



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL – MESTRADO PROFISSIONAL

Suélen Felipe Gonçalves

Envelhecimento feminino e medicalização: uso de psicotrópicos por mulheres idosas

Florianópolis

2021

Suélen Felipe Gonçalves

Envelhecimento feminino e medicalização: uso de psicotrópicos por mulheres idosas

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino

Florianópolis
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gonçalves, Suélen Felipe

Envelhecimento feminino e medicalização : uso de
psicotrópicos por mulheres idosas / Suélen Felipe Gonçalves
; orientador, Maria Terezinha Zeferino, 2021.

81 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Mulheres
idosas . 3. Envelhecimento. 4. Medicalização. 5.
Psicotrópicos. I. Zeferino, Maria Terezinha . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Suélen Felipe Gonçalves

**Envelhecimento feminino e medicalização: uso de psicotrópicos por mulheres
idosas**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Dra. Denise Cord
UFSC (Membro titular)

Prof. Dr. Robson de Oliveira
UFPR Litoral (Membro titular)

Profª. Dra. Luciana Patrícia Zucco
UFSC (Membro suplente)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profª. Dra. Maria Terezinha Zeferino
Orientadora

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

São inúmeras as pessoas a quem sou grata por contribuírem de alguma forma em minha caminhada acadêmica até a finalização deste trabalho. Foram momentos de desafios, de inseguranças e, com certeza, de muito aprendizado. Por isso, quero agradecer a vocês, que são especiais para mim!

Em primeiro lugar, sou grata às mulheres idosas que aceitaram participar deste estudo num contexto de pandemia mundial. Sem vocês não teria sido possível. Agradeço a coragem e disposição ao compartilharem suas histórias, experiências, expectativas e lutas.

À UFSC, universidade pública, que possibilitou que eu, mulher, de classe trabalhadora, pudesse ingressar na universidade e ter acesso a um ensino de qualidade desde a graduação até o momento no mestrado. Sem a política pública educacional, certamente não teria sido possível.

Agradeço às/aos professoras/es do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, às/aos servidores/as técnicos/as e demais trabalhadoras/es que fazem parte de toda a engrenagem para que a universidade se torne esse espaço possível de estar.

À professora Maria Terezinha, orientadora nesse percurso do mestrado, pela ética e compromisso, por ser lanterna em momentos onde parecia não ter saída. Sou grata por sua paciência, empatia, cuidado e por tornar os processos acadêmicos leves, alegres e possíveis.

À professora Luciana Zucco, membra da banca de qualificação, que foi a maior propulsora da aproximação aos estudos feministas e de gênero. Obrigada pelo cuidado, respeito e afeto, que nos inspiram a ocuparmos também outros lugares.

À professora Denise Cord, meu muito obrigada pela participação tão especial na banca de qualificação, pelo deciframento das lacunas internas e externas contidas na condução da disciplina Medicalização da Educação, que possibilitou ir em direção ao que faz sentido.

Ao Robson, por ter aceitado o convite para participar da banca de avaliação deste trabalho e que contribuiu significativamente para minha caminhada profissional e acadêmica. Obrigada pela disponibilidade e comprometimento de sempre.

À minha família: Isael, meu amor e maior incentivador para integralização do mestrado. À minha mãe, Joseane; meu pai, Marcelo, e aos meus irmãos Rodrigo e Ruderson, sempre com suas palavras de incentivo para que eu seguisse adiante. Às minhas cunhadas, Tayna e Tainá, e Pedrinho, que chegou e reverberou o melhor dos sentimentos em todos nós. Vocês são muito importantes para mim!

À professora da turma de ballet, Victória Scatena, inspiração de disciplina e coragem, que em tempos tão difíceis me salvou com a constância de suas aulas, me ensinando a paciência e o respeito ao processo de aprendizagem, que é uma constante.

Às doces e amorosas amigas que o ballet me trouxe, gratidão pela amizade que construímos e nutrimos a cada troca.

À querida amiga Érica, por sua disposição, escuta e presença tão acolhedora.

À amiga, assistente social, bailarina, artista, feminista, May. Obrigada por sua disponibilidade, pelas trocas, pela leveza. Você foi muita inspiração na construção deste trabalho.

Querida amiga Duda, uma das belas surpresas da vida, gratidão por sua calma, por SER inspiração.

À Bru, toda minha gratidão pela amizade, presença e afeto.

Bia, Mari, Maia, Ana, Barbara's, Nina, Mi e Jailson, queridas amigas que o mestrado me trouxe. Gratidão pela amizade que construímos e pela vulnerabilidade e força compartilhadas.

*Tenho o privilégio de não saber quase tudo.
E isso explica
o resto.
(Manoel de Barros)*

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos. A pesquisa realizada na modalidade de entrevista individual e em profundidade, foi realizada com cinco mulheres que acessam um serviço público na cidade de São José (SC), que usam as medicações psicotrópicas. Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro semiestruturado que buscou apreender as características sociodemográficas, informações sobre trabalho, renda, habitação e locomoção, sobre acesso à rede de serviços, para que fosse possível um entendimento mais ampliado sobre as experiências do uso de psicotrópicos: contextos, motivos do uso, significados, expectativas, tempo de uso, e, por último, uma breve discussão sobre a pandemia da Covid-19. Os resultados apontam que o uso de psicotrópicos pelas mulheres está permeado por contextos de privações de direitos, no âmbito econômico, histórico de estresse e sobrecarga no trabalho, relação afetivo-sexual e perda de companheiro, amigos e familiares. A ausência de recursos financeiros é um fator para a restrição de alternativas além do psicotrópico para lidar com situações inerentes à vida. Desse modo, o psicotrópico se apresenta como alívio e busca de bem-estar de sofrimento acarretado pelas condições sociais, econômicas e culturais as quais encontram-se submetidas.

Palavras-chave: Mulheres idosas. Envelhecimento. Medicalização. Psicotrópicos.

ABSTRACT

The present study aimed to understand the interrelationships between the elderly female population and the use of psychotropic medications. The research was carried out in the modality of individual and in-depth interview, with five women who access a public service in the city of São José/SC, who use psychotropic medications. For data collection a semi-structured script was used that sought to apprehend the socio demographic characteristics, information about work, income, housing and transportation, about access to the network of services, so that it was possible to have a broader understanding about the experiences of psychotropic use: contexts, reasons for use, meanings, expectations, time of use, and finally a brief discussion about the pandemic of COVID-19. The results indicate that the use of psychotropic drugs by women is permeated by contexts of deprivation of rights, in the economic sphere, history of stress and overload at work, affective-sexual relationships, and loss of partners, friends, and family members. The absence of financial resources is a factor for the restriction of alternatives other than psychotropic drugs to deal with situations inherent to life. Thus, the psychotropic drug is presented as a relief and search for well-being from suffering caused by social, economic and cultural conditions to which they are submitted.

Keywords: Elderly women; Aging; Medicalization; Psychotropic drugs.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	Pessoas idosas e o modo de produção capitalista: tecendo algumas reflexões	19
3.2	A medicalização e seu apelo ao envelhecimento	23
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5.1	Artigo - a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos	33
6	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	61
	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	67
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	69
	ANEXO A – Solicitação de Campo de Pesquisa	73
	ANEXO B – Declaração de autorização para execução da pesquisa	74
	ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº 924.432/2014.....	75
	ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº 3.057.573/2018.....	78

APRESENTAÇÃO

Este trabalho parte de inquietações originadas da experiência pessoal, acadêmica e profissional. As iniquidades sociais, opressões e explorações vivenciadas e presentes na realidade de pessoas próximas geravam sentimento de indignação que me impulsionaram à escolha pelo Serviço Social. Buscava na guia dos cursos de graduação da UFSC algum que me possibilitasse conhecer e obter ferramentas para lutar por direitos.

Iniciei o curso de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no segundo semestre de 2011, com bolsa de permanência estudantil. No ano de 2013 ingressei no estágio não obrigatório na Secretaria Executiva do Conselho Municipal do Idoso (CMI) de Florianópolis. Foi a partir dessa experiência que o interesse para as discriminações e invisibilidades vivenciadas pela população idosa foi despertado, ainda sem o olhar para outros atravessamentos e diferenças presentes na pluralidade que é a população idosa.

Em 2014, com o final do curso se aproximando, pertencente à classe trabalhadora e à sabida difícil inserção como assistente social, prestei concurso para um cargo de nível médio no qual obtive aprovação e permaneço atualmente, sendo uma extensa experiência pelos serviços da Política de Assistência Social. Pela jornada de 40 horas semanais, entre outros motivos concretos e subjetivos, não foi possível ainda a inserção como assistente social.

A ida para o CATI e a inserção no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, na linha de pesquisa “Uso e abuso de substâncias psicoativas”, no ano de 2018, ocorreram simultaneamente. Nas conversas iniciais com a professora e orientadora Maria Terezinha Zeferino, ela me fez o seguinte questionamento: “E os idosos, usam drogas?”. Naquele momento recordei de alguns relatos onde as mulheres idosas usuárias do CATI mencionavam o uso de medicamento psicotrópico.

A escuta atenta aos relatos dessas mulheres, que expressavam o processo de medicalização da existência, somado ao repertório prático e teórico, descortinou o desejo de aprofundamento nessa temática. A graduação em Serviço Social e o Mestrado na Saúde Mental oportunizaram fazer as necessárias articulações das condições objetivas e subjetivas, e a soma de um desejo por compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de medicamento psicotrópico, dando voz às mulheres, que comumente estão à margem.

Decidi por realizar a escuta das mulheres idosas, ampliar suas falas, teorizá-las e apresentá-las à comunidade, sobretudo científica, para que retorne, de alguma forma, para as/os profissionais que atuam nas políticas públicas sociais.

Com a anúncio da pandemia da Covid-19, em março de 2020, o CATI interrompeu suas atividades e foi cedido à saúde, como Centro de Triagem da Covid-19. Diante disso, as/os trabalhadoras/es do CATI foram realocadas/os, daí passei por cinco serviços diferentes. Na linha de frente, realizando atendimentos diários, de forma presencial e em tempo integral, a presente pesquisa passou por pausas imensas, quase de se perder de vista, entremeadas pelo cansaço, tensão e medo pela exposição à Covid-19.

Assim, este estudo é fruto de muito trabalho e coragem para superar a insegurança e a inércia. É com muita alegria e satisfação que se apresenta a seguir a pesquisa construída ao longo desses últimos três anos, que não seria possível sem a orientação da Professora Dra. Maria Terezinha Zeferino. Foi uma caminhada que teve seus percalços, muita dedicação, e grande valia e aprendizado. Desejo uma leve e interessante leitura!

“Todas essas histórias me fazem quem eu sou. Mas insistir só nas histórias negativas é simplificar minha experiência e não olhar para as muitas outras histórias que me formaram”
(ADICHE, 2019, p. 26).

1 INTRODUÇÃO

*Mas não há dúvida que os remédios de hoje são mais bonitos de aparência e trazem nomes tão singulares que não sei como os poetas ainda não começaram a adotá-los nos títulos de seus livros de poemas. Mas isso em breve acontecerá, pois são nomes misteriosos e ao mesmo tempo moderníssimos, que, não significando claramente nada, sugerem a cada um mundos e mundos novos; o que é função artística e muito adequada neste momento em que todos estão desejando não propriamente deixar este mundo, mas trocá-lo por outro, na esperança de vida melhor
(Cecília Meireles).*

No processo de acumulação capitalista, de suas crises, estruturações e reestruturações, a sociedade vem jogando para a margem as populações que por inúmeros fatores não se encaixam no mundo do trabalho. As pessoas idosas, desse modo, tornam-se um segmento excluído por um modelo de sociedade que atua na manutenção daqueles que estão inseridos no mundo do trabalho (AZEVEDO, 2007).

Permeado por estigmas sociais, a população idosa é concebida como velha, diante da exclusão da esfera de trabalho (FALEIROS, 2007). Essa associação da velhice como um momento de perdas, decadência física e, portanto, improdutividade, é discutida desde a segunda metade do século XIX e, por estar enraizada na cultura da nossa sociedade, permanece até os dias atuais (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O “não lugar” das pessoas consideradas improdutivas exigiu e exige respostas que não serão possíveis sem “[...] a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais” (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, p. 508). Contudo, com os conflitos de interesses que permeiam o conjunto de políticas públicas e na própria relação que o Estado desempenha no âmbito da garantia dos direitos, para essas populações, entre elas, as pessoas idosas, por vezes, restava o isolamento.

As instituições estatais, como os manicômios, historicamente formavam uma espécie de depósito para os grupos considerados incômodos, como “indigentes, velhos, condenados e loucos” (FOUCAULT, 2000, p. 509). A ideia de afastamento dos sujeitos considerados “inválidos” partia da premissa de que o afastamento, o contato com a natureza, a recreação e o trabalho promoveriam um apaziguamento das paixões dos considerados loucos, cuja “agitação” seria supostamente originada pelo confronto com a sociedade (FOUCAULT, 2000).

Nessas práticas institucionais, há uma busca pela verdade, por delimitar objetivamente a norma, compondo o que Foucault chama de “diagnóstico absoluto” da psiquiatria, que servirá de base para a decisão institucional da submissão a tratamentos. Nesse sentido, os sujeitos são

transpostos do lugar de internos a pacientes, configurando o nascimento do discurso psiquiátrico, processo que alguns autores conceituam como medicalização:

A medicalização opera fazendo problemas sociais (frequentemente associados ao corpo e que colocam dilemas morais) passarem da competência jurídica àquela da medicina, novo locus privilegiado de controle social. As condutas “desviantes” são, cada vez mais, rotuladas e tratadas pela medicina, cujo mandato social autoriza e legitima a redefinição médica desses problemas sociais (HENRIQUES, 2012, p. 799).

Segundo Mendonça (*et al.*, 2008, p. 98) a medicalização se refere ao “[...] impacto da medicina ocidental na sociedade, em que está envolvida a popularização de suas terapias e de suas concepções relacionadas ao processo saúde-doença”. Trata-se da produção de um discurso que promete aos indivíduos submetidos à intervenção médica uma melhora de seu funcionamento — por vezes por meio do medicamento psicotrópico — para que, assim, permaneçam aceitos em sociedade.

A partir do século XVIII, o movimento de patologização da mulher se intensificou com a medicina, tornando o corpo da mulher objeto médico. “Em nome das normas propostas pela medicina ocidental, o corpo da mulher foi historicamente moldado para ser medicalizado” (MENDONÇA *et al.*, 2008, p. 98).

Diante desse cenário, ficam evidentes as desigualdades de gênero que marcam a vivência das mulheres idosas, permeadas por experiências de dominação-exploração/opressão/inferiorização (SAFFIOTI, 2011, p. 105). Além disso, somam-se ainda ao contexto do envelhecimento a tristeza, a solidão, entre outros, que aparecem como aspectos passíveis de serem tratados e de serem evitados. Daí resulta, por vezes, na medicalização e responsabilização individual por sua condição etária, de gênero e/ou outros marcadores sociais, que naturaliza e medica tais processos como objeto de intervenção do campo saúde.

A velhice se torna desprezível e se aprofunda na atualidade, onde há uma supervalorização do que é “novo”, e a velhice passa a ser vista como “[...] sinônimo de fatores tidos como negativos (doenças, problemas físicos, mentais, dependência dos outros, incapacidades e inatividade)”. Cria-se um ideário que “induzem as pessoas a pensar que a velhice deve ser prevenida e que os efeitos do envelhecimento devem ser amenizados” (MADUREIRA *et al.*, 2008, p. 22).

Esse contexto que resulta dos processos de medicalização da vida, culmina, por vezes, no uso de medicamentos psicotrópicos. O conceito de medicalização “[...] surge no início na década de 1960, no campo da sociologia da saúde [...] uma vez que se observava o enorme

crescimento do número de problemas da vida que eram definidos em termos médicos” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 24).

Segundo Vargas e Campos (2019) a medicamentação diz respeito “[...] ao crescente uso dos medicamentos como forma de cura, alívio ou solução para as mais diversas questões ligadas à vida cotidiana” (p. 85). A medicamentação “[...] se refere a um fenômeno cultural amplo que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento” (ROSA; WINOGRAD, 2011, p. 42).

Concordamos com Paiva *et al.* (2016, p. 5) em sua análise que relaciona o processo de medicalização com a patologização de aspectos sociais:

Dificuldades de diferentes âmbitos são tomadas como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios”, que acabam por encobrir questões sociais, políticas, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões que são coletivas são tomadas como sendo individuais, problemas sociais e políticos vão se tornar biológicos, a responsabilidade recai sobre o indivíduo, enquanto governos, autoridades, profissionais são “livrados” de suas responsabilidades. Há um processo de individualização do processo político em que o indivíduo surge como único culpado de seu fracasso social, ou intelectual, emocional, e é nesse contexto que o remédio nasce com uma função tática normalizadora de condutas consideradas desviantes.

Bueno (2016) traz importantes dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a incidência de diagnósticos de transtornos mentais na população em geral: “os transtornos mentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo, representando 13% do total de todas as doenças. [...] No topo da lista estão a depressão e a ansiedade”. Ressalta ainda o autor que “a depressão atinge cerca de 350 milhões de pessoas pelo planeta, o que corresponde a 5% da população mundial. Só no Brasil, 10% da população sofrem com o problema” (BUENO, 2016, s/p).

Desse modo, evidencia-se a produção de diagnósticos e normas, a partir de “sintomas” resultantes de um processo mais amplo, mas que individualizam e responsabilizam a própria pessoa por sua condição, culminando muitas vezes em práticas medicamentosas.

A partir da concepção do processo de medicamentação como uma consequência da medicalização da vida, se estabelece a indústria farmacêutica como resposta às diversas “doenças”. Trata-se de uma produção inerente à sociedade capitalista, que objetiva, sobretudo, o lucro. Conforme nos demonstra Paiva *et al.*, “A relação entre a indústria farmacêutica e os estudos que comprovam a eficácia dos seus produtos está muito distante de ser considerada como uma relação ética” (2016, p. 6).

Mesmo havendo diversos estudos científicos que demonstrem a problemática do uso de medicamento para situações que têm como origem aspectos sociais, culturais e/ou econômicos,

a indústria farmacêutica “[...] concentra alguns dos maiores grupos empresariais do planeta. Hiperconcentrada, hiperlucrativa e em acelerado crescimento nas últimas décadas (faturou 773 bilhões de dólares em 2008)” (CARNEIRO, 2011).

O mesmo estudo demonstra que “Só no Brasil, há mais de 32 mil rótulos de medicamentos, com variações de 12 mil substâncias (a OMS considera como realmente necessários 300 itens), vendidos em mais de 54 mil farmácias (uma para cada três mil habitantes, o dobro da recomendação da OMS)”. Entre essas drogas, as principais são “os antidepressivos, as anfetaminas, os benzodiazepínicos, e muitos outros mais. Em 2008 e 2009, o segundo medicamento mais vendido no Brasil foi o benzodiazepínico Rivotril” (CARNEIRO, 2011).

Ainda, vale pontuar que:

[...] os processos de medicamentação promovem a seguinte inversão: ao invés de se fabricarem remédios para as doenças, fabricam-se doenças para os remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças (GRUPO, 2015, p. 12).

Diante desse cenário, entende-se ser necessária a produção de conhecimento que dê visibilidade ao fenômeno da feminização da velhice e suas múltiplas refrações, a partir de estudos que privilegiem as experiências e vivências das próprias mulheres, contribuindo para o fortalecimento e autonomia.

Depreende-se ainda que o presente estudo poderá contribuir para as interlocuções necessárias entre as áreas da saúde, serviço social e para os estudos feministas e/ou de gênero, ampliando as discussões e fortalecendo a implementação das políticas públicas sociais, a partir de um olhar interdisciplinar.

Considerando o objetivo da pesquisa, qual seja, o de compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópico, o texto foi organizado da seguinte maneira: a primeira parte constituiu uma breve aproximação da literatura, a partir de artigos, livros, dissertações e capítulos de livros em diversas áreas do conhecimento, que traziam reflexões que circundaram a compreensão sobre a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos.

Os resultados e discussões serão apresentados em formato de artigo. Primeiramente foi realizada uma caracterização das participantes de forma descritiva e interpretativa, a fim de situarmos “de que mulheres estávamos falando”? Em seguida, procedemos às análises dos contextos, motivos, significados e expectativas sobre o uso de psicotrópicos pelas mulheres idosas. Buscamos ainda evidenciar o impacto da pandemia da Covid-19 no cotidiano dessas

mulheres o que, inevitavelmente, circundou todo o percurso da pesquisa, já que o processo de coleta dos dados foi realizado em meio a esta crise sanitária mundial.

Por fim, as considerações finais, que possibilitaram retomar olhar para o objeto, pressupostos teóricos, resultados e inferir que apesar de “nunca ser total e definitiva”, foi possível incorporar reflexões conforme se propôs nos objetivos.

Assim, a presente pesquisa pretendeu responder à seguinte questão: Quais são as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópico.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar as participantes da pesquisa;

apresentar os significados e expectativas em relação ao uso de psicotrópicos pelas mulheres idosas;

evidenciar o impacto da pandemia da Covid-19 no cotidiano das mulheres idosas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi construída buscando apresentar elementos fundamentais para melhor compreensão dos objetivos da presente pesquisa. Para tanto, utilizamos o método de revisão narrativa, que possibilita “descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (ROTHER, 2007). Esse método consiste “de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor” (ROTHER, 2007).

Buscaremos evidenciar nesta seção, entendimentos sobre o tema do envelhecimento permeado por construções sociais, culturais, históricas e políticas que vão interferir nos processos de envelhecer.

3.1 Pessoas idosas e o modo de produção capitalista: tecendo algumas reflexões

Discutir sobre o tema envelhecimento pressupõe refletir que tal processo (de envelhecer) “não se resume às modificações orgânicas decorrentes de um desgaste natural ao longo da vida”. Para além disso, envelhecer envolve questões “psicossociais, como sexo, classe social, personalidade, história de vida e contexto socioeconômico, que a tornam bastante heterogênea” (CURADO; CAMPOS; COELHO, 2007, p. 49). Essas questões estão ligadas à forma como os países se desenvolvem:

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu gradativamente, permitindo a adaptação da sociedade. Já nos países em desenvolvimento, o envelhecimento vem se dando de forma abrupta e recente [...] o que, de certa forma, surpreende uma sociedade desprovida de recursos adequados para lidar com os desafios impostos por essa nova realidade (CURADO; CAMPOS; COELHO, 2007, p. 47).

É importante entendermos as concepções que perpassam os termos velhice e envelhecimento, considerando que, no contexto capitalista, as pessoas idosas são indivíduos que, em razão da idade, se tornaram economicamente improdutivos. E ainda compreender “a importância do contexto social na determinação da idade da velhice, pois o indivíduo e a sociedade estão relacionados diretamente” (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 585–586).

É no processo de envelhecer, ou seja, ao longo de toda a vida, desde o nascimento, que a população sofre com as mazelas da sociedade, e que tais consequências são advindas das desigualdades que, por vezes, se agravam ainda mais na velhice, sobretudo nas mulheres idosas.

A dinâmica da sociedade contemporânea nos traz à tona o quanto o envelhecimento é um tema complexo, que envolve múltiplas questões. Entender isto pressupõe compreender que o processo de chegar à velhice está diretamente relacionado ao contexto social, histórico em que a pessoa está inserida, pois “A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo” (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 592).

Compreender o real significado das velhices é essencial para o planejamento de ações que busquem atender às particularidades dessa parcela da população que vem crescendo continuamente. “Tais ações e planejamentos serão possíveis pela compreensão que a velhice não é uma concepção absoluta, na medida em que o significado real das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento é singular [...]” (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010, p. 408).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), traz que, no final do segundo semestre de 2019, dos 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram pessoas idosas, o que corresponde a 16,2% da população brasileira. Segundo a mesma pesquisa, nos 73 milhões de domicílio existentes no Brasil, em 25,1 milhões viviam pelo menos uma pessoa idosa, e destas, 16,8 % moravam sozinhas (DIEESE, 2020).

A população idosa representa atualmente 12,3% da população mundial, com uma perspectiva de aumento para 21,3% em 2050 (BARROS; GOLDBAUM, 2018, p. 15). Em 2017 o número de pessoas idosas no Brasil chegou a 30,2 milhões, sendo que, destes, 56% são de mulheres com 60 anos ou mais (LINS; ANDRADE, 2018, p. 440).

Soma-se ao considerável número maior de mulheres idosas a questão da longevidade: para as mulheres, a expectativa de vida ao atingir 80 anos, em 2019, foi de 10,5 anos e 8,7 para homens. Contudo, há diferenças da expectativa de vida a depender da região onde vivem. Em Santa Catarina, por exemplo, a expectativa de vida de uma recém-nascida é de viver em média 15,9 anos a mais do que um recém-nascido no Piauí (IBGE, 2020).

Em relação a esses dados, algumas autoras trazem uma importante categoria para compreensão do fenômeno do envelhecimento: a feminização da velhice, que diz respeito “à predominância das mulheres na população idosa” (ALMEIDA *et al.*, 2015, p. 124). Klitzke e Zucco acrescentam ainda que esse fenômeno está associado a quatro elementos: “1) maior longevidade das mulheres em comparação aos homens; 2) maior presença relativa de mulheres

entre os mais idosos; 3) crescimento do número de mulheres idosas economicamente ativas; 4) crescimento do número de mulheres idosas “chefes” de família” (2014, p. 94).

Pudemos constatar ainda que a queda da taxa de fecundidade e a baixa nas taxas de mortalidade são um dos fatores que retratam o aumento da população idosa no país. No entanto, mesmo com o crescimento da população idosa e resultados de pesquisa em relação ao aumento da expectativa de vida, o Brasil percebeu o crescimento desse segmento tardiamente e, mais especificamente, a longevidade maior de mulheres em relação à criação de políticas que atendessem às necessidades dessa população.

O envelhecimento populacional é “Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização” (BRASIL, 2012). Contudo, o fenômeno do envelhecimento, por vezes, não está relacionado à melhoria de sua qualidade de vida. Considerando que a realidade brasileira é marcadamente desigual, excludente, e grande parte da população que envelhece, por vezes, se encontra em condições de pobreza na qual sempre viveu, o que exige políticas públicas sociais efetivas que assegurem o direito de qualquer cidadão envelhecer.

Relatório da Oxfam internacional chama a atenção para a desigualdade extrema a que se chegou em 2015, revelando que o 1% mais rico da população mundial acumula mais riquezas que todo o resto do mundo. Informações mais recentes sobre a situação do Brasil indicam que o país é o 10º do mundo em concentração da renda, mas o primeiro em relação ao grau de concentração da renda no centil mais rico da população. As pesquisas constataam que aumentos de concentração da renda tendem a ser acompanhados de aumentos da desigualdade social nas taxas de mortalidade e de outros indicadores de saúde (BARROS; GOLDBAUM, 2018, p. 2s).

Dessa forma, torna-se de suma importância que se mantenha na agenda pública brasileira o crescimento desse segmento e as transformações que exigem respostas rápidas e adequadas, que não serão possíveis sem “[...] a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais” (MIRANDA; MENDES e SILVA, 2016, p. 508).

O Relatório do VI Fórum Internacional da Longevidade, ocorrido em 2018, reforça a diminuição de jovens, e uma “Revolução da Longevidade”, compreendida como “uma transformação social radical, que está ocorrendo em um lapso de tempo muito menor do que o anteriormente observado em países do hemisfério norte” (ILC-BR, 2019, p. 1). Já no Brasil, esse processo ocorre num contexto histórico de “fracasso [...] no enfrentamento de inadequações estruturais relativas à saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte e emprego” (ILC-BR, 2019, p. 1).

As análises do Relatório do VI Fórum Internacional da Longevidade, corroboraram o entendimento que a desigualdade social resultante do sistema capitalista reflete, é óbvio, diariamente na vida das classes subalternas. São, portanto, inúmeros os desafios vivenciados pelas pessoas idosas, pois o envelhecimento é “Um curso de vida marcado por necessidades não atendidas, limitações de acesso ou pura e simples exclusão” que vai surtir “um efeito acumulativo dessas privações, que se amplificam na velhice” (ILC-BR, 2019, p. 2).

Com o objetivo de contribuir para o aprofundamento do tema envelhecimento, foi realizada uma pesquisa intitulada Idosos no Brasil — Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade, efetuada pela Fundação Perseu Abramo (FPA) e pelo Serviço Social do Comércio (SESC). Entre outros dados, a pesquisa evidencia que 84% dos seus participantes afirmaram existir preconceito contra as pessoas idosas, mas 95% desse total sustentaram não ter preconceito. A partir disso, a autora indaga: “Se as pessoas idosas e não idosas representativas da população pensam dessa forma, então quem seriam os preconceituosos a que se referem?” (NERI, 2007, p. 34).

Em relação a isso, Neri (2007, p. 34) afirma que a configuração do preconceito a partir das pessoas idosas e não idosas se dá de forma implícita, na mais “simples” forma de pensar a velhice, como aponta a pesquisa: “27% dos idosos e 13% dos não idosos admitiram que velhice é sinônimo de doença, e que 31% dos idosos e 25% dos não idosos afirmaram que os velhos vivem no passado”. Tais afirmações apontam para uma sociedade em que o preconceito está enraizado na cultura dos sujeitos, e assim tais ações (preconceituosas) muitas vezes ocorrem de formas mais aparentes, mas também subjetivas, como demonstram os resultados da pesquisa (NERI, 2007, p. 34):

Muitos preconceitos e estereótipos resultam de falsas crenças a respeito da competência e da produtividade dos idosos. Seu resultado é a discriminação social por critério de idade, fundamentalmente motivada por razões econômicas. [...] os idosos passam a valer menos nos processos de trocas sociais e, assim, não podem ter acesso à mesma quantidade de recursos garantidos aos jovens e adultos capazes e produtores dos bens (NERI, 2007, p. 34).

Oliveira, Oliveira e Scortegagna (2010, p. 4) afirmam que “Os preconceitos acerca da velhice elucidam as faces da discriminação e opressão que muitos idosos sofrem, por serem considerados sujeitos improdutivos e sem capacidade de aprender” e, por isso, “o idoso fica caracterizado como um peso para a sociedade, a qual, por muitas vezes, o oprime, considerando que seus conhecimentos são ultrapassados e suas experiências não têm significado” (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SCORTEGAGNA, 2010, p. 4).

Logo, pensa-se em uma solução em longo prazo, “mesmo que na presença de preconceitos, que são inerentes à dinâmica das sociedades” (NERI, 2007, p. 44), é a resolução de problemas macroestruturais. Ou seja, necessita-se de implantação e implementação de políticas públicas sociais que garantam dignidade desde o nascimento até a velhice. Assim, o acesso aos direitos, como a saúde, habitação, educação, renda e lazer, entre outros, é que contribuiriam para melhor qualidade de vida, possibilitando um envelhecimento digno, compreendendo que o processo de envelhecer inicia-se a partir do nascimento (idem).

Diante desse cenário, veem-se os inúmeros desafios impostos a essa parcela da população. Desse modo, em consideração aos aspectos pontuados, na próxima seção faremos o exercício de tecer algumas reflexões sobre a medicalização e seu apelo ao envelhecimento.

3.2 A medicalização e seu apelo ao envelhecimento

Iniciamos com a discussão sobre o “bem-estar” como uma cultura imposta, sobretudo à população idosa, que, por vezes, não atua na mesma velocidade que a sociedade espera. Essa ideia de “desadequação”, ou seja, de não estar ativo economicamente, vai gerar sofrimento, e este se enquadra então como doença. Essa ideia do “[...] bem-estar como meta já podia ser identificado na noção de saúde oficialmente estabelecida pela Constituição adotada pela Conferência Internacional da Saúde assinada em nova Iorque, em 1946” (ROSA; WINOGRAD, p. 36–37, 2011). Naquela época, já se definia a noção de saúde, como “[...] ‘estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade’ (Organização Mundial da Saúde, 1964)” (idem).

As mesmas autoras citadas acima sinalizam que “Em 2006, na Constituição da Organização Mundial de Saúde, essa definição permaneceu inalterada (OMS, 2006). Em outras palavras, há 62 anos, o conceito oficial de saúde é o de um estado de bem-estar pleno” (p. 37). A propagação desse estado de saúde na sociedade, vai requisitar a instituição de uma medicina que garanta esse bem-estar. Tem-se com isso, o surgimento de uma cultura do mal-estar, que se tornou um campo passível de intervenções. Contudo, entende-se que, além da busca para “cura” do mal-estar, há outros interesses, que vão perpassar pelo surgimento de uma medicina do bem-estar, que se torne então essencial para manutenção do mal-estar na sociedade, na busca de uma melhora na performance (ROSA; WINOGRAD, p. 37, 2011).

No mundo ocidental moderno é o conhecimento objetivo (quantitativo) da normalidade, derivado da captura da naturalidade dos fenômenos estudados, que define certas normas a partir das quais a população deve experimentar, manipular e intervir em seu corpo e em sua subjetividade para ser considerada saudável (ROSA; WINOGRAD, p. 37, 2011).

Vale trazer a discussão feita pelas autoras, acerca dos termos “normalizar” e “normatizar”, que são importantes no entendimento de como a noção de normalidade e doença foram sendo engendradas. Inicialmente pontuam que o verbo normalizar apareceu no século XX, no léxico de Simões da Fonseca (1926) e que permanece até os dias atuais. Já o termo normatizar, surgiu recentemente nos dicionários, como o Houaiss, Aurélio séc. XXI, Michaelis ou o de Francisco Borba. As autoras concluem que “somente o verbo normatizar tem a acepção explícita de estabelecer normas, regras, regulamentos, rituais etc., ao passo que o verbo normalizar e seus cognatos costumam ser usados somente na acepção tradicional de tornar normal, de voltar à normalidade” (ROSA; WINOGRAD, p. 38, 2011).

Esse entendimento, torna-se necessário para compreensão de que a noção de saúde como um estado de pleno bem-estar é uma norma, ou seja, é normatizada a ideia de ser saudável. “Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais”. E mais: “Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (CANGUILHEM, 2009, p. 78).

Esse contexto contribui para a criação de categorias diagnósticas, principalmente os sintomas de ansiedade e de depressão. São sintomas enquadrados nos manuais diagnósticos, como transtornos mentais, que nada mais são do que a classificação do sofrimento psíquico. Sofrimento estes comuns, como, por exemplo, a insuficiência e a preocupação excessiva, “Ou seja, o mal-estar não é normal e não há lugar para ele no ideal de vida experimentado hoje” (ROSA; WINOGRAD, p. 40, 2011).

A condição na qual os corpos foram sendo objetos de intervenções, a partir da premissa de um estado de saúde, no qual o mal-estar vai aparecer como doença, os sujeitos são convocados ao consumo de “serviços médicos que vão desde produtos farmacêuticos (dentre os quais, os psicofármacos são o foco central deste ensaio) a tecnologias reprodutivas e testes genéticos” (ROSA; WINOGRAD, p. 41, 2011).

Essa lógica está associada a uma responsabilização dos indivíduos sobre suas próprias condições. Até o início do século XX, os mecanismos de produção, troca e consumo eram objeto da economia política que, com o advento do neoliberalismo no mesmo século, o comportamento humano passou também a ser objeto da economia. As situações do cotidiano da vida passaram a ficar a cargo dos indivíduos, que, por meio da autonomia, devem seguir em

busca pela melhor performance. Os esforços no século XXI estão voltados “sobre as capacidades crescentes de controle, administração, reformulação e modulação das capacidades mais vitais dos seres humanos, como criaturas vivas” (ROSA; WINOGRAD, p. 41, 2011).

Com a ideia de autonomia, e um movimento de emancipação da lei nos anos de 1970, “[...] a noção de interdito ou proibição foi assimilada à de repressão social, em reação à qual se deve obedecer somente à norma de autonomia”. Diante disso, o não exercício pela escolha da adequação à norma, passou a ser compreendido como algo proibido, requerendo uma repressão social. Assim, as tentativas de disciplinamento, como o atendimento às expectativas sociais, “são frequentemente experimentadas com um sofrimento característico do imperativo de autonomia” (ROSA; WINOGRAD, p. 41–42, 2011).

Vê-se facilmente como, nesta sociedade da autonomia generalizada, além de indicar que ser normal é ser bem-sucedido na vida, a norma da autonomia também impele a corrigir os déficits relacionados à perda da autonomia (espontaneidade, confiança e coragem). Assim o mal-estar subjetivo banal e ordinário, presente em toda parte, tornou-se objeto de intervenções provenientes de horizontes institucionais os mais diversificados: religião, ciências, televisão, decisões de justiça, organizações humanitárias, revistas de saúde etc. (ROSA; WINOGRAD, p. 42, 2011).

A imposição da norma pela incessante busca de uma performance se torna então objeto das mais variadas instituições, discursos científicos que “prometeram oferecer meios de aperfeiçoar a existência e corrigir suas insuficiências, tarefas que culminaram na medicalização da existência e na medicamentação do mal-estar psíquico” (ROSA; WINOGRAD, p. 42, 2011). Em resumo, “A medicamentação do mal-estar diz respeito a um modo de conduzir a vida que identifica todo e qualquer sofrimento psíquico ao mal a ser eliminado da vida” (O GOVERNO, s/a, p. 108–109).

Importante mencionar que não se trata de invalidar os benefícios terapêuticos dos medicamentos, e, sim, que “fazer uso, ou não, da medicação é uma decisão que deve ser discutida no encontro profissional-usuário; não deve ser imposta, tampouco tratada como principal recurso para a melhoria da qualidade de vida do sujeito adoecido” (BEZERRA *et al.*, 2016 BEZERRA *et al.*, 2016, p. 152). Trata-se, então, de buscar problematizar o fato de que “O uso de medicamentos na modernidade corresponde ao principal recurso terapêutico do mundo ocidental” (BEZERRA *et al.*, 2016, p. 157).

A partir das leituras, pode-se compreender a construção social em torno do que é valorizado e desvalorizado na sociedade e os mecanismos de adequação a esses processos, que estão fortemente implicados com a ordem societária. Com isso, tornam-se compreensivos os

esforços para manutenção de estigmas e preconceitos em relação à população idosa, onde “a fase da velhice não é bem-vista [...], o que revela que o envelhecer traz mudanças que podem reduzir a satisfação com a vida para algumas mulheres, trazendo sentimento de tristeza e desgosto pela vida” (ALMEIDA *et al.*, 2015, p. 125).

Por outro lado, vale trazer também que, por vezes, a velhice é percebida de forma ambígua:

[...] ao mesmo tempo em que se está feliz por tê-la alcançado, enfrenta-se a tristeza por saber que ela representa a aproximação da finitude da própria existência. Dessa forma, pode-se dizer que, ao passar por essa etapa da vida, os idosos lidam com uma crise, uma vez que são muitas as mudanças internas e externas que têm que enfrentar e se adaptar (ALMEIDA *et al.*, 2015, p. 125).

A negação e os preconceitos em relação às velhices, contribuem para uma socialização do uso de medicamentos, que vai ser ainda mais intensificada entre as mulheres idosas. “Como se sabe, as mulheres, de maneira geral, enfrentam as desigualdades sociais, políticas e econômicas, mas à mulher idosa se agrega a discriminação pela idade, oriunda de uma sociedade voltada para a juventude” (ALMEIDA *et al.*, 2015, p. 126).

Nesse sentido, os medicamentos vão sendo cada vez mais inseridos como mecanismos de inserção social (disciplinamento), e esse fenômeno vai ocorrer fortemente na velhice e, sobretudo, na mulher idosa. A construção histórica e social da condição da mulher no espaço doméstico, contribui para ser uma das maiores frequentadoras de serviços de saúde. Essa frequência é “tanto para si (planejamento familiar, gravidez, preventivo de câncer) como para os filhos (vacinas, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, doenças)” (MADUREIRA *et al.*, 2008, p. 18). Esse cenário favorece a apropriação de um saber médico pelas mulheres, passo que fortalece sua posição no espaço doméstico e como cuidadora.

Assim, os psicofármacos tornam-se drogas prestigiadas, cujas prescrições decorrem de várias especialidades médicas, “[...] e é traço marcante de uma psiquiatria fortemente biologizada e biologizante, a tal ponto que, principalmente a partir da década de 70, a ‘psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica’” (BIRMAN, 1999, pp. 180–182 apud ROSA; WINOGRAD, p. 42, 2011). O fenômeno da medicamentação é concebido, de forma que “Os medicamentos nem sempre são prescritos pelos serviços de saúde ou pelo médico, o que nos faz supor a não existência unidirecional de seu consumo, começando nos serviços de saúde e terminando na sociedade” (MEDONÇA *et al.*, 2008, p. 98).

Ao entrarmos em contato com a literatura que aborda a temática dos psicofármacos, identificamos estudos que trazem importantes informações. Inicialmente, vale pontuar que os

psicofármacos têm como “característica geral a atuação no Sistema Nervoso Central (SNC)” (VARGAS; CAMPOS, 2019, p. 87). Os mesmos autores acrescentam que “há três grupos específicos de fármacos que são mais utilizados: os ansiolíticos, os antidepressivos e os antipsicóticos”.

Para melhor compreensão sobre o uso de psicofármacos, entendemos ser necessário, realizar uma explicação, mesmo que breve, sobre esses grupos de fármacos:

Tecnicamente, os fármacos ansiolíticos atuam nos receptores benzodiazepínicos, que são subunidades dos receptores GABA_A, possibilitando a ação do principal neurotransmissor inibitório do SNC, o ácido gama-aminobutírico (GABA). Esses fármacos são, assim, depressores do SNC. O Diazepam é um dos representantes dessa classe. Os antidepressivos agem, principalmente, por meio do aumento da neurotransmissão monoaminérgica, especialmente de neurônios noradrenérgicos, serotoninérgicos e dopaminérgicos, o que provoca o aumento da concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica. Podemos citar a Amitriptilina como um de seus representantes. Já os antipsicóticos atuam por meio do bloqueio dos receptores de dopamina nas vias mesolímbicas e mesocorticais. Um dos mais conhecidos é o Haloperidol. Os fármacos e seus mecanismos de ação são aqui descritos apenas de modo a explicitar as categorias mais utilizadas e medicamentos observados no campo, mas, por não ser objetivo da pesquisa, não foi realizado um levantamento quantitativo e análise das prescrições (BAES; JURUENA, 2017 apud VARGAS; CAMPOS, 2019, p. 87).

Wagner (2015, p. 3) sinaliza alguns fatores que contribuem para a prática de prescrições e dispensação de benzodiazepínicos, como “a pressão da indústria farmacêutica associada ao baixo custo dos medicamentos, ao reforço positivo conferido por usuários crônicos, à má indicação e à falta de preparação acadêmica dos profissionais que realizam a interface com o paciente”.

Outro dado importante trazido diz respeito às prescrições de fluoxetina para pessoas idosas, que cresce mais a cada ano e que “a maior prevalência de uso acontece entre idosos com características comuns àqueles que apresentam abuso de benzodiazepínicos, mulheres que relatam queixas de ansiedade, solitárias, sem suporte familiar ou social” (WAGNER, 2015, p. 3).

Outros estudos demonstram que “Os Benzodiazepínicos (BZD) estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diferentes países no mundo, principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores de sono” (SOUZA *et al*, 2013, p. 1132). Os mesmos autores ressaltam ainda que “há carência de dados quanto ao uso dessas substâncias, embora o uso na vida sem receita médica tenha sido reportado por 5,6% de entrevistados de 12 a 65 anos em estudo domiciliar realizado nas 108 maiores cidades brasileiras”.

O mesmo estudo traz que “O uso indevido de ansiolíticos também esteve associado a cerca de um terço das visitas às emergências hospitalares em decorrência de uso indevido de medicamentos nos Estados Unidos”, e outro dado é que “ainda que com limitada evidência, estudos apontam para uma associação entre o uso de BZD e o aumento da mortalidade”. Esses dados corroboram o fato de que a medicamentação é um problema de saúde pública, reforçado pela busca dos estudos mais recentes sobre o uso de BZD serem voltados para as consequências desse uso, “como sedação excessiva, fraturas decorrentes de quedas e lentidão psicomotora” (SOUZA *et al.*, 2013, p. 1132)

Nesse sentido, a busca pela inserção ao meio social, a mídia e “especialistas” — atores responsáveis pela manutenção do processo de medicalização — têm um papel central, que oferecem “meios que prometem eliminar prejuízos, desde a constipação intestinal, a insônia e o estresse, até à solidão [...] apresentam frequentemente recursos para turbinar as performances individuais” (ROSA; WINOGRAD, p. 37, 2011), ou seja, há um incitamento a que a pessoa idosa se veja desadequada e, portanto, responsabilizada por consumir produtos como forma de cura das mais diversas questões que atravessam a vida.

Assim, conforme Paiva *et al.* (2016, p. 5), “A sociedade brasileira, de uma forma geral, vive um processo de medicalização de todas as esferas da vida” (p. 5). A medicamentação é, portanto, resultante desse modo de a sociedade operar, onde, mediante a dispensação de medicamentos, espera-se “correção de condutas consideradas desviantes” (PAIVA *et al.*, 2016, p. 5). Esse processo de medicamentação está diretamente ligado à indústria farmacêutica, inclusive, umas das mais lucrativas do mundo. “O medicamento, tido como produto precioso legitimado por um aparato tecnológico, começa a ser produzido como a solução de problemas relacionados aos governos das condutas” (PAIVA *et al.*, 2016, p. 6).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para realização da pesquisa, utilizou-se o método qualitativo-descritivo, por se tratar de um trabalho que busca a compreensão “dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” a partir do relato das vivências e experiências das mulheres idosas (MINAYO, 2001).

Como local para acesso a idosas que faziam uso de psicotrópico, definimos o Centro de Atenção à Terceira Idade (CATI), localizado no município de São José (SC), um serviço de referência no atendimento à população idosa, que atua de forma centralizada, localizado na Beira Mar de São José (SC). O local de acesso às participantes é considerado como um dos elementos que formam o universo de análise da pesquisa, relaciona-se intencionalmente com certas características estabelecidas na definição e problematização do objeto de pesquisa. Entre elas, a proximidade da pesquisadora por meio de vivência empírica no município, sendo diretamente no CATI, o que facilitou o acesso ao processo de pesquisa.

O CATI é vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, porém não se constitui um Serviço do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), conforme prevê a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. O CATI ofertava oficinas, como dança, canto, informática e tecnologia; e atividades físicas: hidroginástica, ginástica e Pilates. Ocorriam outras atividades em parceria com universidades, como o Grupo de Naturologia, e o grupo “Aprendendo a viver na terceira idade”, realizado por um geriatra e uma psicóloga da rede intersetorial.

Importante sinalizar que, em razão da natureza do equipamento e da indisponibilidade de registros sobre a história e/ou outros documentos legais, as informações apresentadas acima se apoiam em relatos de atores e sujeitos centrais à sua constituição. Ao mesmo tempo, é importante frisar que essa apresentação se refere ao período anterior à pandemia.

As participantes deste estudo foram mulheres usuárias do CATI com os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; serem participantes do grupo “Aprendendo a viver na terceira idade;¹” ter telefone para contato. E como critérios de exclusão, participar das atividades do CATI há menos de 1 ano e ter mais de 80 anos.

¹ Vale ressaltar que a escolha por este grupo (dentre todas as oficinas ofertadas pelo CATI) se deu pelo fato de ser uma atividade que buscava ofertar esclarecimentos e adaptabilidade das pessoas idosas frente às mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a fim de facilitar o convívio social e familiar (ANDRADE, 2020, via whatsapp).

Após solicitação de campo de pesquisa (ANEXO A) e aprovação pela Secretária da pasta da Assistência Social (ANEXO B), a coleta de dados se iniciaria no final de março, logo depois foi deflagrada a pandemia do coronavírus. Diante desse cenário, os contatos com as idosas iniciaram-se a partir de agosto de 2020 mediante de contato telefônico.

Os contatos foram obtidos a partir de tabela disponibilizada pelo setor administrativo do CATI, onde foi possível identificar 38 idosas que participavam do grupo Aprendendo a viver na terceira idade. Destas, 35 possuíam os critérios de inclusão. Procedeu-se com os contatos telefônicos com cada uma delas, onde a pesquisadora se apresentou como servidora do CATI, para facilitar a identificação e interlocução e, posteriormente, como Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC explicando sobre a pesquisa. Questionou-se no primeiro momento se a pessoa gostaria de participar de uma pré-seleção de pesquisa. Com resposta positiva, explicou-se sobre o tema, os objetivos, as justificativas e sobre os possíveis benefícios e relevância social da pesquisa e da participação delas. Em seguida foi questionado se usavam alguma medicação, bem como os nomes e, quando identificado um psicotrópico, foram indagadas se aceitariam fazer parte da pesquisa, por meio de uma entrevista, pessoalmente.

Do total de 35 mulheres, foi possível efetivar contato com 18: duas não aceitaram participar da pesquisa; uma relatou fazer uso do psicotrópico, mas não aceitou participar da pesquisa; uma informou não residir mais em São José (SC); nove relataram não fazer uso de psicotrópico; restando assim as cinco mulheres entrevistadas, das quais duas foram entrevistadas no mês de agosto de 2020 e três no mês de janeiro de 2021.

A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada, conforme roteiro (APÊNDICE A), focalizada, que diz respeito a “um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar, e [em que] o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: sonda razões e motivos, dá esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal” (MARCONI; LAKATOS, 2005, p. 199).

As entrevistas foram realizadas pessoalmente, seguindo todos os protocolos recomendados pelos órgãos de autoridade sanitária. Os dias, horários e locais das entrevistas foram combinados de acordo com a preferência das participantes, sendo ressaltada a importância por ser um local reservado, a fim de preservar a privacidade e sigilo das informações, garantido espaço apropriado para a escuta e coleta dos dados. O local escolhido pelas participantes foi principalmente a própria residência, com exceção de uma que indicou seu desejo de fazer no espaço de uma igreja que habitualmente frequenta. A escolha dos locais

teve como motivações ser o lugar em que se sentiam mais à vontade em termos de privacidade e pela questão da segurança em relação à contaminação pelo coronavírus.

No momento das entrevistas, foram realizados os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas em formato de áudio a partir do consentimento das entrevistadas e transcritas em sua íntegra. Ademais, foi esclarecido que, se no transcorrer da entrevista, as participantes apresentassem qualquer situação de mal-estar, entre outros, seriam orientadas sobre os serviços, programas e projetos para atendimento.

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos, sendo realizadas leituras exaustivas do material com objetivo de aproximações e impressões sobre o conteúdo. Os dados foram organizados a partir das repetições das palavras e ideias. Por fim, foi realizada a análise e inferências sobre o conteúdo apresentado nos relatos das entrevistas, bem como a interpretação desse conteúdo, tendo como base a fundamentação teórica, que se caracterizou como uma busca permanente em todo o percurso do estudo.

Para todas as etapas da pesquisa, levaram-se em consideração os procedimentos éticos, adotados em pesquisas científicas. Assim, para preservação do anonimato, procedeu-se à troca dos nomes verdadeiros das participantes por nomes fictícios, escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora.

A presente pesquisa faz parte de um macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental. Esta pesquisa se inclui no item “F” do objetivo secundário do macroprojeto, que prevê identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. Assim, já se tinham obtido os prévios Pareceres de Deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC sob o número 924.432/2014 (ANEXO C) e Parecer número 3.057.573 (ANEXO D).

Por fim, importante ressaltar que as participantes da pesquisa foram informadas quanto aos objetivos do estudo, a garantia do sigilo, sobre o direito de escolha de participarem ou não da pesquisa e que, caso aceitassem, poderiam, a qualquer momento, desistir. As entrevistas tiveram início somente após sua concordância livre e espontânea e expressa mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE. As

entrevistas foram realizadas seguindo rigorosamente os princípios definidos na Resolução 466/2012 do CONEP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os principais resultados e discussões da presente pesquisa serão apresentados em forma de artigo, de acordo com a resolução normativa 14/2019/PROG, de 11 de abril de 2019, que dispõe sobre os procedimentos para a elaboração e disponibilização no Repositório Institucional de Trabalhos de Conclusão de Curso em nível de mestrado e doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina. Privilegiamos este formato por entendermos ser um modo de difundir o conhecimento advindo, de forma dinâmica com a comunidade científica, sobretudo com profissionais inseridos nos serviços, projetos e programas que compõem as políticas sociais.

5.1 Artigo - a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos

Suélen Felipe Gonçalves²
Maria Terezinha Zeferino³

RESUMO

O presente estudo busca compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos. A pesquisa realizada na modalidade de entrevista individual a partir de um roteiro semiestruturado foi realizada com cinco mulheres que acessam um serviço público na cidade de São José (SC), que usam as medicações psicotrópicas. Buscou-se apreender as características demográficas, informações sobre o trabalho, renda, habitação e locomoção, sobre acesso à rede de serviços, para que fosse possível melhor entendimento sobre as experiências do uso de psicotrópicos, que inclui o contexto e motivos do uso, os significados e expectativas atribuídos por elas, tempo de uso e, por último, uma discussão breve sobre o impacto da pandemia da Covid-19 em seus cotidianos. Os resultados apontam que o uso de psicotrópico pelas mulheres está permeado por contextos de privações de direitos ao longo da vida, inserção precoce no mercado de trabalho, histórico de estresse e sobrecarga no trabalho, relação afetivo-sexual e perda de companheiro, amigos, familiares. A ausência de recursos financeiros é um fator para a limitação de alternativas além do psicotrópico. Desse modo, o psicotrópico se apresenta como alívio e busca de bem-estar de sofrimentos acarretados pelas condições sociais e culturais nas quais as mulheres idosas estão inseridas.

Palavras-chave: Psicotrópicos. Mulheres idosas.

2 Bacharel em Serviço Social (UFSC). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC.), Brasil. Integrante do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) da UFSC, Brasil. E-mail: <suelengoncalves13@hotmail.com>

3 Doutora em Enfermagem (UFSC). Especialista no Fenômeno das Drogas pelo Center for Addictions and Mental Health (CAMH) - Canadá (2011). Pós-doutora pela Universidade de Toronto - Canadá (2012). Criou e coordena o APIS - Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas da UFSC. E-mail: <terezinha.zeferino@ufsc.br>

ABSTRACT

The present study seeks to understand the interrelationships between the elderly female population and the use of psychotropic medications. The research carried out in the modality of individual interview from a semi-structured script, was performed with five women who access a public service in the city of São José/SC, who use psychotropic medications. We sought to apprehend demographic characteristics, information about work, income, housing and transportation, and about access to the network of services, so that it was possible to better understand the experiences of psychotropic use, which includes the context and reasons for use, the meanings and expectations attributed by them, time of use, and, finally, a brief discussion about the impact of the pandemic of COVID-19 in their daily lives. The results point out that the use of psychotropic drugs by women is permeated by contexts of deprivation of rights throughout life, early insertion in the labor market, history of stress and overload at work, affective-sexual relationships, and loss of partners, friends, and family members. The absence of financial resources is a factor for the limitation of alternatives other than psychotropic medication. Thus, the psychotropic drug is presented as relief and search for well-being of suffering entailed by social and cultural conditions in which elderly women are inserted.

Keywords: Psychotropics. Older women.

INTRODUÇÃO

As experiências do processo de envelhecimento vêm passando por profundas transformações: a performance profissional, sexual, estética, entre outras, são cada vez mais requeridas como imperativos de sucesso. Assim, o psicotrópico é em si a esperança fabricada pela indústria farmacêutica, que promete aliviar os efeitos de diversas situações e potencializar aquelas “qualidades” impostas pela sociedade contemporânea (ROSA; VERA; ASSUNÇÃO, 2015).

A medicalização da vida é o fenômeno que explica os processos que tornam as vivências inerentes à sociedade e/ou à existência humana em processos patológicos, evitáveis, como a própria velhice. Movidas/os pelo imperativo de um pleno bem-estar, buscam-se profissionais e recursos de saúde com base nas “[...] representações e normas que nos são inculcadas a respeito do que é saudável ou patológico” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p. 12).

A compreensão sobre quem são as pessoas idosas, por vezes, tem se restringido ao aspecto exclusivamente etário ou cronológico, desconsiderando, na maioria das vezes, aspectos sociais, raciais, étnicos e de classe, entre outros. É importante compreender que “a velhice é um processo do envelhecimento com multifatores, multidimensões, multideterminações,

multifacetadas, e agrega conceitos da física, biologia, psicologia, sociologia e antropologia” (KLITZKE; ZUCCO, 2014, p. 81).

Debert (2013) problematiza o fato de a velhice não ser tema das lutas feministas. A autora traz ainda a discriminação de “mulheres mais velhas no mundo do trabalho, nos padrões de beleza, na vida sexual [...]” (p. 18). Contudo, há de se lembrar que essas discriminações são vivenciadas de formas diferentes. A gerontologia, como ciência que estuda o envelhecimento, pensava a velhice como uma experiência homogênea, e que os problemas enfrentados pelas pessoas idosas eram tão próximos, que questões, como classe, gênero, raça/etnia, eram secundarizadas ou até mesmo invisibilizadas (DEBERT, 2013).

As velhices envolvem uma multiplicidade de aspectos e expressam as desigualdades e diferenças das experiências do envelhecimento, como gênero, raça/etnia e classe. Como nos lembra Akotirene (2019) a “Velhice é como a raça é vivida; e classe-raça cruza gerações, envelhecendo mulheres negras antes do tempo” (p. 27).

Assim, este estudo se coloca como uma possível contribuição ao contemplar leituras feministas, haja vista “a ausência das discussões acadêmicas e políticas sobre velhice na literatura e nos movimentos feministas” (BARROS, 2013, p. 12). Além disso, acrescenta-se a problemática da imagem da velhice ativa fortemente presente na sociedade, que acaba por individualizar e invisibilizar aspectos sociais, culturais, econômicos sobre os quais a população idosa está submetida. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópico.

PERCURSO METODOLOGICO

Para realização da pesquisa, utilizou-se o método qualitativo descritivo, por se tratar de um trabalho que busca a compreensão “dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” a partir do relato das vivências e experiências das mulheres idosas (MINAYO, 2001).

Como local para acesso a idosas que faziam uso de psicotrópico, definimos o Centro de Atenção à Terceira Idade (CATI), localizado no município de São José. Um serviço de referência no atendimento à população idosa, que atua de forma centralizada, é localizado na Beira Mar de São José. O local de acesso às participantes é considerado como um dos elementos que formam o universo de análise da pesquisa e relaciona-se intencionalmente com certas

características estabelecidas na definição e problematização do objeto de pesquisa. Entre elas, a proximidade da pesquisadora por meio de vivência empírica no município, sendo diretamente no CATI, o que facilitou o acesso ao processo de pesquisa.

O CATI é vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, porém não se constitui um Serviço do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), conforme prevê a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. O CATI ofertava oficinas, como dança, canto, informática e tecnologia; e atividades físicas: hidroginástica, ginástica e Pilates. Ocorriam outras atividades em parceria com universidades, como o Grupo de Naturologia e o grupo “Aprendendo a viver na terceira idade”, realizado por um geriatra e uma psicóloga da rede intersetorial.

Importante sinalizar que, em razão da natureza do equipamento e da indisponibilidade de registros sobre a história e/ou outros documentos legais, as informações apresentadas acima, se apoiam em relatos de atores e sujeitos centrais de sua constituição. Ao mesmo tempo, é importante frisar que essa apresentação se refere ao período anterior à pandemia.

As participantes deste estudo foram mulheres usuárias do CATI com os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; serem participantes do grupo Aprendendo a viver na terceira idade;⁴ ter telefone para contato. E como critérios de exclusão, participar das atividades do CATI há menos de um ano e ter mais de 80 anos.

Após solicitação de campo de pesquisa (ANEXO A) e aprovação pela secretária da pasta da Assistência Social (ANEXO B), a coleta de dados se iniciaria no final de março, mas logo depois foi deflagrada a pandemia do coronavírus. Diante desse cenário, os contatos com as idosas iniciaram-se a partir de agosto de 2020 por contato telefônico.

Os contatos foram obtidos a partir de tabela disponibilizada pelo setor administrativo do CATI, onde foi possível identificar 38 idosas que participavam do grupo Aprendendo a Viver na Terceira Idade. Dessas, 35 possuíam os critérios de inclusão. Procederam-se os contatos telefônicos com cada uma delas, onde a pesquisadora se apresentou como servidora do CATI para facilitar a identificação e interlocução e, posteriormente, como Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC explicando sobre a pesquisa. Questionou-se no primeiro momento se a pessoa gostaria de participar de uma pré-seleção de pesquisa. Com resposta positiva, explicou-se sobre o tema, os objetivos, as justificativas e sobre

⁴ Vale ressaltar que a escolha por este grupo (dentre todas as oficinas ofertadas pelo CATI) se deu pelo fato de ser uma atividade que buscava ofertar esclarecimentos e adaptabilidade das pessoas idosas frente às mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a fim de facilitar o convívio social e familiar (ANDRADE, 2020, via whatsapp).

os possíveis benefícios e relevância social da pesquisa e da participação delas. Em seguida foi questionado se usavam alguma medicação, bem como os nomes delas e, quando identificado um psicotrópico, foram indagadas se aceitariam fazer parte da pesquisa, por meio de uma entrevista pessoalmente.

Do total de 35 mulheres, foi possível efetivar contato com 18: duas não aceitaram participar da pesquisa; uma relatou fazer uso do psicotrópico, mas não aceitou participar da pesquisa; uma informou não residir mais em São José (SC); nove relataram não fazer uso de psicotrópico; restando assim as cinco mulheres entrevistadas, das quais duas concederam entrevista no mês de agosto de 2020, e três, no mês de janeiro de 2021.

A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada, conforme roteiro (APÊNDICE A), sendo focalizada — que diz respeito a “um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar, e [em que] o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: sonda razões e motivos, dá esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal” (MARCONI; LAKATOS, 2005, p. 199).

As entrevistas foram realizadas pessoalmente, seguindo todos os protocolos recomendados pelos órgãos de autoridade sanitária. Os dias, horários e locais das entrevistas foram combinados de acordo com a preferência das participantes, sendo ressaltada a importância de se ter um local reservado a fim de preservar a privacidade e sigilo das informações, garantido espaço apropriado para a escuta e coleta dos dados. O local escolhido pelas participantes foi principalmente a própria residência, com exceção de uma que indicou seu desejo de fazer no espaço de uma igreja que habitualmente frequenta. A escolha dos locais teve como motivações ser o lugar em que se sentiam mais à vontade em termos de privacidade e pela questão da segurança em relação à contaminação pelo coronavírus.

No momento das entrevistas, foram realizados os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas em formato de áudio a partir do consentimento das entrevistadas e transcritas em sua íntegra. Ademais, foi esclarecido que, se no transcorrer da entrevista as participantes apresentassem qualquer situação de mal-estar, entre outros, seriam orientadas sobre os serviços, programas e projetos para atendimento.

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos, sendo realizadas leituras exaustivas do material com objetivo de aproximações e impressões sobre o conteúdo. Os dados foram organizados a partir das repetições das palavras e ideias. Por fim, foram realizadas a análise e inferências sobre o conteúdo apresentado nos relatos das entrevistas, bem como a

interpretação desse conteúdo, tendo como base a fundamentação teórica, que se caracterizou como uma busca permanente em todo o percurso do estudo.

Para todas as etapas da pesquisa, levaram-se em consideração os procedimentos éticos, adotados em pesquisas científicas. Assim, para preservação do anonimato, procedeu-se à troca dos nomes verdadeiros das participantes por nomes fictícios escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora.

A presente pesquisa faz parte de um macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para atenção às situações de crise e urgência em saúde mental. Esta pesquisa se inclui no item “F” do objetivo secundário do macroprojeto, que prevê identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. Assim, já se tinham obtido os prévios Pareceres de Deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC sob o número 924.432/2014 (ANEXO C) e Parecer 3.057.573 (ANEXO D).

Por fim, importante ressaltar que as participantes da pesquisa foram informadas quanto aos objetivos do estudo, a garantia do sigilo, sobre o direito de escolha de participarem ou não da pesquisa e que, caso aceitassem, poderiam a qualquer momento desistir. As entrevistas tiveram início somente após concordância livre e espontânea das entrevistadas e expressa mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE. As entrevistas foram realizadas seguindo rigorosamente os princípios definidos na Resolução 466/2012 do CONEP.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de responder aos objetivos propostos, os resultados foram organizados da seguinte maneira: a primeira parte constituiu-se uma caracterização das participantes, a fim de situarmos de que mulheres estávamos falando, sendo realizada primeiramente uma descrição interpretativa a partir dos dados coletados e a partir da literatura. Em seguida, procedemos com as análises dos contextos e motivos que circundaram o uso de psicotrópico. Após isso, apresentamos os significados e expectativas sobre o uso de medicamentos psicotrópico para as

idosas. Por fim, desenvolvemos algumas reflexões a partir das falas das mulheres idosas sobre a pandemia do coronavírus fazendo uma interlocução com a literatura a respeito do tema.

AS MULHERES IDOSAS DESSE ESTUDO

Observa-se que o corpus é caracterizado por mulheres idosas brancas, com exceção de Isabela, que apresentou um conflito sobre se considerar branca ou parda, sendo a maioria vinculadas a Igreja Católica, residentes de bairros periféricos da cidade, divorciadas e aposentadas. A fonte de renda provém da aposentadoria com um valor que varia de um a um e meio salário-mínimo. Apenas Joana possui a renda que corresponde atualmente à média de três salários-mínimos e meio. A escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto (Teresa) e especialização (Helena).

Importante ressaltar que todas as participantes estavam na faixa dos 62 a 69 anos. A demarcação geracional e suas diferenciações — social, racial, de gênero e classe — é importante para entendermos de onde partem as experiências dessas mulheres. Enfatiza-se que a velhice não está ligada somente à idade cronológica. Contudo, a idade é um determinante para diferir uma idosa de 65 anos, branca, da classe social com poder aquisitivo, de uma mulher idosa, negra, que trabalhou durante toda a vida em condições precarizadas.

Por isso, o envelhecimento não é uma experiência homogênea, e as lacunas em relação a estudos que façam a interseção entre geração, gênero, raça/etnia e classes são residuais, universalizando, muitas vezes, a experiência da velhice.

Vê-se a predominância da autodefinição de raça como mulheres brancas. Isabela apresenta dúvida para responder a essa questão, pois envolve um processo de validação social. Relata lembranças de episódios onde ela era reconhecida por pessoas próximas como “bugre”, pelo tom do cabelo. Embora tenha ficado explícita a dificuldade em autodefinir-se, consideramos, para a caracterização, a primeira e última classificação relatada por ela: parda.

[...] sei lá, é parda... [...] caucasiana. Tudo que é lugar que a gente vai preencher diz que é caucasiana, não sei nem o que que é isso minha filha. Não sei, acho que sou branca, né, sou branca, sou parda, sei lá. [...] Porque, quando era criança, eu sempre tive o cabelo muito preto, tinha o cabelo de...igual de índio, preto assim (ISABELA, 2020).

Patto (2008), a partir de uma revisão crítica sobre as concepções dominantes acerca do fracasso escolar, expõe que a produção das causas desse fenômeno e ideias ocorre no mesmo

lugar e período em que foram formuladas as primeiras teorias racistas respaldadas no cientificismo do século XIX.

Schman (2018) recupera que a ideia de raça tem suas origens nas ciências biológicas, que buscaram explicar as desigualdades entre os seres humanos, a partir de uma naturalidade de inferioridade, baseada nas diferenças fenotípicas, fato que expressa os privilégios históricos, onde “o mesmo grupo que inventou essa ideia se autocolocou como o grupo superior em uma escala de valores [...]”, acentuando “a ideia de que há um grupo superior no que tange à moral, à capacidade intelectual e a estética, ou seja, a toda ideia de civilização (SCHUCMAN, 2018, p. 209).

Adiche (2019) atenta para o “perigo de uma história única”, quando se vive numa sociedade consolidada pela divisão de classes sociais e estruturas de poder.

Existe uma palavra em igbo na qual sempre penso quando considero as estruturas de poder no mundo: nkali. É um substantivo que, tradução livre, quer dizer “ser maior do que outro”. Assim como no mundo econômico e político, as histórias também são definidas pelo princípio de nkali: como elas são contadas, quem as conta, quando são contadas e quantas são contadas depende muito de poder (p. 22–23).

São teorias que sustentam ainda hoje as iniquidades raciais/étnicas, que se tornaram hegemônicas e influenciaram fortemente pesquisadores brasileiros. Nessa direção, vê-se que prevalecem ainda as diversas formas de discriminação baseadas na cor da pele, o que se conceitua como colorismo ou pigmentocracia, onde quanto mais escura for a cor de pele, mais discriminações sofrerá, diferenciando a forma de tratamento na sociedade (SILVA, 2021).

Teresa, ao ser questionada sobre sua raça/etnia, se autodefiniu como alemã e perguntou o que é etnia. Explicou-se que tem relação com fatores culturais, que inclui a nacionalidade, religião, língua, tradições, entre outros (LISBOA, 2019). Entende-se que Joana e Teresa se identificam como pertencentes a ascendência alemã, por suas naturalidades de uma cidade situada na Região Sul, de colonização europeia, desenvolvida pela cultura alemã.

O pertencimento a uma ascendência branca, foi uma preocupação observada nas falas. Expressa a “ideologia do embranquecimento: sendo branca, ela estaria mais ‘salva’, mais ‘civilizada’, ela seria mais ‘gente’ e mais ‘humana’” (SCHUCMAN, 2018, p. 214). É a reprodução do pensamento colonial, que valoriza e coloca em uma posição superior a nacionalidade alemã ou europeia em detrimento da brasileira — o que reforça o mito da democracia racial —, conforme fala de Joana: “me considero germânica, né, italiana ou alemão, não sei, brasileira” (JOANA, 2021).

A partir de uma leitura interseccional, cabe problematizar a interação entre raça, classe, gênero e geração, que demarca a vivência das participantes do estudo. Se, por um lado, a

condição de mulher e idosa as coloca numa situação de maior vulnerabilidade, a raça, por outro, as coloca em situação privilegiada, pois as mulheres brancas, dentro de um sistema racista e dominante, também oprimem outros povos e contribuem na manutenção dos privilégios coloniais. Ribeiro (2019) enfatiza que “O racismo é, portanto, um sistema de opressão que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo” (p. 12).

Assim, conforme discorre Carneiro (2011), enegrecer o feminismo é urgente para que haja transformações no campo das políticas públicas e na desconstrução de modelos de beleza baseados num único corpo; é demarcar as diversas opressões que as mulheres negras vivenciam e colocar em xeque o privilégio de mulheres brancas, que, embora sofram a opressão de gênero, também fazem parte da população que oprime as pessoas negras, sobretudo mulheres.

Desse modo, assentimos sobre a necessidade de lançar mão da interseccionalidade, ferramenta de análise advinda do feminismo das mulheres negras, que torna possível um olhar equânime para realidade social. Assim,

[...] um feminismo negro, construído no contexto de sociedades multirraciais, pluriculturais e racistas — como são as sociedades latino-americanas — tem como principal eixo articulador o racismo e seu impacto sobre as relações de gênero, uma vez que ele determina a própria hierarquia de gênero em nossas sociedades (CARNEIRO, 2011, s/p).

A questão que vem sendo refletida nos parágrafos acima, suscitada a partir de falas de Isabela sobre sua identificação no que se refere a raça, nos chama atenção sobre os riscos da comum generalização perpetrada pela sociedade e não incomum nos diversos serviços públicos e privados e seus profissionais. Atravessados por uma compreensão da população idosa como algo homogêneo, estático, com histórias e vivências similares entre si, sem considerar a diversidade de possibilidades de existência, sobretudo nessa idade, quando temos de analisar a partir do fato de que muito já se viveu e que o modo de estar nessa fase de vida é consequência também do acúmulo de acontecimentos, condições, necessidades, subjetividades, direitos acessados, ou não.

Em relação à identidade de gênero, o corpus se caracteriza por mulheres “cis”, do sexo feminino, que se refere “as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento” (JESUS, p. 10, 2012), ou seja, que se percebem e são percebidas socialmente com a identidade de gênero que foi atribuída a elas desde o nascimento (JESUS, 2012). É notadamente visível a naturalização nessas autopercepções que convergem com o determinismo colocado pela ciência biológica.

A invisibilidade da diversidade das experiências humanas reforça comportamentos e aprisiona corpos dentro do modelo biologicamente determinado, sem levar em conta os

aspectos culturais que definem o comportamento masculino e feminino. Este fato se potencializa num país como Brasil, onde as pessoas com identidade de gênero transgênero são discriminadas, excluídas, violentadas, não tendo garantido nem mesmo seus direitos fundamentais, como o direito à vida (JESUS, 2012).

Observou-se um certo desconforto na questão sobre a orientação sexual. Algumas mulheres, sem terem perguntado o que significava, expressaram compreensões sobre suas histórias a respeito da educação sexual. Ao ser explicado do que se tratava, respondiam com muita convicção a atração afetivossexual por homens cis. Ficou evidente que consideravam ser algo óbvio, o que converge com a heteronormatividade, que diz respeito à “Crença na heterossexualidade como característica do ser humano ‘normal’. Desse modo, qualquer pessoa que saia desse padrão é considerada fora da norma, o que justifica sua marginalização” (JESUS, p. 29, 2012). É uma marca que acaba por localizá-las em situação privilegiada em relação às pessoas não cisgênero, que se refere “as que não são identificadas com o gênero que lhes foi determinado, como transgênero, ou trans” (JESUS, 2012, p. 10).

Joana, ao ser indagada sobre sua orientação sexual, apresentou uma reflexão sobre a sexualidade e o catolicismo: “que a educação sexual da gente da época tudo era pecado né, a religião católica é uma religião que... castradora dá para se dizer em relação ao sexo, né?” (Joana, 2021).

Esse relato corrobora as reflexões tecidas por Strücker (2019) ao aludir aos mitos construídos em torno da família, mas principalmente sobre a mulher, que estão relacionados à crença cristã, onde se constroem referências do feminino como um ser que serve à procriação e continua permeado pela expectativa da normatização da mulher, como um ser imaculado, de acordo com uma das representações femininas da Igreja Católica: a Virgem Maria.

No relato de Joana (2021), fica evidente o impacto do cristianismo na vida da mulher, que é sucumbida, entre outros, da sua liberdade sexual, para performar os papéis impostos pela cultura cristã, como é da sociedade brasileira. Entremeadas nesse contexto, torna-se um desafio a ruptura a esses modelos, conforme discorre Joana (2021): “Eu, assim, hoje, eu consegui me libertar, nisso aí, sabe, mas, assim, levei muitos anos, porque a gente cresceu com aquilo impregnado, aquilo foi feito uma lavagem cerebral na cabeça da gente, do pecado, e não é pecado”.

Sobre o aspecto da educação, os relatos evidenciaram a baixa escolaridade das mulheres idosas, atreladas ao aspecto de classe, na ausência de condições financeiras que possibilitassem o acesso e permanência na escola. A fala de Antônia expressa condições complexas em que

viveu: “Não estudei, porque eu trabalhava muito... [...] não conseguia estudar porque a gente trabalhava, porque meu pai se matou e deixou nós tudo pequenininha [...] aí eu não estudei nada, não estudei”. Complementa sua fala expondo que a exigência da entrada precoce no mercado de trabalho, somada aos poucos acessos, não possibilitaram sua permanência na escola.

[...] eu não ia para a escola porque não tinha roupa, um frio danado, eu pulava da cama e pulava pra boca do fogo, né, não... como é que nós vamos? Se não tem roupa para vestir, nós vamos morrer tudo duro. É... aí depois não...depois...depois a gente vai trabalhando, né, isso é com oito anos, com oito anos até 60 eu trabalhei, sem parar, sem parar (ANTÔNIA, 2020).

Vale trazer os dados da pesquisa de opinião pública da Fundação Perseu Abramo (SESC SÃO PAULO, 2020), que revelam que a porcentagem de mulheres idosas pardas ou pretas que nunca frequentaram a escola é quase três vezes maior (32%, destas; 20% entre os negros) do que mulheres idosas brancas que nunca frequentaram (11%). A pesquisa demonstra que 93% das idosas pretas e pardas só realizaram o ensino fundamental, enquanto, entre as mulheres idosas brancas, o número é de 40%, onde a maioria das mulheres idosas deste estudo estão localizadas: apenas uma tinha o ensino superior.

A precoce inserção laboral foi algo que marcou a vida de Antônia:

A minha história de trabalho, primeiro foi cuidar de uma criança, de babá de uma criança. De oito anos de idade, comecei a cuidar de um senhor idoso [...] eu já trabalhei em fábrica de bala, confecção, padaria, trabalhei... me aposentei agora no INSS, em auxiliar de cozinha... (ANTÔNIA, 2020).

Embora as participantes do estudo sejam pertencentes à classe trabalhadora, foi possível reconhecer os acessos possíveis às mulheres brancas, conforme relato de Joana:

[...] então eu sempre falo, nossa, eu trabalhei tanto na minha vida, agora que eu tô velha, tenho que gastar com doença, mas ainda bem que eu trabalhei, eu me aposentei bem sabe, eu tenho ainda esse poder de pode pagar pra me ajudar, sabe, que não dependo da saúde pública sabe? (JOANA, 2021).

Sob a perspectiva do feminismo hegemônico na velhice, as mulheres — compreendidas como um ser universal —, vivenciam discriminação geracional imposta pelo mercado de trabalho, no qual são consideradas improdutivas, e de classe por acabarem se transformando nas provedoras da família. No entanto, a raça é que vai garantir às idosas brancas a proteção social da previdência social (aposentadoria) pelo acesso a empregos formais, conforme relato de Joana, enquanto, para as mulheres negras, “inexiste o tempo de parar de trabalhar, haja vista o racismo estrutural, que as exclui do mercado formal, atravessando diversas idades no não emprego, expropriadas [...]” (AKOTIRENE, 2019, p. 26-27).

Observou-se que a migração é uma característica que apareceu em três das cinco participantes. Todas as participantes eram de nacionalidade brasileira, da Região Sul, sendo que

a maioria é natural do estado de Santa Catarina, com exceção de Joana, que é natural de uma cidade do Rio Grande do Sul. As três emigraram de cidades consideradas do interior, tendo como motivação a separação, como no caso de Teresa: “até aos 43 anos eu trabalhei na roça, daí foi aonde eu separei e vim para cá” (TERESA, 2021).

Joana, passou pelo processo migratório diante da morte do companheiro:

[...] na sexta o telefone tocou que ele tava morto... Ele foi no banco e caiu também lá, morto. Tu imagina o que eu passei ne? Daí meu filho disse assim, meu filho já mora há 20 anos aqui, diz: mãe vem pra cá agora.... Que eu só tenho ele, eu não tive outros filhos [...] Daí então agora eu tô há dois anos aqui. Eu vendi tudo que eu tinha lá, chácara, apartamento, tudo... e vim pra cá porque só tenho ele (JOANA, 2021).

Helena associa sua vinda a um sonho que tinha quando criança:

[...] eu sempre tive um sonho desde criança de vim morar aqui em São José, porque quando nós viemos de Ituporanga, morava em Ituporanga, a gente dormiu aqui e eu fiquei encantada com tudo que acontecia aqui [...] e, depois que meus filhos casaram, eles vieram morar aqui, quando eles ficaram moço eles vieram, eu vim atrás dos meus filhos (HELENA, 2021).

Das cinco idosas, três residem sozinhas e Joana reside com o filho, que contribui com a renda familiar somando uma média de oito salários-mínimos. Helena reside com o companheiro; somando à sua renda, totaliza cerca de quatro salários-mínimos. Apesar da diferença e, de certo modo, a segurança financeira assegurada pela renda do filho ou companheiro, ainda assim são todas pertencentes à classe trabalhadora. Teresa relata contar com ajuda dos filhos esporadicamente.

O tipo de habitação de três delas é a casa própria, as outras duas pagam aluguel. A maioria (04) reside em áreas periféricas do município de São José (Centro-Norte) e uma, Helena, na região mais central da cidade (GT-CADASTRO/FEESC/UFSC, 2004). As mulheres idosas utilizam transporte coletivo como recurso para locomoção; Joana utiliza apenas seu carro próprio, e Tereza mescla entre carro próprio e transporte público. Neste período de pandemia, Antônia lançou mão também do uso de aplicativos.

Essas características possibilitam ter um olhar ampliado para as condições concretas de vida das participantes. O pertencimento à classe trabalhadora e o escasso ou dificultoso acesso aos serviços, aos processos migratórios e à ausência de moradia fixa são fatores que podem influenciar a saúde.

Acerca do acesso a plano de saúde, apenas Antônia relatou ter, e também a única a acessar “bem pouco” o SUS. As demais utilizam preferencialmente o SUS por meio das Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas e Hospitais. Joana e Teresa recorrem à rede privada para consultas com especialistas, em situações excepcionais.

A maioria afirma não utilizar a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), apenas Isabela participava do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (SCFV) há cerca de dois anos. Todas relatam não fazer uso de nenhum outro serviço público, além dos Serviços do SUS já citados: o SCFV e o CATI.

Por fim, “de que mulheres estamos falando?” revela múltiplos aspectos que devem ser considerados na compreensão e análise sobre o uso de psicotrópico pela população idosa feminina. Dessa maneira, a próxima seção apresenta os resultados em relação aos significados e expectativas sobre o uso de psicotrópico, que se relacionam com esses contextos.

ASPECTOS CONTEXTUAIS E MOTIVOS PARA USO DE PSICOTRÓPICOS

Compreender as relações entre a população idosa feminina e o uso de psicotrópicos, requer atenção à multiplicidade de aspectos envolvidos. Para isso, buscaremos apresentar e analisar os contextos, significados e expectativas sobre o uso de psicofármacos atribuídos pelas mulheres idosas.

Os psicofármacos têm como “característica geral a atuação no Sistema Nervoso Central (SNC)”. Acrescenta-se que “há três grupos específicos de fármacos que são mais utilizados: os ansiolíticos, os antidepressivos e os antipsicóticos” (VARGAS; CAMPOS, 2019, p. 87).

O *corpus* apontou o uso de fármaco do grupo de antidepressivo em sua totalidade. Das cinco participantes, quatro fazem uso do cloridrato de fluoxetina, que pertence à classe dos inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS). Joana, que atualmente faz uso do medicamento Velija, pertencente a classe dos inibidores de receptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) ou inibidores duais (SPERRY, 2021), fez uso do cloridrato de fluoxetina por aproximadamente dezenove anos.

Segundo Wagner (2015), em 2009, Santa Catarina esteve entre os cinco estados mais consumidores de antidepressivos do Brasil. A mesma autora traz que “de 2005 a 2009, as vendas de antidepressivos aumentaram 44,8% — de R\$ 647,7 milhões para R\$ 976,9 milhões, respectivamente” (WAGNER, 2015, p. 3). Ele pontua ainda que o cloridrato de fluoxetina é um dos antidepressivos mais utilizados, sendo que o artigo em questão foi publicado no ano de 2015.

Rodrigues *et al.* (2020) traz que a prevalência do consumo de psicotrópicos na Região Norte do país é 4 vezes menor do que na Região Sul, pela desigualdade no acesso aos serviços

de saúde daquela população. Ao mesmo tempo em que existe o uso excessivo de medicamentos, há também a falta de acesso. As iniquidades na obtenção de medicamentos aparecem a depender da região, somadas a situações de vulnerabilidade social e/ou econômica (BRASIL, 2021).

Em relação à forma de acesso às medicações, todas foram obtidas mediante prescrição médica, por clínico geral e/ou médico especialista em geriatria. As medicações eram em sua maioria adquiridas nas farmácias do SUS, com exceção de Joana. O tempo de uso variou, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Informações sobre data da entrevista, idades das entrevistadas e idade em que se iniciou uso de psicotrópico

Participante	Mês/ano entrevista	Idade na entrevistada	Idade que começou a tomar o psicotrópico
Isabela	08/2020	65	64 anos
Antônia	08/2020	62	56 anos
Joana	01/2021	67	47 anos
Teresa	01/2021	69	68 anos
Helena	01/2021	65	63 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na data da entrevista, Isabela fazia uso há um ano; Antônia fazia uso há seis anos; Joana é a que fazia uso há mais tempo, cerca de 20 anos; Teresa relatou história de uso de psicotrópico cinco anos atrás, e tomou aproximadamente durante um ano e, entre as entrevistadas, foi a participante com menor tempo de uso (seis meses) e a única a começar a tomar em decorrência da pandemia; por fim, Helena, que fazia uso há dois anos.

Além dos psicotrópicos, foi identificado o uso de outros medicamentos. Isabela teve a prescrição da *Losartana*, que é um anti-hipertensivo classificado como Bloqueador dos Receptores da Angiotensina II (BRAs):

[...] o médico do posto falou... [...] muito querido, ele disse ‘a senhora não tem pressão alta, a senhora, a pressão sobe por causa que a senhora é ansiosa, aí a ansiedade faz a pressão subir, só que não dá pra saber quando vai subir demais, e a senhora pode dar um treco, então é preferível tomar um remedinho para controlar’ (ISABELA, 2020).

Teresa também faz uso da mesma medicação, e Helena discorre que uma das indicações do cloridrato de fluoxetina se refere ao controle da pressão:

[...] é um remédio que se eu largo um pouquinho, se eu passo um dia, dois... começo a ficar com medo. [...] e não era só o medo, a minha pressão aumentava muito, a minha pressão, ela tava em 24, 25, era muito alta (HELENA, 2021).

Ademais, foi possível observar a utilização de outras medicações, entre elas para reposição da Vitamina D e Cálcio em Isabela e Antônia, e para Colesterol, nas duas últimas e

também em Teresa. A polifarmacoterapia é uma das expressões da medicalização da sociedade, onde as pessoas idosas são um dos grupos-chave. Entretanto, trata-se de uma questão complexa, onde, por vezes, o uso simultâneo de fármacos pode ser benéfico. O que chama atenção é para o cuidado nos consumos excessivos, sobretudo pelas pessoas idosas, que, a depender dos contextos de vida, se tornam mais vulneráveis à adesão ou não do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2021).

Dessa forma, partimos das falas das participantes para ilustrar o contexto que resultou na prescrição da medicação psicotrópica, de forma que não se considere o “diagnóstico” apenas, patologizando e responsabilizando as mulheres idosas por sua condição de saúde mental.

A partir das falas dessas mulheres sobre as motivações para o uso da medicação, apresentamos os relatos que demonstram o processo de busca por ajuda vivenciados, conforme as falas em tela:

[...] me deu um pânico tão grande...depois que as duas morreram, ano passado (2019) [...] quando a minha amiga já estava no hospital, que faleceu no comecinho de julho. [...] Aí fui lá, eu não estou aguentando mais, falei com as meninas ali que eu já conheço, aí me mandaram nesse medico, aí ele não queria me receitar; não ele não queria; eu disse pra ele: ai me passa sei lá pra uma psiquiatra...alguém pra me receitar um remédio... [...] ... e aí eu disse pra ele.. eu disse pra ele: eu quero um remédio não é pra depressão, eu não tenho depressão, eu tenho ansiedade, e eu to passando por um problema de saúde na família, com amiga íntima, e eu to chegando no meu limite, me deu um taquicardia, me deu um medo, um pânico muito grande a noite e eu acho que eu sozinha não vou dar conta, eu não tenho dinheiro pra pagar psicólogo (ISABELA, 2020, grifo nosso).

[...] pra ansiedade quando começou foi assim, né, incomodando, se incomodando muito...se incomodando muito, aí...[...] e eu não era assim de brigar, né, eu não era assim, agora que eu sou explosiva, mas eu não era [...] eu guardava tudo pra mim. Os outros falavam pra mim, eu guardava...não respondia, ficava quieta, agora não... agora...aí eu peguei a ansiedade, né, eu via muita coisa ruim, muita briga, muita coisa, muita coisa, minha vida também foi ruim, né, meu pai se enforcou... a gente achou ele em casa enforcado, tinha 30 anos meu pai...[...] aí daquilo ali tudo tu vais pegando né? Muito... até hoje parece que... eu tô com 62, parece que eu vejo meu pai pendurado... não sai da cabeça, abrimos a porta lá, tava aqui pendurado [...].
aí esse estresse, aí a gente vai trabalhando nos lugar se incomoda, aí tu vai engolindo, né [...] aí foi assim... ali me pegou, né...muito serviço...aí muito trabalho sei lá, a gente passava frio, passava fome... eu fui internada [...]...tu não vai acreditar... [...] por causa da fome. [...] ah eu era pequena, eu tinha uns 7 anos. [...] 7 anos de idade, 7 anos de idade eu já estava na luta. [...] aí a menina que é muito minha amiga disse: “poxa, a tua médica não deu remédio ainda pra isso ai, para ansiedade?” disse não, eu pedi a ela pelo amor de Deus me dá um remédio pra ansiedade que senão, não aguento mais. E ela me deu e acertou...[...] não posso largar (ANTÔNIA, 2020).

[...] acho que foi mais ou menos em 90 que começou aparecer os casos de aids, né, começou a aflorar, ali não tinha ainda a municipalização da saúde, então a gente era treinada para atender esse povo que tinha esse problema, eu sofri bastante ali, porque ali precisava de uma equipe multiprofissional, e na época não tinha, tinha a gente, né, então assim psicologicamente eu me abalava muito porque, quando eu tinha que dar o resultado positivo eu sofria junto com a pessoa, isso me fazia muito mal. Então isso marcou bastante, sabe [...] eu acho assim que eu fiz uma caminhada muito boa na minha vida. Eu só, eu tenho tristeza, perdi esse meu último companheiro. [...] Eu

ainda...não sei te explicar... ainda, não sei se é saudades, mas, assim, ainda não consegui viver... assim, eu sinto falta, eu sinto falta porque ele era muito companheiro [...]

[...] eu trabalhava de tarde na epidemiologia e de manhã, por falta de funcionários eu tinha que ir pra...tipo uma triagem né, ali pras consultas... e teve um ano... ali, eu fiquei doente, que eu desenvolvi o pânico [...] daí eu comecei a trabalhar com ela devagarinho, essa mulher me deixou doente, ela conseguiu me desequilibrar [...] eu comecei ter uns tremor, comecei a tremer, assim, de repente eu não consegui mais dirigir, sabe uma coisa ,assim, que me deu, eu virei em pânico e assim [...] uma escada eu chegava a me segurar, aquilo parecia que ia me sugar, eu tive, virei em pânico (JOANA, 2021).

[...] foi quando meu filho voltou a viajar depois do acidente, que teve esse acidente há 10 anos atrás, 10 pra 11 anos atrás, aí ele parou, não foi viajar mais né, e daí ele voltou a viajar de novo, talvez uns cinco anos depois, ele voltou viajar de novo, aí veio aquilo tudo na minha cabeça de novo, e eu fiquei bem ruim com aquilo, e me deu a depressão. [...] fui lá... é... dor aqui, dor ali. “[...] cadê você, onde é que você tá”, ele (*o médico*) dizia assim, né, “cadê aquela mulher que eu via [...] fazendo isso, fazendo aquilo, ativa”, daí eu contei a situação pra ele, daí foi onde ele me receitou que eu tava com depressão, né, não queria acreditar, mas foi. Aí comecei a tomar o remédio, tomei [...] mandou eu tomar uns seis meses pra ver, né, acho que andei tomando um ano, um ano e meio (TERESA, 2021, grifo nosso).

[...] olha, pra mim... eu... no meu caso, eu comecei com choro, uma crise de choro, muito choro, e medo, muito medo... medo, medo porque eu tive uma separação, logo em seguida eu me aposentei, aí vim pra cá pra morar em Florianópolis, eu tinha muito medo de altura, e fui morar num condomínio no quinto andar, e eu comecei com muito medo, muito medo, nunca havia morado em condomínio; e assim em prédio, sempre em casa... e era minha e eu fui morar de aluguel.. e eu achei assim um pouco... não sei... desrespeitada [...] como idosa, alguns jovens acho que tem liberdade pra tudo sabe, eles iam atrás de mim, diziam que eu era assassina, eu comecei com depressão. [...] eu fiquei num estado tão horrível, tão horrível, tão crítico que eu cheguei num desespero no hospital [...] pedindo pro doutor [...]abençoado, que disse “a senhora está com uma depressão muito séria, muito grave”; eu já tinha [...] ido na policlínica, disseram que eu estava louca, que eu estava louca, porque o condomínio já tinha dito que eu estava louca, pois era elas que estavam fazendo isso pra mim, a falta de desrespeito comigo [...] porque eu era pobre, porque eu era mendiga [...] (HELENA, 2021).

As participantes apresentam adoecimento relacionado a contextos de perdas/luto, precárias inserções no mercado de trabalho, casamento/separação, preconceitos e discriminações, e ao relatarem os sintomas nas consultas medicas, tornam-se objeto de diagnóstico e, portanto, suscetíveis a prescrição de tratamentos medicamentosos. Conforme relatos acima, as mulheres não só aceitam a prescrição de psicofármaco, como a solicitam. Essa disponibilidade pode ocorrer, porque “o controle sobre o corpo e a saúde da mulher é muito maior em virtude de seu papel na reprodução, o que a obriga a buscar o serviço de saúde” (MADUREIRA *et al.*, 2008, p. 18).

Concordamos com Rodrigues *et al.* (2020) que tais fatos decorrem do investimento e organização de serviços médicos voltados “[...] a saúde materno-infantil e a saúde reprodutiva da mulher, fortalecendo o processo de medicalização social do corpo feminino”. As/os

autores/as acrescentam que “mulheres têm maior carga para os transtornos depressivos e de ansiedade, e maior ocorrência de transtornos alimentares e de personalidade borderline” (RODRIGUES *et al.*, 2020, p. 4607).

A perda de familiares, amigas e/ou companheiro se apresenta como uma experiência que marcou a vivência de três das cinco participantes. O luto é considerado um transtorno de humor no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o que pode ocasionar prescrições de psicotrópicos (BRASIL, 2021). De acordo com Freitas e Amarantes, “tudo pode ser patologizado, na medida em que não nos faltam motivos para sofrimento” (2017, p. 13)

Outro fator presente nos relatos é sobre o casamento/separação. Medeiros (2019) observa que um dos dispositivos em que mais se expressam as iniquidades de gênero é o casamento. Nesse ínterim, a hegemonia dos ideais de amor romântico e do casamento como imperativo de sucesso na sociedade patriarcal tornam-se dispositivos de opressão e discriminação por restringi-las ao espaço privado e negar a sua sexualidade, desejos e autonomia.

Na fala de Isabela fica manifesta essa dinâmica e expressa-se o processo de medicalização:

[...] tive muito problema com meu ex-marido, uma vez esse meu médico de 30 anos me receitou... “vou te dar um comprimidinho aqui que vai te dar uma relaxada” [...] porque ele percebia que era só ansiedade, e ele disse “tu fica muito ansiosa, aí tu dá esses taquicardia”...porque quando eu me separei do meu marido, o médico mandou eu separar, porque senão ou eu morria, dava um infarto, ou eu largava ele, então eu optei por largar ele pra não morrer de infarto. Porque meu coração acelerava e a pressão subia... depois que eu me separei acabou tudo (ISABELA, 2020).

Fica evidente que, ao mesmo tempo em que há uma identificação por parte do profissional que a causa de sofrimento é o casamento, há também a prescrição do psicotrópico que busca resolver os sintomas sobre a situação. Esse fato, pode decorrer, pela histórica condição da mulher, concebida como alguém que naturalmente necessita de intervenção, e “[...] As mulheres com ‘sintomas’ promovidos pela infelicidade com casamentos e com o poder dos homens receberam a denominação de mulher nervosa, histérica” (MENDONÇA, 2008 *et al.*, p. 98).

SIGNIFICADOS E EXPECTATIVAS PARA O USO DE PSICOTRÓPICOS ATRIBUÍDOS PELAS MULHERES IDOSAS

Os significados atribuídos pelas participantes sinalizam, sobretudo, um bem-estar proporcionado a partir do uso do psicofármaco, ao relatarem sentirem-se mais tranquilas e ativas. Os relatos remetem a uma associação da medicação à vida e ao atendimento às atribuições demandadas em relação ao aspecto geracional, permeados por preocupações em manterem-se com vontade de “viver”.

[...] uuh, não passo sem isso aí, sem isso aí é... se eu passar sem esse aqui, oh, um dia aí já começa me dar um “zigue-zague”, já vou... já tô sentindo que eu tô ficando já berrona demais, agitada, aí tenho que tomar isso aqui para me acalmar... tomar isso aqui fico mais tranquila (ANTÔNIA, 2020).

[...] ah, ela me deixa, assim, tranquila né. Eu vivo bem. Claro que a gente nessa idade tem muito aiai ainda, que incomodam, mas, assim, eu me sinto, assim, apesar da idade, uma pessoa, assim, ainda, como é que vou dizer, com bastante vontade, assim, de viver, eu não me sinto, assim, que eu estou velha, eu tenho, assim, energia, assim, para sair, me divertir. [...] Então, essa medicação, assim, pra mim é vida, porque eu acho que se eu não tomo o meu astral baixa (JOANA, 2021).

[...] significa que eu me sinto melhor. Me sinto bem. Me sinto disposta de novo. Não sinto aquelas dores de cabeça que eu sentia, me sinto bem com ele (TERESA, 2021).

[...] pra mim ela me ajuda a não ficar com aquela choradeira, o significado é uma companhia, né? tipo uma companhia, por que ela me tranquiliza [...] eu posso viver [...] eu posso conversar com todo mundo, eu não começo a chorar, hoje chorei, claro, porque lembrei (HELENA, 2021).

Os relatos evidenciam a dificuldade em se verem envelhecidas, “inativas”. A medicação em suas vidas significou retornar à vida, ao estado de bem-estar, que socialmente remete ao estado juvenil, por ser o ciclo da vida mais valorizado. Ficou evidente nas falas das mulheres entrevistadas que as mudanças proporcionadas foram positivas, conforme ilustram as falas abaixo:

[...] eu estou tão bem, graças a Deus, eu estou tão bem que o joelho não incomodou mais, as hérnias não incomodaram mais, que o ano passado doía tudo, por causa da tensão, das perdas, daquela coisa toda, né. [...] eu consegui emagrecer...consegui... senão, nessa época agora de pandemia, se eu não tivesse um apoio assim, porque saiu de uma entrou em outra né? (ISABELA, 2020).

Aí eu comecei a tomar os remédios, me ajudou, me controlou, até hoje ele me controla, é o meu amigo, é a fluoxetina que me tirou disso, então ela me acalma, então hoje se acontece isso *(se referindo a situações de desrespeito que viveu)* eu não ligo [...] (HELENA, 2021, grifo nosso)

Desse modo, revelou-se que a medicação psicotrópica se tornou uma forma de seguir a vida eliminando sofrimentos e mal-estares causados por perdas, condições precárias de vida e de trabalho, ente outras. Acrescenta-se a problemática da performance exigida na sociedade

capitalista e patriarcal de que tão pouco há parâmetros possíveis de serem alcançados. Contudo, os sentimentos de falta, inutilidade ou inadequação são intensificados. Soma-se ainda o culto à juventude e as prescrições sobre o que não fazer e como se comportar considerando a idade avançada. Não só as exigências são desafiadoras e improváveis de alcance, como não mantêm coerência em si, atuando na garantia de insucesso, desvalorização do ser e frustrações.

A velhice vai ser concebida a partir do disciplinamento das exigências sociais para atender a uma necessidade capitalista de produção, exigindo, portanto, práticas e comportamentos individuais adequados à norma. Com isso, “as alterações de ritmo do idoso, incompatíveis com esta estrutura social, são vistas muitas vezes como distúrbios do humor ou do afeto, além de levá-lo à exclusão e ao distanciamento social [...]”. Essa normatização vai ter impacto na saúde da pessoa idosa, que é levada a buscar defesa “Para driblar tal situação [...] como o uso de medicamentos” (MENDONÇA *et al.*, 2008, p. 97).

Outrossim, às mulheres idosas com baixa renda, por vezes, resta o acesso a consultas e medicamentos psiquiátricos disponíveis no SUS. Nessa perspectiva, os “[...] estilos de vida propostos pela mídia e por especialistas, que incentivaram e transformaram o idoso em grande consumidor de técnicas da boa aparência e do bem-estar, das dietas, dos exercícios, dos medicamentos, dos cosméticos, das vitaminas” (MENDONÇA *et al.*, 2008, p. 97), na maioria das vezes não é acessível a grupos de mulheres idosas pertencentes à classe de baixa renda.

O uso da medicação psiquiátrica não foi motivado por expectativas familiares em três das cinco mulheres. Com exceção de Teresa que, quando questionada, relata que sua filha a percebeu desanimada:

Aí eu comecei a tomar, eu já melhorei, “mãe vai atrás”; mas como que eu vou atrás, daí disse não, então vou lá [...] onde eu comecei, pra ver, aí foi onde eu consegui, daí ela ficou toda feliz de novo porque ela viu que eu estava bem assim, né. Então por isso que eu disse, eu não quero mais deixar (TERESA, 2020).

Helena declarou que seus filhos pedem para que ela não deixe de utilizar a medicação: “eles pedem para não deixar, porque a fase que eu fiquei foi tão triste para eles, que eles chegavam, eles não tinham mais paciência comigo [...]” (HELENA, 2021).

As mulheres são sobrecarregadas pelo acúmulo de funções no âmbito doméstico, e essa sobrecarga é invisibilizada, além de reproduzida nos espaços laborais. Essa situação de “dupla jornada é comum na vida das mulheres contemporâneas e não costuma ser levada em conta o que permite questionar a proteção do ambiente doméstico à saúde da mulher” (MADUREIRA *et al.*, 2008, p. 18, grifo nosso).

Ao serem indagadas sobre interrupções passadas e as expectativas futuras sobre o uso do psicotrópico, a ausência de recursos financeiros que possibilitassem a busca por alternativas terapêuticas se coloca como um fator para o acesso disponível, conforme fala de Isabela (2020): “eu não podia fazer um tratamento, né, eu nunca tive dinheiro pra fazer uma terapia e coisa”.

Isabela ainda expressou uma expectativa de parar com o uso: “por mim eu não tomarei remédio nenhum, entendesse?”, contudo diante das condições que vinha atravessando e intensificadas pela pandemia, foi orientada pelo médico: “Mas aí... como eu estava naquela crise ano passado, de perda, aquela coisa, o *médico* disse ‘não, não tais na época de mexer em nada, fica aí, soldado que está, sei lá um ditado que tem aí, não se mexe, time que está ganhando não se mexe’. [...] aí eu disse, bom, então tá” (Isabela, 2020, grifo nosso).

As falas abaixo revelam as expectativas das mulheres idosas em relação ao uso do psicotrópico:

[...] por enquanto eu não vou mexer, deixa assim, por que a gente não sabe o que que pode vir ainda pela frente com essa turbulência toda...vai que dá outro “lockdown” aí de novo. Mas eu pretendo logo... [...] não vou tomar a fluoxetina o resto da vida, de jeito nenhum, se eu estivesse numa situação que não estivesse essa pandemia, eu já tinha parado, é tanto que eu já estava diminuindo ele (ISABELA, 2020).

[...] e aí é isso aí, né...e isso agora é pro resto da minha vida esses remédios [...] se eu não tomasse isso aqui eu já estava lá na “cova funda” (ANTÔNIA, 2020)

[...] eu tentei parar, devagarinho sabe... eu travo... uma coisa assim que eu achava que comigo não acontecia, quando as pessoas contavam pra mim, assim, mas acontece com a gente. Estresse, um estresse muito elevado, a gente se desequilibra, eu me desequilibrei. Hoje graças a Deus tomo essa medicação e vivo muito bem.

[...] eu acredito que isso aqui vai... vai... como é que eu vou dizer, que vai me acompanhar ainda muito tempo, que eu necessito, necessito para mim poder viver bem. Eu vivo bem, não posso me queixar, vivo bem, ela me faz bem (JOANA, 2021).

[...] agora, como eu tô me sentindo bem com ele, que eu parei duas vezes e não deu certo, a minha expectativa é continuar ... continuar, quando terminar essa receita eu vou atrás, né, de outra.

Uma vez eu falei pro doutor [...] agora posso parar? Daí ele disse assim “Ó [...] por que parar? Por que trocar uma coisa que tá fazendo bem, por uma dúvida [...] não tem que trocar, não deve mexer no que tá bom” ele me disse assim. [...] eu não gosto de tomar muito remédio, quanto menos eu puder tomar melhor. [...] mas agora eu vejo, assim, é preciso e que pra mim é bom [...] morá sozinha, né (TERESA, 2021).

[...] pediram pra não deixar, porque é um remédio que, se eu largo um pouquinho, se eu passo um dia, dois, começo a ficar com medo.

[...] eu quero largar, quero ficar bem boa, bem segura (HELENA, 2021).

Observam-se, nas nos relatos acima, expectativas de continuidade no consumo dos psicotrópicos que, na ausência de possibilidades de atenção e cuidado a suas condições de saúde

mental, o psicotrópico assume um papel de atenuar seus sintomas. As concepções equivocadas em torno do tratamento com psicotrópicos sustentam uma cultura onde não há investimentos para alternativas não medicamentosas, já que serve ao atual modelo capitalista, medicalizando grupos que têm suas necessidades relacionadas às privações e desigualdades inerentes ao sistema socioeconômico, cultural e político vigente (BRASIL, 2021).

De acordo com as contribuições do Ministério da Saúde para a promoção do uso racional de medicamentos (2021, p. 62), “A desprescrição está relacionada à qualidade da assistência à saúde, à responsabilização do governo, ao uso de protocolos para diminuir impactos com judicialização, ou mesmo às condutas internas do processo de trabalho da equipe”. É, portanto, tarefa desafiadora e complexa essa temática da “desprescrição”, pois, entre outros fatores, envolve a desconstrução de compreensões não contextualizadas e acríticas da realidade social.

O atual contexto pandêmico diminui possibilidades desmedicalizantes e expectativas de ruptura do consumo do psicotrópico. Assim, em razão de a coleta de dados ter ocorrido durante a pandemia da Covid-19 e suas repercussões na sociabilidade, é inevitável para este trabalho reconhecer seu impacto sobre a vida das idosas que participaram da pesquisa.

A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS E SEU IMPACTO SOBRE O COTIDIANO DAS MULHERES IDOSAS

A Organização Mundial de Saúde declarou em 11 março de 2020 a pandemia da Covid-19. Em outubro de 2021, o Brasil chegou a mais de 21 milhões de pessoas contaminadas e cerca de 601 mil mortes. Cenário emblemático que requereu e ainda requer atenção e cuidado no que diz respeito às medidas para prevenção, tratamento e cuidado neste contexto de pandemia. Entre as medidas sanitárias para conter a infestação da doença, o distanciamento social se destacou como uma das mais indicadas como forma de prevenir o aumento de pessoas contaminadas e a consequente sobrecarga do sistema de saúde.

A população idosa fez parte das populações consideradas de maior risco e propensas à morte em decorrência da Covid-19. O Ministério da Saúde classificou as pessoas idosas como “grupo de risco”, bem como outros grupos com doenças crônicas (TORRES *et al.*, 2020). No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, 72% dos óbitos causados pela pandemia são de pessoas com 60 anos ou mais de idade (DIEESE, 2020).

Esses são aspectos que podem influir diretamente no início e/ou intensificação do adoecimento dessa população, agravado pela conversão em grupo de risco e pelo medo da “utilização da idade como parâmetro para decidir quais pessoas iriam dispor dos limitados recursos disponíveis para o tratamento da Covid-19” (Alessandra Torres *et al.*, 2020, p. 342). Logo após foi reconhecida a inconstitucionalidade desse critério pela Sociedade Brasileira de Bioética e Câmara Técnica de Geriatria do CRM-DF (*idem*, s/p).

De acordo com Goldenberg (2020, s/p), "estamos assistindo horrorizados a discursos sórdidos, recheados de estigmas, preconceitos e violências contra os mais velhos". A autora refere que tal discurso “velhofóbico” sempre esteve presente na sociedade, mas que se amplificou na pandemia. Acrescenta que esse discurso velhofóbico tem a ver também com pânico de envelhecer (*Idem*).

Esse termo explica os discursos presentes nas mídias durante a pandemia, desvalorizando as pessoas idosas por não serem um grupo “produtivo”, exaltando a juventude, não como uma fase, mas como um valor, por manterem a economia “ativa”. São discursos permeados por estigmas e preconceitos, em torno do envelhecimento, caracterizando o que a autora nomeia como “morte simbólica” (*Idem*).

Desse modo, a medida de isolamento social se impôs de forma ainda mais incisiva, o que ocasionou mudanças de rotina, ausência de convívio social e distanciamento de vínculos afetivos (BRASIL, 2021).

Sendo assim, as entrevistas se apresentaram como uma possibilidade de essas mulheres serem escutadas e terem suas vivências partilhadas. Para evidenciar os impactos da pandemia no cotidiano dessas mulheres, buscou-se compreender, mesmo que de forma breve, quais vínculos comunitários tinham-se estabelecido, e que, após a deflagração da pandemia, perderam-se.

Joana relatou que participava de um Projeto que era desenvolvido dentro do equipamento de um Centro de Referência da Assistência Social, onde ensinava outras mulheres a costurar, e também frequentava bailes. Teresa relembra: “antes da pandemia, a gente fazia viagem, né, a terceira idade fazia viagem [...] também tinha um tempo o grupo de jovens adultos, pessoas acima de 30 anos, sozinhos, a gente também fazia passeio”. Já Helena relata participação em atividades vinculadas à igreja, que, por vezes, são as únicas alternativas de entretenimento possibilitadas, onde se concentram outras mulheres e onde estabelecem laços sociais.

Os relatos abaixo, revelam as experiências das mulheres idosas sobre o distanciamento social:

[...] tem muito velho morrendo por causa disso, eles estão ficando agoniados dentro de casa, e o pessoal tenta...” Ah tô com dor aqui, dor lá”, o pessoal tenta cuidar da dor, mas não é a dor que a pessoa está, a dor da pessoa está na cabeça (ISABELA, 2020).

[...] orra, isso aí tá matando, né? Isolamento social eu vou dizer para ti, tá horrível, horrível, porque a gente... ó, o único lugar que eu vou é do CATI, do CATI pra casa, antes quando tinha, né? (ANTÔNIA, 2020)

[...] ah, menina, isso aí é horrível, a pandemia, assim, eu me sinto assim, que sou uma pessoa estruturada emocionalmente, mas, assim, ela veio pra judiar a gente, ela nos isolou da parte social do contato com as outras pessoas, isso é péssimo. [...] porque assim, o isolamento em si, eu respeito, porque no fundo eu tenho receio, mas eu não consigo ver ele como uma solução [...] (JOANA, 2021).

[...] é uma coisa que é preciso, né, esse isolamento sobre o idoso, só que muitas vezes eu acho, assim, que pra certas coisas o idoso pode, por exemplo, votar o idoso pode né, é... então eu sempre acho, assim, numa igreja não pode mais, eu acho isso um pouco é... discriminação sobre o idoso também (TERESA, 2021).

[...] é terrível, eu não tenho, não me isolo, sempre tenho meus contatos (HELENA, 2021).

Importante frisar que, apesar dos aspectos negativos do distanciamento e isolamento, ainda assim se constituíram importantes medidas para frear a contaminação da Covid-19. Contudo, o estabelecimento e conversão de populações específicas, como as pessoas idosas em grupo de risco, acarretaram uma intensificação de sofrimento psíquico, mesmo não havendo todo o conhecimento sobre a doença:

[...] eu sempre tive uma imunidade muita boa, eu não me acho assim exatamente de risco, mas eu sou obrigada a me cuidar, porque até então ninguém sabe muita coisa... é uma doença nova que ninguém sabe muita coisa [...] (ISABELA, 2020).

A fala de Isabela trouxe uma questão importante, que é a suposta imunidade das pessoas jovens, afirmando que a medida restritiva de isolamento é “corretíssimo, eu acho que tem que se isolar [...] e... por isso que agora os jovens tão ficando tudo contaminado, porque tão fazendo festa [...], não devia ter festa” (ISABELA, 2020).

Diante da conversão das pessoas idosas em grupo de risco, a medida de bloqueio dos cartões do transporte coletivo, para evitar que as pessoas idosas utilizem o transporte público, se apresenta como uma restrição dura e apareceu no relato de uma das participantes: “[...] agora eu não posso sair... porque não pode andar de ônibus” (ISABELA, 2020).

O início e/ou aumento do uso de psicotrópico nesse contexto esteve presente em apenas uma entre as cinco participantes:

[...] aí esse ano agora, eu comecei a tomar de novo, por causa dessa parada que deu né... fiquei só em casa... aí aqui também eu me animava muito aqui com os vozinho que eu gostava muito, até tenho uma irmã internada aqui também com Alzheimer, né, só que fechou tudo, né, também esse ano a gente não pode nem ir ali visitar nem nada [...], então eu fiquei muito sozinha aqui, foi aonde eu comecei a ficar ruim; minha filha e neta trabalhando, né, eu ficava muito sozinha aqui, aí foi aonde eu comecei a ficar ruim de novo, daí comecei a tomar de novo (TERESA, 2021).

Pode-se considerar que, pelo fato de as participantes já fazerem uso de psicotrópicos antes da pandemia, o surgimento de adoecimento relacionado à saúde mental não apareceu como uma questão relacionada à pandemia nas outras quatro participantes.

O CATI, local de referência para atividades a essas mulheres, ao ter suas atividades suspensas, também impactou profundamente na organização da vida dessas mulheres. Diante da impossibilidade de convívio comunitário e/ou familiar durante a pandemia, especificamente em decorrência das medidas sanitárias, torna-se importante atentar às vivências dessas mulheres dentro desse contexto pandêmico e as alternativas possíveis encontradas por elas:

[...] mas no começo mesmo eu estava meio que pirando aqui porque eu não podia sair, eu não sabia se eu podia sair... não podia... [...] agora não, agora eu ponho a máscara, né... saio... vou... se tá cheio lá no mercado, eu não vou. [...] dou minha caminhada aqui na quadra, como eu não tô mais podendo fazer atividade física, então eu dou caminhada aqui na quadra aqui por trás, que é bem tranquilo (ISABELA, 2020).

[...] a gente fala muito pelo zapzap aí, né... P: uhum... chamada de vídeo? E: sim, sim... é, converso... tem três, quatro aí que eu converso [...] mas as nossas amigas? Ih, nós estamos sempre se falando. [...] a gente fica, oh... de noite batendo papo, a gente não tem o que fazer... [...] a gente fica no vídeo... é, tirando a epidemia, minha filha, tá tudo 10 (ANTONIA, 2020).

E assim, no momento agora da pandemia, eu percebo, assim, que eu me estresso por falta de sair, por falta de contato com as pessoas, né, mas eu tento contornar, né, eu toco flauta transversa, então eu tô tendo aula online, então isso aqui na pandemia, até eu disse para o professor: olha, professor, você foi a salvação (JOANA, 2021).

O envelhecimento é um evento da vida social e culturalmente permeado por preconceitos e discriminações que, neste contexto de pandemia, se acentuam ainda mais com o distanciamento social (ROMERO *et al.*, 2021). Desse modo, os relatos acima representam as possibilidades encontradas, que se tornam estratégias positivas e práticas que vão ao encontro de ações desmedicalizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As respostas aos questionamentos realizados nas entrevistas identificam que as causas em si do sofrimento possuem repertório no discurso das entrevistadas, seja por conta da inserção precoce e/ou precarizada no mercado de trabalho, luto, situação conjugal, entre outros. Dessa forma, nos parece que buscar outras formas de trabalho ou de se relacionar, encontrar escuta sobre uma perda importante e outros, podem ser caminhos possíveis e efetivos, somados ou alternativos ao tratamento medicamentoso.

Um olhar sobre as causas do tratamento psiquiátrico em sua raiz se coloca como uma possibilidade para novos estudos que considerem o debate de classes sociais e condições econômicas, acesso a bens e serviços, ao aspecto de gênero e ao próprio conceito ampliado de saúde, à medida que, na ausência de recursos financeiros, ou ainda em outros casos sobre ausência de alternativas, a medicação confere possibilidade de passividade quando insere um papel “tranquilizante” no corpo da mulher, deixando de certa forma de ser necessário questionar o entorno que a aflige, anseia e preocupa. Exemplos disso são perceptíveis sobre as relações conjugais, dificuldades financeiras, questões familiares e conflitos, além de questões subjetivas e coletivas como a própria pandemia da Covid-19, a necessidade de isolamento, a interrupção de atividades cotidianas e sociais, o medo da morte e outros.

Nesse sentido, importante frisarmos o imenso desafio ao realizarmos a pesquisa com um grupo que está localizado no centro da pandemia, não apenas como grupo de risco mas também como grupos dispensáveis para a racionalidade governamental, o que exigiu cuidado e sensibilidade para escutar e perceber o impacto da pandemia em suas vidas.

Ademais, vê-se a necessidade de pautar o crescimento demográfico de pessoas idosas e suas múltiplas refrações. A implantação e implementação de políticas públicas sociais que garantam o acesso aos direitos sociais, como a saúde, habitação, educação, renda e lazer, entre outras, se mostram como importantes avanços que contribuíram para melhor qualidade de vida.

Além disso, espaços coletivos de educação em saúde, como forma para promoção de autonomia, onde essas mulheres possam se expressar, escutarem umas às outras e exercitarem reflexões acerca dessa temática, impõe-se como desafio para vislumbrar alternativas à medicamentação e promoção de saúde mental. Para isso, torna-se necessária uma transformação na cultura de atuação de profissionais da saúde, principalmente na atenção primária, incorporando manejo crítico nas intervenções que envolvem a saúde mental.

Por fim, reforça-se a importância dessa temática na agenda pública, com vistas ao entendimento de que o envelhecimento, assim como as múltiplas questões que atravessam e se intensificam nesse momento da vida sejam compreendidas não como uma responsabilidade da própria pessoa, mas, sim, coletiva e contextualizada, não individual, que coloca a pessoa no lugar de “desajustada” e, portanto, responsabilizada por dar conta das mais diversas questões inerentes à sociedade. Ademais, esse percurso possibilitou retomar olhar para o objeto, pressupostos teóricos, resultados, e inferir que apesar de “nunca ser total e definitiva”, foi possível incorporar reflexões conforme proposto nos objetivos.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e a pandemia de Covid-19**. Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-Covid-19/>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Contribuições para a promoção do Uso Racional de Medicamentos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_promocao_uso_racional_medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 de nov. de 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o Feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/>. Acesso em 12 de jan. de 2021.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**, 2012.

DEBERT, Guita Grin. Feminismo e velhice. **Sinais Sociais**, v. 8, n. 22, p. 15-38, 2013.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Boletim Especial. “Quem são os idosos brasileiros?”. Nº 01; 30 abr.; 2020 [Online]. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>>. Acesso em: 11 nov 2021.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2017.

GOLDENBERG, Mirian. **Pandemia de coronavírus evidencia 'velhofobia' no Brasil**, diz antropóloga. In: BBC News Brasil, mai., 2020, s.p. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52425735>. Acesso em: 21 out. 2020.

GT-CADASTRO/FEESC/UFSC. Leitura da Cidade de São José, SC (tendências e potenciais). Florianópolis, 2004, 337 p, mapas (92) - **Projeto de Revisão do Plano Diretor de São José – SC**.

KLITZKE, Carla; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Feminil (idades): a saúde da mulher idosa na produção de conhecimento**. Argumentum, v. 6, n. 1, p. 80-98, 2014.

LINS DE BARROS, M. M. Dossiê: velhice, família, Estado e propostas políticas. **Sesc. Sinais sociais**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Sesc Departamento Nacional, p. 9-14, 2013.

LISBOA, T. K.; DE OLIVEIRA, C. N. **O saber surge da prática** - por um Serviço Social com perspectiva feminista. Revista Grifos, v. 28, p. 48-68, 2019.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello et al. **Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 17-26, 2008.

MEDEIROS, Luciana Fernandes de. A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 448-454, 2019.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira, et al. **Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes**. Saúde e sociedade, 2008, 17: 95-106.

PATTO, M.H.S. **Raízes Históricas das concepções do fracasso escolar: o triunfo de uma classe e sua visão de mundo**. In: A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 29-78.

RIBEIRO, Djamila. **Lugar de fala**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

RODRIGUES, Patrícia Silveira et al. Uso e fontes de obtenção de psicotrópicos em adultos e idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4601-4614, 2020.

ROMERO, Dalia Elena et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00216620, 2021.

ROSA, Carlos Mendes; VERAS, Lana; ASSUNÇÃO, Alysson. Reflexos do tempo: uma reflexão sobre o envelhecimento nos dias de hoje. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 1027-1044, 2015.

SAÚDE, Ministério da. Painel Coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2021.

SCHUCMAN, Lia Vainer. Raças e desigualdades sociais. In: LOPEDOTE, Maria Luiza Galle. *Corpos que sofrem: como lidar com os efeitos psicossociais da violência?*. Florianópolis: Elefante, 2019. p. 01-392.

SESC SÃO PAULO. *IDOSOS NO BRASIL II Vivências, desaos e expectativas na 3ª idade*. 2020. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2020/08/Pesquisa-Idosos-II-Completa-v2.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

SILVA E SILVA, Tainan et al. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. **Direito UNIFACS–Debate Virtual**, n. 201, 2017.

SPERRY, Luiz. Antidepressivo não é tudo a mesma coisa: entenda as diferenças entre cada. Disponível em: <https://luizsperry.blogosfera.uol.com.br/2018/04/16/antidepressivo-nao-e-tudo-a-mesma-coisa-entenda-as-diferencas-entre-cada/>. Acesso em: 12 out. 2021.

STRÜCKER, Bianca. **Aproximação entre a História e o Direito**: famílias e suas definições a partir do gênero, da sexualidade e da religiosidade. / Bianca Strücker. – Ijuí, 2019.

TORRES, Alessandra; FÉLIX, Aline Aparecida Araújo; OLIVEIRA, Priscila Iozelina Silveira de. Escolhas de Sofia e a pandemia de Covid-19 no Brasil: reflexões bioéticas. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 50, p. 333-352, 2020. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300020> Acesso em: 14 de nov. de 2021.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. **Entre o cuidado e a medicamentação**: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. *Revista Brasileira de Sociologia-RBS*, v. 7, n. 15, 2019.

WAGNER, Gabriela Arantes. **Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina**. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 1-4, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100501&lng=en&tlng=en. Acesso em: 31 ago. 2019.

6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O processo de construção desta dissertação foi de grande valia e imenso aprendizado. Contudo, a posição pela escolha da pesquisa qualitativa trouxe em várias fases da pesquisa, momentos de questionamentos sobre a construção do projeto, a escolha do objeto, sobre as informações que estavam sendo coletadas, o manejo dos dados coletados e a discussão dos resultados.

As teorias foram interlocutoras para montar o quebra-cabeça de informações recebidas na coleta de dados. A fundamentação teórica de onde partimos para a construção do objeto, que compôs a revisão de literatura do início da pesquisa, tornou-se insuficiente. Diante disso, ocorreu um novo momento de teorização, dessa vez com foco nos estudos feministas, sobretudo trabalhos a partir de uma perspectiva interseccional, que contemplou a compreensão e interpretação do primeiro tópico, que buscou evidenciar de que mulheres estávamos falando.

O processo de amadurecimento teórico, acadêmico e pessoal, principalmente a partir da realização da Banca de Qualificação do Projeto desta pesquisa, com a participação de uma banca composta por professoras que lançaram luz à originalidade e relevância do estudo, possibilitou a busca pelo conhecimento necessário para olhar a complexa temática desejada.

Como resultado, observa-se que as experiências do uso de psicotrópico, isto é, os relatos sobre compreensão do vivido pelas cinco mulheres idosas, estão permeados na e pela cultura, e seus motivos, significados e as condições da vida de cada uma ressaltam a singularidade da vivência, mas também como seres históricos.

O modelo de atenção à saúde é uma das bases de manutenção da ideia de cura pelo medicamento. Os pressupostos teóricos que fundamentam a formação das/os profissionais, a própria cultura construída, baseada no binômio saúde/doença incutido na população, e as desigualdades sociais em que nos encontramos assoladas/os, reduzem as possibilidades de refletir sobre práticas desmedicalizantes.

Os processos de envelhecimento e os significados atribuídos à velhice são expressões do modo de sociedade capitalista, que infere significativamente no modo os quais, nesse caso, a população envelhece e vivencia a velhice. Os serviços de saúde construídos a partir do estabelecimento de uma relação de saúde-doença, acabam, por vezes, tendo como única terapêutica as medicações.

Os medicamentos vão ocupar um espaço privilegiado, dado o crescimento rápido da população idosa feminina, a desigualdade social, a não efetiva implementação de políticas

sociais que atuem no âmbito de prevenção e promoção de saúde, o consumismo imposto pelo modelo de sociedade, e a produtividade requerida para dar conta das expectativas sociais, são motivos de causa de sofrimentos, que, por conseguinte culminam no uso de medicamentos.

Espaços de escuta sobre os processos subjetivos de cada mulher e as condições concretas de existência se colocam como alternativas possíveis de elaboração e reflexão de formas de enfrentamento do modo de sociabilidade desigual. Apostamos nessa estratégia como possibilidade de desconstrução de estigmas e preconceitos dessa fase da vida, que possibilita informações e troca de saberes, de modo a favorecer o empoderamento, autonomia e desenvolverem cuidados sob a perspectiva da desmedicalização. Essa oferta de informação deve ser constituída num processo de valorização dos saberes e práticas a partir das próprias mulheres, oportunizando-lhes conhecimento de diferentes alternativas e que lhes possibilite fazerem suas próprias escolhas.

Além disso, situa-se a necessidade de produções científicas que acompanhem o fenômeno demográfico da feminização da velhice, a partir de leituras feministas. O investimento em educação continuada para profissionais da saúde, com temáticas transversais, se impõe como desafio para desconstrução de modelos biomédicos, como também para um olhar na perspectiva psicossocial.

Esperamos que o estudo apresentado contribua em futuras reflexões sobre os aspectos que envolvem a temática das velhices e uso de psicotrópico, sobretudo que possibilite às/aos profissionais do Serviço Social e demais áreas inseridas nas políticas públicas sociais a ampliação de perspectivas de trabalho buscando alternativas que enfrentem os desafios que essa parcela da população vivencia.

Objetivamos que este trabalho seja propulsor nas futuras ações profissionais, repensando ações político-pedagógicas de empoderamento e autonomia das mulheres idosas, possibilitando serem protagonistas de sua própria história. As/os profissionais do Serviço Social e outras/os podem contribuir significativamente com práticas que considerem as pessoas em seus contextos culturais, históricos, políticos e econômicos de forma a desenvolver estratégias desmedicalizadoras.

REFERÊNCIAS

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.

AZEVEDO, Ricardo. Idosos: sujeitos de seu tempo. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). **Idosos no Brasil**: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições SESC SP, 2007.

BARROS MBA, Goldbaum M. **Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social**. *Rev Saude Publica*. 2018;52 Supl 2:1s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300100&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 fev. 2019.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial**: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde em debate*, v. 40, p. 148-161, 2016.

BRASIL. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos, 2012.

BUENO, Denise; ALMEIDA, Taiana Trindade de., ROCHA, Bruno Simas. **Prevalência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma unidade de saúde da família de Porto Alegre/RS**. *Rev. APS*. 19(3): 370 – 375; jul/set., 2016.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**, trad. Maria Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6ª edição / 2ª reimpressão — 2009.

CARNEIRO, H. **Drogas**: muito além da hipocrisia. 2011. Disponível em: <https://outraspalavras.net/sem-categoria/drogas-muito-alem-da-hipocrisia/>. Acesso em: 21 ago. 2019.

Centro Internacional da Longevidade Brasil (ILC-BR). **Construindo o futuro do envelhecimento**, 2019. Disponível em: http://ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2019/03/RELATÓRIO-FINAL_VI-FÓRUM.pdf. Acesso em: 29 jun. 2019.

CURADO, Eliene Moreira; CAMPOS, Ana Paula Martins de; COELHO, Vera Lúcia Decnop. **Como é estar na velhice?** A experiência de mulheres idosas participantes de uma intervenção psicológica grupal. *SER Social*, Brasília, n. 21, p. 45-69, jul./dez., 2007.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Boletim Especial. **“Quem são os idosos brasileiros?”**. Nº 01; 30 abr.; 2020 [Online]. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>>. Acesso em: 11 nov 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Cidadania e direitos da pessoa idosa**. *SER Social*, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. (O mundo correcional /Experiências da Loucura). São Paulo, Ed. Perspectiva, p.79-134, 2000.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira de. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos**. RevEscEnferm USP, 2010.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

GRUPO, D. E. TRABALHO EDUCAÇÃO E SAÚDE DO FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. Conselho Federal de Psicologia, 2015.

HENRIQUES, Rogério Paes. **A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade**. Revista Mal-Estar e Subjetividade, 12(3-4), 793-816, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200013. Acesso em: 29 jan. 2019.

IBGE. **Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos**. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 07 set. 2021.

KLITZKE, Carla; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Feminil (idades): a saúde da mulher idosa na produção de conhecimento**. Argumentum, v. 6, n. 1, p. 80-98, 2014. <http://www.publicacoes.ufes.br/argumentum/article/view/7308/5753>

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. In: Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <https://metodologiaunirio.files.wordpress.com/2016/11/texto-tecnica-de-pesquisa.pdf>. Acesso em: 31. Ago. 2019.

LINS, Isabella Lourenço; ANDRADE, Luciana Vieira Rubim. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações**, v. 23, n. 3, p. 436-465, 2018.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello et al. **Mulheres idosas falando sobre envelhecer: subsídios para a promoção da saúde**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 17-26, 2008.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira, et al. **Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes**. Saúde e sociedade, 2008, 17: 95-106.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; DA SILVA, Ana Lucia Andrade. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NERI, Anita Liberalesso. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In. NERI, A. L. **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições SESC SP, 2007.

O GOVERNO do mal-estar na atualidade. PUC-Rio, s/a. Disponível em: http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0812168_10_cap_05.pdf. Acesso em: 12 mai. 2019.

OLIVEIRA, Rita de Cássia; OLIVEIRA, Flávia da Silva; SCORTEGAGNA, Paola Andressa. **Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso.** Congr. Intern. Pedagogia Social, mar. 2010.

PAIVA, Leticia Mendes et al. **Recortes históricos da medicalização e a implementação do fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade em Jataí.** Itinerarius Reflectionis, v. 12, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/43873/21971>. Acesso em: 28 ago. 2019.

ROSA, Duarte da; GARCIA, Barbara Paraiso; WINOGRAD, Monah. **Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do malestar psíquico na atualidade.** Psicologia & Sociedade, v. 23, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3093/309326564006/>. Acesso em: 12 mai. 2019.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001. Acesso em: 18 mai. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth. “Não há revolução sem teoria”. In: **Gênero e patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004, p. 95-139.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia, Campinas, out./dez. 2008, p. 585-593.

SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. **Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1131-1140, 2013.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. **Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”.** Revista Brasileira de Sociologia-RBS, v. 7, n. 15, 2019.

WAGNER, Gabriela Arantes. **Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina.** Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 1-4, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100501&lng=en&tlng=en. Acesso em: 31 ago. 2019.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

1 INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome:
- 1.2 Idade:
- 1.3 Endereço:
- 1.4 Raça/Etnia:
- 1.5 Religião:
- 1.6 Naturalidade:
- 1.7 Escolaridade:
- 1.8 Orientação sexual:
- 1.9 Estado civil:
- 1.10 Filhos:
- 1.11 Netos:
- 1.12 Renda:

2 INFORMAÇÕES FAMILIARES, TRABALHO E RENDA

- 2.1 Número de pessoas que residem na mesma casa e grau de parentesco.
- 2.2 Ocupação/profissão atual.
- 2.3 História de trabalho/ocupação (ex. CLT, autônoma, contribuição à previdência social).
- 2.4 Fonte de renda atual.
- 2.5 Renda familiar aproximada.
- 2.6 Número de pessoas dependentes dessa renda.

3 INFORMAÇÕES HABITACIONAIS E LOCOMOÇÃO

- 3.1 Tempo em que reside no bairro atual.
- 3.2 Moradia.
- 3.3 Meio de transporte.

4 INFORMAÇÕES SOBRE ACESSO À REDE

- 4.1 Acesso ao SUS.
- 4.2 Acesso a outro serviço de assistência social além do CATI.
- 4.3 Acesso a outros serviços públicos.
- 4.4 Plano de saúde.
- 4.5 Rede privada.
- 4.6 Farmacêutico.
- 4.7 Acesso a outras atividades comunitárias e/ou privadas.

5 INFORMAÇÕES SOBRE A MEDICAMENTALIZAÇÃO

- 5.1 Medicações.
- 5.2 Contexto/momento que começou a tomar psicofármaco (idade, motivos e quem prescreveu).
- 5.3 Significado sobre o uso de medicação.
- 5.4 Tempo de uso.
- 5.5 Acesso (prescrita e/ou automedicação).
- 5.6 Histórico de uso de psicofármaco pessoal e/ou na família.
- 5.7 Medicação utilizada (classificação).
- 5.7 Expectativa própria em relação ao uso de psicofármaco.

- 5.8 Expectativa familiar sobre o uso do psicofármaco
- 5.9 Mudanças após uso do psicofármaco.
- 5.10 Escolha pelo uso de medicação.
- 5.11 Já interrompeu e/ou pensou em interromper o uso?

6 INFORMAÇÕES SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19

- 6.1 Opinião sobre o isolamento/distanciamento social.
- 6.2 Própria história com a pandemia (impactos, possibilidades).

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: “A medicamentação de mulheres idosas”, que se inclui no item “f” do objetivo secundário do macroprojeto⁵ do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil e suas inter-redes.

Este trabalho tem como objetivo compreender o processo de medicamentação e sua relação com uso de psicofármacos pelas mulheres idosas de um Centro de Atenção à Terceira Idade. O estudo será realizado pela mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, Suélen Felipe Gonçalves, sob a orientação e responsabilidade da professora Dra. Maria Terezinha Zeferino, vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Essa investigação visa contribuir para a produção de conhecimento científico sobre as múltiplas questões que atravessam a vida das mulheres idosas, bem como levantar informações que possam subsidiar possíveis ações no campo das políticas públicas sociais brasileiras.

Por favor, realize a leitura das informações com atenção e, se for do seu interesse, converse com a pesquisadora, Suélen Felipe Gonçalves, sobre suas dúvidas e observações para

⁵ O referido macroprojeto, intitulado: “Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: Discursos e Práticas” já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) sob os números de Pareceres: 924.432 e 3.057.573.

que sua participação na pesquisa seja bem orientada. Caso aceite fazer parte do estudo, você deve assinar as duas vias ao final deste documento, que também está assinado pela pesquisadora. De qualquer modo, uma das vias do documento permanecerá com você e outra com a pesquisadora; conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. É importante que você mantenha sua guia guardada, visto que, nesse documento encontrará informações relacionadas aos seus direitos enquanto participante, assim como os dados/contatos das pesquisadoras.

Em qualquer momento que sentir necessidade, você será esclarecida sobre esta pesquisa. Sua participação será voluntária e não remunerada, ou seja, não haverá benefícios diretos, tampouco financeiros. No entanto, a pesquisa poderá promover benefícios relacionados à produção de conhecimento sobre a temática. Todo e qualquer custo decorrente da sua participação na pesquisa será ressarcido em espécie pelas pesquisadoras com verba de recurso próprio, conforme item II.21 da Resolução 466/2012. Se você tiver qualquer prejuízo material em decorrência da pesquisa, trataremos as situações de indenização, respeitando o item II.7 da Resolução 466/2012.

Informamos que você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento e interromper a participação, em qualquer momento. Você deve apenas comunicar sua decisão para qualquer uma das pesquisadoras, sem precisar justificar sua posição. Não haverá qualquer implicação de penalidade ou prejuízo a você. Salientamos que sua participação ocorrerá a partir de seu consentimento em entrevistá-la. A entrevista acontecerá por meio de um roteiro de questões relacionadas ao tema da pesquisa. Utilizaremos, para fins de registro das entrevistas, um gravador de voz, se você permitir. Caso não aceite a gravação, utilizaremos um caderno de anotações.

As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa. Toda e qualquer informação que possa identificá-la será mantida em sigilo durante todo o processo de pesquisa e elaboração da dissertação. Suas respostas e relatos serão mantidos em pleno anonimato. Nesse sentido, os nomes das participantes serão substituídos por codinomes, preservando sua identidade. Os dados das entrevistas serão transcritos e, durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos no Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas; após esse período, o material será destruído (conforme Resolução 466/2012). Caso ocorra a quebra de sigilo involuntário e não intencional, por solicitação de ordem judicial/legislativa ou

por risco de furto/invasão dos materiais guardados pelas pesquisadoras, as consequências serão tratadas conforme legislação legal vigente.

Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos à pesquisa com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa pesquisa não oferece riscos à sua integridade física. Entretanto, é possível que durante a entrevista, você se sinta emocionalmente envolvida com o conteúdo abordado, o que pode causar desconforto e/ou mal-estar. Esse sentimento poderá ocorrer, mesmo que não intencional e involuntário, devido às reflexões geradas a partir das questões.

A entrevista ocorrerá em local escolhido por você (sala da Paróquia Santo Antônio), para garantir que você esteja em um local seguro e sigiloso, a fim de minimizar os eventuais riscos. Você terá o tempo que considerar necessário para responder ao roteiro de entrevista. Se você se sentir emocionalmente mobilizada ou constrangida por qualquer situação, esperamos o tempo que você considerar preciso para prosseguir a entrevista, caso seja sua vontade. Se houver necessidade, a pesquisadora irá encaminhá-la aos serviços de apoio psicológico, entre os quais estão o Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC), que é gratuito e não implicará qualquer custo para você.

Após a defesa da dissertação, os resultados da pesquisa serão divulgados na UFSC e às participantes que tiverem interesse. Os resultados obtidos também poderão ser apresentados em eventos acadêmicos e revistas científicas, mantendo o sigilo e qualquer informação relacionada à sua privacidade. Assim, os nomes utilizados nas publicações serão fictícios, assegurando o sigilo, de acordo com o preconizado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo:

Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, telefone (48) 37213424, e-mail terezinha.zeferino@ufsc.br ou suelengoncalves13@hotmail.com ou, ainda, pelo endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP: 88040-900 – CCS Bloco I – Sala 513.

Se você desejar informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC), pode entrar em contato pelo telefone: (48) 37219206, sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar, na qualidade de voluntária no projeto de pesquisa intitulado “A medicamentação de mulheres idosas”, após ter sido devidamente informada sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra, à pesquisadora. As informações fornecidas às pesquisadoras serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade das proponentes do projeto. Estou ciente de que não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em resultado do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que, para isso, comunicarei minha decisão a uma das proponentes do projeto acima citadas.

São José, ____ de _____ de _____.

Nome da participante: _____

CPF: _____

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PESQUISA

A Mestranda Suélen Felipe Gonçalves já cumpriu parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental e para finalizar seu trabalho necessita fazer a pesquisa de campo intitulada "A medicamentação de mulheres idosas", que se inclui no item "f" do objetivo secundário do macroprojeto¹ do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil e suas interredes. Declaro que este projeto já tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e precisa somente da aprovação da Secretaria de Assistência Social de São José/SC para a sua execução por meio do Centro de Atenção à Terceira Idade (CATI) nos termos propostos para realizar a sua coleta de dados. Este projeto está sob minha responsabilidade e seus resultados irão proporcionar avanços no campo da saúde para a população.

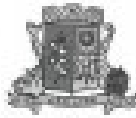
Florianópolis, 03 de dezembro de 2019.

Profª Dra. Maria Terezinha Zeferino

Orientadora

¹ O referido macroprojeto, intitulado: "Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: Discursos e Práticas" já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob os números de Pareceres: 924.432 e 3.057.573.

ANEXO B – Declaração de autorização para execução da pesquisa



Estado de Santa Catarina
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ
 Secretaria de Assistência Social

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Secretaria de Assistência Social de São José/SC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **A medicamentação de mulheres idosas**, que se inclui no item "I" do objetivo secundário do macroprojeto¹ do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil e suas interredes, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, sob responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino. E como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução por meio do Centro de Atenção à Terceira Idade (CATI) nos termos propostos. Autorizo, também, a utilização das informações obtidas em eventuais trabalhos acadêmicos, publicações científicas, sem a identificação do local nem de seus profissionais.

São José, 09/12/2019

ASSINATURA: 

NOME: 

CARGO: 

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL 


¹ O referido macroprojeto, intitulado: "Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: Discursos e Práticas" já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob os números de Pareceres: 924.432 e 3.057.573.

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC Nº 924.432/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

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

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão:

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.432

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 924.432

Mental;

- b. Identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS;
- c. Conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores;
- d. Caracterizar a RAPS através da perspectiva dos seus trabalhadores;
- e. Conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental;
- f. Identificar estratégias para ampliar a resolatividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- g. Desvelar a vivência dos trabalhadores da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- h. Avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental;
- i. Avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos alunos;
- j. Verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto:

"Riscos:

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Incluir no TCLE que o documento será assinado em duas vias de igual conteúdo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 20 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC nº 3.057.573/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.057.573

Apresentação do Projeto:

Justificativa da emenda: Visando maior esclarecimento sobre o objeto de estudo, solicita-se ampliação da população da pesquisa, incluindo usuário e familiares atendidos na rede de atenção psicossocial, uma vez que a prática profissional em saúde mental pressupõe a interação com o usuário e família. Desta forma, foram realizadas as seguintes alterações: 1. Mudança do objetivo geral: Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores, usuários e familiares. 2. Inclusão de objetivo específico: k. Desvelar a vivência dos usuários e familiares da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental após a realização da capacitação dos trabalhadores. 3. Inclusão de questão específica: Questão: Como você percebe o cuidado recebido nas situações de crise e urgência em saúde mental? 4. Inclusão de critérios para os participantes: Critérios de inclusão para os usuários e familiares: pertencer a uma das unidades de saúde em que pelo menos um dos trabalhadores foi aprovado no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental e aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (APENDICE C). Critérios de exclusão para os usuários e familiares: não ter disponibilidade para participar dos encontros de grupo focal realizados no serviço de saúde. 5. Detalhamento para a coleta de dados: Usuários e Familiares: Coleta dos dados será realizada através da realização de grupos focais, com 15 participantes. Já os grupos focais a serem realizados com usuário e familiares abordarão a

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.057.573

vivência do recebimento de cuidado e atendimento pelos trabalhadores de um serviço de saúde, em que trabalhadores foram capacitados. A questão norteadora será: Como você vivenciou o cuidado recebido nas situações de crise e urgência em saúde mental? Os GFs serão gravados, filmados e ou fotografados, de acordo com a autorização dos participantes, espera-se que dure em média 100 minutos e serão realizados nas dependências do serviço de saúde ao qual o usuário e familiar possuam vínculo. 6. Análise dos dados: Tutores, usuários e familiares: embora o objetivo do grupo focal a ser realizado com tutores e com usuários/familiares seja diferente e que ainda serão realizados em momentos diferentes da pesquisa, o processo de análise será o mesmo. 7. Inclusão de novo TCLE: Apêndice C; 8. Ampliação do Cronograma 2018-2021; 9. Inclusão de pesquisadores: Considerando que o projeto será prorrogado, registramos a equipe que executará a proposta apresentada: - SILVANA SILVEIRA KEMPFER Enfermeira. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Líder do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. - LÍVIA SILVA LIMA Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. - JAILSON DA SILVA BARBOSA Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. – BARBARA APARECIDA OLIVEIRA FORGEARINI Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. - SUELEN FELIPE GONÇALVES Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram sanadas as pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos novos TCLEs em conformidade com as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEPESH/UFSC tomou conhecimento da emenda e recomenda sua aprovação.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.573

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_1244628_E1.pdf	15/11/2018 15:07:58		Aceito
Outros	emenda.doc	15/11/2018 15:07:24	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOemenda.doc	15/11/2018 15:07:12	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Outros	CARTARESPOSTApendencia.doc	06/11/2018 15:14:10	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEtutores.pdf	06/11/2018 15:06:56	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEprofissional.pdf	06/11/2018 15:06:40	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEpacienteefamiliar.pdf	06/11/2018 15:06:31	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2018 18:23:59	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO PROJETO APIS.jpg	25/11/2014 11:11:49		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.573

FLORIANOPOLIS, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br