pesada! mas eu venci... porque eu tenho muita fé em Deus, me

entregava muito a ele. Pedia a Deus que me desse força. Todas as vezes que lembro eu choro... Mas Deus me acalma (E-03).

E-01 conseguiu enfrentar o sofrimento ocasionado pela perda da mãe de maneira semelhante:

Foi muito difícil! muita tristeza! Quando minha mãe morreu, eu abri um buraco e me joguei dentro... eu não entrei numa depressão danada porque eu sempre fui uma pessoa assim, apegada à igreja e a Jesus, quando as coisas vinha eu sabia rezar, pedia ele pra tirar da minha mente esse sofrimento (E-01).

O sofrer pode ser interpretado como “um morrer aos poucos”. A permanência em um quadro de sofrimento pode redundar na exaustão das capacidades intelectuais devido às tensões emocionais vivenciadas pelo sujeito, podendo gerar angústia, pânico, depressão, dentre outros. É uma experiência subjetiva de caráter qualitativo que pode variar de acordo com o sujeito que sofre (BARUS-MICHEL; CAMPS,2003).

Há contextos em que sofrimentos de diferentes naturezas se repetem e continuam, passando a fazer parte do dia a dia, de forma que ficam muito difíceis de digerir. Trata-se de um excesso de informações que mobilizam toda a pessoa e não encontram escoamento ou elaboração, imobilizando as possibilidades criativas. Isso gera estados que comportam sentimentos de impotência para lidar com um cotidiano sufocante. (CABRAL 2015, apud SILVEIRA et al., 2018). Nas situações de intenso sofrimento, a necessidade de significado é tão forte quanto a necessidade de felicidade. O significado da religião não é tanto o de evitar o sofrimento, mas fazer com que o mesmo seja algo tolerável e suportável (TEIXEIRA, 2011, p. 232).

Entretanto, existem muitas outras maneiras de lidar com as adversidades da vida. Nas palavras de E-02, uma das formas de lidar com a depressão e o sofrimento é desenvolver atividades no ambiente familiar e de entretenimento para tentar esquecer as preocupações e problemas de saúde:

Fico sentada em casa fazendo palavra cruzada, cuidando do jardim, das minhas rosas, esqueço-me do mundo... Esquecer do mundo é focar na vida, quando estou fazendo palavra cruzada, estou preocupada em acertar, não estou pensando em outra coisa... Eu

tenho que acertar, tenho que achar. Eu fico ali e o resto não existe...(E-02)

Para a entrevistada abaixo, a música tornou-se uma estratégia de enfrentamento e formas de lidar com o sofrimento.

Eu quero ir no médico novamente. Eu quero falar sobre isso, eu achei melhor ouvir música do que fica presa aos pensamentos (risos). Graças a Deus eu estou me esforçando muito, ouvindo música. Acontece assim eu boto um CD, me acalmo e aí fica na minha mente aquelas músicas... (E-08)

Segundo Souza (1998), a música ocupa o lugar da emoção, e possibilita a travessia entre o emocional e o racional, mobilizando conteúdos com os quais a comunicação verbal não é suficiente para lidar.

Outras alternativas encontradas pelas mulheres idosas para lidar com o sofrimento foram as iniciativas propostas pelo Centro de Convivência Domingos Mincarone, com as ações de fortalecimento de vínculos. Esta inserção para as idosas, não só permitiu melhor integração sociocomunitária, como também repercutiu positivamente no contexto familiar e possibilitou a troca de informações, e corresponsabilidade no processo de um envelhecimento saudável, ratificado nos relatos das entrevistadas:

As oficinas no Domingos Mincarone me ajudou a levantar a autoestima e me sentir mais alegre. Naquele momento, a gente brinca e não lembra de nada... o tempo passa, e a gente não lembra de nada... Ali é bom... Você vê que há somente um homem lá, só tem ele né? Acho que tem umas quarenta... cinquenta mulheres, mas a gente se sente bem lá (E-10).

Já faz um bom tempo... deve ter uns dois anos que participo das oficinas, sinto que me ajuda, me faz bem, porque é uma forma de sair de casa, de espairecer, de conversar com pessoas, acho tudo de bom, inclusive as aulas de dança com o professor MAX e a convivência com o pessoal do centro (E-07).

Quero encontrar um lugar que eu possa rir, que eu possa me sentir bem, já fiz demais pelos outros... Eu quero agora participar de um

grupo que a gente se sinta bem e fique feliz, esqueça as coisas lá fora, quando eu chego aqui neste centro, esqueço a doença, esqueço de tudo (E-08).

Eu era triste... Não comia... Chorando assim, direto. Chorei um ano sem parar... O médico falou, pra eu não ficar assim, me deu foi conselho! que eu saísse, procurasse me distrair, não ficasse em casa, então, fui ao grupo de convivência próximo à minha casa (E-10).

Lá em Ribeira do Pombal, onde morava eu já fazia caminhada por conta da doença e aqui, depois desses programas oferecidos para terceira idade, o cardiologista mandou eu ficar sempre fazendo os exercícios, com o avançar da idade tem que fazer né? Lá no Centro, tem exercícios, tem aeróbica, aula de memória, pintura e conversas com as colegas (E-06).

Os programas de atenção ao idoso “oferecem um espaço em que a reformulação de padrões tradicionais de envelhecimento possam ser uma experiência coletiva, e participar deles ativamente é viver intensamente uma nova etapa da vida, um momento propício para a exploração de identidades e de novas formas de expressão” (DEBERT, 2000, p. 311).

Após os relatos das mulheres entrevistadas, percebe-se a importância dos grupos de convivência como espaço sociocultural construído pelas mulheres, ambiente acolhedor no qual elas são capazes de expressar suas necessidades e preocupações, promovendo estratégias de superação frente ao sofrimento e o evento da depressão. Sendo estes fenômenos uma experiência individual e de amplitude social, não tem uma explicação única na vida das idosas e se apresentam em períodos distintos, especialmente quando elas são submetidas às condições adversas à algum tipo de violência ou perdas ao longo da vida, que tendem a abalar seu emocional. As idosas expressam em suas narrativas dificuldades em lidar com a dor e sentimentos de desvalia, o que não é uma tarefa fácil culturalmente, onde se espera da mulher desempenho efetivo de múltiplas condutas. De forma particular, as mulheres apresentam dificuldades em dialogar com a sociedade sobre os aspectos de seu adoecimento e o significado que o sofrimento traz, definido culturalmente como sintoma da depressão.

11 Conclusão

A pesquisa com as idosas do Centro de Convivência Domingos Mincarone, frente de trabalho do Instituto Antônio Gasparini, buscou compreender as relações sociais e contexto dessas mulheres, a partir de suas narrativas, considerando os impactos causados no adoecimento e sofrimento. Situações como violência, abuso, perdas, mesmo sendo experiências passadas, trazem no presente, ou seja, na velhice, as lembranças que o tempo não foi capaz de apagar. Estas vivências estão carregadas de significados, dentre eles, a depressão, expressada nos relatos que nortearam os passos dessa investigação, buscando compreender a complexidade do objeto da pesquisa e situá-lo no espaço de suas práticas socioculturais. Neste ambiente institucional foram relatadas, ainda, outras experiências, dentre elas as oficinas e práticas oferecidas pelo Instituto, de forma cooperativa contribui com a proposta de envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida.

Esta dissertação, que teve a pesquisa qualitativa como método de investigação objetivou compreender o contexto sociocultural da depressão e o significado do sofrimento das idosas, participantes e visitantes do Centro de Convivência Domingos Mincarone. As mulheres entrevistadas, em sua maioria vieram do interior da Bahia e de outras cidades do Nordeste para Feira de Santana, em busca de melhores oportunidades para si e familiares. Relataram as dificuldades enfrentadas, como, problemas de saúde na família, econômicas, estudos descontínuos, perda de membros da família, violência, dentre outras.

Considerando a contribuição dos autores, a bibliografia estudada e as narrativas apresentadas nas entrevistas com as idosas, é possível abordar a forma como as mulheres expressam os sofrimentos e relacionam aos sintomas da depressão, em um contexto sociocultural específico e multifacetado. A compreensão que as mulheres entrevistadas possuem da velhice, quanto os papéis a elas atribuídos, como mães, esposas, avós, eram considerados inquestionáveis, sejam por discussões de gênero ou estigmas arraigados em uma sociedade predominantemente masculina.

As questões de gênero e a dominação do sexo masculino apresentaram-se como relações de desigualdade, expressas em um determinado espaço e com normas socioculturais definidas para a mulher. Reforça-se que estas relações, embora sejam

aceitas por parte da sociedade, se contrapõem com a realidade, podendo impactar a saúde dessas idosas.

Nota-se que as mulheres idosas sabem nomear o que sentem segundo entendimento do sofrimento experimentado - tristeza, medo, dor, doença, decepção, solidão, vazio, estas situações são construções presentes em suas narrativas, quer sejam nas perdas, falta de apoio familiar e conjugal e as diferentes exposições às violências sofridas ao longo da vida. Os resultados da pesquisa apontaram que não há um conceito único ou padrão para a nomear a depressão, embora as queixas tenham um nome e significado individual que é compreensível em um espaço próprio na cultura de cada uma delas.

Embora houvesse avanços significativos na rede de atenção básica quanto ao cuidado dispensado às mulheres idosas, como políticas públicas de saúde, este grupo específico apresenta outras necessidades no avançar dos anos. Neste sentido, demanda novos cuidados, que, se não atendidos podem comprometer sua saúde, promovendo o isolamento social e causar problemas de ordem emocional, eventos estressantes e incapacidades que afetam a qualidade de vida na velhice, prejudiciais à sua saúde mental.

Apesar das ocorrências e os relatos de sofrimento, as mulheres entrevistadas deram um novo significado a estes acontecimentos, quebrando ciclos de submissão, buscando resistir às agressões sofridas, promovendo independência e empoderamento. A participação ativa nos grupos de convivência se mostrou como uma perspectiva positiva de enfrentamento e mudança na vida destas mulheres.

Entretanto, estes resultados não esgotam as possibilidades de pesquisas futuras a respeito do processo de envelhecimento feminino, tendo em vista que o presente estudo encontrou diversas limitações ao longo de sua construção. As dificuldades de acesso aos documentos das Secretarias de Saúde e de Ação Social estreitaram a abrangência de algumas reflexões sobre o tema, problemas agravados pelos entraves encontrados na busca de bibliografias e dados atualizados sobre a realidade local de Feira de Santana, no que diz respeito à população idosa e à depressão.

Referências

AGUIAR, A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

ALMEIDA, Jane Soares de. Magistério Primário em Portugal: conquista feminina no início do século XX. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 102, p. 65, nov. 1997.

ALVES & RODRIGUES. Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental, **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n.2, 2010.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Ankilma do Nascimento et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v.17, n.1, mar. 2014.

ANDRADE, A. B. C. A.; FERREIRA, A. A.; AGUIAR, M. J. G. Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. **Saúde Redes**. v. 2, n. 2, 2016.

ANDRADE, D. A.; EULÁLIO, M. C.; MELO, R. L. P. Fontes de apoio social a idosos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Psicologia em Estudo**. v. 18, n. 1, 2013.

ANDRADE, R.; CALAZANS, R. Medicalização e Terceira Idade: a questão da depressão. **Psicanálise & Barroco em revista**, São João Del Rei, v.12, n. 2. dez. 2014.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher, **Rev. de Psiquiatria Clínica**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 32, jan. 2006.

ARAÚJO, T. M. et al. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.31, n.2, jul./dez., 2007.

ASSIS, Gláucia de Oliveira. Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero no presente, redes sociais, e migração internacional. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set.- dez. 2007.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, 2014.

BARUS-MICHEL; J. CAMPS, C. Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. **Psic**, v. 4, n. 1, 2003.

BASSIT, Ana Zahira. O Curso de Vida como Perspectiva de Análise do Envelhecimento na Pós-Modernidade. In: DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, Donna M. (Orgs.). **Políticas do corpo e curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000.

BASTIDE, Paul Arbousse. **A ideia do tempo e o envelhecimento**. Caderno da Terceira Idade, ano X, n. 16, maio 1999.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo: Fatos e Mitos**. vol. 1 [Trad. Sergio Milliet]. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BERLINCK, Manoel Tosta. A envelhescência. **Boletim de Novidades da Livraria Pulsional**, São Paulo, n. 91, p. 5-8, 1996.

BOEFF, M. C.; CAMARGO, T. S. Gênero e diagnóstico em saúde mental, **Revista Relações Sociais**, v. 3, n. 1: 2020.

BOURDIER, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2002.

BORGES, Ana Paula; COIMBRA, Angela Maria Castilho (Orgs.). **Educação a Distância Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BORLOTI, Elizeu; FONSECA, Karina de Andrade; CHARPINEL, Carina Paiva; LIRA, Karyne Mariano. Uma análise etimológico-funcional de nomes de sentimentos. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, v.11, n.1, 2009.

BOUYER, G. C. Sofrimento social e do trabalho no contexto da área “saúde mental e trabalho”. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, 2015.

BRANT, L. C.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dispositivos de Transformação do Sofrimento em Adoecimento numa Empresa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, set./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Lei n. 8.742**, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.

_____. **Código penal, processo penal e Constituição Federal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Lei Maria da Penha. **Lei n. 11.340/2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.

BRITO, Fausto. A transição para um novo padrão migratório no Brasil - Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2015.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. “O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas”. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAPONI, S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, 2009.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. do N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, nº 10, 2013.

COELHO, J. M. F. et al. Percepção da condição bucal de pacientes sob tratamento oncológico em uma unidade de alta complexidade em Feira de Santana-Ba. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, v. 6, n. 2, 2015.

CORDIOLI, Aristides Volpato; CORREIA FILHO, Alceu Gomes. Psicofármacos nos Transtornos Mentais: Consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2010. **Rev. Psiquiatria**, v. 27, n. 1, jan / abr. 2005.

COUTINHO et al., Depressão, um sofrimento sem fronteiras - representações sociais ente crianças e idoso, **Rev. Psico-USF** v.8, n. 2, julho/dez, 2003.

CREMONESE, E.; SARAIVA, S. A. L. (Orgs). **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. Tubarão: Copyart, 2010.

CUNHA, T. **Conte Comigo. A migração abrindo portas. Migração Interna, Redes de Suporte e Vulnerabilidade Social na Região Metropolitana de Campinas**. Tese (Doutorado em demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2014.

DALAPICOLA, T. Migração De Capixabas Para A Amazônia: numerosidade e sub-representação. **Sociedade e Território**, v. 30, n. 2, fev. 2019.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: Contradição ou adaptação. **Rev. Ciências Humanas** v. 18, n. 2, jul./dez.2018.

DEBERT, G.G. Envelhecimento e representação da velhice. **Ciência hoje**, n.8, 1988.

_____. Gênero e envelhecimento. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 33-51, 1994.

_____. Envelhecimento e Curso da Vida. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 120, jan. 1997.

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. (Org.) **Velhice ou terceira idade**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____. **A reinvenção da velhice**: Socialização e Processos de reprivatização do envelhecimento. 1 ed. 2 reimp. São Paulo: USP, 2012.

_____. O Velho Na Propaganda. **Cadernos Pagu**. Campinas, setembro, 2003.

_____. Velhice e o Curso da Vida Pós-Moderno. **Revista USP**, São Paulo, n. 42, junho/agosto, 1999.

_____. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: _____. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS. 2010, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Anpocs, 2010.

_____. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v.27, n.80, 2012.

_____; GREGORI, M. F. As Delegacias Especiais de Polícia e o projeto Gênero e Cidadania. In: CORRÊA, M. (Org.). **Gênero e cidadania**. Campinas, SP: Unicamp, 2002.

DRUMONTT, Mary Pimentel. Elementos Para Uma Análise do Machismo. **Perspectivas**, São Paulo, 3: 81-85, 1980.

DUARTE, L. F. D. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.) **Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto - Enferm.** 2012, v.21, n.1, 2012.

FARIAS, M. D.; ARAUJO, T. M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev. bras. saúde ocup.** v.36, n.123, 2011.

FREITAS, F. L. **Tristeza e Depressão: Análise do discurso dos médicos psiquiatras de um município de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, 1999.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.6, 2012.

FIGUEIREDO, K. R. **Depressão no idoso**. Disponível em: <https://www.redepsi.com.br/2007/12/08/depress-o-no-idoso>. Acesso em: 04 de março de 2020.

FLEMING, I.; GOETTEN, L.F. Medicamentos mais utilizados pelos idosos: implicações para a enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.9, n. 2, mai./ago., 2005.

FORNAZIERA, M. L.; DELGADO, R.C. Saúde Mental na Atenção Básica, Reforma Psiquiátrica na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, abr./jun. 2011.

FREITAS, R. et. al. História do Serviço Social – resgatando uma história de mulheres. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, n. 42, v. 16, 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 4. ed. 1984.

GONCALVES, A.K., GRIEBLER, E.M, POSAMAI, V.D.; TEIXEIRA, A.R. Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos de três faixas etárias praticantes de atividade física. **Rev. Kairós Gerontologia**, v.7, n. 3, set. 2014.

GARCIA, B. N; MOREIRA, D. de J; OLIVEIRA, P. R. S. Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma Análise das Percepções de Profissionais de Saúde. **Revista Kairós - Gerontologia**, v. 20, n. 4, 2017.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

GOLDENBERG, M. **De perto ninguém é normal**. São Paulo: Record, 2004

GOLDFARB, D. C.; LOPES R. G. C.; Avosidade: A Família e a transmissão psíquica entre gerações. In: FREITAS, Elizabete V. de et al. (orgs.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** V.13, n.2, 2010.

GROISMAN, D. Asilos de Velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, 1999.

IBGE. População no último censo. Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 04 de out. de 2019.

LANE, S. T. M. A psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia. In: _____; CODO, W. (Orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LANGDON, E. J. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev Bras Enferm, Brasília** v. 62, n. 2, mar.-abr. 2009.

_____. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.18, n.3, 2010.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, 2008.

LOPES, T. C. et al. Homicídios de crianças e adolescentes: estudo dos registros do IML de Feira de Santana/BA. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, v. 8, 2018.

LOPES et.al. Depressão no Idoso: “É proibido sofrer por envelhecer?” **Revista Portal de Divulgação**, n.24. Ano II. Ago. 2012.

LUCENA, L. N. et al. Atenção ao idoso em estratégia de saúde da família: Parâmetros sociodemográficos e o uso racional de medicamentos. In: III CONBRASIS, 2018.

Disponível em:

<https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2018/TRABALHO_EV108_MD1_SA3_ID1244_21052018132557.pdf> Acesso em: 10 de mar. de 2020.

MARQUES, J. C.; GÓIS, P. **Processos de admissão e de integração de imigrantes altamente qualificados em Portugal e a sua relação com a migração circular**. Lisboa: ACM, 2014.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, 2007.

_____. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, 2006, vol.40, n.1, 2006.

MARTINS, J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 9 n. 2, mai / ago 2007.

MELLO, R. A. P. **Só quem cuida é que sabe**: o vivido pelo cuidador domiciliar da pessoa com doença crônica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. Suicídio de pessoas idosas e fatores associados a esse fenômeno no Brasil e no mundo. In: Berzins MV, Malagutti W. (orgs). **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari; 2009.

_____. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, 2012.

_____; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 1, 1999.

_____; Cavalcante, F. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 8, 2012.

_____ (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade – A pesquisa Qualitativa** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 34. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME:
Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social (Cras)**. Brasília, 2006.

MIRANDA, D. S. Reflexões teóricas e relatos de experiências sobre o fenômeno da velhice e do envelhecimento humano. **Rev. A Terceira Idade**, São Paulo, ano 1, n. 4, Out. 2010.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MUCIDA, A. **O Sujeito não envelhece – psicanálise e velhice**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

NERI, A. L. O fruto dá sementes: processo de amadurecimento e envelhecimento. In: _____. **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papyrus, 2001.

OLIVEIRA, K. F; JANUZZI, P. M. Motivos para migração no Brasil e retorno ao Nordeste, padrões etários, por sexo e origem/destino. **São Paulo em Perspectiva** v. 19, n. 4, out./dez. 2005.

OLIVEIRA, M. G.; CABRAL, B. E. S. L. O lazer nos grupos de convivência para idosos: prática renovada de sociabilidade. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7., E ENCONTRO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 4., 2004, Universidade do Vale do Paraíba. **Anais...** São José dos Campos: 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, 2005.

PAIXÃO, F. et al. Análise **Espacial da Violência Urbana no Município de Feira de Santana – Bahia**. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericatativa.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/209.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

PASINATO, M.T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos**: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006.

PAULINO, L.F. **Representações Sociais de Velhice, Cegueira e Direitos Nacionais em Instituições Especializadas em Deficiência Visual**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista**. Londrina, v.2, n. 2, jul/dez.1999.

PEREIRA, S. M.; PIRES, E. F. As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico. **Rev. Educação**, v.13, n.1. 2018.

PEREIRA D. C. S.; CAMARGO, V. S.; AOYAMA, P. C. N. Análise funcional da permanência das mulheres nos relacionamentos abusivos: Um estudo prático. **Rev. Brasileira, de Terapia Comportamental e Cognitiva** v. XX, n 2, 2018.

PINHO, M.X.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v.12, n.1, p. 123-140, 2009.

PIOLLI, K. C.; MEDEIROS, M; SALES, C. A. Significações de ser Cuidadora do Companheiro com Câncer: um olhar existencial, **Rev. Bras. de Enferm.** V.69 n.1 Brasília jan./fev. 2016.

PLONER, K. S.; SAIS, A.; STREY, M. N. Psicologia e relações de gênero: Questões de gênero em grupos de terceira idade. In: PLONER, K. S. et al. (orgs). **Ética e paradigmas na psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (PNDH-3) / **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, rev. atual. - Brasília: SDH/PR, 2010.

QUEIROZ, G. A. **Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos**: considerações a partir de um modelo alternativo de Assistência. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João Del Rei, Minas Gerais, 2010.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. NARDI, A. E. (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUINTANA, L.; SALGADO, U., Migración interna mexicana de 1990-2010: un enfoque desde la Nueva Geografía Económica. **Revista Problemas del Desarrollo**, v. 184, n. 47, set. 2015.

RAMOS, T. R. O. et al. Feminismos e Gênero em tempos de mal-estar. **Rev. Estud. Fem.**, v.27, n.3, 2019.

RIOS, J. A. V. P. De lavradora a professora primária na roça: narrativas, docência e profissionalização. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21 n. 65, abr/jun. 2016.

ROCHA; Almeida; Araújo; Júnior - Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil - **J Bras Psiquiatr.** v.60, n. 2, 2011.

ROSA, A. R. **(O) Braço forte, (a) mão amiga**: um estudo sobre a dominação masculina e violência simbólica em uma organização militar. Lavras: UFLA, 2007.

RUIZ, T. et. al. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do Estado de São Paulo. **Rev. APS**, v.10, n.1, p. 4-13, jan./jun. 2007.

SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, 16, p.115-136, 2001.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. Interdisciplinar do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, 2002.

SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. **La epidemiología de la vejez**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.4, 2009.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 3, n. 3, 2000.

SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. 1. ed. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. O retorno: elemento constitutivo da condição do migrante. **Travessia**, n. 13, jan. 2000.

SCOTT, J. O conceito de gênero: uma leitura com trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANPEd (1999-2009). **Rev. Bras. Educ.** v.16, n.46, 2011.

SILVEIRA, D.R; GIACOMIN, K.C; DIAS, R.C; FIRMO, J.O. A. A percepção de idosos sobre sofrimentos ligados à sua fragilização. **Rev. bras. Geriatr. Gerontol.**v.21, n.2, mar/2018.

SCHNEIDER, R.; IRIGARAY, T. Envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais **Estudos de Psicologia I Campinas** v. 25 n. 4, out /dez 2008.

SOIHET, R. Violência simbólica: saberes masculinos e representações femininas. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5 n.1, p. 7-29, 1997.

SOUZA, M.G.C. Reflexões teóricas sobre a musicoterapia. **Rev. Bras. Musicoter.** v.3, n.4, p.29-32, 1998.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, Rio Claro, Ago/Dez 2002, v.8 n.3, ago/dez 2002.

STEDILE, T.; MARTINI, M. I. G.; SCHMIDT, B. Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 12, n. 2, mai / ago 2017.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo**: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TAVARES, M. F. **Trabalho e longevidade**: como o novo regime demográfico vai mudar a gestão de pessoas e a organização do trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark 2015.

TEIXEIRA, Faustino. Peter Berger e a religião. In: _____. **Sociologia da Religião**: enfoques teóricos. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, S. M. O.; MARTINS, J. C. O. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais **Fractal: Rev. Psicologia**, v. 30 – n. 2, p. 262-270, mai-ago. 2018.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M.. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.4, 1994.

VASCONCELOS, A. et al. Avaliação do conhecimento e capacitação dos agentes comunitários de saúde a respeito da escala de depressão geriátrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n.44, 2020.

VAVASSORI, M. B. Mudanças e permanências: um olhar antropológico sobre as relações de gênero na cultura brasileira. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 2, maio-agosto 2006.

VICTORA, C. Sofrimento social e corporificação do mundo. **RECCIS-Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 2-13, 2011.

WICHMANN F. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. bras geriatr. Gerontol.** v. 16, n. 4, 2013.

YASSUDA, M. S.; SILVA, H. S. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. **Estud. psicol.** Campinas, v. 27, n. 2, 2010.

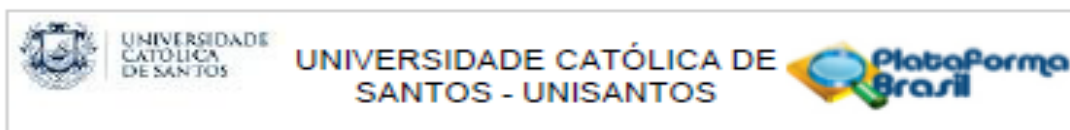
Anexos**A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, fui informada sobre o estudo “SOFRIMENTO E SINTOMAS PERCEBIDOS COMO DEPRESSIVOS ENTRE MULHERES IDOSAS DE FEIRA DE SANTANA-BA” que tem por objetivo compreender o contexto sociocultural da depressão e o sofrimento entre mulheres idosas participantes ou visitantes do Centro de Convivência Domingos Mincarone do Instituto Antônio Gasparini em Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um projeto de mestrado realizado pelo pesquisador José Carlos Barreto da Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, São Paulo. Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar sendo entrevistada em um local de minha escolha. A entrevista será gravada e poderei utilizar um nome falso. Neste estudo o risco ao participante é mínimo, podendo ocorrer durante a entrevista algum tipo de desconforto, neste caso se alguma questão me trazer qualquer desconforto, estarei livre para não respondê-la e sei que posso interromper minha entrevista a qualquer momento. O acesso às minhas respostas será reservado ao pesquisador José Carlos Barreto da Silva, sendo que, nenhuma identificação será usada em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados do estudo. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa. A vantagem que estarei tendo ao participar deste estudo é a de contribuir para o debate quanto ao tema apresentado. Tenho direito a receber informações atualizadas durante qualquer fase deste estudo. No caso de haver perguntas, dúvidas ou comentários quanto a minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com o pesquisador José Carlos Barreto da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Av. Conselheiro Nébias, nº 300 - Santos, SP - INISANTOS ou pelo telefone (13) 3205-5555. No caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos em pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos – Avenida Conselheiro Nébias, 300, Santos-SP. Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa. Minha participação neste estudo é voluntária e posso retirar meu

consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento. Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que me foram lidas, descrevendo o estudo “Depressão entre mulheres idosas de Feira de Santana-Bahia – Sofrimento e uso de medicação”. Eu discutirei com o pesquisador José Carlos Barreto da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos. (Esse termo consta de duas páginas e foi elaborado em duas vias originais, que deverão ser rubricadas e assinadas, sendo que uma ficará com o participante da pesquisa e a outra com o responsável pela pesquisa.)

_____ Assinatura do participante Data: / /2019.

B - PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** DEPRESSÃO ENTRE MULHERES IDOSAS DE FEIRA DE SANTANA-BA**Pesquisador:** JOSE CARLOS BARRETO DA SILVA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 08838818.6.0000.5536**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Santos - UNISANTOS**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.391.717**Apresentação do Projeto:**

"O projeto apresentado compõem por um conjunto de atividades encadeadas de forma a responder aos objetivos da pesquisa: levantamento bibliográfico; coleta de campo (entrevista e observação etnográfica); classificação de material coletado e levantado; análise deste material; divulgação em seminários, congressos externos e internos"

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Compreender o contexto sociocultural da depressão e uso da medicação entre mulheres idosas participantes do Centro de Convivência Domingos Mincarone do Instituto Antônio Gasparini em Feira de Santana, Bahia.

Objetivo Secundário:

Identificar entre as mulheres idosas entrevistadas a representação que elas fazem do sofrimento e uso da medicação nos sintomas descritos como depressivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Este estudo possui um risco mínimo, visto ser possível surgir algum desconforto nas entrevistas com os participantes da pesquisa.

Benefícios:

Este trabalho pretende contribuir através dos estudos de abordagem antropológica com o

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300**Bairro:** Vila Mathias**CEP:** 11.015-002**UF:** SP**Município:** SANTOS**Telefone:** (13)3228-1254**Fax:** (13)3205-5555**E-mail:** comet@unisantos.br



Continuação do Parecer: 3.391.717

fenômeno da depressão e uso de m
Idosas

Comentários e Considerações so
foram realizadas as alterações no p

Considerações sobre os Termos
foram adequados nessa nova subm

Conclusões ou Pendências e Lis
projeto pode ser aprovado

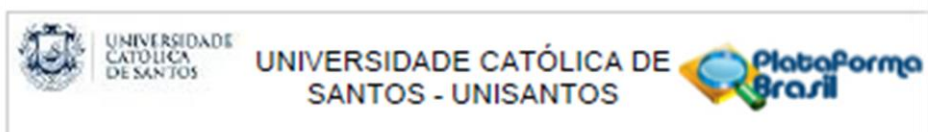
Considerações Finais a critério d
Cumprindo a Resolução 465/2012
analisado por um relator e em Re
Católica de Santos considerou o

Este parecer foi elaborado basea

Tipo Documento	
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES DO PROJETO_1
Outros	Termo_Anua
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_retr
Cronograma	Ajuste_Cron
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf
Folha de Rosto	Documento
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3228-1254 Fax:



Continuação do Parecer: 3.391.717

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 14 de Junho de 2019

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador(a))

C - OFICINAS



CNPJ Nº 17.165.862/0001-77
CAMINHO LAMÃO, 01 CIDADE NOVA
CEP 44.053-594 - FEIRA DE SANTANA-BA
Utilidade Pública Municipal - Lei nº 3.424, de 03/12/2013
Utilidade Pública Estadual - Lei nº 13.097, de 20/03/2014

Informamos que o psicólogo Jose Carlos Barreto da Silva, mestrando da Universidade Católica de Santos, desenvolve atividades voluntárias no Centro de Convivência Domingos Mincarone, Instituto Antônio Gasparini IAG, em Feira de Santana na Bahia desde o mês de novembro de 2018.

O trabalho voluntariado incluem atendimento psicológico e visitas domiciliares às mulheres em sofrimento psíquico. Outras atividades complementares como oficina temáticas e vivencias grupais que foram desenvolvidas nas datas em destaques a seguir:

- 21/06/2019 – A Aventura de ser uma mãe maravilha
- 12/07/2019 – Autocuidado e saúde coletiva na terceira idade
- 26/07/2019 – Transtorno de ansiedade e a depressão feminina
- 09/08/2019 – Envelhecimento e sexualidade feminina
- 23/08/2019 – Resgate da infância e o brincar criativo
- 06/09/2019 – Resiliência na terceira idade e o empoeiramento feminino
- 20/09/2019 – Função materna os desafios da era pós-moderna
- 04/10/2019 – Oficina de redução de estresse e relaxamento corporal
- 18/10/2019 – Saúde mental na terceira idade e qualidade de vida
- 03/01/2020 – Novos projetos na terceira idade e agenda positiva para 2020

Feira de Santana, 20 de janeiro de 2020

Irene Ramos de Azevedo Brito
Coordenadora do Centro de Convivência Domingos Mincarone/IAG

Centro de Convivência Domingos Mincarone
Irene Ramos de Azevedo Brito
Coordenadora