

Acesso e uso de serviços de saúde por mulheres negras idosas

Larissa Pereira Leal³⁹
Dóris Firmino Rabelo⁴⁰

Resumo

Este estudo tem como objetivo descrever o acesso e o uso de serviços de saúde por mulheres idosas negras. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Participaram 67 mulheres acima de 60 anos e autodeclaradas negras (pretas = pardas), com idade média de 72,6 anos ($\pm 8,78$). Foram utilizados questionários estruturados para obtenção de dados sociodemográficos e sobre o acesso e o uso de serviços de saúde. A maioria das idosas negras tinham baixa renda, eram SUS dependente, precisavam pagar por algum exame, sem visita regular de algum profissional de saúde, pouco investigadas por pesquisadores da área da saúde, sendo que as mais velhas apresentaram maior necessidade de utilização de um serviço de saúde particular, exames pagos e a visita de algum profissional no último ano. Os dados apresentados nesta pesquisa são importantes para analisar como está o acesso e uso dos serviços de saúde dessas mulheres idosas negras, para que se possa pensar em novas estratégias para melhoria desse acesso e novas pesquisas com esse público no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Idosas; Negras; Acesso; Saúde.

Abstract

This study aims to describe the access and use of health services by black elderly women. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. 67 women over 60 years old and self-declared black (black = brown) participated in the research, with an average age of 72.6 years (± 8.78), registered in the basic health unit, living in the city of Santo Antônio de Jesus in the countryside of the State of Bahia - Brazil. Structured questionnaires were used to obtain data. In particular, black women are more susceptible to vulnerability, the fruits of racism and sexism. These women experience different types of race and gender discrimination, which, when intersected, compromise their insertion in society as a subject of law, especially with regard to health. This study revealed facets of the experience of the elderly black woman, women with a lower family income and aged between 60 and 74 years old, use the public health service more frequently, prompting new research and investigation in this area with this public.

Keywords: Elderly; Black; Access; Health.

Introdução

³⁹ Bacharel em Saúde. Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. lari19pereira@gmail.com

⁴⁰ Dra. da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. drisrabelo@ufrb.edu.br

Com o aumento da população idosa, estudar a complexidade do envelhecimento, suas implicações, particularidades, torna-se tema cada vez mais relevante nos países em desenvolvimento. O envelhecimento é um fenômeno multidimensional, social e individual, variando de acordo com as condições de saúde, socioeconômicas, culturais e territoriais da sociedade (AGUIAR, MENEZES & CAMARGO, 2018).

No Brasil, a maioria das pessoas idosas são mulheres (MAZZELLA, et al 2010). O envelhecimento delas é marcado pela maior vulnerabilidade pelos problemas de saúde, maior risco de isolamento social, pior saúde mental, viuvez, perda de autonomia, problemas econômicos, dentre outros problemas (MEDEIROS & MORAIS, 2015). As mulheres idosas têm maior probabilidade de ficar em situação socioeconômica desvantajosa e morando sozinhas, predominam em instituições de longa permanência, passam por maior debilidade física antes da morte e são mais dependentes de cuidado, embora exerçam o papel de cuidadoras (CAMARANO, 2006).

Embora mais longevas, elas são mais afetadas do que os homens por doenças crônicas, incapacidade física, déficits cognitivos e emocionais e conseqüentemente, utilizam um maior número de medicamentos. Por prestarem atenção aos sintomas e a valorização do tratamento precoce, apresentam ainda um maior número de consultas médicas, maior frequência aos serviços de saúde, em sua maioria o sistema público. Os planos privados de assistência à saúde configuram-se como um indicador de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde por cobrir uma parcela específica da população de cor branca, com maior nível de escolaridade e com maior renda familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em especial, as mulheres negras são mais suscetíveis à vulnerabilidade, frutos do racismo e do sexismo (BARROS & BRANCOS, 2017). Essas mulheres experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento (BARROS & BRANCOS, 2017).

De acordo com Bairros, Meneghel e Olinto (2008), as mulheres negras mais velhas tornam-se ainda mais vulneráveis socialmente, pois, desde a meia idade elas têm maior probabilidade de não ter realizado acompanhamento médico ou estar com exames em atraso.

A vulnerabilidade social é marcada no contexto histórico como um “desinvestimento” social e político. Ela é atribuída ao modo de acesso e obtenção de informações, levando em consideração diversas circunstâncias enfrentadas pelas pessoas idosas, que englobam questões políticas, econômicas, sociais, saúde e culturais (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

No que se refere à saúde da população, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (2008) descreve que o Brasil teve importantes avanços nos últimos anos na melhoria dos indicadores de saúde. No entanto, está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades em saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas são também evitáveis, injustas e desnecessárias, uma vez que são produtos de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira.

No entanto, as pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil privilegiam as análises a partir das condições socioeconômicas em seus modelos explicativos, não havendo uma produção sistemática com a dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde na velhice, visto que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. As pesquisas mostram desigualdades no perfil de saúde entre regiões e diferentes segmentos de classe social, mas poucos associam a inserção social desqualificada/desvalorizada da população negra na sociedade e nos indicadores de saúde (KABENGUELE, MUNANGA, 2016).

Investigar a qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade significa identificar os principais aspectos que devem ser considerados em relação às potencialidades e as peculiaridades de saúde e de vida da pessoa idosa que interferem no processo saúde-doença (MARTINS, et al., 2009). Diante desse processo é necessário conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais, pois possibilita mobilizar profissionais e a população e subsidia o acompanhamento e o aperfeiçoamento de políticas públicas (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada ao acesso e utilização dos serviços que, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições sócio-econômicas e culturais. O acesso à utilização dos serviços e insumos de saúde é condição importante para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, embora

não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade (OLIVEIRA et al. 2014)

Refletir sobre as particularidades que perpassam a saúde da mulher negra na velhice requer lembrar não somente das particularidades biológicas que a tornam mais sensível a algumas doenças, mas também dos fatores sociais, políticos, culturais e econômicos que influenciam a condição de saúde (NASCIMENTO, 2018). O sistema de saúde em especial o sistema público-SUS necessita de ajuste nos recursos materiais e humanos para o atendimento das necessidades desse público dos idosos e suas demandas.

As desigualdades sociais presentes na atualidade e a dificuldade de acesso à saúde contribuem para que os idosos acumulem sequelas de doenças, desenvolvem incapacidades e perda de autonomia e qualidade de vida (MARTINS et al. 2019). O estudo das condições individuais, econômicas e sociais de vulnerabilidade da população idosa feminina e negra, em interação com o acesso e o uso dos serviços de saúde, pode auxiliar no planejamento de ações de atenção à saúde. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi descrever o acesso e o uso de serviços de saúde por mulheres idosas negras.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. O presente estudo faz parte da pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, destinado a investigar o funcionamento de famílias com idosos e sua rede de suporte informal e formal. A investigação ora relatada foi devidamente aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP da Faculdade Maria Milza (FAMAM), Bahia - protocolo no. 034/2011), respeitando-se a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil, vigente na época da pesquisa. Todos os procedimentos éticos referentes à coleta e análise de dados foram cumpridos segundo a resolução atual (n.466/2012).

Participantes

Participaram de forma não probabilística e acidental 134 pessoas idosas. Para este estudo, foram analisados especificamente os dados das mulheres negras. Foram incluídas 67 mulheres acima

de 60 anos e autodeclaradas negras (pretas = pardas), com idade média de 72,6 anos ($\pm 8,78$). A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos das participantes.

Tabela 1. *Frequência de respostas relativas aos dados sociodemográficos*

Variáveis	Categorias	%
Faixa etária	60 - 74 anos	59,7
	75 e +	40,3
Renda familiar	1 a 2 Salários	82,0
	3 a 4 Salários	16,0
	5 a 8 Salários	2,0

Instrumentos

1. Questionário de informações sociodemográficas com informações sobre idade, sexo, raça, renda familiar.
2. Questionário estruturado criado pela pesquisadora sobre o acesso e uso de serviços de saúde, com cinco perguntas: Tem plano ou seguro particular de serviços médicos? (sim x não); Qual o Serviço de saúde que mais utiliza? (público x particular); Precisa pagar para fazer exames? (sempre/ quase sempre/ raramente/nunca); Já participou de pesquisa na área de saúde? (sempre/raramente/nunca); Nos últimos 12 meses o/a senhor/a recebeu em sua casa a visita de algum profissional da área da saúde (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicóloga e fonoaudióloga) (sim x não).

Procedimentos de Coleta de dados

O campo de estudo selecionado para estudo foi a cidade de Santo Antônio de Jesus, localizada no interior do Estado da Bahia – Brasil, cujo papel no setor da saúde é importante na região do Recôncavo Baiano. Foi selecionada a região correspondente ao entorno da Unidade

Básica de Saúde que tinha o maior número de idosos (14,5% do total de pessoas cadastradas e 16,8% dos idosos residentes na cidade) na época da coleta de dados.

Participaram os idosos cadastrados na unidade básica de saúde e, com a ajuda de agentes comunitários de saúde, foi feita a identificação dos domicílios com idosos localizados em todas as suas 21 microáreas. Quando os endereços não eram encontrados, ou quando os idosos não eram localizados por motivos de viagem, falecimento, doença, internação ou mudança de endereço, ou ainda, quando não atendiam aos critérios de elegibilidade e inclusão, buscava-se outro endereço na mesma rua. Esse outro endereço poderia ser indicado pelo agente comunitário de saúde ou por pessoas residentes.

Em cada família, apenas um idoso era entrevistado. Era solicitado ao idoso que a entrevista ocorresse em um local da casa que pudesse proporcionar maior privacidade e tranquilidade, evitando-se a interrupção por outras pessoas. Foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções; interesse em participar e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*®), versão 21.0. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%).

Resultados

Sobre o acesso e uso em relação aos serviços de saúde, a maioria era SUS dependente, mais da metade precisava pagar por algum exame, sem visita regular de algum profissional de saúde e pouco investigada por pesquisadores da área da saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de respostas relativas ao acesso e o uso em relação aos serviços de saúde

Variáveis	%
-----------	---

Tem Plano ou seguro particular de saúde	Sim	19,4
	Não	80,6
Serviço de saúde que mais utiliza	Público	56,7
	Particular	43,3
Precisa pagar pelos exames	Sempre	31,3
	Quase sempre	20,9
	Raramente	31,3
	Nunca	16,4
Participou de pesquisa na área de saúde	Sempre	6
	Raramente	9
	Nunca	85
Nos últimos 12 meses recebeu a visita de algum profissional da área da saúde	Sim	32,8
	Não	67,2

Observou-se um número maior de idosas mais velhas que precisavam utilizar um serviço de saúde particular, que precisavam pagar por exames com frequência e que receberam a visita de algum profissional no último ano (Tabela 3). As idosas com maior renda foram mais frequentes entre as que utilizavam serviços privados de saúde, com planos de saúde e com exames pagos (Tabela 4).

Tabela 3. Frequência de respostas relativas ao acesso e o uso em relação aos serviços de saúde conforme a faixa etária.

Variáveis	Faixa etária
-----------	--------------

		60 - 74 anos	75 e +
Tem plano ou seguro particular de serviços médico	Sim	20,0	18,5
	Não	80,0	81,5
Serviço de saúde que mais utiliza	Público	71,8	37,0
	Particular	28,2	63,0
Precisa pagar para fazer exames	Sempre/ Quase sempre	45,0	62,9
	Raramente/ Nunca	55,0	37,1
Participou de pesquisa na área de saúde	Sempre	7,5	3,7
	Raramente/ Nunca	92,5	96,3
Nos últimos 12 meses recebeu a visita de algum profissional da área da saúde	Sim	25,0	44,4
	Não	75,0	55,6

Tabela 4. Frequência de respostas relativas ao acesso e o uso em relação aos serviços de saúde conforme a renda familiar.

Variáveis		Renda Familiar		
		1 a 2 Salários	3 a 4 Salários	5 a 8 Salários
Tem plano ou seguro particular de serviços médico	Sim	18,2	18,2	100,0
	Não	81,8	81,8	0,0
Serviço de saúde que mais utiliza	Público	60,0	45,5	0,0
	Particular	40,0	54,5	100,0

Precisa pagar para fazer exames	Sempre/ Quase sempre	49,1	63,6	100,0
	Raramente/ Nunca	50,9	36,4	0,0
Participou de pesquisa na área de saúde	Sempre	7,3	0,0	0,0
	Raramente/ Nunca	92,7	100,0	100,0
Nos últimos 12 meses recebeu a visita de algum profissional da área da saúde	Sim	34,5	18,2	100,0
	Não	65,5	81,2	0,0

Discussão

A presença de desigualdades raciais entre pessoas idosas sugere a complexa interação da cor/raça com marcadores de posição social e reflete a distribuição desigual de fatores de risco, proteção e de agravos à saúde, que se acumulam ao longo dos vários ciclos de vida até a terceira idade (ZORZIN et al. 2011). Mulheres idosas, pardas e pretas, portanto, permanecem em ausência de equidade, em pior situação socioeconômica e com elevada necessidade em saúde (CAMPOS, 2009). Os resultados aqui analisados demonstram que a maioria das idosas entrevistadas têm uma renda familiar entre um a dois salários mínimos e utilizam principalmente os serviços públicos de saúde.

Em outros países, as estimativas de idosos negros no pior status socioeconômico também são semelhantes às observadas neste estudo, tendo como a maioria, as idosas negras (OLIVEIRA et al. 2014). Em geral, as idosas mais pobres utilizam mais as clínicas e os hospitais públicos e os com melhores condições econômicas, os serviços privados. A filiação a planos privados de saúde foi mais comum entre idosos com renda familiar superior a três salários mínimos e o atendimento no SUS entre os com renda inferior a esse patamar.

Visitas recentes de profissionais de saúde nas residências aconteceram com pouca frequência. Esse menor número de visitas pode ter sido em decorrência de maior independência e autonomia das idosas, que podem preferir acessar diretamente a unidade de saúde de

referência. Por outro lado, pode indicar também que este grupo não é prioritário nas visitas domiciliares ou por sobrecarga da equipe. De qualquer forma, é um risco para os benefícios previstos na atenção básica, como atuar no controle e prevenção de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, estimular a adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos propostos, propiciar ao indivíduo e à família uma participação ativa em seu processo saúde-doença e verificar a estrutura e a dinâmica familiares.

Observou-se também que esse grupo provavelmente ainda é pouco investigado por pesquisas em saúde, sendo necessária uma atenção maior para com o processo de envelhecimento dessas mulheres. Escuta ativa e dar voz ao usuário é um desafio, em qualquer ciclo de vida, mas na fase idosa é urgente, visto às necessidades dessa população para a consolidação de estratégias para a melhoria da qualidade de vida e não apenas o prolongamento da vida.

Um número maior de idosas mais velhas utilizam o serviço de saúde particular, precisam pagar por exames com frequência e receberam a visita de algum profissional no último ano. Pensando no uso de serviços particulares pelas idosas mais velhas, é possível concluir que elas são as mais vulneráveis, apresentam mais condições crônicas, o que as obriga a buscar por serviços que se apresentam indisponíveis ou de difícil acesso no sistema público. Em decorrência da forma de organização, os planos privados de saúde oferecem mais consultas com especialistas e seus usuários buscam atenção predominantemente em consultórios particulares ou clínicas privadas (SZWARCOWALD et al. 2016)

Pensando que os idosos acessam tanto o serviço de saúde público quanto o privado, ambos apresentam déficits na infraestrutura que atenda de modo eficiente e são altos os custos de atendimento. Os idosos utilizam mais serviços de saúde e atendimentos hospitalares, ocupam os leitos por mais tempo e maiores ocorrências de hospitalizações, enfrentam muitas filas de espera para consultas, atendimentos, exames e internações. Existe uma necessidade de investimentos em outros modelos assistenciais e de políticas públicas vigentes na área da saúde do idoso (MARTINS, 2007).

Avaliar as condições de vida do idoso é importante para o desenvolvimento de alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticos e sociais (GALISTEU et al, 2006). Também é necessário o desenvolvimento de pesquisas e práticas de saúde que se preocupem com a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (JANUÁRIO et al,

2011). No Brasil, são poucos os estudos populacionais que abordam as condições de saúde de pessoas idosas na perspectiva racial. A utilização das dimensões de iniquidade e de vulnerabilidade dos idosos pode possibilitar a reconstrução ampliada e reflexiva da promoção e proteção da saúde (OLIVEIRA et al. 2014).

Considerações finais

Sobre o acesso e uso em relação aos serviços de saúde, a maioria das idosas negras tinha baixa renda, era SUS dependente, precisava pagar por algum exame, sem visita regular de algum profissional de saúde, pouco investigadas por pesquisadores da área da saúde, sendo que as mais velhas apresentaram maior necessidade de utilização de um serviço de saúde particular, exames pagos e a visita de algum profissional no último ano. Os dados apresentados nesta pesquisa são importantes para analisar como está o acesso e uso dos serviços de saúde dessas mulheres idosas negras, para que se possa pensar em novas estratégias para melhoria desse acesso e novas pesquisas com esse público no âmbito da saúde.

A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa e pode refletir iniquidades que impactam negativamente na qualidade de vida dessa população que depende de políticas públicas integradas e efetivas. É necessário que esses espaços estejam adequados para atendimento para que, cada vez mais, essas idosas tenham acesso a serviços qualificados em todos os níveis de assistência, atendendo às suas necessidades de cuidado. Tanto no sistema público quanto no privado faz-se necessária articulação dos níveis de atenção na perspectiva da integralidade no cuidado ao idoso.

Referências

1. AGUIAR, A. C. de S. A.; MENEZES, T. M. de O; CAMARGO, C. L. *Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos*. Av. Enferm. vol, 36 no .3 Bogotá Sep./ Dec. 2018.
2. BAIROS, F.S.; MENEGHEL, S.N.; OLINTO, M.T.A. *Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 17(2):123-153, abr-jun, 2008.

3. BAIRROS, Luiza. *Nossos Feminismos revisitados. Estudos Feministas*. vol.3, n.2, p.458- 463. 1995.
4. BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
5. BATISTA, Luiz Eduardo. ESCUDER, M. Mercedes L. *Medindo desigualdade na saúde. Boletim Epidemiológico Paulista*. abr, ano 2, n. 16, 2005.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006*.
7. BRITO, M. C. C; FREITAS, C. A. S. L; MESQUITA, G. K. *Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica*. Revista Kairós Gerontologia. 2013; 16(3): 161-78
8. Campos, N. O. B. *Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida [Tese de Doutorado]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
9. CARNEIRO, S. *"A batalha de Durban"*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 2.009-2.014, 2002.
10. CHAIMOWICZ, F. (1997). *A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas*. Revista de Saúde Pública, 31 (2): 194-200.
11. GALISTEU, K. J; FACUNDIM, S. A; RIBEIRO R. C. H. M; SOLER, Z. A. S. G. *Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan*. Rev Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(4); 209-12.
12. JANUÁRIO, R. S. B; SERASSUELO, JR. H; LIUTTI, M. C; DECKER, D; MOLARI, M. *Qualidade de vida dos idosos ativos e sedentários*. Conscientiae Saúde. 2011.
13. KABENGUELE, Munanga. *Uma Abordagem Conceitual das Noções de Raça, Racismo, Identidade e Etnia*. In: *Inclusão Social: um debate necessário?*. Disponível em: <http://www.ufmg.br/inclusãosocial/?p=59>. Acesso em 02 de fevereiro de 2021.
14. LEBRÃO M, DUARTE, YAO, organizadoras. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. *O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
15. LOPES, Fernanda. *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Seminário Nacional da Saúde da População Negra*. Brasília, 2004.

16. MARTINS, J; SCHIER, J; ERDMANN, A. L; ALBUQUERQUE, G. L; *Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso*. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.10 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2007 Epub Oct 24, 2019.
17. MAZZELLA, F; CACCIATORE, F; GALIZIA, G; DELLA - MORTE, D; ROSSETTI, M; ABBRUZZESE, R; LANGELLOTTO, A; AVOLIO, D; GARGIULO, G; FERRARA, N; RENGO, F; ABETE, P. *Social support and long-term mortality in the elderly: role of comorbidity*. Arch Gerontol Geriatr 2010; 51(3): 323-328.
18. MEDEIROS, M; OSÓRIO, R. *"Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998"*. Texto para Discussão n° 886. Brasília, Ipea, 2002.
19. MEDEIROS, S. G; MORAIS, F. R. R. *Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias*. Interface 19 (52) Jan - Mar 2015.
20. MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. *Mulheres de corpo e alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina*. Psicologia: Reflexão e Crítica, Brasília, n. 17, v. 2, p. 177-187, 2004
21. NASCIMENTO, S. S. *Saúde da mulher negra brasileira: a necessária intersecção, gênero e classe*. Cadernos do CEAS, Salvador/ Recife, n. 243, p. 91 - 103, jan./abr.,2018| ISSN 2447 - 861X
22. OLIVEIRA, B. L. C. A; THOMAZ, E. B. A. F; SILVA, R. A. *Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008)*. Cad Saúde Pública 2014; 30(7): 1438-52.
23. PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L; EIDT, O. R. *Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde*. Acta Paul Enferm., n. 19, v. 3, p. 338-342, 2006.
24. SZWARCWALD, C. L; DAMACENA, G. N; SOUZA J, P. R. B; ALMEIDA, W. S; MALTA, D. C. *Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico*. Brasil, 2013. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(2):339-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>.
25. ZORZIN, P. L. G; WAJNMAN, S; TURRA, CM. *Previdência social e desigualdade racial no Brasil*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.