

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENVELHECIMENTO HUMANO

ANA PAULA PRIGOL

MULHERES IDOSAS DA ZONA RURAL E
SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO
SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS
DA SAÚDE

Passo Fundo

2024



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
INSTITUTO DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

ANA PAULA PRIGOL

MULHERES IDOSAS DA ZONA RURAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM
ESTUDO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em
Envelhecimento Humano, do Instituto da Saúde,
da Universidade de Passo Fundo.

Orientador(a): Prof^a Dra. Cristina Fioreze
Coorientador(a): Prof^a Dra. Patrícia Ketzer

Passo Fundo

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

“MULHERES IDOSAS DA ZONA RURAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE”

Elaborada por

ANA PAULA PRIGOL

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 20/03/2024
Pela Banca Examinadora

Profa. Dra. Cristina Fioreze
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Patrícia Ketzer
Coorientadora

Profa. Dra. Siomara Regina Hahn
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Avaliadora Interna

Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni
Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS
Avaliadora Externa

Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Coordenadora do PPGEH

ATA DE DEFESA - Ana Paula.doc

Documento número #f6419a37-98f3-42a9-8672-ad690c8b8666

Hash do documento original (SHA256): 3ffe0bee16fdedceeeea4b873608f5772c1a2c2634171e60bc4d860bbec975b3

Assinaturas

-  **Cristina Fioreze**
CPF: 953.876.920-15
Assinou em 21 mar 2024 às 22:41:58
-  **Patrícia Ketzer**
CPF: 010.717.060-47
Assinou em 21 mar 2024 às 22:30:41
-  **Siomara Regina Hahn**
CPF: 493.829.770-15
Assinou em 23 mar 2024 às 10:37:42
-  **Priscila Pavan Detoni**
CPF: 765.291.180-04
Assinou em 24 mar 2024 às 10:21:11
-  **Ana Luisa Sant'Anna Alves**
CPF: 983.767.720-15
Assinou em 21 mar 2024 às 16:18:42

Log

- 21 mar 2024, 16:00:54 Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd criou este documento número f6419a37-98f3-42a9-8672-ad690c8b8666. Data limite para assinatura do documento: 28 de março de 2024 (15:53). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 21 mar 2024, 16:00:55 Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: cristinaf@upf.br para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Cristina Fioreze.

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP – Catalogação na Publicação

P951m Prigol, Ana Paula
Mulheres idosas da zona rural e sofrimento psíquico
[recurso eletrônico] : um estudo sobre os determinantes
sociais da saúde / Ana Paula Prigol. – 2024.
1.9 MB ; PDF.

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Fioreze.
Coorientadora: Profa. Dra. Patrícia Ketzer.
Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2024.

1. Idosas - Saúde mental. 2. Idosas rurais - Sofrimento
- Aspectos psíquicos. 3. Idosas rurais - Saúde - Aspectos
sociais. I. Fioreze, Cristina, orientadora. II. Ketzer,
Patrícia, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Juliana Langaro Silveira – CRB 10/2427

DEDICATÓRIA

Ao apresentar esse trabalho, sinto-me honrada por ter contado com muitas pessoas ao longo dessa caminhada, na grande maioria mulheres (não é certamente por mero acaso). E é essencialmente para todas elas que fiz minha dedicatória, pois compartilharam experiências, reflexões, saberes, abrindo seus corações com as histórias mais profundas sobre suas trajetórias de vida, tão lindas e ao mesmo tempo tão árduas.

AGRADECIMENTOS

Quero iniciar agradecendo a minha orientadora, professora Dra. Cristina Fioreze, para além de ter sido a melhor orientadora possível, pelos ensinamentos, desafios, encorajamentos, compreensão, e, principalmente a grande liberdade de reflexão e percurso pessoal científico, de forma leve e tranquila, construindo comigo uma relação de cumplicidade que foi essencial ao longo das diversas fases da minha vida e desse trabalho nos últimos dois anos. A satisfação de a ter conhecido, e com ela percorrer esse caminho, é difícil traduzir em uma simples palavra de gratidão.

À minha coorientadora Dra. Patrícia Ketzer, por auxiliar nessa caminhada com sugestões e indicações bibliográficas essenciais para o enriquecimento dessa pesquisa.

À todas as mulheres que conversei e que partilharam comigo as suas experiências de vida, agradeço não só o fato de terem cedido esse material para a base do meu trabalho, mas essencialmente as experiências pessoais que me proporcionaram viver. Conhecê-las, conversar com elas, aprender com elas, abraçá-las, foram vivências únicas e inesquecíveis.

Aos meus colegas da Secretaria Municipal da Saúde de Lagoa Vermelha, em nome do secretário Eloir Jorge Morona, que compreendeu e apoiou incondicionalmente a realização dessa pesquisa, meu agradecimento.

Ao meu esposo, Junior, por todo amor e paciência, por compreender minha ausência, ser o meu maior incentivador e motivador nesse percurso.

À minha família, meus pais Margarete e Ivo, à minha irmã Bruna por serem pilares dessa jornada, meu porto seguro nos dias difíceis. Agradeço pelo amor incondicional, onde sempre poderei contar com uma palavra afetuosa e um abraço de acalento.

À Deus, por me permitir viver esse momento e não me deixar desaminar durante o percurso, ouvir meus desabafos silenciosos, por me carregar na fé

quando pensei em desistir, por me mostrar que sou capaz de ir muito além do que eu mesma imaginava.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código do financiamento 001.

EPÍGRAFE

“Algumas pedras lapidadas pela vida, nos surpreendem quando revelam, em seu interior, toda a sua preciosidade. Mesmo com o desgaste e os atritos do tempo, guardaram dentro de si, algo grandioso e belo. No entanto, outras, nunca se permitiram lapidar, quebraram em lascas, criaram pontas. Machucam! Porém, também tem seu mérito. Graças as pedras embrutecidas do caminho, aprendemos a reconhecer o brilho das pedras de valor. O sofrimento não é motivo para o coração endurecer. Antes sim, um aprendizado de vida, para a alma enternecer”.

Inês Seibert

RESUMO

Esta pesquisa tem como tema o sofrimento psíquico de mulheres idosas da zona rural e a sua relação com os determinantes sociais da saúde, ou seja, como esses determinantes interferem ao longo da vida, na saúde dessa população. O objetivo principal do estudo é identificar, a partir do ponto de vista de mulheres idosas da área rural de um município de pequeno porte do estado do Rio Grande do Sul, como os determinantes sociais de saúde estão ligados ao quadro de sofrimento psíquico dessas mulheres. Especificamente, busca-se compreender as repercussões dos determinantes sociais na vida da mulher idosa no âmbito rural; analisar os determinantes sociais de saúde e o sofrimento psíquico e descrever os determinantes sociais de saúde em sua associação com as questões de gênero no âmbito rural. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e de campo, que foi desenvolvida no município de Lagoa Vermelha, Rio Grande do Sul. A população do estudo foi selecionada de forma não-probabilística, por conveniência e constituiu-se por 9 idosas da comunidade de Santa Luzia, interior do município. A coleta de dados se deu por meio de um grupo focal. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo. A pesquisa permitiu a elaboração de duas produções científicas. A primeira produção visa identificar, a partir do ponto de vista de mulheres idosas residentes na zona rural, como os determinantes sociais da saúde estão ligados ao quadro de sofrimento psíquico. Como conceito analítico foi utilizado o modelo de Dahlgren e Whitehead para explorar os determinantes sociais da saúde que estão ligados ao sofrimento psíquico. A pesquisa apontou elementos causais do sofrimento psíquico, estes foram elencados como fatores de risco e proteção, subdivididos em camadas: macrodeterminantes, determinantes intermediários, subjacentes e proximais. A segunda produção busca identificar, com base no conceito de interseccionalidade, os marcadores sociais presentes no cotidiano de mulheres idosas em contextos rurais, em suas articulações com o cuidado, buscando compreender a relação com o sofrimento psíquico vivenciado por elas. Como conceito analítico, utilizou-se a interseccionalidade, para explorar os marcadores de diferença encontrados na pesquisa: idade, gênero e território/trabalho e como eles estão interligados e sobrepostos na produção de desigualdade e adoecimento perante o cuidado. Os resultados apontaram que a idade, o gênero e o território/trabalho são os marcadores sociais de diferença considerados centrais para se pensar o dinamismo das articulações e as experiências de mulheres idosas com o cuidado no cenário de uma comunidade rural.

Palavras-chave: Mulher; Pessoa idosa; Determinantes sociais da saúde; Saúde mental; Interseccionalidade; Cuidado.

ABSTRACT

This research focuses on the psychological suffering of elderly women in rural areas and its relationship with the social determinants of health, that is, how these determinants interfere throughout life in the health of this population. The main objective of the study is to identify, from the perspective of elderly women in rural areas of a small municipality in the state of Rio Grande do Sul, how social determinants of health are linked to the psychological suffering of these women. Specifically, the aim is to understand the repercussions of social determinants on the lives of elderly women in rural areas; analyze the social determinants of health and psychological suffering, and describe the social determinants of health in their association with gender issues in rural areas. This is a qualitative, descriptive, and field research, which was developed in the municipality of Lagoa Vermelha, Rio Grande do Sul. The study population was selected non-probabilistically, for convenience, and consisted of 9 elderly women from the Santa Luzia community, within the municipality. Data collection was carried out through a focus group. The data were analyzed using content analysis method. The research allowed for the elaboration of two scientific productions. The first production aims to identify, from the perspective of elderly women living in rural areas, how social determinants of health are linked to psychological suffering. The Dahlgren and Whitehead model was used as an analytical concept to explore the social determinants of health linked to psychological suffering. The research pointed out causal elements of psychological suffering, which were listed as risk and protective factors, subdivided into layers: macro-determinants, intermediate determinants, underlying, and proximal. The second production seeks to identify, based on the concept of intersectionality, the social markers present in the daily lives of elderly women in rural contexts, in their articulations with care, aiming to understand the relationship with the psychological suffering experienced by them. Intersectionality was used as an analytical concept to explore the markers of difference found in the research: age, gender, and territory/work, and how they are interconnected and overlapped in the production of inequality and illness regarding care. The results indicated that age, gender, and territory/work are the central social markers of difference considered to think about the dynamics of articulations and experiences of elderly women with care in the scenario of a rural community.

Keywords: Woman; Elderly person; Social determinants of health; Mental health; Intersectionality; Care.

LISTA DE SIGLAS

CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DALY	Disability Adjusted Life-Year
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Transtorno Mental Comum
WCSDH	World Conference on Social Determinants of Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E FEMINIZAÇÃO DA VELHICE	19
2.2	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	24
2.3	SOFRIMENTO PSÍQUICO E GÊNERO FEMININO	30
2.4	RURALIDADE E GÊNERO.....	34
2.5	CUIDADO E GÊNERO	38
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I.....	43
4	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II.....	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS.....	48
	APÊNDICES.....	57
	Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
	Apêndice B. Ficha de Identificação Socioeconômica.....	61
	Apêndice C. Roteiro Norteador	63
	ANEXOS	65
	Anexo A. Parecer Circunstanciado CEP	66

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população de idosos vem ocorrendo de forma acelerada e progressiva, a prevalência de mulheres também se tornou expressiva nas últimas décadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), as mulheres são maioria entre a população idosa, atingindo o percentual de 55,7%, expressando a feminização da velhice. Isso ocorre porque se observa, no Brasil e no mundo, uma perspectiva de vida feminina superior à masculina, que tem sido atribuído a maior procura por serviços de saúde por parte das mulheres, conforme Silva *et al.* (2020).

Ao discutir as condições de saúde na velhice, um aspecto que se destaca diz respeito ao sofrimento psíquico. Estudo publicado por Silva e colaboradores (2020) mostrou que a prevalência de sofrimento psíquico entre os idosos chegou a 41,8%. Segundo Cruz *et al.* (2017) e Silva *et al.* (2020), o desenvolvimento de sofrimento psíquico pode ser, entre outros fatores, atribuído ao processo de envelhecimento, visto que as mudanças no cotidiano e as perdas motoras, físicas, sociais e psíquicas levam o idoso a reflexões acerca da sua função na sociedade. A presença de ansiedade e, ou sintomas depressivos estão associados aos mais frágeis e vulneráveis, com grande presença na mulher idosa (Fantacini; Fiorati, 2021).

Sales *et al.* (2016) e Maximiano-Barreto e Femoseli (2017), encontraram forte ligação entre o sexo feminino e a presença de ansiedade e depressão, resultados da própria dinâmica cultural que condiciona as mulheres às mais diversas situações de vulnerabilidades, quando comparadas aos homens, no decurso da vida. Diante disso, devemos considerar as questões de gênero para discutir a prevalência de sofrimento psíquico na velhice.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e

de grupos da populacionais estão relacionadas com sua situação de saúde. Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss; Pelegrini-Filho, 2007).

A compreensão da saúde a partir da determinação social está associada à forma como a sociedade está organizada. Nesse sentido, reconhece-se que o envelhecimento populacional brasileiro está superposto aos processos epidemiológicos, associados a contextos políticos, sociais e econômicos desfavoráveis (Cavalcanti *et al.*, 2018).

Ainda, a compreensão da velhice feminina não pode desconsiderar os determinantes sociais de saúde, como escolaridade, diferenças culturais, trabalho doméstico e atividades de cuidado (Fantacini; Fiorati, 2021). Gênero é um determinante social importante de iniquidades em saúde, que se relaciona a padrões socioculturais e valores de uma determinada sociedade. Embora as mulheres vivam mais tempo, muitas vezes, experienciam uma velhice isolada socialmente e em condições econômicas precárias, resultando de uma vivência de segunda ordem em relação aos homens, dos quais muitas dependem financeira e/ou emocionalmente. Quando falamos de mulheres idosas no meio rural, esses dados soam de forma mais alarmante (Silva *et al.*, 2020; Campos; Ferreira; Vargas, 2015).

Nesse contexto, os determinantes sociais de saúde são importantes também para pensar o território enquanto construção social, sobretudo se pensarmos a realidade das mulheres em municípios de pequeno porte, onde ocorrem experiências diferenciais do espaço das mulheres, distintas de numa grande metrópole. A constituição de um território tem diferenças significativas, principalmente se entendermos que o município de pequeno porte, além de na escala local envolver a dinâmica da utilização do espaço cotidiano, ocupa o espaço histórico de imigração e de subsistência rural. Portanto, o território influencia diretamente a composição e a combinação dos determinantes sociais de saúde (Andrade *et al.*, 2021).

Observa-se, a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o processo de determinação social da saúde e suas relações com o sofrimento psíquico ao qual as mulheres idosas que vivem no meio rural estão expostas. Buscando elucidar essa problemática, surgiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: partindo do ponto de vista de mulheres idosas da área rural de um município de pequeno porte, quais as relações entre os determinantes sociais de saúde e o quadro de sofrimento psíquico dessas mulheres?

Desse modo, o objetivo principal do estudo foi identificar, a partir do ponto de vista de mulheres idosas da área rural de um município de pequeno porte do estado do Rio Grande do Sul, como os determinantes sociais da saúde estão ligados ao quadro de sofrimento psíquico dessas mulheres. Especificamente, busca-se compreender as repercussões dos determinantes sociais na vida da mulher idosa no âmbito rural; analisar os determinantes sociais de saúde e o sofrimento psíquico de mulheres idosas do meio rural e descrever os determinantes sociais de saúde em sua associação com as questões de gênero no âmbito rural.

Metodologicamente, o trabalho consistiu em um estudo de campo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na comunidade de Santa Luzia, localizada há cerca de 20 km da zona urbana do município de Lagoa Vermelha, Rio Grande do Sul, Brasil.

O município possui uma área territorial de 1.260,227km², com população de 27.659 habitantes, sendo a maior parte concentrada na zona urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Os aborígenes foram os primeiros habitantes da região e representavam os vários ramos da raça guarani. Depois disso, começam a chegar os imigrantes italianos, alemães e poloneses. A comunidade de Santa Luzia, que compõem a amostra deste estudo, foi criada em 1967. Atualmente sua população é de 282 habitantes, com 96 famílias, sendo que destas 92 são pessoas com mais de 60 anos e 44 são mulheres. Sua economia é baseada na agricultura, com as cultivares de soja, milho, trigo,

cevada, em sua maioria, e na pecuária, além da produção para consumo próprio, de verduras, frutas e hortaliças.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência e constituída por nove mulheres idosas que receberam diagnóstico de sofrimento psíquico nos últimos cinco anos, residentes na comunidade de Santa Luzia. As mulheres foram convidadas voluntariamente a participarem da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), bem como responderam a um questionário socioeconômico (apêndice B). Para coleta dos dados utilizou-se a metodologia de grupo focal, conduzido pelo mediador (pesquisador) a partir de um roteiro (apêndice C) previamente organizado, que contemplou o objetivo da pesquisa e trouxe riqueza de informações, o qual foi fundamental para a produção dos artigos científicos sobre os temas emergentes.

Para proteger a identidade das participantes, foram utilizados nomes de pedras preciosas, pois elas são forjadas e lapidadas com o tempo, bem como as mulheres idosas da pesquisa. Após a realização do grupo focal, a análise iniciou com a leitura cuidadosa da transcrição das falas. Os dados foram compilados e organizados em categorias temáticas a fim de que se procedesse à pré-análise, à busca da compreensão das narrativas e a uma síntese analítica de cada eixo e do conjunto deles.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Bardin (1977), configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição de conteúdo das mensagens, dessa forma, a técnica refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entre linhas, quanto dos manifestos. A análise de conteúdo pode ser dividida em fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 1977). Os achados da pesquisa oportunizaram a construção de dois artigos, que fazem parte desta dissertação.

A presente dissertação está estruturada em três partes, além desta introdução e das considerações finais. A primeira parte apresenta a revisão de literatura que embasou a pesquisa. E, em seguida, são apresentados os dois artigos (produções científicas) que resultaram do trabalho de investigação realizado.

A Produção Científica I pretende compreender a partir do ponto de vista de mulheres idosas residentes na zona rural, como os determinantes sociais da saúde estão ligados ao quadro de sofrimento psíquico por elas vivenciado. A partir do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), a pesquisa identifica fatores de proteção e de risco para o sofrimento psíquico. Os fatores de risco que emergiram foram: idade, gênero, o papel da mulher na família, excesso de trabalho doméstico e no campo, síndrome do ninho vazio, estressores diários, como doenças e falecimentos, a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para quem reside no meio rural. Já, como fatores protetivos aparecem: o apoio dos filhos, a segurança familiar, as relações comunitárias, a aposentadoria e a subsistência rural.

A produção Científica II se propõem a entender, com base no conceito de interseccionalidade, os marcadores sociais presentes no cotidiano de mulheres idosas em contextos rurais, em suas articulações com o cuidado e a relação com o sofrimento psíquico vivenciado por elas. Os principais achados apontam os marcadores sociais de idade, gênero e território/trabalho e associa sua interligação e sobreposição na produção de desigualdade e adoecimento, associados ao cuidado. Esses marcadores se conectam e produzem vulnerabilidades, sendo mais avassaladores quando associados a responsabilização do cuidado, a sobrecarga do trabalho doméstico e do campo e a invisibilidade econômica, dessa forma produzindo adoecimento psíquico.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 *Envelhecimento populacional e feminização da velhice*

O envelhecimento populacional tem se apresentado como um dos grandes desafios da atualidade, pois, ao mesmo tempo em que o aumento da longevidade é uma realidade em diversos países ao redor do mundo, também apresenta limites e desafios para as sociedades. O envelhecimento mundial vem ocorrendo de forma rápida e intensa, o que traz questões a serem consideradas no que se refere à saúde pública em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (Brito *et al.*, 2013).

O processo de envelhecimento populacional se tornou uma das características marcantes da dinâmica demográfica mundial. A Organização das Nações Unidas (ONU), em 17 de junho de 2019, publicou o *World Population Prospects (2019)*, que demonstra as novas projeções populacionais em todos os países. Segundo o documento, as projeções indicam que haverá em 2050, 1,5 bilhões de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo. Além disso, a proporção de idosos em todo mundo está projetada para atingir quase 12% em 2030, 16% em 2050 e pode chegar a quase 23% em 2100. No Brasil, o número total de pessoas acima de 60 anos seguiu e deverá seguir a seguinte projeção: em 1950, eram 4.3 milhões de pessoas acima de 60 anos; em 2000, 24 milhões de pessoas; em 2020, mais de 54 milhões e em 2050, prevê-se que a população brasileira terá aproximadamente 134 milhões de idosos.

A perspectiva biológica promove a noção de velhice como uma perda gradual de funções corporais e a consequente maior susceptibilidade à contração de doenças. Ou seja, o foco é a degeneração do corpo biológico. Esta ideia tornou-se uma metáfora prevalente que se infiltrou no campo social, se fazendo viva ainda hoje. Foi a área multidisciplinar da gerontologia que disseminou uma série de práticas de prevenção, como cuidados à saúde, rejuvenescimento do corpo e desenvolvimento de uma vida social ativa, em

clubes, universidades, atividades que construíram uma nova concepção da velhice como “Terceira Idade” (Moraes, 2011).

De acordo com Lopes (2000), a ótica biológica não esgota a compreensão da velhice, pois, ao desconsiderar fatores psicológicos, sociais e culturais, este viés deixa de fora os sentidos sociais atribuídos às mudanças corporais relacionadas ao envelhecimento e o impacto psíquico destes sentidos nos sujeitos e suas formas de envelhecer.

As representações sociais prevalentes da velhice em nossa cultura são, em geral, estigmatizantes, pois reduzem a uma percepção estritamente relacionada à aparência corporal e à perda da juventude: um período fisicamente decadente. A pessoa idosa perde sua singularidade, dando lugar a uma corporeidade desfeita (Le Breton, 2011).

Assim, apesar de o envelhecimento geralmente ser percebido como um acontecimento homogêneo e estereotipado, ele é um processo multifacetado e plural, pois além de ser marcado por mudanças corporais, implica em uma leitura social destas mudanças e atribuições de certos papéis sociais. Segundo um viés sociológico e antropológico, a velhice deve ser compreendida a partir dos diversos contextos sociais, culturais e políticos em que ela se insere e através dos quais ela é interpretada. Assim, dentro de uma mesma sociedade, encontramos no fenômeno do envelhecimento especificidades importantes no que tange a diferenças raciais, de gênero e de classe econômica que dão a este processo determinadas facetas. Faz-se pensar, portanto, a variabilidade do conceito de velhice em seu imbricamento com aspectos sociais que promovem uma vivência particular desta fase da vida (Zanello; Silva; Henderson, 2015).

Disto decorre a importância de se trabalhar com o conceito de interseccionalidade. A interseccionalidade considera a interdependência e a articulação dos marcadores sociais da diferença na produção dos processos de dominação e opressão. Estudar os marcadores sociais permite aprofundar o

entendimento acerca do sistema hierárquico e das desigualdades que perpassam o processo de envelhecimento das mulheres.

Os marcadores sociais da diferença são formados por processos nos quais as vivências históricas, culturais e econômicas do sujeito se sobrepõem e interseccionam no espaço social, no qual este se constituiu (Lima, 2013). A questão de gênero é um dos marcadores sociais mais fortes e presentes em nossa sociedade pois, os papéis de gênero, estão relacionados com as relações de dominação e opressão de um sexo em detrimento de outro, caracterizando as hierarquias sociais e situação em que a discriminação se enraíza.

Segundo a literatura interseccional, mulheres idosas brancas e negras não compartilham das mesmas experiências de vida, visto que mulheres negras vivenciam, além da discriminação de gênero, o racismo e, articuladamente, essas distinções geram vulnerabilidades específicas (Passos; Souza, 2021).

A interseccionalidade, então, permite observar a maneira como ideologias e culturas hegemônicas, bem como questões estruturais e interpessoais, moldam identidades e se inter-relacionam com as categorias sociais, produzindo a sociedade (Oliveira, 2020).

O prolongamento da vida da população brasileira é fato presente e que se intensificará nos próximos anos. Parte-se da compreensão de que o envelhecimento envolve aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, políticos, familiares, sociais, sexualidades, entre outras dimensões que fazem parte do ciclo de vida na sociedade em que vivemos (Camarano; Kanso; Mello, 2004). Logo, o conceito idoso deve ser compreendido de forma mais ampla do que apresentado pelo determinismo biológico e/ou cronológico que estabelece a velhice focada no indivíduo isolado e no tempo de vida vivido. Isso importa para que as ações e políticas voltadas para o envelhecimento possam levar em consideração a autonomia, participação, cuidado e satisfação pessoal de cada indivíduo e da sociedade (Brito *et al.*, 2013).

Dentro do contexto do envelhecimento e considerando todos os aspectos envolvidos, destaca-se o processo da feminização da velhice, as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e no Brasil o cenário é o mesmo (Cepellos, 2021).

Segundo o IBGE, na população brasileira havia um total de 15,6% de pessoas idosas em 2022, sendo 7,97% compostas por mulheres e 6,29% de homens. Ou seja, temos mais mulheres idosas do que homens idosos no país. Esse processo tem sido denominado de feminização da velhice por caracterizar a predominância de mulheres entre os idosos no Brasil, como traz o autor:

Pode-se assinalar, sem dúvida, que a velhice se feminilizou, converteu-se em um assunto de mulheres. O fato mais significativo e simples sobre a velhice é que a população idosa é predominantemente feminina (SALGADO, 2002, p. 09).

No envelhecimento da população brasileira, as mulheres idosas ganham destaque e assinalam que o envelhecimento populacional, no país, precisa ser analisado de forma interseccional (Brito *et al.*, 2013).

Conforme Almeida *et al.* (2015), a percepção da velhice por parte de mulheres pode revelar aspectos positivos e negativos. Entre os aspectos positivos, destaca que a velhice pode ser vista como uma etapa de maior participação social. Por outro lado, como pontos negativos, as idosas vivenciam situações limitadoras de sua idade e de uma geração que enfrentou preconceito social, baixa escolaridade, problemas familiares, carências afetivas, dependência financeira, solidão, viuvez e presença de doenças crônicas. Situações essas que, condizente com os autores, podem estar colocando as mulheres idosas em situação de maior risco social.

Segundo Neri (2001), o envelhecimento traz riscos crescentes à mulher em termos de saúde, funcionalidade, proteção e integração social. Os riscos podem ser devido a fatores biológicos ou, ainda, ao estilo de vida, histórico de saúde e doença, pobreza, baixa escolaridade, isolamento social e diferenças geradas por questões de gênero, as quais prejudicam as mulheres. Dessa forma,

pode-se dizer, que as mulheres idosas estão potencialmente sob risco em virtude do processo de envelhecimento, o que as torna mais vulneráveis à incapacidade, advinda das condições do meio físico, social ou de questões afetivas (Almeida *et al.*, 2015).

Pinquart e Sorensen (2001), ao estudarem as diferenças de autoconceito e bem-estar psicológico em relação ao gênero em um grupo de idosos norte-americanos, encontraram que, pelo fato de as mulheres terem maior risco de enviuvar, de apresentarem problemas de saúde e da necessidade de cuidado, elas possuem, em geral, uma autoestima mais baixa do que o dos homens. Em nível psicológico e social, à mulher é atribuído, no transcurso de sua vida, uma série de responsabilidades na família e na sociedade em geral, que chegam com a velhice e nesses momentos, se acrescentam a ela, como a aposentadoria com recursos econômicos escassos, afastamento de seus filhos, cuidado de familiares, sentimentos de inutilidade, provocados por todos os mitos e estereótipos existentes socialmente (Salgado, 2002).

Ainda, Almeida *et al.* (2015) traz que a mulher idosa possui uma trajetória marcada por baixa escolarização, baixa inserção no mercado de trabalho, baixo nível de qualificação profissional, onde as oportunidades de trabalho em que as mulheres eram inseridas, estavam ligadas a atividades domésticas, como serviços gerais, costuras e educação de crianças, consideradas como uma extensão do trabalho que desenvolviam no lar.

Revisando estudos sobre a feminização da velhice é possível afirmar que o gênero possui determinação sobre o processo de envelhecimento dos indivíduos, implicando diretamente nas suas condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida. É certo que costumes sociais se alteram com o passar das gerações, o que permite afirmar que assim como a velhice em sua amplitude, a feminização também está em um constante processo de mudanças, no entanto, o panorama atual nos leva a refletir sobre qual o contributo das ciências humanas e da saúde atrelado aos paradigmas político-sociais e sua aplicabilidade em

resposta a esses eventos, uma vez que se tornam também uma questão de saúde pública (Maximiano-Barreto *et al.*, 2019).

2.2 *Determinantes sociais da saúde*

Há muito se sabe que a distribuição da saúde e da doença nas populações não é aleatória e que obedece à estratificação socioeconômica dos grupos populacionais. Em meados do século XIX autores como Villermé (1782-1863) na França, Chadwick (1800-1890) e Engels (1820-1895) na Inglaterra observaram uma clara associação entre alta mortalidade e pobreza. Apesar de coincidirem nessa constatação, tais autores diferiam quanto às causas e principalmente quanto às soluções. Para Villermé a pobreza e os vícios eram causas de doenças e propunha o fortalecimento da moral e um maior *laissez-faire* na economia. Chadwick, enfatizando a importância do ambiente, considerava que a sujeira e imoralidade causavam doenças e pobreza, propondo medidas de controle do ambiente como acesso a água limpa, saneamento e cuidados com o lixo. Engels afirmava que o capitalismo e a exploração de classe produziam pobreza, doença e morte e considerava a revolução socialista como única solução (Birn, 2010).

Virchow (1821-1902), considerado o pai da Medicina Social (embora não tenha cunhado esse termo), afirmava que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que “as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica” e que “o próprio termo saúde pública expressa seu caráter político e sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os obstáculos que prejudicam a saúde da população” (Rosen, 1980).

Ao longo do século XX muito se avançou no estudo dessas relações, particularmente entre as condições de vida e trabalho e a situação de saúde. Uma primeira geração de estudos, iniciada ainda no século anterior, concentrou-se nas relações entre pobreza e saúde. Posteriormente uma segunda geração

buscou identificar gradientes de saúde de acordo com a estratificação socioeconômica e atualmente os esforços de pesquisa se concentram em estudar os caminhos pelos quais os determinantes sociais da saúde (DSS) produzem as iniquidades em saúde entre grupos sociais (Adler, 2006).

A própria definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao reconhecer que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade, consagra a importância dos determinantes sociais da saúde. Posteriormente, na Conferência de Alma-Ata de 1978 e na Carta de Ottawa de 1986 este enfoque se reitera, reconhecendo na Carta de Ottawa que “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Organização Mundial da Saúde, 2006).

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) objetivando desenvolver estudos sobre os determinantes sociais da saúde, construir bases para a elaboração de políticas e coordenar ações de combate às desigualdades sociais e de saúde dentro dos países e entre os países (Fantacini, 2019).

O modelo social da saúde foi articulado pela Declaração de Alma-Ata de 1978, e que enfatiza a forma em que a sociedade se organiza como determinante da saúde de pessoas, grupos e populações (Alma-Ata, 1978). No final da década de 90, ocorreu uma crescente preocupação em reduzir lacunas nesses sistemas, fez com que, tanto a equidade quanto os determinantes sociais da saúde, se tornassem o foco de políticas explícitas de um número crescente de países, conforme afirmam Solar e Irwin (2010).

Para Krieger (2001), os DSS abrangem características específicas do contexto social que influenciam na saúde. Juárez-Ramírez *et al.* (2014) afirmam que as desigualdades em saúde configuram um problema que persiste em grupos vulneráveis, como os de idosos. Ferreira (2017) afirma, ainda, que os

DSS estão presentes nos aspectos que envolvem questões financeiras e sociais que perpassam pelas representações, trazendo à tona as desigualdades e iniquidades existentes.

A OMS adota a definição dos DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e fatores de risco, que têm influência direta nas condições de saúde das pessoas, grupos e populações (Buss; Pelegrini-Filho, 2007).

O conhecimento e as intervenções sobre os DSS no Brasil receberam importante impulso com a criação da CNDSS, em 2006, através de Decreto Presidencial, com um mandato de dois anos. A criação da CNDSS é uma resposta ao movimento global em torno dos DSS desencadeado pela OMS, que em março de 2005 criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health - CSDH*), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas (Buss; Pelegrini-Filho, 2007).

Diversos são os modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os DSS nos diversos enfoques, os modelos mais utilizados são:

O modelo de *Dahlgren e Whitehead* (1991), um dos primeiros modelos de DSS, explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diversos níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que prevalecem na sociedade. No âmbito individual são considerados alguns fatores, como idade, gênero e aspectos genéticos; no nível superior estão os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de

coesão social que, como vimos, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (Gunning-Schepers, 1999).

O modelo de *Diderichsen e Hallqvist*, de 1998, foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde (Evans *et al.*, 2001).

Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os DSS, sintetizado a partir do modelo proposto por Solar e Irwin (2010), e que foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório 'Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde' (Organização Mundial da Saúde, 2011). Nesse modelo, os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A 'estrutura' expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação

social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (Solar; Irwin, 2010).

Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso. A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária (Solar; Irwin, 2010).

A forte e crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualdades. Esses fatores, também considerados estruturais, são os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo. No entanto, essa influência não é direta, mas ocorre através de determinantes mais específicos (Geib, 2012).

Em 2012, na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH) aparece um novo conceito de DSS: “são os fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem políticas e sistemas econômicos, agendas de

desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos” (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Os DSS têm uma influência importante nas iniquidades em saúde, as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde vistas dentro e entre países. Em países de todos os níveis de renda, a saúde e a doença seguem um gradiente social: quanto mais baixa a posição socioeconômica, pior a saúde. A lista a seguir fornece exemplos de determinantes sociais da saúde, que podem influenciar a equidade em saúde de maneira positiva e negativa: renda e proteção social; educação; desemprego e insegurança no trabalho; condições de vida de trabalho; insegurança alimentar; habitação, amenidades básicas e meio ambiente; desenvolvimento na primeira infância; inclusão social e não discriminação; conflito estrutural; acesso a serviços de saúde de qualidade (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Segundo a OMS (2022), pesquisas mostram que os determinantes sociais podem ser mais importantes do que cuidados de saúde ou escolhas de estilo de vida. Por exemplo, estudos sugerem que os DSS representam entre 30-55% dos resultados de saúde. Além disso, as estimativas mostram que a contribuição de fatores externos à saúde para os resultados de saúde da população supera a contribuição dos fatores saúde-doença. A abordagem adequada dos DSS é fundamental para melhorar a saúde e reduzir as iniquidades de longa data em saúde, o que requer ação de todos os setores e da sociedade civil.

Dessa forma, há uma variação quanto à compreensão sobre os mecanismos que acarretam iniquidades de saúde. Por isso, os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere (Fantacini, 2019).

Portanto, entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações

entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito (Buss; Pelegrini-Filho, 2017).

2.3 *Sofrimento psíquico e gênero feminino*

Os transtornos mentais são uma das principais causas de adoecimento e fonte de preocupação para os serviços de saúde. Segundo a OMS (2001), os transtornos mentais são uma série de perturbações, sendo possível observar comportamentos que se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos atípicos com outras pessoas. O Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental, utiliza o termo sofrimento, o qual é entendido como a “vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa; podendo estes serem considerados como sofrimento mental comum ou casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses”.

Segundo Zanetti, Coelho e Lotufo Neto (2005), citando os dados do Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 (Organização Mundial de Saúde – OMS), os transtornos mentais acometem mais de 450 milhões de pessoas e respondem por 12,3% das causas de enfermidades e invalidez. Previsões da OMS apontam que este número poderá chegar a 562 milhões em 2020. No Brasil, as estimativas do Ministério da Saúde quanto à prevalência dos transtornos mentais na população geral apontam que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (Goretti *et al.*, 2004).

Ainda, o relatório sobre a Projeção da Mortalidade e da Carga Global de Doença 2002-2030 mostrou a verdadeira dimensão do contributo das perturbações mentais, através do uso de uma medida integrada de carga de

doença: ano ajustado vivido com incapacidade (*Disability Adjusted Life-Year - DALY*), e que é constituído pela soma dos anos vividos com incapacidade e os anos de vida perdidos. O relatório revelou que as perturbações neuropsiquiátricas contribuem para cerca de um quarto de todos os DALY's e as condições mais comuns são as perturbações mentais, especialmente a perturbação afetiva unipolar e bipolar, as perturbações relacionadas com o abuso de substâncias e álcool, a esquizofrenia e a demência (Alves; Rodrigues, 2010).

Atualmente, o adoecimento é discutido como um processo amplo, o qual possui carácter social, ou seja, resulta de condições concretas de vida, como renda, alimentação, moradia e condições de trabalho (Gonçalves *et al.*, 2011). Nesse prisma, os DSS assumem destaque.

A análise dos fatores socioeconômicos e demográficos torna-se importante a partir da compreensão da qualidade de vida, como um constructo subjetivo, influenciado pela percepção do indivíduo sobre suas condições de vida e, conseqüentemente, pelos DSS (Dawalibi *et al.*, 2013). De acordo com Gordia, Quadros e Campos (2015), há indícios de que os aspectos socioeconômicos e demográficos se associam à qualidade de vida. O sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda, idade avançada e morbidades são frequentemente associados a menores escores de qualidade de vida (Cunha; Bastos; Duca, 2012).

Em estudo norte-americano, as mulheres apresentaram menores escores para o domínio físico e mental ao serem comparadas com os homens. Buss; Pellegrini Filho (2007) relatam que esta diferença é consistente com os estudos sobre a saúde da mulher, os quais indicam maior presença de algumas morbidades físicas, como infecções urinárias, e mentais, por exemplo, depressão e ansiedade. Patel *et al.* (1999) destacam, em especial para casos de ansiedade e depressão, a existência de fatores sociais que interferem no processo de adoecimento feminino. Os múltiplos papéis desempenhados pela mulher em sua vida, como a criação dos filhos, o cuidado com o lar, a

preocupação com os familiares doentes e o provimento econômico em algumas famílias, são prováveis fontes de estresse e adoecimento nesse grupo específico.

Embora a velhice não seja sinônimo de doenças, o envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades com consequente deterioração da saúde dos idosos, sejam nos aspectos físicos e/ou mentais. Vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais (Maia; Durante; Ramos, 2004).

Segundo Alves e Rodrigues (2010), os principais fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde mental são: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual, violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes. Dentro desse contexto, os autores trazem ainda que as mulheres estão a frente desse cenário, onde apresentam menor escolaridade, baixa renda, podem sofrer violência e exploração sexual, papéis sociais e status pouco valorizados, gravidez indesejada, interações familiares patológicas, além de traumas vivenciados ao longo da vida.

Essa situação se agrava ainda mais, quando falamos de mulheres idosas. Com o aumento da expectativa de vida, crescem as prevalências de doenças crônicas, os riscos de limitações físicas, de perdas cognitivas, de declínio sensorial e de propensão a acidentes e a isolamento social. Além dos aspectos físicos, a saúde mental também é comprometida, os quadros psiquiátricos incluem, destacadamente, a demência, estados depressivos, transtornos ansiosos e mesmo quadros psicóticos (Clemente; Loyola-Filho; Firmo, 2011), sendo, entretanto, a depressão o mais importante problema de saúde mental nessa faixa etária (Blazer, 2003).

A depressão caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas persistentes que envolvem desde distúrbios do sono, sentimento de tristeza intensa até solidão, desesperança e desânimo. Esta condição clínica configura-

se em um dos tipos mais comuns de transtornos de humor apresentando uma prevalência que varia de 4,8 a 23% em idosos, sendo mais comum nas mulheres do que em homens (Carreira *et al.*, 2011).

Salienta-se que a depressão na mulher idosa pode apresentar-se como pluralidade, às vezes mascarada por outras morbidades, além do fato dos sintomas poderem ser confundidos com os momentos de “baixo astral”, “mau humor” ou “abatimento”, o que dificulta o diagnóstico precoce (Pinho; Custódio; Makdisse, 2009).

O declínio da condição clínica da mulher idosa ainda é agravado por questões socioeconômicas. Estudos evidenciam que a baixa escolaridade, maior tempo de institucionalização e maior grau de dependência para as atividades do cotidiano são fatores que podem influenciar no surgimento da depressão (Sales *et al.*, 2016).

Reforça-se ainda que aposentadoria, presença de enfermidades crônico-degenerativas, perda do cônjuge e/ou companheiro, abandono familiar, isolamento social e sedentarismo contribuem para um aumento dos níveis de ansiedade e para o aparecimento da depressão em mulheres idosas (Souza; Paulucci, 2012; Minguelli *et al.*, 2013).

Dentre todos os fatores que contribuem para o aparecimento de sofrimento psíquico, na visão das mulheres idosas, o medo é um grande fator desencadeador. Segundo o estudo de Almeida *et al.* (2015), a maioria (75%) das idosas declarou ter medo de violência e preocupação com os filhos e netos, sendo considerados por elas os problemas mais importantes do dia a dia. Entre as carências relatadas pelas entrevistadas estavam as relacionadas à companhia e ao contato pessoal (15%), à segurança (7,5%), ao transporte (25%), à situação econômica (2,5%), aos serviços de saúde (5%), ao lazer (2,5%) e à moradia (2,5%). Vale ressaltar que esses aspectos, entre outros, podem levar as idosas ao risco social, uma vez que este está intimamente ligado

ao rompimento de direitos, como educação, saúde, trabalho, lazer e cuidado (Brito *et al.*, 2013).

Dessa maneira, os DSS estão intimamente ligados aos quadros de sofrimento psíquico, isso torna-se mais alarmante quando estudado na população idosa e no gênero feminino.

2.4 *Ruralidade e gênero*

A compreensão de espaço rural é tomada como uma construção social, intimamente ligada ao lugar, em ambos os contextos, globais e locais (Allen, 2002). A ruralidade, portanto, é compreendida como um modo de ser e de viver mediado por uma maneira singular de inserção nos processos sociais e históricos (Karam, 2004). E ainda, aliada a “um processo dinâmico em constante reestruturação dos elementos da cultura local, mediante a incorporação de novos valores, hábitos e técnicas” (Carneiro, 2008, p. 35).

Gênero, por sua vez, é compreendido por Nogueira (2013) como um meio de sua constituição “performativa”, produzido nas relações sociais, nas experimentações do viver, em meio à intersecção com as relações familiares, as condições econômicas, financeiras e de trabalho, com o corpo, saúde e sexualidade, étnico-raciais e de classe atravessadas por relações de poder. As discussões de gênero demarcam, assim, um caráter interseccional ao reconhecerem a pluralidade das manifestações singulares e coletivas dos saberes locais (Maciazeki-Gomes; Nogueira; Toneli, 2016).

De modo geral, reforça que o gênero está associado a noções socialmente construídas de masculinidade e feminilidade, ou seja, a distinção entre sexo e gênero é fundamental, pois muitas diferenças entre homem e mulher não são de origem biológica. Logo, observa-se que o gênero é um conceito socialmente criado que atribui aos homens e as mulheres papéis sociais e identidades distintas (Miguel; Biroli, 2020).

Carneiro (2020) traz que as diferenças sexuais e biológicas são transformadas em diferenças sociais e em diferenças políticas. Essas diferenças não apenas classificam e definem a sociedade como binária, formada por dois gêneros, masculino e feminino, como criam hierarquias entre os gêneros, quando tudo o que é atribuído ao gênero masculino possui maior valor do que o que é atribuído ao feminino ou quando cria uma relação de poder dos homens sobre as mulheres. Dessa forma, a sociedade atribui valor às características masculinas e femininas, divide os papéis sociais e produz uma relação de poder entre os gêneros.

Sendo assim, se faz necessário colocar que a produção de identidade feminina no meio rural é construída através de diferenças e vulnerabilidades. O cotidiano das mulheres que ocupam o território urbano, não pode ser comparado às vivências das que habitam áreas rurais, por exemplo. Guareschi e Bruschi (2003) nos dizem que quando falamos de identidade estamos nos referindo a “posições de sujeito”, isto é, na influência da cultura no sentido de “recrutar” sujeitos ou grupos sociais a ocuparem determinadas posições, identificarem-se com determinados discursos, tomando como verdades e assim, sujeitando-se a significações.

Notadamente, a mulher ocupa um lugar importante no contexto rural. Elas são agentes para a manutenção das relações e na formação dos elementos tradicionais da ruralidade, contribuindo até mesmo para a permanência nesses territórios (Schwartz, 2002). Cabe ressaltar que o espaço rural não se define mais exclusivamente a produção agrícola, visto que a renda advém de outras atividades correlacionadas, configurando novos arranjos produtivos e desfazendo aquela imagem de produtor em tempo integral (Toaldo, 2019). Essas mudanças caracterizam novas visões, novos hábitos e costumes no campo.

Nesse sentido Abramovay (2000) coloca que o espaço rural, assim como o urbano, não é estático e sim, vem sempre incorporando valores, hábitos e técnicas. Karam (2004) sugere ainda existir uma espécie de continuidade que relaciona os processos rurais e urbanos contemporâneos. O autor diz também,

que há uma nova ruralidade aflorando, ressignificando expressões e a ocupação do espaço. Fato que contribui para que ocorram modificações tanto na relação com o urbano, quanto nas suas relações internas e específicas.

No entanto, apesar dos notáveis avanços do espaço rural, ainda assim, falar em “ser mulher” nesse meio é se referir à condição de ser mãe e esposa, na grande maioria das vezes, concepção que está cristalizada pela cultura e arraigada nas vivências da ruralidade. Nesse sentido, Alcântara (2016) fala que as atitudes de homens e mulheres, principalmente no contexto rural, legitimam condutas de dominação. As mulheres no meio rural ocupam uma posição subordinada, visto que seu trabalho aparece como ajuda, mesmo quando elas trabalham tanto quanto ou mais que os homens (Brumer, 2004).

A construção daquilo que é masculino ou feminino compreende forças que estão arraigadas não só no corpo, mas nos sentimentos, no olhar para si e para o outro, e que se produzem em função de uma ideologia. Collins (2019) sinaliza que comumente as mulheres são invisibilizadas nos registros históricos, assim como, suas conquistas no âmbito das políticas públicas são negligenciadas. Santos *et al.* (2020), evidenciam que a história atribui a figura do homem ao lugar de protagonista. Isso significa que o discurso feminino faz alusão a um mundo que pertence aos homens. Fato que se concretiza através da divisão do trabalho, dos espaços públicos e privados, dos simbolismos, do poder, entre outras coisas. Os autores trazem ainda que as relações de poder que permeiam o espaço rural são caracterizadas pelo simbolismo entre a mulher e a terra, ambos colonizados.

Para Lasta (2022) apesar das mulheres instigarem a modernização do campo, contribuírem na formação cultural das crianças e serem figuras atuantes nas decisões das comunidades, elas ainda esbarram na dificuldade de exercerem a titularidade das explorações agrárias, por exemplo. Fato que retarda processos de independência, e que embora a representação feminina seja importante na constituição da família, ainda assim suas atividades são consideradas “leves” e, quando possuem remuneração, são inferiores às dos homens. Fato que, por consequência, coloca as mulheres rurais em uma

situação de dependência financeira de seus companheiros, além de não serem incentivadas a procurar meios de prover sustento (Lasta, 2022).

Tal cenário muitas vezes perpetua-se por toda a vida. E tem-se, nesse contexto, as mulheres idosas rurais, vistas sob a perspectiva do cuidado da casa, da subordinação e da obediência. Idosas, que dedicaram suas vidas ao trabalho visto de forma assimétrica, ou seja, identificam-se como “esposas/donas do lar”. Fato que favorece a invisibilidade do trabalho, além de reafirmar estigmas em relação àquilo que é considerado masculino e feminino (Heredia; Cintrão, 2016).

Dessa forma, as mulheres no meio rural costumam não ocupar posições de evidência. Suas atividades referem-se à limpeza da terra, ao cuidado com os animais e aos trabalhos com a horta. Além de serem responsáveis por todo trabalho doméstico, tomando decisões sobre o preparo dos alimentos, sobre o cuidado com as roupas, orientação e educação dos filhos e utilização dos demais recursos domésticos. Essa divisão de trabalho que estabelece o que homens e mulheres devem fazer no campo pode ser explicada, segundo Brumer (2004), através do conceito de patriarcado.

Quando se fala de gênero, fala-se das definições sociais do que é ser homem e do que é ser mulher. Ao falar em patriarcado, está se falando de uma relação de poder dos homens sobre as mulheres. Ou seja, patriarcado é um caso específico de relações de gênero (Saffioti, 2012). Sendo assim, o patriarcado dá nome às desigualdades que marcam as relações sociais entre homens e mulheres na sociedade.

O patriarcado é uma estrutura milenar, identificada ao longo da história em quase todas as sociedades e que foi se modificando ao longo do tempo, se renovando, para manter a dominação dos homens sobre as mulheres. Essa estrutura se manifesta nas relações pessoais, sociais e institucionais. Oliveira (2018) diz que, se tratando das relações patriarcais de gênero no Brasil, a sociedade resiste às transformações nas relações sociais cotidianas entre

homens e mulheres. Assim, busca conservar um lugar social para estas, que se configura em desigualdades.

Tal estruturação conservadora e patriarcal é entendida através da formação histórica e social do país. Silva (2017) coloca que o conservadorismo é estruturado por uma “dureza” que permanece nos dias atuais. Ainda, o autor traz que a elite brasileira relutava e ainda reluta para abrir mão da “liberdade”. Se na época a pauta era a abolição da escravatura, hoje enfrenta-se o preconceito latente em relação às minorias, sejam elas, mulheres, negros e outros, reforçando ainda mais as desigualdades.

Torna-se evidente que o patriarcado contribuiu para a consolidação de condutas sociais que legitimam desvantagens para as mulheres. Tais padrões configuram uma estrutura de poder entre os gêneros, fortemente perpetuada no espaço rural. No entanto, verifica-se na atualidade, novas perspectivas de gênero, possibilitando às mulheres do campo emancipação em suas tarefas, e assim, o protagonismo feminino no meio rural. Fato que vem a garantir inovações nos processos produtivos e também, novos e importantes questionamentos a respeito da estrutura familiar e da condição de mulher no campo (Toaldo, 2019).

Todavia, as transformações políticas, sociais e culturais somente serão possíveis se houver novas relações hierárquicas, diminuindo a opressão e mudando os padrões de poder estabelecidos e difundidos acerca do gênero e patriarcalismo social, principalmente no meio rural.

2.5 Cuidado e gênero

Os cuidados (*care*) prestados, quer pela rede familiar, quer pelas redes institucionais, são predominantemente prestados por mulheres. Os cuidados e os cuidadores remetem para uma “linha de gênero” que percorre a lógica, quer das redes da terceira idade quer dos cuidados com os idosos (Torres *et al.*, 2004). O gênero é um “termo utilizado no contexto social, podendo ser definido como um esquema de categorização dos indivíduos, esquema esse que utiliza

diferenças biológicas como base para a designação de diferenças sociais” (Nogueira, 2001).

Para Molinier (2004, p. 227) o conceito de *care* refere-se a um conjunto de atividades “ligadas à gravidez, criação e educação das crianças, aos cuidados com as pessoas, ao trabalho doméstico e, de forma mais abrangente, qualquer trabalho realizado a serviço das necessidades dos outros”.

Entende-se, portanto, que o cuidado é um trabalho diário de produção de bens e serviços necessários para manter e reproduzir a vida humana, a sociedade e a economia, e garantir o bem-estar de todas as pessoas. Diz respeito a atividades de cuidados cotidianos, como cozinhar, limpar, organizar a vida doméstica e promover apoio a pessoas com diferentes níveis de dependência ou vulnerabilidade (Brasil, 2023).

Na família são prestadas uma série de atividades diárias não remuneradas. Estas dizem respeito a cuidados instrumentais relacionados com atividades domésticas necessárias à sobrevivência da mesma. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua 2019 levantou informações sobre pessoas que cuidam dentro ou fora do domicílio. Encontrou 45,1 milhões de pessoas, das quais cerca de 63% eram mulheres, 32,9% tinham mais de 60 anos e 22,5%, mais de 65 anos. Chama-se atenção para uma diferença importante de gênero na questão do cuidado familiar e também no marcador idade, reforçando que o cuidado é prestado, em sua maioria por mulheres idosas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019).

Os homens e mulheres estão envolvidos em diferentes formas de dar e receber e em posições sociais diferentes. Geralmente, pais e filhos trocam bens e recursos financeiros e mães e filhos e filhas trocam mais serviços e cuidados, pelo que existe nestas trocas uma relação de gênero. A razão para essas diferenças parece estar no fato de homens e mulheres terem diferentes acessos aos recursos que podem partilhar e distribuir, especialmente aos recursos financeiros, assim como a sociedade lhes atribuir diferentes responsabilidades

na divisão do trabalho doméstico, sobretudo no que se refere aos cuidados familiares. Verifica-se também que existem tarefas nas quais as disparidades de comportamento entre os sexos são mais visíveis, nomeadamente o preparar as refeições, limpar a casa, cuidar da roupa, atividades que são predominantemente femininas (Carvalho, 2009).

Cuidar decorre das expectativas sociais sobre o conceito cultural de família e continua a ser parte das obrigações femininas. Não se observam, no mesmo compasso das transformações que ocorrem no mundo e nas discussões de gênero, mudanças culturais profundas do *ethos* masculino e nem de reformas significativas por parte dos Estados Nacionais que aliviem o peso dessas ditas obrigações (Cangiano *et al.*, 2009). Costuma acontecer que, nas famílias, uma mulher é escolhida como cuidadora pela pessoa de quem cuida, ou é autoescolhida, ou ainda, exerce essa função por falta de outra opção.

As questões do gênero em relação aos cuidados e aos cuidadores são ditadas pela cultura e organização social, política e ideológica. Por isso, as expectativas dos indivíduos face aos cuidados e aos cuidadores estão associadas a essas relações. O estudo de Torres *et al.* (2004) demonstra precisamente que os homens esperam que os seus cuidadores sejam as suas mulheres e os filhos ou filhas; e as mulheres esperam que o seu cuidador seja a filha e não o marido. Da mesma forma, ao nível das representações, os cuidados e os cuidadores aparecem identificados como sendo predominantemente familiares e femininos.

Em suma, o apoio familiar informal apela a trocas e à solidariedade entre as gerações, contudo, estas não têm um “sentido único”, mas sim “múltiplos” sentidos, existindo uma “transmissão que assegura uma espécie de redistribuição social” entre as gerações dentro da própria família. Entende-se também que este contrato não é imposto, ele está implícito nas escolhas de cada membro dessa família, isto é, não existe uma entidade exterior que imponha essas regras contratuais, mas é a própria família que as define.

Para Montenegro (2017) os estudos sobre família abordam os aspectos históricos, sociológicos e jurídicos, bem como aqueles relativos à estrutura, funções, subjetividades, pertencimento, metodologias de trabalho com e para a família e a relação com os diferentes modelos estruturados de políticas econômicas e sociais. Quase todos fazem a discussão da função da mulher na família e nas funções que lhe são atribuídas, sendo diversas na estrutura, bem como nos mecanismos para cuidar dos seus membros.

Conforme Kuchemann e Pefeilsticker (2010), historicamente, houve uma divisão de tarefas dentro do núcleo familiar, coube às mulheres a responsabilidade sobre as tarefas reprodutivas, enquanto aos homens foram delegadas as tarefas produtivas e, conseqüentemente remuneradas. A construção cultural da divisão sexual do trabalho, trouxe uma espécie de naturalização das atribuições, o fato de que as mulheres se dedicam ao lar transformou-se em um símbolo de status, no qual a família e o domicílio passaram a ser considerados espaços de afeto e criação a cargo delas.

Embora o modelo de homem provedor e mulher cuidadora não seja mais a marca das sociedades ocidentais, as assimetrias de papéis sociais permanecem, fazendo com que as mulheres tenham sua trajetória marcada por vulnerabilidades. As evidências são contundentes em relação às limitações que a mulher enfrenta em sua sociabilidade ora devido às próprias responsabilidades familiares que elas assumem, ora pela discriminação e preconceito que modulam relações no mercado de trabalho, ora pela sobreposição dos efeitos domésticos e discriminatórios (Passos; Souza, 2020).

Portanto, são as mulheres que abrem mão da vida pessoal, profissional, social e afetiva. E mesmo quando seu trabalho é banhado de amor e reconhecimento, ela se empobrece do ponto de vista econômico e social e passa a ter, desde então, uma existência restrita e confinada, unicamente dedicada ao cuidado (Karsch, 2003).

No estudo comparativo entre Brasil, França e Japão, Guimarães *et al.* (2011) constataram que são maciçamente as mulheres que atuam como trabalhadoras do *care* (cuidado), tanto em domicílio como nos estabelecimentos que acolhem pessoas idosas. Cuidar de filhos, pais, parentes e idosas/os foi e continua sendo parte da trajetória das mulheres. Esse trabalho requer muita energia e abdicção, com isso surge a sobrecarga física e emocional.

A baixa gratificação e a falta de visibilidade na realização do trabalho de cuidado constituem quadro determinante para o adoecimento psíquico. Segundo o estudo de Pinho e Araújo (2012), há associação estatisticamente significativa entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns (TCM), quando aumentava a sobrecarga doméstica, aumentava a prevalência de TMC. O trabalho doméstico está sobreposto e interligado ao cuidado, sendo que não existe cuidado dentro do núcleo familiar sem que haja alguém para limpar, cozinhar e zelar, o cuidado é um conceito amplo, que vai além da enfermidade.

Diante do exposto, o trabalho de cuidado, seja ele remunerado ou não, traz implicações para a vida da mulher que o realiza, quando executado por idosas, esse torna-se ainda mais preocupante diante das diversas opressões enfrentadas ao longo da vida e que se entrelaçam aos marcadores de diferença, gerando sofrimento, falta de reconhecimento e esgotamento físico e mental para quem realiza o *care*.

A questão do cuidado extrapola a esfera familiar e a responsabilidade individual para alcançar o âmbito público e os diferentes segmentos sociais. Assim sendo, pressupõe redefinições nas relações de gênero, nos arranjos e nas responsabilidades familiares e na alteração do perfil das políticas públicas voltadas para as questões que envolvam o cuidado.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

Capítulo omitido por questões de originalidade de produção científica.

4 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

Capítulo omitido por questões de originalidade de produção científica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados a respeito do envelhecimento populacional acelerado, a feminização da velhice, as pesquisas divulgadas em relação às vulnerabilidades enfrentadas por mulheres idosas, sua exposição a fatores predisponentes a doenças e a carência de estudos das diferentes experiências do ser mulher idosa, mostrou-se relevante a busca por compreender como se apresenta o contexto da saúde mental na vida para mulheres idosas em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. Assim, este estudo trouxe à tona a realidade comumente enfrentada por mulheres idosas, inseridas em um contexto rural a partir de suas próprias percepções e subjetividades.

Os resultados encontrados na pesquisa que deu origem às duas produções científicas que compuseram essa dissertação, mostraram que a mulher idosa está exposta a determinantes sociais da saúde que englobam fatores distintos e relacionados a vários aspectos e modos de vida. Já a interseccionalidade permitiu compreender os marcadores sociais de diferença, discutidos nesse estudo – gênero, idade, território/trabalho – mostrando que estão interligados e associados à análise da realidade de mulheres idosas no Brasil, aqui baseado no território rural. Os dados apontam as vulnerabilidades de uma mulher idosa que vive nesse território e que enfrenta diariamente questões históricas, culturais e sociais.

Quanto às vivências relatadas pelas idosas em relação ao sofrimento psíquico enfrentado por elas, as realidades se mostraram semelhantes. As trajetórias por elas relatadas, possibilitaram compreender sob a perspectiva das entrevistadas os enfrentamentos diários relacionados ao tema. Todavia, as múltiplas atividades desenvolvidas, ainda que um desafio para todas, demonstram que as mulheres são protagonistas de sua história e não devem ser ignoradas nem invisibilizadas, pois elas são fundamentais no contexto rural familiar e na sociedade. Por último, é essencial mencionar que as mulheres

desempenham uma tarefa crucial, sem a qual a sociedade e a economia não funcionariam de forma rotineira. Cabe às áreas de conhecimento científico reconhecerem o valor produtivo do trabalho feminino, seja ele remunerado ou não.

A pesquisa revelou que o cuidado é presença constante na vida dessas mulheres, atravessando distintos marcadores sociais da diferença, como gênero, idade, território/trabalho. Ainda, o estudo mostrou que esses marcadores não são apenas interconectados, mas também se reforçam mutuamente, criando experiências complexas e interseccionadas únicas para cada mulher. É importante destacar que o cuidado exercido por essas mulheres não abrange somente o cuidado em si, mas também questões domésticas, familiares, saúde-doença, trabalho, que são atividades naturalmente internalizadas. Porém, questões externas, como doenças dos familiares, dor da perda, excesso de trabalho, são estressores que trazem sofrimento psíquico.

Ainda, após analisar as falas pode-se identificar fatores de risco e proteção dentro do contexto vivido por elas no território estudado. Os fatores de risco se sobrepõem e se interligam, pois, ser mulher e envelhecer em uma sociedade machista e gerofóbica causa sofrimento, quando associado ao papel da mulher na família, ao excesso de trabalho doméstico e no campo, onde se destacam a baixa escolaridade e a dupla jornada de trabalho; a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, essas condições abarcam uma vida de sofrimento e muitos desafios. Por outro lado, existem fatores protetivos, que minimizam essa carga, como o apoio dos filhos, a segurança familiar, as relações comunitárias, a aposentadoria e a subsistência rural.

Um fator limitante dessa pesquisa foi a quantidade reduzida de participantes na amostra. Isso pode trazer resultados pontuais de um grupo restrito, não podendo ser generalizado para contextos semelhantes e com uma população mais abrangente ou para contextos distintos, como é o caso do território urbano.

Por fim, este estudo não teve a pretensão de esgotar a temática abordada. Sugere-se a realização de outros estudos que busquem identificar os diferentes contextos e interfaces do envelhecimento, visto que possibilitará minimizar impactos negativos oriundos do processo de envelhecer.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. **Do setor ao território**: funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

ADLER, Nancy. Health Disparities: Monitoring, Mechanism, and Meaning. *In: NIH Conference on Understanding and Reducing Health Disparities Contributions from the Behavioral and Social Sciences*, Bethesda Maryland, 2006, p. 23. Disponível em: <<http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>>. Acesso em: 20 set. 2022.

ALCÂNTARA, Adriana. Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. *In: ALCÂNTARA, A.; CAMARANO, A.A; GIACOMIN, K.C. (Org). Políticas Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Cap. 12, p. 323-342.

ALLEN, Kerry Elizabeth. The social space(s) of rural women. **Rural Society**, n.12, v. 1, p. 27-44, 2002.

ALMEIDA, Alessandra Vieira *et al.* A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010.

ANDRADE, Andrea Garboggini Mello *et al.* Território e Determinantes Sociais em Saúde. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador - ASST aplicada aos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-37, 2021.

BALDIN, Carla Borsoi; FORTES, Vera Lucia Fortunato. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira da Ciência do Envelhecimento Humano** – RBCEH, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 43-54, jan. 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 1977.

BLAZER, Dan G. Depression in late life: review and commentary. **J. Gerontol. A Biol Sci Med Sci**, n. 58, p. 249-65, 2003.

BIRN, Anne-Emanuelle. Historicising, Politicising and Futurising Closing the gap in one generation: health equity trough action on the Social Determinants of

Health. *In*: BHATTACHARYA, S.; MESSENGER, S.; OVERY, C. (Org). **Social Determinants of Health: Assessing Theory Policy and Practice**. New Delhi: Orient Blackswan Private Limited, 2010.

BRITO, Maria da Conceição Coelho *et al.* Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise de produção científica. **Revista Kairós**, São Paulo, n. 16, v. 3, p. 161-178, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i2p161-178>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRUMER, Anita. Gênero e agricultura: A situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 205-227, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANGIANO Alessio; SHUTES Izabel; SPENCER Sara; LEESON George. **Migrant care workers in ageing societies**. Oxford: University of Oxford; 2009. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.compas.ox.ac.uk/wp-content/uploads/PR-2009-Care_Workers_Ageing_UK.pdf. Acesso em: 06 fev. 2024.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro. *In*: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 1, p. 25-73

CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efigênia Ferreira; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.7, p. 2221-37, 2015.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; RAMALHO, Walter Massa; ZANELLO, Valesca. Saúde mental e gênero: o perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia**, n. 22, v. 1, p. 68-77, 2017.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 57, v. 5, p. 611-614, 2004.

CARNEIRO, Isabel. O processo de debate e a construção de direitos. **Universidade Aberta do Nordeste**: Fundação Demócrito Rocha, 2020.

CARNEIRO, Maria José. “Rural” como categoria de pensamento. **Ruris**, Campinas, n. 2, v. 1, p.9-38, 2008.

CARREIRA, Lígia *et al.* Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UERJ**, n.19, v. 2, p. 268-273, 2011.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 77-96, 2009.

CAVALCANTI, Alana Diniz *et al.* O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n.1, p.15-23, 2018.

CLEMENTE, Adalto Silva; LOYOLA FILHO, Antônio Inácio; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, n. 27, p. 555-564, 2011.

COLLINS, Patrícia Hill. **Pensamento Feminista Negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 12 maio 2023.

CRUZ, Danielle Telles *et al.* Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. **Revista Saúde Pública**, v. 51, n.106, p. 1-13, 2017.

CUNHA, Ricardo Vivian; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovani Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 15, v. 2, p. 346-354, 2012.

DAWALIBI, Nathaly Webber *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n.3, p. 393-403, jul/set. 2013.

FANTACINI, Camila Maria Fernandes; FIORATI, Regina Celia. A influência dos determinantes sociais na saúde mental do idoso na percepção da qualidade de vida. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n.3, p. 339-361, 2021.

FANTACINI, Camila Maria Fernandes. **Determinantes Sociais da Saúde Mental do Idoso**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-22102019->

191724/publico/CAMILAMARIAFERNANDESFANTACINI.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

FERREIRA, Marielle Cristina Gonçalves. **Representações sociais de qualidade de vida por idosos: contribuição para o cuidado de enfermagem**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/852732.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GONÇALVES, Daniel *et al.* Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. **Int J Psychiatry Med**, n. 41, p. 3-13, 2011.

GORDIA, Alex Pinheiro *et al.* Domínio social da qualidade de vida de adolescentes e sua associação com variáveis comportamentais, biológicas e sociodemográficas. **Revista de Educação Física UEM**, v. 26, n. 3, p. 451-463, 2015.

GORETTI, Maria *et al.* As cidades e os choques epidemiológicos. In: 6º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA: CIDADE MAIS JUSTA E SAUDÁVEL, 2004, Recife. **Anais [...]** Recife: Radis Comunicação em Saúde, 2004. p.1-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/wNmfDPbNvtkHZPSZHBxsKhc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima; BRUSCHI, Michael. **Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social**. Petrópolis, Vozes, 2003.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **J. Epidemiology Community Health**, n. 53, p. 263, 1999.

HEREDIA, Beatriz Maria Alásia; CINTRÃO, Rosangela Pezza. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. **Revista NERA**, Presidente Prudente, v. 9, n. 8, p. 01-28, 2016. DOI: <https://doi.org/10.47946/rnera.v0i8.1443>. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1443>>. Acesso em: 12 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS)**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2019. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 10 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** (PNAD). Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 10 ago. 2023.

JUÁREZ-RAMÍREZ, Clara *et al.* La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 4, p. 284-290, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/08.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022.

KARAM, Karen Follador. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. **Revista Estudos Feministas**, n. 12, v. 1, p. 303-320, 2004.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KRIEGER, Nancy. A glossary for social epidemiology. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.10.693>. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/55/10/693>. Acesso em: 14 ago. 2022.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid; PFEILSTICKER, Zilda Vieira de Souza. Cuidado com os idosos e as idosas: um trabalho feminino e precário. *In: IV SEMINÁRIO DE TRABALHO E GÊNERO – PROTAGONISMO, ATIVISMO, QUESTÕES DE GÊNERO REVISITADAS*, 2010, Goiás. **Anais [...]** Goiás: Universidade Federal de Goiás, 2010. Disponível em: https://strabalhoegenero.cienciassociais.ufg.br/up/245/o/Astrid_Zilda.pdf.

LASTA, Eduarda Corrêa. **Gênero, trabalho e envelhecimento do meio rural**. 2022. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2022.

LE BRETON, David. O envelhecimento intolerável. *In: Antropologia do Corpo e Modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

LIMA, Ana Nery Correa. Mulheres militantes negras: a interseccionalidade de gênero e raça na produção das identidades contemporâneas. *In: II CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES*, 2013, Belo Horizonte. **Anais [...]** Belo Horizonte: Aninter, 2013. p. 1-15.

LOPES, Ruth Gelehrter Costa. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC, 2000.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia; NOGUEIRA, Conceição; TONELI, Maria Juraci Filgueiras. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. **Rev. Psicologia & Sociedade**, n.28, v.1, p. 115-124, 2016.

MAIA, Luciana Colares; DURANTE, Ariane M. G.; RAMOS, Luiz Roberto. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, n. 38, v.5, p.1-6, 2004.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan.; FERMOSELI, André Fernando de Oliveira. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. **Psicologia, Saúde e Doenças**, São Paulo, v. 18, n.3, p. 801-813, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180314>. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714014.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan *et al.* A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 8, n.2, p. 239-252, 2019.

MINGUELLI, Beatriz *et al.* Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Arch. Clin. Psychiatry**, n. 40, v. 2, p. 71-76, 2013.

MIGUEL, Luís Felipe; BIROLI, Flávia. Práticas de gênero e carreiras políticas: vertentes explicativas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.18, n.3, p.653-679, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000300003>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/VXvt64f7BzmgKcvxdmQR8Zr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2022.

MONTENEGRO, Rosiran Carvalho de Freitas. **Idosos em situação de dependência: quem cuida?** Elementos para o debate. 2017. 346 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

MORAES, Andrea. O corpo no tempo: velhos e envelhecimento. *In*: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (Org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011, p. 430-432.

NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. *In*: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001, São Paulo. **Anais** [...] São Paulo: GERP, 2001. p. 118. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2022.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda Piedade. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v.6, n.1, p.40-53, 2010.

NOGUEIRA, Conceição. **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero**. Ministério da Ciência e da Tecnologia. Lisboa, Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2001.

NOGUEIRA, Conceição. A teoria da interseccionalidade nos estudos de gênero e sexualidades: condições de produção de “novas possibilidades” no projeto de uma psicologia feminista crítica. *In*: BRIZOLA, Ana Lúcia Campos; ZANELLA, Andrea Vieira; GESSER Marivete (Coord.). **Práticas sociais, políticas públicas e direitos humanos**. Florianópolis: ABRAPSO, 2013. p. 227-248.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional: uma reflexão sobre o mito da democracia racial no Brasil. **Revista Interritórios**, Caruaru, v.6, n.10, p. 1-16, 2020.

OLIVEIRA, Leidiane Souza. Patriarcado, conservadorismo contemporâneo e os desafios para as mulheres no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 22, n. 2, p. 845-862, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v22n2p845-862>. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/10567/618>. Acesso em: 05 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde, Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: WHO; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Determinantes Sociais da Saúde**. Genebra: WHO; 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Social determinants of health**. 2012. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 20 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization; 2022.

ONU. **World Population Prospect 2019**: highlights. United Nations - New York, 2019.

PATEL, Vikram *et al.* Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, n. 49, p. 1461-71, 1999. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00208-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00208-7). Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699002087>>. Acesso em: 24 set. 2022.

PASSOS, Luana; SOUZA, Lorena. Vulnerabilidades cruzadas: mulheres e suas diversas experiências. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n.1, p.198-209, abr. 2021.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

PINHO, Mirian Ximenez; CUSTÓDIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n. 12, v. 1, p. 123-140, 2009.

PINQUART, Martin; SORENSEN, Silvia. Influências na solidão em idosos: uma meta-análise. **Psicologia Social Básica e Aplicada**, n. 23, v. 4, p. 245–266, 2001.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Expressão popular, 2004, p.44. 68. *In: Movimento das Mulheres Camponesas*. Cartilha Sudamérica. 2012, p.16.

SALES Jaqueline Carvalho e Silva *et al.* Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 10, n.5, p.1840-1846, 2016.

SALGADO, Carmen Delia Sanchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4716>. Disponível: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SANTOS, Ângela Aparecida *et al.* Estudos rurais: uma breve retórica sobre o patriarcado. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n.10, p.76533-76548, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-177. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17968/14546>. Acesso em: 26 set. 2022.

SCHWARTZ, Eda. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil**: uma perspectiva ecológica. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, Juremir Machado da. **Raízes do conservadorismo brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

SILVA, Willian Lucas Ferreira; PAULA, Graziela Lonardoní; GOMES, Leonardo Campos; CRUZ, Daniele Telles. Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1-12, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/zppmS36dmR9ckP66XGTJXVh/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2010.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; PAULUCCI, Tatiana Dias. Análise da sintomatologia depressiva entre idosas institucionalizadas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, n. 1, v.1, p. 40-46, 2011. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.20>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/20/71>. Acesso em: 10 jul. 2022.

TOALDO, Adriane Medianeira. **O papel do município na saúde da mulher rural**: uma perspectiva de emancipação do gênero a partir da ideia de subsidiariedade, gestão integrada e controle social. São Paulo: Max Limonad, 2019.

TORRES, A. C. *et al.* **Homens e mulheres entre a família e o trabalho**. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 2004.

ZANELLO, Valeska; SILVA, Livia Campos e; HENDERSON, Guilherme. Saúde Mental, Gênero e Velhice na instituição Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n.4, p. 543-550, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042444543550>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/qzfZqrSwzvzzTjzDJR6mmGp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2022.

ZANETTI, Marcus Vinicius; COELHO, Bruno Mendonça; LOTUFO NETO, Francisco. Residência em psiquiatria no Brasil: uma contribuição para o debate. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 27, v. 1, p. 9-10, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/DrKpSX6bhTRyBx9jjH6fhgQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2022

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: “Mulheres idosas da zona rural e sofrimento psíquico: um estudo sobre os determinantes sociais da saúde”, de responsabilidade da pesquisadora Ana Paula Prigol, orientada pela Profa. Dra. Cristina Fioreze, e coorientada pela Profa. Dra. Patrícia Ketzer, cujo objetivo é identificar, a partir do ponto de vista de mulheres idosas da área rural de um município de pequeno porte do estado do Rio Grande do Sul, como os determinantes sociais de saúde estão ligados ao quadro de sofrimento psíquico dessas mulheres.

Esta pesquisa justifica-se devido à importância de identificar como os determinantes sociais da saúde vivenciados ao longo da vida por idosas do meio rural, trazem consequências para a sua saúde, em especial para a saúde mental, gerando sofrimento psíquico. Esta pesquisa possibilita ainda estudar as relações desses determinantes com as questões de gênero e proporcionar subsídios para que se possa constituir políticas de saúde pública mais efetivas e pontuais.

A sua participação na pesquisa acontecerá em dois momentos, em data e horário a combinar previamente, segundo disponibilidade. Você participará de um grupo composto por 15 mulheres, da sua idade, e o encontro terá duração de 1 hora, e será composto por uma conversa dinâmica sobre questões vivenciadas ao longo da vida e que possam ter trazido sofrimento e dor.

Em caso de você sentir cansaço, desconforto ou irritação em algum momento da conversa, você poderá pedir para sair do grupo e a pesquisadora ficará à disposição caso você necessite, comprometendo-se em orientá-la e encaminhá-la para os profissionais especializados na área, caso necessário.

Ao participar da pesquisa, você terá como benefício um momento de livre expressão e também discutir o tema e seus benefícios no processo de viver e envelhecer. Além de que futuramente este conhecimento possa servir como embasamento na formulação de alternativas para intervenção no benefício da sociedade.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo inclusive os dados finais.

Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem risco de represálias ou punição e também sem nenhuma penalização ou prejuízo a si.

Havendo despesas em relação à alimentação ou transporte, você terá o direito de ser ressarcido (a) e você não receberá pagamento pela sua participação no estudo. Caso ocorra dano comprovadamente decorrente da sua participação na pesquisa, você tem o direito de buscar indenização.

As suas informações serão gravadas, transcritas e posteriormente destruídas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados. A utilização de codinomes preservará sua privacidade.

Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados, privacidade, proteção da imagem, bem como a não utilização das informações em prejuízo seu e/ou da comunidade. Será garantido a você que os dados do estudo desenvolvido serão utilizados unicamente como previstos no projeto de pesquisa.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento da pesquisadora ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicada na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Ana Paula Prigol (54) 99913-3260, ou com o curso de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano (54) 3316 – 8384, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 – 8157, no horário das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira. O Comitê está localizado no Campus I da Universidade de Passo Fundo, na BR 285, Bairro São José, Passo Fundo/RS. O Comitê de Ética em pesquisa exerce papel consultivo e, em especial, educativo, para assegurar a formação continuada dos pesquisadores e promover a discussão dos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos na comunidade.

Desta forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Lagoa Vermelha, ____ de _____ de ____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Ana Paula Prigol

Assinatura: _____

Apêndice B. Ficha de Identificação Socioeconômica

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS PARTICIPANTES

Caracterização das participantes da pesquisa: *“Mulheres idosas da zona rural e sofrimento psíquico: um estudo sobre os determinantes sociais da saúde”.*

Pesquisadora responsável: Ana Paula Prigol

1. Com quem mora? _____
2. Tem filhos? () sim () não. Quantos? _____
3. Cuida de alguém? () sim () não. Quem? _____
4. É aposentada? () sim () não
5. Ocupação anterior: _____
6. Tem alguma ocupação atualmente? () sim () não. Qual? _____
7. Possui renda individual? () sim () não. Se sim, qual a origem de sua renda?
8. Recebeu algum desses diagnósticos nos últimos 5 anos? () Depressão ()
Ansiedade () Esquizofrenia () Transtorno bipolar () Outros. Qual? _____
9. Desde quando reside no interior/zona rural? _____
10. Data de nascimento: ____/____/____
11. Escolaridade: _____
12. Estado Civil: () casada () viúva () solteira () divorciada

Apêndice C. Roteiro Norteador

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Título da Pesquisa: “Mulheres idosas da zona rural e sofrimento psíquico: um estudo sobre os determinantes sociais da saúde”.

Pesquisadora responsável: Ana Paula Prigol

Questões norteadoras:

1. Como é ou foi vivenciar o diagnóstico de sofrimento psíquico?
2. Quais sentimentos vocês vivenciaram ou vivenciam?
3. Esse quadro em algum momento prejudicou ou prejudica sua rotina de vida?
4. Quais situações da tua vida ou do dia-a-dia podem ter contribuído para o surgimento dessa doença?
5. Vocês acreditam que ser mulher seja um fator que contribuiu para esse diagnóstico?
6. Existe alguma relação entre esse sofrimento e o viver no campo?
7. Existe alguma relação entre esse sofrimento e o trabalho no campo?
8. Existe alguma relação entre esse sofrimento e sua renda/vida financeira?

ANEXOS

Anexo A. Parecer Circunstanciado CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres idosas da zona rural e sofrimento psíquico: um estudo sobre os determinantes sociais da saúde

Pesquisador: ANA PAULA PRIGOL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05080222.0.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.799.984

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como tema o sofrimento psíquico de idosas da zona rural e a sua relação com os determinantes sociais da saúde, ou seja, como esses determinantes interferem, ao longo da vida, na saúde dessa população. Especificamente, busca-se compreender as repercussões dos determinantes sociais na vida da mulher idosa no âmbito rural; analisar os determinantes sociais de saúde e o sofrimento psíquico e descrever os determinantes sociais de saúde em sua associação com as questões de gênero no âmbito rural. A população do estudo será por conveniência e constituída por idosas da comunidade de Santa Luzia, localizada no município de Lagoa Vermelha, cidade de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul. A amostra será não probabilística e contará com 15 idosas. A coleta de dados será através do grupo focal. Os dados serão analisados através do método de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar, a partir do ponto de vista de mulheres idosas da área rural de um município de pequeno porte do estado do Rio Grande do Sul, como os determinantes sociais da saúde estão ligados ao quadro de sofrimento psíquico dessas mulheres.

Objetivo Secundário:

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - 4º andar Centro Administrativo
Bairro: São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 5.799.964

Compreender as repercussões dos determinantes sociais na vida da mulher idosa no âmbito rural;
Analisar os determinantes sociais de saúde e o sofrimento psíquico de mulheres idosas do meio rural;
Descrever os determinantes sociais de saúde em sua associação com as questões de gênero no âmbito rural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo traz como risco ao participante a possibilidade de sentir cansaço, desconforto ou irritação em algum momento da conversa.

Benefícios:

O estudo traz como benefícios ao participante um momento de livre expressão e também discutir o tema e seus benefícios no processo de viver e envelhecer. Além de que, futuramente, o conhecimento construído poderá servir como embasamento na formulação de alternativas para intervenções em saúde, em benefício da sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa consiste em um estudo de campo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. Trata-se de delineamento adequado para

trabalhar aspectos específicos de um fenômeno e suas decorrências, apropriado para a pergunta da pesquisa, especialmente diante da escassez de

estudos sobre o tema e a conformidade territorial aqui proposta. A população do estudo é formada por 44 idosas residentes na comunidade de Santa Luzia, no município de Lagoa Vermelha, cidade de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. A

amostragem do estudo será não probabilística e definida por conveniência, constituída por 15 idosas com diagnóstico de sofrimento psíquico nos últimos 5 anos, residentes naquela

comunidade. A definição da quantidade de participantes está relacionada com a indicação da literatura sobre o número ideal de membros para realização de grupo focal, que é de até 10 pessoas. Assim, serão convidadas 15 pessoas para garantir a participação de cerca de 10 delas.

Critérios de inclusão: residir na comunidade do estudo; ter recebido algum diagnóstico associado a sofrimento psíquico nos últimos 5 anos; desejar participar da pesquisa; ter 60 anos ou mais; assinar o TCLE.

Critérios de exclusão: não residir na comunidade do estudo; não ter diagnóstico associado a sofrimento psíquico nos últimos 5 anos; tiver menos de 60 anos; não desejar participar da pesquisa.

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - 4º andar Centro Administrativo
Bairro: São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 **E-mail:** cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



Continuação do Parecer: 5.799.964

A amostragem será do tipo não probabilística por conveniência e constituída por 15 idosas com diagnóstico de sofrimento psíquico nos últimos 5 anos, residentes na comunidade de Santa Luzia. A definição da quantidade de participantes está relacionada com a indicação da literatura sobre o número ideal de membros para realização de grupo focal, que é de 10 pessoas.

Para a seleção das 15 pessoas que serão convidadas a participar da pesquisa, será realizado um encontro com as mulheres na comunidade, para falar sobre os objetivos do projeto e verificar aquelas que tenham interesse em se voluntariar à pesquisa. Registra-se que será frisado as voluntárias deverão possuir algum diagnóstico de sofrimento psíquico nos últimos 5 anos. Após o convite, será aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto àquelas idosas que desejaram participar da coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões ou pendências

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RÓJETO_2040355.pdf	06/12/2022 10:41:42		Aceito
Outros	RespostaParecerCEP.pdf	06/12/2022 10:39:53	ANA PAULA PRIGOL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ana_PlataformaBrasil.pdf	06/12/2022 10:38:11	ANA PAULA PRIGOL	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	10/11/2022 20:06:11	ANA PAULA PRIGOL	Aceito

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - 4º andar Centro Administrativo
Bairro: São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



Continuação do Parecer: 5.799.964

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/11/2022 20:04:43	ANA PAULA PRIGOL	Aceito
Outros	Ficha_participantes.pdf	10/11/2022 20:04:26	ANA PAULA PRIGOL	Aceito
Outros	Roteiro_Grupo_Focal.pdf	10/11/2022 20:03:59	ANA PAULA PRIGOL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Pesquisa.pdf	08/11/2022 11:07:21	ANA PAULA PRIGOL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisa_nao_iniciada.pdf	08/11/2022 11:02:38	ANA PAULA PRIGOL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 07 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador(a))

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - 4º andar Centro Administrativo
Bairro: São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 **E-mail:** cep@upf.br



UPF

UNIVERSIDADE
DE PASSO FUNDO

UPF Campus I - BR 285, São José
Passo Fundo - RS - CEP: 99052-900
(54) 3316 7000 - www.upf.br