

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA, DESIGUALDADE RACIAL E QUALIDADE DE VIDA

Camila da Silva BARROS
Suelma Inês de Deus BRANCOS

RESUMO: A sociedade brasileira experimenta na atualidade o avanço do envelhecimento populacional, fenômeno complexo e multidimensional que pode representar desafios. A qualidade de vida é fundamental para o envelhecimento digno, porém, a desigualdade pode impedir que todos tenham igual oportunidade de envelhecer. Esse artigo busca refletir sobre o envelhecimento, desigualdade racial e qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Qualidade de Vida. Desigualdade Racial. População Negra.

ABSTRACT: Nowadays, the Brazilian society experiences the advance of the population-Aging. It is a multidimensional and complex phenomenon that can represent challenges. The life quality is fundamental for a dignified aging, but the social inequality can prevent that not everybody will have the chance to get older. This article looks towards to reflect the aging, racial inequality and life quality.

Keywords: Aging. Life Quality. Racial Inequality. Black Population.

CONSIDERAÇÃO INICIAIS

Em virtude de a população idosa estar aumentando, 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 e dos indivíduos. O processo de envelhecimento é uma das poucas coisas que unificam e definimos todos nós. Estamos todos envelhecendo e isso é um fato a ser comemorado. Não importa se a idade for 25 ou 65, 10 ou 110 anos. Cada um está vivendo seu processo de envelhecimento (Rodrigues, 2000). Apesar de ser um processo que nos unifica, existem fatores que implicam de forma negativa nas etapas da vida e que precisam ser analisados para se atingir uma velhice saudável.

No Brasil, conforme dados do Censo Demográfico realizado em 2010 pelo IBGE, os idosos representam 12% da população, mais de 15 milhões de pessoas. Essa constatação indica a necessidade de cada vez mais se pesquisar quem são e como vivem os idosos brasileiros a fim de garantir melhor qualidade de vida para esse segmento.

Nota-se que entre os fatores presentes nas etapas da vida e que podem influenciar de forma negativa o envelhecimento estão o racismo e a discriminação racial. Diversas pesquisas temáticas referentes à economia, educação, saúde, com variáveis como classe social,

escolaridade, renda, cor/raça, idade, gênero, natalidade e mortalidade, apontam o segmento negro na base da pirâmide. Nosso olhar será para a variável cor/raça¹ e a desigualdade racial presente na vida dos negros desde a vida intrauterina até a última etapa da sua existência.

O presente artigo propõe uma reflexão teórico-conceitual sobre envelhecimento/velhice, qualidade de vida, desigualdade racial. A desigualdade racial e as barreiras que impedem a modificação da realidade histórica para o grupo racial afetado são questões que merecem ser investigadas. A base para análise serão as pesquisas produzidas por órgãos oficiais brasileiros.

Em 2001, o Brasil participou da III Conferência Mundial contra o Racismo, conhecida como Conferência de Durban. O resultado da conferência foi o compromisso do governo brasileiro com a promoção da igualdade racial. Desde então, o enfrentamento das iniquidades raciais, já anunciadas anteriormente por extensa produção, tanto qualitativa como quantitativa, mobilizou a sociedade e o governo ao aprofundamento das bases para a formulação de políticas contra a discriminação e a desigualdade racial.

Estudiosos do tema afirmam que a desigualdade social e racial, presentes no cenário brasileiro, são reflexos do período pós-abolição, quando a mão de obra escrava foi substituída pela mão de obra do imigrante. A sociedade de classes foi constituída com a maioria branca detendo os meios de produção e de subsistência, classe dominante, e os demais trabalhadores, entre eles os negros, fazendo parte da classe subalterna.

Após mais de três séculos de abolição da escravidão, a mobilidade social dos negros foi quase imperceptível, os dados mostram que é a população negra² é a mais afetada pela desigualdade social. Porém, a persistência da desigualdade não pode ser explicada apenas pelo passado, mas sim por mecanismos discriminatórios associados à cor/raça e por barreiras raciais (veladas) que operam na sociedade brasileira produzindo tratamento desigual e diferenças de oportunidades (Theodoro, 2010).

¹Em 1684, o francês François Bernier emprega o termo no sentido moderno da palavra, para classificar a diversidade humana em grupos fisicamente contrastados, denominados raças. Segundo Munanga (2000) nos séculos XVI-XVII, o conceito de raça passa efetivamente a atuar nas relações entre classes sociais da França da época, pois utilizado pela nobreza local que se identificava com os Francos, de origem germânica em oposição ao Gauleses, população local identificada com a Plebe. Não apenas os Francos se considerava como uma raça distinta dos Gauleses, mais do que isso, eles se consideravam dotados de sangue “puro”, insinuando suas habilidades especiais e aptidões naturais para dirigir, administrar e dominar os Gauleses, que segundo pensavam, podiam até ser escravizados. Percebe-se como o conceito de raças “puras” foi transportado da Botânica e da Zoologia para legitimar as relações de dominação e de sujeição entre classes sociais sem que houvesse diferenças morfológicas notáveis entre os indivíduos pertencentes a ambas as classes. Em suma, segundo o autor, com o avanço do tempo, estudiosos do tema, chegaram a conclusão de que raça não é uma realidade biológica, mas sim apenas um conceito, cientificamente inoperante para explicar a diversidade humana e para dividi-la em raças, sendo um conceito carregado de ideologia, escondendo uma relação não proclamada de poder e dominação. *Ver mais em: Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.*

² Destacamos que neste texto, considera-se população negra a somatória de pessoas que se auto declaram pretas e pardas, modo esse utilizado em pesquisas realizadas por institutos como IBGE e IPEA, entre outros.

Pouco se estuda sobre a articulação da temática racial e envelhecimento. Neste artigo nos propomos a desvendar a complexidade da desigualdade considerando o indicador cor/raça, em especial no campo da saúde, e seus desdobramentos no envelhecimento e na qualidade de vida.

EVIDÊNCIAS DA DESIGUALDADE RACIAL E OS DESAFIOS FRENTE AO ENVELHECIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) garante o direito à vida e sua inviolabilidade e coloca a educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer e previdência social como direitos sociais. No que se refere à saúde, desde a CF/88, o País tem estabelecido um sistema baseado nos princípios de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e na prática opera com avanços, mas muitos desafios. Nesta reflexão, buscamos analisar a questão do envelhecimento focado, principalmente, na área da Saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde define-se como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, sendo nessa perspectiva, um dos pilares mais importantes para o desenvolvimento humano.

Importante destacar que, fruto da luta das organizações do movimento social negro, em 2004 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), importante instrumento de combate a discriminação étnico-racial nos serviços de saúde. Entre as ações, a PNSIPN visa implementar ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

Diante desses elementos, além dos parâmetros considerados pela OMS, conhecer as perspectivas do próprio cidadão sobre sua saúde e condições de vida está relacionado ao que podemos apontar como sua qualidade de vida – entendida de modo geral, como o nível de satisfação encontrado na vida familiar, social, econômica, ambiental e demais dimensões do indivíduo em sua interação com a sociedade. Ao buscar referências sobre o que se considera qualidade de vida, podemos observar que há um extenso debate sobre o tema, por vezes, bastante criticado, já que os indicadores nem sempre buscam compreender o contexto real dos indivíduos avaliados.

Conforme Minayo (2000), qualidade de vida trata-se de uma construção social, pois o termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a eles se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes. Ainda conforme Minayo (2000), a relatividade da noção de qualidade de vida tem

pelo menos três pontos de referências: histórico, cultural e o que diz respeito às estratificações ou classes sociais.

Nesta análise, procuramos trabalhar com as problematizações relacionadas à questão racial, considerando que se trata de importante dimensão da estratificação social que se relaciona de maneira complexa com a classe social, refletindo principalmente a distribuição de poder entre os grupos sociais no interior da sociedade (Barata, 2009). Diversas são as teorias que afirmam que a posição social ocupada pelos sujeitos pode refletir sobre sua saúde por expor o indivíduo a situações onde há igualdade de oportunidades e desenvolvimento diferenciados, quando comparado a outros indivíduos e grupos.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada(Ipea), em pesquisa realizada em 2010 sobre a trajetória da desigualdade racial face à pobreza, a diferença entre a população negra e branca entre 1995 e 2008 que vivia com renda per capita menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo era de 59,1% para os negros e 30,4 para os brancos; em 2001, 58,3% para os negros e 30,2% para os brancos e em 2008, 38,8 para os negros e 30,2 para os brancos. A partir desses dados percebemos que o último ano analisado mostra-se menos expressivo se comparado aos anteriores, no entanto, os negros são a maioria dos que vivem abaixo da linha da pobreza, com pouca mobilidade social e mantendo distanciamento dos brancos, ou seja, a linha da desigualdade não desaparece, anda em paralelo. Qualidade de vida inexistente para a população que vive abaixo da linha da pobreza.

Identificar as vulnerabilidades e peculiaridades da população negra no que se refere aos serviços públicos em geral e, em especial aos serviços de saúde, pode proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida. Ampliar a discussão e subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da igualdade racial, bem como fortalecer as já existentes, são caminhos para que a população negra envelheça nas mesmas condições de igualdade da população em geral.

Se observarmos a expectativa de vida no mundo, podemos constatar que a desigualdade é global, visto que, países ditos como subdesenvolvidos apresentam esperança de vida ao nascer muito inferior aos países considerados desenvolvidos. Vejamos, a esperança de vida ao nascer nos Estados Unidos está em 79,1, na Alemanha 80,9, Itália 83,1, enquanto em países da África como Níger está em 61,4, República Democrática do Congo 58,7, República Centro Africana 50,7 – apenas para citar alguns exemplos. O Brasil considerado como um país em desenvolvimento indica 74,5 no índice (IBGE, 2014). Esses dados são resultantes de diversas questões e indicadores produzidos no conjunto da sociedade, tais como saúde, educação, renda,

nível de escolaridade, ocupação e, quando analisados, apontam que os impactos das desigualdades na qualidade de vida atingem diretamente os mais pobres.

A partir desses dados, refletimos que do ponto de vista global, os países africanos e pobres têm menor expectativa de vida em relação às nações desenvolvidas, ricas e predominantemente brancas. De modo geral, concordamos com Barata (2009) ao afirmar que a discriminação racial ou étnica é fenômeno estruturado e sancionado socialmente, justificado pela ideologia e expresso através de interações entre indivíduos e instituições onde a partir da dominação, alguns grupos mantêm privilégios à custa de privação e exclusão, ou seja, em detrimento dos demais.

O envelhecimento, a nosso ver, pode ser considerado uma conquista que não atende ao conjunto da sociedade, visto que, quando observamos as desigualdades nos territórios podemos constatar que os locais onde o índice de envelhecimento é menor são locais onde a população negra se concentra em sua maioria. Essa percepção é sustentada inclusive pelas projeções realizadas pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), onde confirma que o processo de envelhecimento ocorre de forma muito diferenciada entre os territórios centrais e os periféricos. Conforme os dados da Fundação de 2014, ao analisar a cidade de São Paulo, o distrito com maior concentração da população idosa é o Alto de Pinheiros, com 25% da população com mais de 60 anos, sendo 8% com mais de 75 anos, enquanto Anhanguera é o distrito com menor quantidade de idosos, concentrando 6%, sendo apenas 1% acima de 75 anos. A idade média nos distritos estabelece 42,48 anos para Alto de Pinheiros e 30,52 para Anhanguera, no Índice de Envelhecimento de 2015, Alto de Pinheiros possui 25% e Anhanguera 28%. No que diz respeito às condições econômicas, conforme o Censo de 2010, Alto de Pinheiros é um bairro com renda per capita estimada em 3.984,34 enquanto Anhanguera a renda per capita estimada é de 528,11.

Esses dados são apenas para exemplificar a desigualdade a partir de espaços territoriais extremos, sendo que a situação não é muito diferente nos outros distritos de São Paulo. Algumas regiões de fato são muito mais desenvolvidas e possuem amplo acesso aos serviços necessários, como comércio, transporte, escolas, supermercados, bancos, cinemas, igrejas etc., enquanto nas regiões periféricas se observa o contrário.

Observamos, no campo da saúde que o tratamento às gestantes negras também pode ter impacto no envelhecimento. Em importante estudo transversal realizado no período de 1999 a 2001, no município do Rio de Janeiro, onde foram avaliadas 9.633 puérperas, constatou-se que as mulheres de pele preta e parda passam por persistentes situações desfavoráveis quando comparado às mulheres brancas. A proporção de puérperas adolescentes, com baixa

escolaridade, sem trabalho remunerado, vivendo sem companheiro, agredidas fisicamente e que peregrinam por assistência médica é maior entre as negras. No que se refere à probabilidade de receber anestesia durante o parto, as mulheres negras recebem menos quando comparada as mulheres brancas. Nessa pesquisa, especificamente, 16,4% das mulheres pardas e 21,8% das mulheres pretas não tiveram acesso à anestesia. Essa situação persiste nos anos atuais e constantemente é evidenciada pelos movimentos sociais na luta por mudanças nesse quadro.

Ainda sobre as mulheres negras, conforme Waiselfisz ao analisar o mapa da violência 2015, sobre os homicídios de mulheres no Brasil, concluí que as mulheres negras são vítimas prioritárias. O estudo faz uma comparação entre 2003 e 2013, e verifica que o número de homicídios de mulheres brancas cai de 1.747 vítimas em 2003 para 1.576, em 2013, enquanto os homicídios de mulheres negras aumentam 54,2%, passando de 1.864 para 2.875 vítimas. Confirma-se ainda que a faixa etária onde mais ocorre a violência é entre 18 e 30 anos de idade. Esses dados já foram apontados, inclusive pela Organização das Nações Unidas (ONU).

No que se referem aos homens negros, os dados de pesquisas são igualmente alarmantes, visto que são eles que mais morrem nas regiões periféricas, configurando, na ótica de muitos estudiosos do tema, um genocídio. De acordo com Waiselfisz ao analisar o mapa da violência de 2015, no que se refere a mortes por armas de fogo, constata-se que em São Paulo a taxa de homicídios de negros representa 12,2 a cada 100 mil, sendo a de brancos 8,7. No estado de Alagoas esses números ganham maior representação, visto que a taxa de brancos é de 6,9 enquanto a de negros é de 76,2. Obviamente, devemos considerar o percentual de pessoas na região em sua representação racial, no entanto, o que se observa é que os jovens negros geralmente são os mais atingidos no conjunto da análise, visto que conforme o autor, a vitimização negra do País em 2003 era de 72,5% e em 2012 aumenta perversamente para 142%, com tendência crescente, inclusive. Cabe ressaltar ainda que a prevalência das vítimas são jovens de 15 a 29 anos de idade.

Sobre as questões que podem influenciar no envelhecimento, o Mapa do Encarceramento de 2015 revela um crescimento de 74% da população prisional brasileira no período de 2005 a 2012, com predominância do sexo masculino, mas crescimento do número de mulheres reclusas também. De acordo com os dados levantados, o crescimento do encarceramento é mais impulsionado pela prisão de pessoas negras do que brancas, visto que, a taxa de encarceramento por 100 mil habitantes entre brancos e negros indica 191 para brancos e 292 para negros.

Um interessante estudo multicêntrico denominado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Sabe), coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (*Opas*), que busca traçar um

perfil dos idosos na América Latina e Caribe, ao estudar as questões de desigualdade no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo, Louvison e Cols, concluíram que o acesso à saúde tende a ser pior para aqueles com menores condições socioeconômicas, corroborando com estudos anteriores que ao utilizar a mesma base de dados Sabe já apontaram que idosos com menor escolaridade apresentaram pior estado de saúde em função de hábitos não recomendáveis, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente. (Louvisonet al, 2008).

Quando analisamos os índices educacionais e socioeconômicos da população negra, comparados à população branca, percebemos considerável desvantagem. Ou seja, a população negra envelhece menos e quando tem a oportunidade de envelhecer, envelhece com menos qualidade de vida, se observarmos os indicadores gerais dos parâmetros considerados mínimos para se viver com dignidade.

No que se refere aos dados relacionados à população idosa, aplicado o recorte racial, recente documento elaborado pelo Ipea sobre a situação social da população negra por Estado, ao analisar os dados sobre a seguridade social onde se considera a cobertura da previdência social, Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) e Programa Bolsa Família (PBF), constata-se que o número de beneficiários negros em 2001 era ligeiramente maior que o de beneficiários brancos, sendo 86,2 e 85,0 respectivamente. Em 2012, o número de beneficiários negros diminuiu para 84,0 e o de brancos aumentou para 85,9. O número de idosos que se beneficiam de programas sociais era de 0,2 para negros e brancos em 2001, aumentando em 2012 para 1,3 para negros e 0,4 para brancos, o que se mostra positivo em ambos os grupos avaliados, no entanto, quando verificado o número de não cobertos pelos programas, os idosos negros representam 7,8 e os idosos brancos 5,3 em 2012. Segundo a pesquisa, um aumento de cerca de 20% se comparado anos anteriores.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde:

O envelhecimento é um processo que pode ser compreendido como “sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

A partir dessa compreensão, entendemos que o envelhecimento é individual e irreversível, está relacionado a aspectos biológicos como o declínio da capacidade física e também com aspectos sociais e culturais não se relacionando, portanto apenas ao tempo cronológico, mas as condições oferecidas ao indivíduo para que ele possa responder às

demandas do dia a dia, sua motivação e sua capacidade para continuar na busca e na realização de objetivos, conquistas pessoais e familiares (Lebrão, 2007).

A reflexão sobre as reais possibilidades de a população negra envelhecer com qualidade de vida nos remete a revisão das condições materiais em que esse grupo populacional se encontra, os motivos históricos da permanência desse grupo nos estratos inferiores da classificação social, buscando-se o entendimento de como a discriminação racial pode ser o principal impeditivo da mudança, principalmente no Brasil, que, segundo Ianni (1987, p.131):

“é uma nação na qual convivem brancos, negros e mulatos, índios, alemães, italianos, espanhóis, poloneses, russos, japoneses, chineses e outros imigrantes de primeira, segunda e outras gerações. Esse é mais um dado racial do legislador e do governo. Num país multirracial, no qual convivem raças e etnias diversas, é conveniente afirmar a igualdade de todos.

Sabemos que os dados levantados são estimativas, com diversas limitações e não correspondem às reais proporções dos problemas, no entanto, subsidiam nosso debate e auxiliam na busca por avanços na implementação de ações afirmativas e de igualdade racial.

No âmbito da promoção da igualdade racial e da qualidade de vida, vale salientar a importância da formação e capacitação profissional na temática racial. Nesse contexto, faz-se necessário que os profissionais atuantes nas políticas públicas, de modo geral, e em particular nas políticas de saúde, sejam cada vez mais capacitados para identificar, avaliar e compreender as dimensões físicas, emocionais e socioculturais dos usuários dos serviços, possibilitando o cuidado integral preconizados nas legislações. É preciso também que na formação profissional sejam incluídos temas relacionados à dimensão racial, discriminação e mecanismos participativos de controle. São os profissionais que dão vida ao cotidiano das instituições e que, muitas vezes, praticam o racismo institucional, uma barreira invisível que impede a mobilidade e, muitas vezes, o acesso dos negros aos serviços e ao atendimento de qualidade. Para compreendermos o conceito de racismo institucional, partilhamos da definição utilizada pelo movimento social negro no Brasil:

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial (CRI, 2006, p.22).

Segundo Lopez (2012) o racismo institucional atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, provocando uma desigualdade na distribuição de

serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Na área da Saúde esses mecanismos de controle podem ser analisados como dispositivos de biopoder, aquele poder que se expressa no controle dos corpos dos indivíduos, retirando das pessoas sua dignidade, cidadania, autonomia e demais direitos.

Conforme Barroco (2012), o caminho percorrido pelo usuário – desde a solicitação do serviço até a obtenção do direito é, em geral, um verdadeiro “calvário” de idas e vindas entre instituições, em que não raras vezes enfrentam situações de descaso e humilhação. Para a população negra, acrescenta-se ainda a discriminação racial, barreira invisível presente nas instituições. Ainda segundo Barroco (2012), muitas vezes, mergulhado na rotina institucional, o profissional não percebe que está impedindo ou limitando o acesso aos direitos, de forma direta ou indireta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse breve exercício de reflexão procurou mostrar por meio de dados divulgados em pesquisas de relevância nacional, que há implicações na tríade envelhecimento, desigualdade racial e qualidade de vida e que o Brasil tem pela frente o desafio de reverter a situação, visto que, conforme Fernandes (1989, p.22):

Muitos afirmam que o preconceito de cor é um fenômeno de classe e que no Brasil não existem barreiras raciais. Todavia, estas se manifestam de vários modos e são muito fortes. Aqueles que conseguem varar as barreiras sociais, qualificando-se como técnicos ou como profissionais liberais, logo se defrontam com barreiras raciais. Promoção, reconhecimento de valor e acesso a vários empregos são negados por causa da condição racial, embora os pretextos apresentados escondam as razões verdadeiras.

Diante das barreiras raciais experimentadas ao longo da vida e que atingem homens, mulheres, crianças e jovens, cada segmento, com riscos específicos, o envelhecimento da população negra torna-se também um fenômeno complexo, por estar atrelado à superação da discriminação existente em função do tempo cronológico somado a discriminação por conta da cor/raça. Com os dados pesquisados confirmamos nossos pressupostos iniciais de que a desigualdade racial impede que a população negra envelheça na mesma proporção e com a mesma qualidade que a população branca. Entendemos que se trata de questões complexas com diferentes argumentações e que, muitas vezes não obtêm o merecido destaque, seja nas ações e discursos cotidianos, seja nas produções acadêmicas, seja nas políticas públicas.

O Serviço Social, enquanto profissão, tem um importante papel na discussão dos preconceitos, afirmação e luta pela igualdade, visto que, possui um Projeto Ético Político que não se resume a um código com meras instruções formais, mas sim ao compromisso na construção de uma sociedade igualitária, onde as dimensões política e ética na prática devem ser articuladas para um fazer profissional coerente. Assim, pensar em mecanismos que eliminem as barreiras raciais que impedem o acesso e tratamento igualitário da população negra aos bens e serviços é ação fundamental para se promover transformação e uma velhice digna a todos.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional**. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI,2006.

FERNANDES, FLORESTAN. **Significado do protesto negro**; São Paulo: Cortez: Autores Associados, Coleção Polêmicas do nosso tempo; v.33, 1989.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. SP demográfico. **Perspectivas demográficas dos distritos do Município de São Paulo: o rápido e diferenciado processo de envelhecimento**. N. 1. 2014. Disponível em: < http://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/spdemog_jan2014.pdf> Acesso em março de 2016.

ANNI, OCTAVIO. **Raças e classes sociais no Brasil**, São Paulo - Editora Brasiliense, 1987.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **Situação Social da População Negra por Estado**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24121> Acesso em abril de 2015.

NOUYE, Keika; et al. **Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n3/19.pdf>> Acesso em abril de 2015.

KABENGUELE, MUNANGA. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. In: *Inclusão Social: um debate necessário?*. Disponível em. <https://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59>. Acesso em 06 de março de 2016.

LEBRÃO, MARIA LUCIA E DUARTE, YEDA A. DE OLIVEIRA. **Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas?** In *Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade*, org. Anita Liberalesso Neri. -São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições SESC,2007.

LEAL, Maria do Carmo. GAMA, GAMA, Silvana Granado Nogueira da, CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e parto, 1999-2001**. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31838>> Acesso em março de 2016.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; et al. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo**. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000400021&lng=pt&tlng=pt> Acesso em abril de 2015.

LOPEZ, Laura Cecília. **O Conceito de racismo institucional: aplicação no campo da saúde. In Interface – Comunicação. Saúde, Educação**, v.16, n.40, 2012. Disponível em: www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm. Acesso em fevereiro de 2016.

MINAYO, Maria Cecília. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> > Acesso em março de 2016.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. A demografia do envelhecimento no Brasil: o reflexo das desigualdades nos indicadores sociais da velhice do (a) trabalhador (a). In: *Envelhecimento, Saúde e Trabalho no Tempo do Capital*. São Paulo: Cortez, 2014.

RODRIGUES, Nara Costa. **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Schons, Carme Regina e Palma, Lucia Terezinha S. (orgs.), 2 ed., Passo Fundo:UPF, 2000.

SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPUBLICA E SECRETÁRIA NACIONAL DE JUVENTUDE. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, 2015. Disponível em: < http://www.pnud.org.br/arquivos/encarceramento_WEB.pdf > Acesso em março de 2016.

THEODORO, Mario. **Desigualdade racial e políticas públicas no Brasil in Documento para Audiência Pública sobre as políticas de ação afirmativa de acesso ao ensino superior-STF**; Brasília-IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

TERRA, Sylvia Helena; BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética do/a assistente social comentado**. Conselho Federal de Serviço Social-CFESS(org.)-São Paulo: Cortez, 2012.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil**. 1 ed. Brasília Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf> Acesso em março de 2016.

_____. **Mapa da Violência 2015: Mortes Matadas por Armas de Fogo**. Brasília. Disponível em: < <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>> Acesso em março de 2016.

Recebido em: 19/6/2017

Aprovado em: 18/8/2017