

Mulheres na meia idade e velhice: condições de vida e saúde mental por raça/cor no contexto brasileiro

Bianca de Queiroz Soares , Doris Firmino Rabelo¹ , & Simone Seixas da Cruz ²

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, Brasil.

RESUMO

Buscou-se comparar as condições de vida e a saúde mental (Transtornos Mentais Comuns - TMC) entre mulheres brancas, pardas e pretas na meia idade e velhice no contexto brasileiro. Realizou-se um estudo em ambiente virtual, descritivo, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Uma amostra de conveniência de 545 mulheres na meia idade e velhice do território brasileiro responderam um formulário online com uma Ficha de informações sociodemográficas e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Foram feitas análises bivariadas (qui-quadrado de independência e teste *t* de Student) e uma ANOVA fatorial ($p \leq 0,05$) e foram calculados os tamanhos de efeito. Os resultados indicaram diferenças por raça/cor quanto à configuração familiar e às condições socioeconômicas, com maior proporção de pretas nos piores índices. Com relação à saúde mental, as mulheres brancas estavam mais protegidas e as pardas e as pretas solteiras apresentaram mais TMC. Os dados indicaram a complexidade envolvida na saúde mental e que o envelhecimento das mulheres pretas, pardas e brancas ocorre em contextos sociais e econômicos distintos. Uma velhice mais digna e saudável para todas as mulheres exige políticas públicas que abordem as disparidades raciais em múltiplos níveis, considerando as especificidades do racismo brasileiro.

Palavras chave

racismo, mulheres, condições sociais, envelhecimento, saúde mental

ABSTRACT

The aim was to compare living conditions and mental health (Common Mental Disorders - CMD) among white, mixed race and black women in middle age and old age in Brazil. A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out in a virtual environment. A convenience sample of 545 middle-aged and older women in Brazil completed an online form with a sociodemographic information sheet and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Bivariate analyses (chi-square of independence and Student's *t*-test) and a factorial ANOVA ($p \leq 0.05$) were performed and effect sizes were calculated. The results indicated differences by race/color in terms of family configuration and socioeconomic conditions, with a higher proportion of black women in the worst indices. With regard to mental health, white women were more protected and mixed race and single black women had more CMD. The data indicated the complexity involved in mental health and that the ageing of black, mixed race and white women takes place in different social and economic contexts. A more dignified and healthy old age for all women requires public policies that address racial disparities on multiple levels, considering the specificities of Brazilian racism.

Keywords

racism, women, social conditions, aging, mental health

¹ Correspondence about this article should be addressed **Doris Firmino Rabelo**: drisrabelo@yahoo.com.br

² **Conflicts of Interest**: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Women in middle age and old age: living conditions and mental health by race/color in the Brazilian context

Introdução

A maior prevalência de transtornos mentais entre mulheres (Araújo et al., 2005; Senicato et al., 2018; Santos et al., 2019) destaca a importância de se compreender essa questão a partir do contexto das condições de vida e das desigualdades raciais de gênero. Estudos sugerem que as diferenças raciais na saúde mental das mulheres são influenciadas por fatores como o status socioeconômico (Bromberger et al., 2004), o acesso aos cuidados (Rosen et al., 2007) e as experiências de discriminação e estigma (Lo & Cheng, 2018). Esse contexto se complexifica com o envelhecimento. A meia idade e a velhice são períodos que trazem mudanças importantes na saúde e no âmbito psicossocial e as mulheres ainda vivenciam pressões sociais e culturais específicas, como a maior carga de trabalho doméstico e de cuidado, que intensificam as iniquidades de gênero (Biroli & Miguel, 2015). Contudo, os estudos sobre a saúde mental de mulheres mais velhas considerando as diferenças raciais ainda é insuficiente no contexto brasileiro, o que pode levar a uma falta de compreensão da intersecção gênero-raça-idade e das necessidades e desafios enfrentados por elas.

Sabe-se que, no Brasil, as condições de vida são desiguais segundo a raça/cor e as disparidades permanecem vigentes na velhice. Os indicadores de condições de vida (como saúde, educação, moradia, trabalho, renda, etc.) refletem as disparidades raciais no acesso a bens e serviços básicos, com os piores índices observados entre as mulheres negras (Vieira et al., 2023). Envelhecer não homogeneiza essas desigualdades raciais e de gênero, ao contrário, ressalta os diferentes efeitos psicossociais na vida delas (Santos & Rabelo, 2022).

A associação da saúde mental e a raça/cor foi investigada no contexto brasileiro mediante revisão sistemática que sugeriu que a prevalência de transtornos mentais é maior na população negra do que na população branca, embora essa conclusão não tenha sido universal na literatura (Smolen & Araújo, 2017). A maioria desses estudos apresentaram diversas limitações tais como baixa diversidade geográfica, amostras compostas majoritariamente por pessoas brancas ou a falta de normatização sobre como categorizar raça, ressaltando que a literatura corrente ainda é pequena e fragmentada (Smolen & Araújo, 2017). Em outros contextos, o chamado “paradoxo epidemiológico da saúde mental entre negros e brancos” (taxas de transtornos mentais mais baixas ou semelhantes

de negros em relação aos brancos) é amplamente relatado na literatura (Erving et al., 2018; Tobin et al., 2020). Esse fenômeno não está bem elucidado no contexto brasileiro.

Evidências do “paradoxo da saúde mental entre negros e brancos” foi observado ao longo da vida para mulheres e homens, com uma exceção: as mulheres negras experimentaram maior risco de transtorno de estresse pós-traumático em comparação com as mulheres brancas (Erving et al., 2018). Esse paradoxo parece se estender a transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias ao longo da vida e é consistente entre grupos de idade e gênero, contudo, foram observadas mais semelhanças nos transtornos mentais entre negros e brancos mais velhos em relação aos seus homólogos mais jovens, sugerindo que as diferenças sejam mais pronunciadas entre os grupos etários mais jovens (Tobin et al., 2020). Possivelmente essa maior semelhança entre pessoas mais velhas reflita um efeito de coorte (experiências de vida distintas de uma determinada geração), um efeito de um maior repertório de enfrentamento aprendido ao longo da vida, um efeito de seleção no relato devido ao caráter estigmatizante dos problemas de saúde mental ou uma maior mortalidade experimentada por indivíduos com sofrimento mental (Tobin et al., 2020).

O grupo geracional e a fase desenvolvimental ao qual pertence uma mulher podem informar sobre as experiências específicas que afetam a sua saúde mental (Jones et al., 2021). Mulheres na meia idade hispânicas e afro-americanas apresentaram maior prevalência de depressão, em parte devido a fatores psicossociais e de saúde ligados ao pior status socioeconômico (Bromberger et al., 2004). A disparidade racial no tratamento de saúde mental no setor médico geral indicou que as mulheres afro-americanas de baixos rendimentos não recebem o mesmo nível de cuidados que as mulheres brancas (Rosen et al., 2007). No Brasil, ser negra, divorciada/desquitada/viúva, com baixo nível de escolaridade, ou de renda, ter filhos, ser chefe de família, ser mais velha, dona de casa e apresentar comorbidades em saúde estiveram associados à maior ocorrência de transtorno mental comum (Araújo et al., 2005; Senicato et al., 2018; Santos et al., 2019). Entre pessoas idosas, as mulheres, as com pior saúde percebida (Valença et al., 2023), as com pior renda e as com maior percepção de vulnerabilidade à COVID-19 (Pimentel et al., 2022) apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), expressão cunhada por Goldberg e Huxley (1992), se referem a uma condição de saúde que não apresenta critérios formais suficientes para fechar diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5a

edição) e CID-11 (Classificação Internacional de Doenças – 11a revisão). Os TMCs apresentam quadro sintomatológico como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, que provocam uma incapacitação funcional significativa. Essa condição traz prejuízos psicossociais importantes, bem como alto custo social e económico (Santos et al., 2019), em especial, considerando a maior longevidade das mulheres, a maior prevalência de TMC nesse grupo, as desigualdades raciais e as crescentes necessidades de cuidados à saúde ao longo do envelhecimento.

A saúde mental no envelhecimento é uma questão multifacetada e normas de gênero racializadas podem levar a uma maior distinção nos perfis de saúde mental das mulheres negras e brancas. Mulheres, apesar da opressão de gênero partilhada, não são um grupo monolítico, variando ao longo de outras dimensões de estratificação (Erving & Smith, 2021). As questões e discussões de gênero também se incidem junto às modalidades classistas, sexuais e regionais, na constituição discursiva de perfis indenitários, sendo estes, marcadores precisos nas definições de inferioridades e exclusões no contexto social presente (Andrade, 2014). Por consequência, aspectos sociais e históricos não só se expressam como produtores de subjetividades e se confluem com questões específicas de cada sujeito, mas, sobretudo, demarca como cada um deste sofre, assim como, constrói compreensões sobre o adoecimento psíquico e saúde mental no âmbito sociocultural (Campos & Zanello, 2017).

Compreende-se que os modos de opressão que operam desigualdades sociais, incidem desde a infância, perpassa todas as fases do desenvolvimento, e se acentuam na meia idade e velhice implicando em formas específicas e singulares de vulnerabilidade (Vieira et al., 2023). Partindo desse pressuposto, o racismo como categoria estruturante se expressa a partir de fatores que pesam nas interações entre indivíduos e campo social a partir de práticas e vivências discriminatórias que afetam a saúde física e psicológica, assim como, a integridade individual e coletiva da população (Rabelo et al, 2018). Nesse cenário, a teoria da interseccionalidade torna-se uma ferramenta analítica importante na compreensão da saúde mental, ao considerar categorias sociais como raça, gênero e faixa etária enquanto marcadores que se inter-relacionam e se moldam mutuamente, que intensificam a vivência de opressão e produção de sofrimento e adoecimento psíquico (Collins & Bilge, 2020).

Considerando a associação da prevalência de TMC com os grupos sociais em maior vulneração, é fundamental a implementação de políticas públicas de saúde mental

baseadas nas interseccionalidades. Envelhecer implica as condições de vida e o modo como, subjetivamente são feitas as adaptações e enfrentamentos cotidianos bem como reflete como os marcadores sociais da diferença operam de maneira unificada e afetam a saúde mental. Desse modo, este trabalho tem como objetivo comparar as condições de vida e a saúde mental (Transtornos Mentais Comuns) entre mulheres brancas, pardas e pretas na meia idade e velhice.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, com abordagem quantitativa.

Participantes

Participaram 545 mulheres brasileiras, sendo 73,7% na meia idade e 26,3% na velhice. Segundo os critérios de raça/cor adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], com base na autodeclaração, 44,8% eram brancas, 34,7% eram pardas e 19,1% eram pretas (1,6% eram indígenas ou amarelas). Das participantes, 55,9% eram da região nordeste, 31,9% do sudeste, 5,7% do sul, 3,9% do centro-oeste e 2,6% do norte. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes aspectos: a) idade igual ou superior a 40 anos; b) se identificar como mulher. Foram excluídas aquelas que não informaram a idade, que não preencheram os critérios etários e que não se identificaram como mulheres (cis ou trans).

Instrumentos

1) Condições de vida

Ficha com perguntas fechadas para coletar informações sobre: a) Informações sociodemográficas: faixa etária (meia idade – 40 a 59 anos e velhice – 60 anos +), raça/cor (branca/parda/preta/indígena/amarela), escolaridade (1- sem escolaridade a 8-pós-graduação), região (norte, nordeste, sudeste, centro-oeste e sul), zona de moradia (urbana e rural), se considera ter dinheiro suficiente para cobrir as necessidades da vida diária (sim e não), renda familiar (1-1 a 2 SM a 4- mais de 8 SM), estado civil (solteira, casada/união civil, viúva, divorciada), arranjo de moradia (sozinha, com cônjuge/companheiro(a), com descendentes, com cônjuge e descendentes, outros),

aposentada/pensionista (sim e não), chefia familiar (sim e não), contribuição para o sustento familiar (1-total a 4-nenhuma); b) Informações de saúde: condição crônica de saúde (sim e não) e saúde geral percebida (1-excelente a 5-péssima). Todas as variáveis categóricas foram padronizadas para serem dicotômicas com as respostas sim x não, com exceção da renda, da escolaridade e saúde da percebida que foram tratadas como variáveis contínuas.

2) Saúde mental (indicada pelos Transtornos Mentais Comuns)

Self-Reporting Questionnaire -SRQ-20 (Gonçalves et al., 2008). Instrumento validado no Brasil para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos), com bons índices psicométricos na realidade nacional, segundo coeficiente de consistência interna geral e padronizado de 0,80 (Santos et al., 2009). As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Morbidade psiquiátrica significativa está associada a presença de 7 ou mais desses sintomas e de acordo com esse critério, as participantes foram classificadas para suspeita de TMC (sim x não).

Procedimento de coleta de dados

Tratou-se de uma pesquisa em ambiente virtual, realizada no período de agosto de 2021 a fevereiro de 2022, período de controle epidemiológico da pandemia da Covid-19. A coleta se deu por meio do envio do link de um formulário online, divulgado em redes sociais como o Facebook, Instagram e WhatsApp e e-mail. O convite para participação na pesquisa continha, além do link do formulário, as devidas informações sobre a pesquisa para o adequado esclarecimento da participante. Todas as participantes foram informadas que antes de responder às perguntas do formulário seria apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a sua anuência. A aplicação do formulário online se deu de forma individual, com autopreenchimento, a partir de participação voluntária.

Ao abrir o endereço eletrônico do formulário, a participante tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os objetivos, os riscos e benefícios estavam expostos. Após o aceite (resposta obrigatória de Aceitar ou Não aceitar participar

da pesquisa), a participante era guiada para o questionário. As duas primeiras sessões do questionário obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão (respostas obrigatórias).

Procedimento de análise de dados

Foram feitas estatísticas descritivas (frequência, média e desvio-padrão). Foi realizado o teste de qui-quadrado de independência (2x2) com o objetivo de investigar se havia associação significativa entre as variáveis categóricas dicotômicas (as politômicas foram transformadas em dummy) e a raça/cor (brancas x negras/amarelas/indígenas; pardas x brancas/pretas/amarelas/indígenas; pretas x brancas/pardas/amarelas/indígenas). O tamanho de efeito foi calculado pelo *V de Cramer*.

Foi realizado um teste *t* de Student para amostras independentes com o objetivo de investigar em que medida as variáveis contínuas eram diferentes entre os grupos de raça/cor. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. Foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1000 reamostragens; 95% IC BCa) para se obter uma maior confiabilidade dos resultados, para corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos e, também, para apresentar um intervalo de confiança de 95% para as diferenças entre as médias (Haukoos & Lewis, 2005). O tamanho do efeito foi calculado pelo *d* de Cohen (Cohen, 2013).

Foi realizada uma ANOVA fatorial (2x2) com o objetivo de verificar em que medida os níveis de TMC (escore total) eram diferentes entre mulheres brancas, pardas e pretas com relação a todas as variáveis de condições de vida que apresentaram diferenças raciais estatisticamente significativas nos testes anteriores. Procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens; 95% IC BCa) foram implementados. O tamanho do efeito foi calculado pelo *d* de Cohen.

Aspectos éticos

Os procedimentos éticos seguiram as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil bem como as recomendações referentes à pesquisa em ambiente virtual conforme Ofício Circular no. 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Este estudo foi devidamente avaliado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

A maioria das participantes era negra (pardas + pretas = 53,8%), casada (53,6%), não era aposentada ou pensionista (70,8%), tinha alta escolaridade (6,8% estavam cursando uma graduação, 20,7% tinham curso superior completo e 56,7% tinham pós-graduação) e melhor renda familiar (em salários mínimos: 21,3% com 1 a 2, 22,9% com 3 a 4, 27,9% com 5 a 8 e 27,9% com mais de 8), considerava que tinha dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades diárias (66,2%), contribuía totalmente ou parcialmente para o sustento familiar (86,4%) e era chefe de família (52,8%). Estavam em arranjos de moradia diversos (17,2% sozinhas, 19,4% com cônjuge, 17,8% com descendentes, 33,9% com cônjuge e descendentes e 11,6% com outros), tinham uma percepção positiva da própria saúde ($M = 2,6$; $DP = 0,89$) e 62% não tinha uma condição crônica de saúde.

Foram observadas diferenças por raça/cor quanto ao estado civil, ao arranjo de moradia, às condições econômicas e à saúde mental. Verificou-se que a proporção de mulheres autodeclaradas pretas foi maior entre as solteiras, as que moravam só com os descendentes, as que contribuía totalmente para o sustento familiar, as que eram chefes de família e as que consideravam não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas. As mulheres pardas foram mais frequentes entre as que eram casadas e as que moravam com cônjuge e descendentes. Observou-se maior proporção de mulheres brancas entre as que consideravam ter dinheiro suficiente para as despesas diárias. As mulheres pardas foram mais frequentes entre as que tinham TMC e as mulheres brancas entre as que não tinham TMC. Todas as associações mostraram tamanho de efeito pequeno. A Tabela 1 mostra as associações estatisticamente significativas entre as condições de vida, TMC e a raça/cor. Os resultados mostraram diferenças por raça/cor quanto à renda, escolaridade e saúde geral percebida. As mulheres brancas apresentaram os melhores índices de renda, escolaridade e saúde percebida, as pretas os piores índices de renda e escolaridade e as pardas os piores índices de saúde geral percebida.

Tabela 1

Distribuição das condições de vida e TMC segundo raça/cor de mulheres da meia-idade e velhice

Condições de vida		Raça/cor		χ^2 (gl)	p*	V de Cramer
		Preta %				
		Sim	Não			
Solteira	Sim	34,3	65,7	26,7(1)	0,000	0,222 ^F
	Não	14,1	85,9			
Mora com descendentes	Sim	26,8	73,2	4,6(1)	0,033	0,080 ^F
	Não	17,4	82,6			
Contribuição total sustento	Sim	22,9	77,1	4,3(1)	0,038	0,094 ^F
	Não	15,9	84,1			
É chefe de família	Sim	23,6	76,4	7,4(1)	0,007	0,119 ^F
	Não	14,2	85,8			
Considera que não tem dinheiro suficiente	Sim	51,9	69,6	11,8(1)	0,001	0,147 ^F
	Não	48,1	30,4			
		Parda %				
		Sim	Não			
Casada	Sim	38,7	61,3	4,5(1)	0,034	0,085 ^F
	Não	30,0	70,0			
Mora com cônjuge e descendentes	Sim	41,1	58,9	5,1(1)	0,024	0,109 ^F
	Não	31,4	68,6			
TMC	Sim	39,6	60,4	4,4(1)	0,037	0,084 ^F
	Não	31,0	69,0			
		Branca %				
		Sim	Não			
Considera que não tem dinheiro suficiente	Sim	51,2	48,8	18,1(1)	0,000	0,179 ^F
	Não	32,1	67,9			
TMC	Sim	39,6	60,4	4,5(1)	0,034	0,073 ^F
	Não	48,7	51,3			

* P valor: nível de significância $\leq 0,05$; ^F V de Cramer (tamanho de efeito) = Fraco (<0,3).

Nota: χ^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade;

A tabela 2 mostra o resultado do teste *t* de Student para essas diferenças. Cabe destacar que, com exceção da renda para as mulheres brancas, as outras diferenças apresentaram tamanho de efeito pequeno.

Tabela 2

Resultados do teste de diferença entre os grupos de raça/cor

Raça/ cor		Escores		Estatística do teste <i>t</i> (<i>Bootstrapping sample</i>)				
		<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>t</i>	<i>Gl</i>	Valor- <i>p</i>	IC da Diferença de Média (95%)		<i>d</i> de Cohen
						Limite inferior	Limite superior	
Renda								
Branca	Sim	2,97 (1,03)	-5,280	427	0,001	-0,72	-0,37	0,51**
	Não	2,43 (1,07)						
Parda	Sim	2,46(1,05)	3,030	427	0,002	0,12	0,55	0,30*
	Não	2,78(1,09)						
Preta	Sim	2,39(1,12)	2,549	427	0,008	0,07	0,63	0,32*
	Não	2,74(1,07)						
Escolaridade								
Branca	Sim	7,50(0,89)	-4,096	427	0,001	-0,67	-0,27	0,38*
	Não	7,04(1,43)						
Parda	Sim	7,07(1,34)	2,095	427	0,037	0,02	0,53	0,21*
	Não	7,33(1,17)						
Preta	Sim	6,96(1,61)	1,826	427	0,060	0,01	0,68	0,28*
	Não	7,31(1,13)						
Saúde percebida								
Branca	Sim	2,42(0,80)	3,902	427	0,001	0,17	0,50	0,38*
	Não	2,75(0,91)						
Parda	Sim	2,78(0,86)	-3,118	427	0,004	-0,46	-0,11	0,31*
	Não	2,51(0,87)						

Nota: *Efeito pequeno; **Efeito médio

Foi realizada a ANOVA fatorial para verificar em que medida os níveis de TMC (score total) eram diferentes entre mulheres brancas, pardas e pretas com relação a todas as variáveis de condições de vida que apresentaram diferenças raciais estatisticamente significativas nos testes anteriores e segundo a fase da vida. Os resultados da ANOVA fatorial demonstraram que houve um efeito estatisticamente significativo apenas para a

interação entre raça/cor da pele preta e estado civil solteira ($F(1, 541) = 5,721, p = 0,017$), isto é, mulheres pretas solteiras apresentaram maior morbidade psiquiátrica (Tabela 3).

Tabela 3

Estatísticas descritivas das comparações múltiplas segundo escore total de TMC com Bootstrapping (95% IC Bca)

Raça/cor	Grupos comparados	Média (Desvio- Padrão)	p	Estimativas de Bootstrapping (95% IC BCa)		d de Cohen
				Limite inferior	Limite Superior	
Preta	Sim Solteira					
	Sim (n=46)	8,17 (4,9)	0,26	0,410	4,092	0,45 **
	Não (n=58)	5,94 (4,94)		-4,037	-0,476	
	Não Sim (n=88)	5,89 (4,78)	0,50	-1,441	0,785	0,08 *
	Não (n=353)	6,28 (4,69)		-0,765	1,426	

Nota: *Efeito irrisório; **Efeito médio

Discussão

Dentre as mulheres de meia idade e idosas participantes desse estudo, foram observadas diferenças por raça/cor nas condições de vida, em especial quanto à configuração familiar e situação financeira. Quase todas as diferenças observadas apresentaram um tamanho de efeito pequeno e embora ajudem a compreender o contexto dos diferentes perfis de mulheres por raça/cor, devem ser interpretadas com parcimônia. Sugerem distintas condições sociais nos quais o envelhecimento de mulheres é estruturado segundo posições racializadas de gênero. A maior proporção de mulheres pretas entre aquelas em uma configuração familiar monoparental e que com potencial de gerar sobrecarga e dificuldades financeiras; as pardas em configurações familiares não monoparentais com características de maior apoio e menor sobrecarga; e as brancas com os melhores índices de renda (tamanho de efeito médio) sem associação com a configuração familiar, o que poderia indicar maior possibilidade de autonomia dessas mulheres.

Considerando o processo de feminização da velhice, refletir sobre esses diferentes cenários é relevante para compreender o envelhecimento de mulheres em uma perspectiva

interseccional. No Brasil, mais de 60% das famílias monoparentais são chefiadas por mulheres negras (IBGE, 2021), uma conjuntura que reflete a dimensão dos privilégios e desigualdades entre as famílias e seus efeitos sobre o acesso a recursos materiais e sociais (Biroli & Miguel, 2015). Por exemplo, entre idosas, ser negra, chefe de família, totalmente responsável pelo sustento familiar e em arranjos de moradia multigeracionais esteve associado a maiores níveis de ansiedade (Barbosa et al., 2020).

As repercussões podem ser multigeracionais, uma vez que essas desigualdades afetam a vida de todos os membros da família (Biroli & Miguel, 2015). De modo geral, além do dado objetivo da renda, a avaliação subjetiva da suficiência dessa renda para cobrir as necessidades de vida diária a partir de diferentes demandas familiares apresentou-se nesse estudo, indicando o quanto é importante no envelhecimento de mulheres ter proteção e segurança social e possibilidades materiais para a construção de trajetórias de vida com mais autonomia e apoio social (Silva, 2016).

Com relação à saúde mental, as mulheres brancas estavam mais protegidas e foram as pardas as que apresentaram mais TMC. Embora as pretas tenham apresentado piores índices de condições de vida, não foram observadas associações da raça/cor preta com o TMC, com exceção da interação com o estado civil solteira. É preciso mencionar que a maioria da amostra do estudo tinha alta escolaridade (mais de 70% tinha curso superior) e uma melhor renda (55,8% tinham renda familiar superior a 5 salários-mínimos). Apesar dos dados sugerirem diferenças nas condições sociais entre os grupos de mulheres, existem evidências na literatura sinalizando que a mobilidade social e a melhora na situação econômica podem mitigar os efeitos deletérios das desigualdades raciais sobre a saúde mental (Almeida-Filho et al., 2004; Ettman et al., 2020). É possível que as características específicas da amostra desse estudo tenham nublado potenciais efeitos das condições sociais na saúde mental por raça/cor, inclusive poderia ajudar a entender os tamanhos de efeito pequenos encontrados.

Uma outra possível explicação para a ausência de associação entre TMC e raça/cor preta, mesmo em piores condições de vida, é o chamado “esquema da mulher negra forte” que diz respeito a crenças e expectativas culturais de resiliência, independência e força incessantes que orientam a construção de significado, a cognição e o comportamento relacionados à feminilidade negra (Abrams et al., 2014). A influência desse esquema na saúde mental tem sido investigada, e o autosilenciamento tem sido o mecanismo destacado para explicar como esse relacionamento ocorre (Abrams et al., 2019). Isto é, retratar a força e evocar a resiliência enquanto esconde um trauma ou precisa lidar com

grandes adversidades funciona como um ideal cultural e um mecanismo de enfrentamento psicológico para muitas mulheres pretas, mesmo elas acumulando funções, responsabilidade e sobrecarga. Diversos contextos podem ter uma influência no reforçamento desse esquema, como por exemplo, o do trabalho, que modela a expressão da identidade de mulheres racializadas (Jones et al., 2021). Essa posição combativa constante pode dificultar que mulheres pretas acessem e dêem um sentido para sua dor (Corsino et al., 2022), e conseqüentemente, reconheçam e nomeiem sintomas como os presentes no instrumento que avalia TMC (SRQ-20).

Retomando o paradoxo epidemiológico da saúde mental quanto às semelhanças nos transtornos mentais entre pessoas negras e brancas mais velhas, é possível ainda pensar que a ausência de associação entre TMC e raça/cor preta tenha relação com as experiências geracionais e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas ao longo da vida no contexto do racismo de gênero (Tobin et al., 2020). Numa perspectiva interseccional, Collins e Bilge (2019) ressaltam as formas de naturalização do racismo e as pedagogias que ensinam qual o lugar social das mulheres negras. O silêncio sobre as violências, a supressão de emoções, o sentimento de impotência, conformismo, resignação e a passividade observados nas mais velhas dizem de uma intersecção com a categoria social geração que revela determinadas experiências de vida e seu contexto histórico (Santos & Rabelo, 2022).

Porém, no âmbito afetivo, a questão da solidão e do preterimento da mulher preta parece ter efeitos negativos na saúde mental. As solteiras apresentaram pior morbidade psiquiátrica, cujo tamanho de efeito médio indica uma implicação prática. Especialmente considerando que se trata de mulheres mais velhas, esta intersecção as coloca em uma posição desfavorável na “prateleira do amor”, expressão cunhada por Zanello (2018) para se referir a uma das formas pelo qual o dispositivo amoroso opera para a desproteção psíquica de mulheres. Segundo a autora, essa prateleira tem relação com o senso de valor e de sucesso como uma mulher em uma sociedade patriarcal e machista, de maneira que não ser “escolhida” por um homem causa uma ferida narcísica. Assim, mulheres pretas enfrentariam a falta de um parceiro, o abandono parental e/ou do próprio parceiro e a rejeição afetivo-sexual com maior frequência, sendo o racismo o fator determinante dessa solidão (Mizael et al., 2021).

Normas racializadas de gênero podem influenciar nos diferentes perfis de saúde mental. Por exemplo, ter um forte sentido da identidade racial de gênero protege mulheres negras dos efeitos psicossociais deletérios do racismo (Jones et al., 2021). Porém, essa

centralidade da identidade pode ser diferente segundo geração e contexto cultural. Abraçar uma identidade racial pode ser especialmente difícil para mulheres pardas pois, no contexto do racismo brasileiro, é importante considerar a influência de tecnologias racistas específicas que foram implantadas para ajudar a compreender a diferença entre pardas e pretas. Dentre essas tecnologias, pode-se citar a mestiçagem e a pigmentocracia que colocam as pardas em um limbo identitário no qual os processos de subjetivação dessas mulheres são atravessados pela negação da identidade racial (Lago et al., 2023).

A mestiçagem/miscigenação foi um projeto colonial no território brasileiro que tinha o objetivo de apagar as marcas da negritude na população, sendo o pardo o produto dessa política de embranquecimento (Góes, 2022). A mestiçagem é atravessada por questões político-ideológicas com efeitos sociais, psicológicos, econômicos e sociopolíticos e evidencia o processo de alienação e fragmentação da comunidade negra (Munanga, 2019). Pessoas negras lidas como “pardas/mestiças” tem um corpo de fronteira, pois elas transitam por duas ou mais identificações raciais (Lago et al., 2023). Elas carecem de um repertório cultural específico e podem não remeter a uma percepção de discriminação racial, contudo, a invisibilização de fatores constituintes de sua identidade também conferem sofrimento psíquico e cisão da autoestima (Lago et al., 2023). Desse modo, as vivências de uma mulher parda destacam como raça é um elemento relacional, contextual e complexo.

A pigmentocracia, um sistema racial baseado no fenótipo, diz respeito a uma ideologia na qual opera o processo de hierarquização das pessoas negras segundo a aproximação e distanciamento da africanidade ou europeidade. Esse conceito se expressa no âmbito social na maior aceitação em espaços sociais de pessoas com tonalidade de pele mais clara (Góes, 2022). Assim, embora as pardas de pele mais claras sejam mais capazes de auferir algumas vantagens em condições de vida, estas ainda não são suficientes para proteger a saúde mental das mulheres que ocupam essa posição. O fenômeno da pigmentocracia na sociedade brasileira incide com mais força sobre mulheres, gerando maior questionamento da legitimidade da sua racialização e traz impactos no mercado afetivo (Lago et al., 2023). Considerando que essa categoria intermediária é um nó nas discussões sobre racismo e antirracismo no Brasil, a compreensão da saúde mental ao longo do envelhecimento dessas mulheres demanda reflexões complexas sobre processos de identidade racial, senso de pertencimento e determinantes materiais e simbólicos (Costa & Schucman, 2022).

As mulheres brancas desse estudo apresentaram um conjunto de condições de vida favoráveis a um envelhecimento com melhor saúde e autonomia, indicando a vigência e os efeitos de privilégios associados à branquitude (Bento, 2014) no envelhecimento. Entende-se que a branquitude se expressa a partir dos benefícios concretos e simbólicos caracterizando o lugar ocupado pelo branco no âmbito social, uma vez que, a herança escravocrata continua reverberando privilégios para população branca (Bento, 2014). O usufruto desse pertencimento racial também precisa ser ressaltado pois modelos prescritivos de envelhecimento bem sucedido costumam ser calcados na naturalização dessa condição racial como norma e referência na construção de manuais técnicos ou guias de referência na Gerontologia (Silva, 2019). Dessa forma, pensar em saúde mental no envelhecimento de mulheres exige o tensionamento de hierarquias raciais intragênero.

É importante destacar que os dados da pesquisa foram coletados durante a pandemia da Covid-19, o que pode ter agravado as piores condições de vida das mulheres pretas. Foram as pessoas negras as mais infectadas, menos vacinadas, com maior número de mortes, além dos impactos na renda, emprego e educação (Santos et al., 2020). A interseção entre gênero, raça, idade e exposição aos riscos durante a crise sanitária ficou evidenciada na intensificação das fragilidades socioeconômicas e no cuidado à saúde (Almeida et al., 2022; Pimentel et al., 2022). As desigualdades observadas no estudo refletem barreiras históricas e estruturais enfrentadas pela população negra e sugerem que as mulheres pretas envelhecem em um ciclo de pobreza aliado a condições de vida adversas. Indicam a necessidade de políticas públicas que abordem as disparidades raciais em múltiplos níveis e de programas que garantam a inclusão social e econômica de mulheres pretas, desenhadas de maneira a combater o racismo estrutural e garantir um apoio integral à saúde, educação e bem-estar no envelhecimento de mulheres negras.

Este estudo pode contribuir para uma melhor compreensão das relações entre as condições de vida e a saúde mental de mulheres em envelhecimento por raça/cor. A utilização dos critérios formais do IBGE para categorização de raça/cor auxilia na padronização e nas comparações entre estudos. A escolha feita para a análise de dados buscou respeitar a premissa central da interseccionalidade de que várias posições sociais moldam a experiência em conjunto. O destaque para a intersecção entre gênero, raça e idade coloca em evidência um grupo que precisa de investimento das políticas públicas e neste estudo ressalta-se que a saúde mental é um campo político que exige o reconhecimento das condições de vida e de envelhecimento de mulheres, em especial, daquelas em maior vulneração.

Algumas limitações do estudo podem ser citadas: um estudo transversal com uma amostra não representativa e de mulheres escolarizadas com acesso às tecnologias digitais pode ofuscar possíveis associações entre as condições de vida e a saúde mental. Considerando as especificidades do contexto brasileiro, no qual a população negra é composta por pardos e pretos, assume-se também como uma limitação o efeito do agrupamento racial utilizado nesse estudo. Isto é, a maneira como as categorias de raça/cor foram agrupadas nas análises (por exemplo, comparar as pretas com todos os outros grupos, incluindo as pardas) pode ter diminuído a magnitude das associações encontradas. Sugere-se que outros estudos busquem fazer outras formas de agrupamento racial, investir em uma avaliação mais ampla de saúde mental, com maiores informações sobre demandas e configurações familiares, incluam os recursos sociais e psicológicos, além de amostras mais heterogêneas e representativas da população brasileira. Futuros estudos também devem explorar as diferenças no envelhecimento entre pardos e pretos.

Este estudo sugeriu diferenças por raça/cor entre as mulheres de meia idade e idosas quanto à configuração familiar e às condições socioeconômicas, com mulheres pretas entre aquelas em uma configuração familiar monoparental com maiores dificuldades financeiras, as pardas em configurações familiares com maior apoio e as brancas com maior possibilidade de autonomia. Com relação à saúde mental, as mulheres brancas estavam mais protegidas e no grupo das negras foram as pardas as que apresentaram mais TMC. Diferenças importantes foram observadas com relação à melhor renda de mulheres brancas e a pior saúde mental de mulheres pretas com o estado civil solteira.

Os dados indicaram a complexidade envolvida na saúde mental e que o envelhecimento das mulheres pretas, pardas e brancas ocorre em contextos sociais e econômicos distintos, historicamente marcados por desigualdades estruturais, e que exigem ações públicas para garantir uma velhice mais digna e saudável para todas as mulheres. Os dados não mostraram evidências suficientes para corroborar o “paradoxo da saúde mental entre negros e brancos”, possivelmente em função de dispositivos racistas específicos da realidade brasileira, como a mestiçagem e a pigmentocracia que não estão presentes do mesmo modo em outros contextos culturais. Desse modo, compreender a saúde mental de mulheres negras em envelhecimento torna-se ainda mais desafiador.

Referências

- Abrams, J. A., Hill, A., & Maxwell, M. (2019). Underneath the Mask of the Strong Black Woman Schema: Disentangling Influences of Strength and Self-Silencing on Depressive Symptoms among U.S. Black Women. *Journal Sex Roles, 80*, 517-527. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0956-y>
- Abrams, J. A., Maxwell, M., Pope, M., & Belgrave, F. Z. (2014). Carrying the world with the grace of a lady and the grit of a warrior: Deepening our understanding of the Strong Black woman schema. *Psychology of Women Quarterly, 38*(4), 503-518. <https://doi.org/10.1177/0361684314541418>
- Almeida, L. C. G., Santos, J. M. S., Brasil, B. P., Paim, J. M., Santos, R. S., & Santana, J. D. (2022). Vulnerabilidade de mulheres negras na pandemia da COVID-19. *Saúde Coletiva, 12*(73), 9547-9562. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i73p9547-9562>
- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine, 59*(7), 1339-1353. <https://doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.037>
- Andrade, A. P. M. (2014). (Entre)laçamentos possíveis entre Gênero e Saúde Mental. In V. Zanelo & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde Mental e Gênero: Diálogos e Interdisciplinaridade* (pp. 59-77). Appris.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5*(3), 337-348. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>
- Barbosa, V. S., Rabelo, D. F., & Fernandes-Eloi, J. (2020). Indicadores de Saúde Mental e do Clima Familiar de Idosas Negras Matriarcas. *Revista de Psicologia da IMED, 12*(2), 94-107. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i2.3599>
- Bento, M. A. S. (2014). Branqueamento e Branquitude no Brasil. In I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.), *Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre Branquitude e Branqueamento no Brasil* (pp. 25-58). Vozes.
- Biroli, F. & Miguel, L. F. (2015). Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações - Revista de Ciências Sociais, 20*(2), 27-55. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>

- Bromberger, J., Harlow, S., Avis, N., Kravitz, H., & Cordal, A. (2004). Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *American journal of public health*, 94(8), 1378-1385. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1378>
- Campos, I. & Zanello, V. (2017). Sofrimento psíquico, gênero e violência: narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II). In C. Stevens, S. Oliveira, V. Zanello, E. Silva, & C. Portela (Orgs.), *Mulheres e violências: interseccionalidades* (pp. 505-522). Technopolitik.
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge Academic.
- Collins, P. & Bilge, S. (2020). *Interseccionalidade*. Boitempo.
- Corsino, D. L. M., Verceze, F. A., & Cordeiro, S. N. (2022). "Minha cor não desbota, não deixa se abater por qualquer coisa": o hiato entre força e sofrimento em histórias de mulheres negras. *Revista Subjetividades*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i1.e11777>
- Costa, E. S. & Schucman, L. V. (2022). Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 22(2), 466-484. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.68631>
- Erving, C., & Smith, M. (2021). Disrupting Monolithic Thinking about Black Women and Their Mental Health: Does Stress Exposure Explain Intersectional Ethnic, Nativity, and Socioeconomic Differences?. *Social Problems*, 69(4), 1046-1067. <https://doi.org/10.1093/SOCPRO/SPAB022>.
- Erving, C., Thomas, C., & Frazier, C. (2018). Is the Black-White Mental Health Paradox Consistent Across Gender and Psychiatric Disorders?. *American Journal of Epidemiology*, 188, 314-322. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy224>
- Ettman, C., Cohen, G., Abdalla, S., & Galea, S. (2020). Do assets explain the relation between race/ethnicity and probable depression in U.S. adults?. *Plos One*, 15(10), e0239618. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239618>
- Góes, J. M. (2022). Reflexões sobre pigmentocracia e colorismo no Brasil. *Revista Relações Sociais*, 5(4), 14741-01i. <https://doi.org/10.18540/revsv15iss4pp14741-01i>
- Goldberg D.P., & Huxley P. (1992). Common mental disorders: a bio-social model. *Tavistock/Routledge*.

- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 380-90. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360-365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). *Estatísticas do Registro Civil: Boletim Especial de 8 de março – Dieese com dados do IBGE – PnadC*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html>
- Jones, M., Womack, V., Jeremie-Brink, G., & Dickens, D. (2021). Gendered Racism and Mental Health among Young Adult U.S. Black Women: The Moderating Roles of Gendered Racial Identity Centrality and Identity Shifting. *Journal Sex Roles*, 85, 221-231. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01214-1>
- Lago, M. C. S., Montibeler, D. P. S., & Miguel, R. B. P. (2023). Pardismo, Colorismo e a “Mulher Brasileira”: produção da identidade racial de mulheres negras de pele clara. *Revista Estudos Feministas*, 31(2), e83015. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n283015>
- Lo, C., & Cheng, T. (2018). Social Status, Discrimination, and Minority Individuals’ Mental Health: a Secondary Analysis of US National Surveys. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5, 485-494. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0390-9>.
- Mizael, T. M., Barrozo, S. C. V., & Hunziker, M. H. L. (2021). Solidão da Mulher Negra: uma revisão da literatura. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 13(38), 212-239. Recuperado de <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1270>
- Munanga, K. (2019). *Rediscutindo a Mestiçagem no Brasil: Identidade nacional versus identidade negra*. Vozes.
- Pimentel, P. L. B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2023). Transtornos Mentais Comuns, distress, ansiedade e depressão em idosos brasileiros no contexto da COVID-19. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 27(2), 137–145. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20220013>

- Rabelo, D. F., Silva, J., Rocha, N. M. F. D., Gomes, H. V., & Araújo, L. F. (2018). Racismo e envelhecimento da população negra. *Revista Kairós*, 21(3), 193-215.
- Rosen, D., Tolman, R., Warner, L., & Conner, K. (2007). Racial Differences in Mental Health Service Utilization Among Low-Income Women. *Social Work in Public Health*, 23, 105-89. <https://doi.org/10.1080/19371910802151747>
- Santos, G. B. V., Alves, M. C. G. P., Goldbaum, M., Cesar, C. L. G., & Gianini, R. J. (2019). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 35(11), e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
- Santos, M. P. A. D., Nery, J. S., Goes, E. F., Silva, A. D., Santos, A. B. S. D., Batista, L. E., & Araújo, E. M. D. (2020). População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, 34(99), 225-244. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>
- Santos, N. R. P., & Rabelo, D. F. (2022). Racismo e eventos produtores de estresse: narrativas de pessoas idosas negras. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), e2494. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2494>
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S., & Barros, M. B. A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2543-2554. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
- Silva, A. (2019). Aging from the perspective of racism and other forms of discrimination: influences of institutional and structural determinants on the lives of older adults. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(4), e190210. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190210>
- Silva, M. R. F. (2016). Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 126, 215-234. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.066>
- Smolen, J. R., & Araújo, E. M. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021-30. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>

- Tobin, C., Erving, C., Hargrove, T., & Satcher, L. (2020). Is the Black-White mental health paradox consistent across age, gender, and psychiatric disorders?. *Aging & Mental Health*, 26, 196 - 204. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1855627>.
- Valença Neto, P. F., Santos, L., Rodrigues, S. C., Almeida, C. B., & Casotti, C. A. (2023). Prevalência e fatores associados à suspeição de transtornos mentais comuns em idosos: um estudo populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 72(2), 100-110. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000410>
- Vieira, P. P. F., Paz, H., Fernandes, C., Silveira, L. S., & Bicev, J. T. (2023). *Envelhecimento e desigualdades raciais*. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Cebrap, 9-52. https://cebrap.org.br/wpcontent/uploads/2023/06/desigualdades_envelhecimento_relatorio.pdf
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.

Received: 2023-12-13
Accepted: 2024-11-12