

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Idosos brancos e negros da Cidade de São Paulo:
desigualdades das condições sociais e de saúde**

Roudom Ferreira Moura

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do Título de Doutor em Ciências**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientador: Prof^o. Tit. Dr. José Leopoldo
Ferreira Antunes**

São Paulo

2021

Idosos brancos e negros da Cidade de São Paulo: desigualdades das condições sociais e de saúde

Roudom Ferreira Moura

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do Título de Doutor em Ciências**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientador: Prof^o. Tit. Dr. José Leopoldo
Ferreira Antunes**

Versão original

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dedico a concretização desse sonho a todos os idosos negros e idosas negras (pardos / pardas e pretos / pretas) do Brasil – romper as mazelas do racismo nesse país é enigmático. Em especial a minha mãe e tias negras: Valdelíria Ferreira Moura, Ana Maria Souza Ferreira, Maria Juvenilha Souza Ferreira, Denise Ferreira dos Anjos (in memoriam), Lindinalva Souza Ferreira e Tadeuza Souza Ferreira.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida, saúde, força e por ter me permitido alcançar mais informações, conhecimentos e o sonho do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP). Agradeço por sua bondade e fidelidade – sei que tudo vem de Ti.

Ao Prof. Tit. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, exemplo de dedicação na sua missão de docente / orientador, agradeço pela generosidade com que sempre dividiu sua sabedoria e seus conhecimentos desde o meu mestrado e por sua grande disponibilidade na orientação deste estudo – obrigado por sua ajuda de valor incalculável! “Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes” (Isaac Newton).

A minha esposa, Claudete, e ao meu filho, Samuel, pelo grande amor, ajuda, incentivo, compreensão, paciência e dedicação durante todas as etapas do doutorado. E que para você, Samuel, esta tese sirva de inspiração para a sua vida acadêmica e profissional.

Aos meus pais, em especial, a minha mãe, Valdelíria, mulher negra e idosa, que sempre me incentivou aos estudos – sou eternamente grato!

As minhas irmãs Roraima Ferreira Moura de Souza, Rogéria Ferreira Moura e Rilma Ferreira Moura de Souza e primos Jodenilson Ferreira dos Anjos e Tarcyane Ferreira dos Anjos por todo carinho, amizade e incentivo à vida, estudos e trabalhos. Roraima, um obrigado especial por ter sido minha fonte de inspiração aos estudos.

As minhas tias Ana Maria Souza Ferreira, Maria Juvenilha Souza Ferreira, Denise Ferreira dos Anjos (in memoriam), Lindinalva Souza Ferreira e Tadeuza Souza Ferreira sempre presente em minha vida. Gratidão por ter vocês como minhas tias!

A Profa. Dra. Rosângela Elaine Minéo Biagolini, por todos os passos que me ajudou a trilhar e pela amizade de sempre...

AGRADECIMENTOS

Aos professores Dr. Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho e Dra. Ana Paula Sayuri Sato e Dr. Luís Eduardo Batista pelas valiosas sugestões e contribuições na defesa de qualificação deste trabalho.

A professora Dra. Edna Maria de Araújo, Dra. Fernanda Lopes, Dra. Doralice Severo da Cruz Teixeira, professor Dr. Marco Antonio de Moraes, professora Dra. Cristiane da Silva Cabral e Dra. Amanda Aparecida Silva pelas valiosas sugestões e contribuições para o desenvolvimento final deste trabalho na pré-banca e banca examinadora de defesa desta tese.

Ao professor Dr. Chester Luiz Galvão Cesar por gentilmente ceder o banco do Inquérito de Saúde de base populacional realizado em 2015, no município de São Paulo (ISA – Capital – SP 2015).

Ao José Estorniolo Filho, bibliotecário da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela ajuda na seleção dos artigos.

A todos os professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP), por todos os ensinamentos recebidos, em especial as Profas. Dras. Carmen Simone Grilo Diniz e Cristiane da Silva Cabral (professoras da disciplina HSM0113 – Gênero, Raça / Etnia, Sexualidade e Saúde Pública, da qual o tive o privilégio de ser monitor).

A todos os funcionários e colaboradores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em especial à Renilda Maria de Figueiredo Shimono. Todos contribuíram de alguma forma para concretização deste estudo.

Aos colegas do doutorado, por tantos bons momentos passados juntos, em especial: Aparecido B. de Almeida, Carla F. do Nascimento, Cristiano B. de Miranda, Etienne Duim, Gisela Aparecida Fernandes, Hellen Geremias dos Santos, Janessa Fátima Morgado de Oliveira, Keler Wertz Schender de Lima, Mirna Namie Okamura, Priscila Fernanda Porto Scaff Pinto, Sofia Maito Velasco e Thuan Silva Rodrigues.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Ana Paula Mundim Pombo pela amizade, incentivo e ajuda na vida docente e de pesquisa – Gratidão!

Aos amigos do Centro de Controle de Doenças da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo – Centro de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, em especial: Claudia Vieira Carnevalle, Graziela Almeida da Silva, Josefa Vieira de Lima, Néa Miwa Kashiwagi, Cleide Rozely Santos Nolasco Mucio e Vânia Lúcia Melo pela força e incentivo contínuos.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram durante a realização deste trabalho – obrigado!

AGRADECIMENTOS

“Nada façais por contenda ou por vanglória, mas por humildade; cada um considere os outros superiores a si mesmo.

Não atente cada um para o que é propriamente seu, mas cada qual também para o que é dos outros”.

(Filipenses 2: 3,4)

EPÍGRAFE

RESUMO

Moura, RF. Idosos brancos e negros da Cidade de São Paulo: desigualdades das condições sociais e de saúde. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2021.

Introdução: No mundo, Brasil e, em especial, na cidade de São Paulo pouco se sabe sobre os determinantes sociais e de saúde na população idosa (≥ 60 anos) sob a perspectiva da cor da pele / raça. O presente estudo levantou a hipótese de que havia diferenças nas prevalências das condições sociais e de saúde entre os idosos de diferentes grupos raciais. **Objetivo:** Identificar os fatores determinantes das condições sociais, de saúde e autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos não institucionalizados do município de São Paulo sob a perspectiva da autodeclaração da cor da pele / raça. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, de base populacional, com amostra probabilística por conglomerados, que utilizou dados do Inquérito de Saúde realizado no município de São Paulo/SP, Brasil (ISA-Capital 2015). Para os fatores associados aos desfechos (condições sociais, de saúde e autoavaliação negativa de saúde), a medida de associação foi Razão de Prevalência (RP), bruta e ajustada, e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Realizou-se análise simples e múltipla de regressão de Poisson por meio da técnica stepwise forward, utilizando os comandos svy do software Stata 14.0 2015. **Resultados:** Participaram do estudo 1017 idosos com idade mediana de 68 anos, sendo que 63,2% (IC95%: 58,4 - 67,7) dos idosos se autodeclararam brancos, 21,4% (IC95%: 17,9 - 25,4) pardos e 7,3% (IC95%: 5,5 - 9,6) pretos. A cor da pele parda e preta (raça negra) permaneceu positivamente associada às prevalências de desigualdade social, de saúde e de autoavaliação negativa das condições de saúde dos idosos. Os idosos negros apresentaram maior prevalência de piores condições de escolaridade (pardo (RP = 1,49; IC95%: 1,32 - 1,69) e preto (RP = 1,31; IC95%: 1,10 - 1,56)) e renda (pardo (RP = 1,31; IC95%: 1,07 - 1,62)); autoavaliação de saúde regular, ruim ou muito ruim (pardo (RP = 1,26; IC95%: 1,01 - 1,58) e preto (RP = 1,33; IC95%: 1,03 - 1,75)) e hipertensão arterial (preto (RP = 1,32; IC95%: 1,11 - 1,56)); menos plano (pardo (RP = 1,36; IC95%: 1,16 - 1,59) e preto (RP = 1,63; IC95%: 1,34 - 1,98)) e acesso a serviços (pardo (RP = 1,28; IC95%: 1,13 - 1,46) e preto (RP = 1,54; IC95%: 1,32 - 1,81)) privados de saúde do que os brancos. Ao se ajustar a autoavaliação negativa das condições de saúde para além

das variáveis demográficas e socioeconômicas, ou seja, incluir as comportamentais e de saúde, a cor da pele preta permaneceu associada ao desfecho (RP = 1,28; IC95%: 1,00 – 1,63). **Conclusões:** A determinação social, de saúde e de autoavaliação negativa das condições de saúde em idosos do município de São Paulo, apresentou caráter multidimensional de piores indicadores para a categoria racial negra. As desigualdades encontradas entre as categorias raciais apontaram para situações sistemáticas de desvantagens para os idosos negros. O racismo estrutural e institucional e iniquidade em saúde foram as condições explicativas para essas desigualdades.

Descritores: Origem Étnica e Saúde; Desigualdades em Saúde; Desigualdade Social; Autoavaliação; Idoso; Saúde do Idoso; Racismo; Iniquidade Social; Raça e Saúde; Cor.

ABSTRACT

Moura, RF. [White and black elderly in the city of São Paulo: inequalities in social and health conditions]. [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2021. Portuguese.

Introduction: In the world, Brazil and, especially, in the city of São Paulo, little is known about the social and health determinants of the elderly population (≥ 60 years) from the perspective of skin color / race. The present study raised the hypothesis that there were differences in the prevalence of social and health conditions among the elderly from different racial groups. **Objective:** To identify the determinants of social conditions, health and negative self-assessment of health status in non-institutionalized elderly people in the city of São Paulo from the perspective of self-declared skin color / race. **Methods:** This is a cross-sectional, population-based study, with a probabilistic sample by clusters, which used data from the Health Survey conducted in the city of São Paulo / SP, Brazil (ISA-Capital 2015). For factors associated with outcomes (social and health conditions and negative self-rated health), the measure of association was Gross and Adjusted Prevalence Ratio (PR), with respective 95% confidence intervals (95% CI). Simple and multiple Poisson regression analysis was performed using the stepwise forward technique, using the svy commands of the Stata 14.0 2015 software. **Results:** 1,017 elderly people with a median age of 68 years participated in the study, 63.2% (95% CI: 58.4 - 67.7) of the elderly self-declared to be white, 21.4% (95% CI: 17.9 - 25.4) brown and 7.3% (95% CI: 5.5 - 9.6) black. Brown and black skin color (black race) remained positively associated with the prevalence of social inequality, health and negative self-assessment of the health conditions of the elderly. Black elderly people had a higher prevalence of worse schooling conditions (brown (PR = 1.49; 95% CI: 1.32 - 1.69) and black (PR = 1.31; 95% CI: 1.10 - 1.56)) and income (brown (PR = 1.31; 95% CI: 1.07 - 1.62)); regular, poor or very bad self-rated health, (brown (PR = 1.26; 95% CI: 1.01 - 1.58) and black (PR = 1.33; 95% CI: 1.03 - 1.75)) and arterial hypertension (black (PR = 1.32; 95% CI: 1.11 - 1.56)); less access to private health plans (brown (PR = 1.36; 95% CI: 1.16 - 1.59) and black (PR = 1.63; 95% CI: 1.34 - 1.98)) and less access to services (brown (PR = 1.28; 95% CI: 1.13 - 1.46) and black (PR = 1.54; 95% CI: 1.32 - 1.81)) in

comparison to white elderly. When adjusting to the negative self-assessment of health conditions and to demographic and socioeconomic variables, including behavioral and health variables, black skin color remained associated with the outcome (PR = 1.28; 95% CI: 1.00 - 1.63). **Conclusions:** Social determination, health and negative self-assessment of health conditions in elderly people in the city of São Paulo presented a multidimensional character of the worst indicators for the black racial category. The inequalities found between racial categories pointed to systematic situations of disadvantage for black elderly people. Structural and institutional racism and health inequity were the explanatory conditions for these inequalities.

Descriptors: ethnic origin and health; Health Inequalities; Social inequality; Self-evaluation; Old man; Health of the Elderly; Racism; Social Inequity; Race and Health; Color.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	22
2	INTRODUÇÃO	24
	2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS NO MUNDO E NO BRASIL COM ÊNFASE NOS IDOSOS BRASILEIROS E DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOB A PERSPECTIVA DA COR DA PELE / RAÇA	25
	2.2 IDOSOS E A TRANSVERSALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	32
	2.3 INIQUIDADES RACIAIS EM SAÚDE	36
3	REVISÃO DA LITERATURA	42
	3.1 DESIGUALDADES SOCIAIS E DE SAÚDE COM FOCO NOS IDOSOS BRASILEIROS SOB O PANORAMA DA COR DA PELE / RAÇA	43
	3.1.1 Aspectos gerais das desigualdades sob o cenário da cor da pele / raça	44
	3.1.2 Desigualdades demográficas	46
	3.1.3 Mercado de trabalho	47
	3.1.4 Renda / Distribuição de rendimento	47
	3.1.5 Condições de moradia	48
	3.1.6 Educação	49
	3.1.7 Violência	50
	3.1.8 Representação política	50
	3.1.9 Saúde	51
	3.1.10 Envelhecimento e desigualdades raciais no Brasil	51
	3.2 AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE EM IDOSOS COM ÊNFOQUE NA COR DA PELE / RAÇA	54
	3.2.1 Autoavaliação do estado de saúde em idosos	55
	3.2.2 Fatores associados a autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos no mundo	57
	3.2.3 Fatores associados a autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos no Brasil	59
	3.2.4 Desafios da autoavaliação do estado de saúde em idosos	62
4	JUSTIFICATIVA	64

5	OBJETIVOS	66
	5.1 OBJETIVO GERAL	67
	5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
6	MÉTODOS	68
	6.1 INQUÉRITO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 2015 (ISA - CAPITAL - SP 2015)	69
	6.2 ASPECTOS GERAIS DO ESTUDO	72
	6.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO	73
	6.4 LOCAL DO ESTUDO	73
	6.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	73
	6.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	73
	6.7 ANÁLISE DE DADOS	81
	6.8 MODELO CONCEITUAL	82
	6.9 ASPECTOS ÉTICOS	83
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
	7.1 ARTIGO 1 - DESIGUALDADES SOCIAIS E DE SAÚDE ENTRE IDOSOS BRANCOS E NEGROS NÃO INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL	85
	7.2 ARTIGO 2 - AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS DA CIDADE DE SÃO PAULO / BRASIL SOB A PERSPECTIVA DA COR DA PELE / RAÇA	107
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	133
9	CONCLUSÃO	135
10	REFERÊNCIAS	137
	ANEXOS	151
	Anexo I – Carta de Anuência do uso do banco de dados do ISA-Capital-SP 2015	152
	Anexo II – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019	153
	Anexo III – Comprovante de submissão do artigo 1	156
	Anexo IV – Comprovante de submissão do artigo 2	158
	Anexo 5 - Questionário ISA-Capital-SP 2015 (CD)	160

CURRICULUM LATTES	161
Roudom Ferreira Moura	162
José Leopoldo Ferreira Antunes	163

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 - Distribuição da população idosa por raça/cor, segundo a faixa etária. São Paulo, 2010.	29
Tabela 2.2 - Distribuição da população, por cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação. Brasil, 2018.	30
Tabela 2.3 - Distribuição da população, por cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação, segundo sexo e grupos de idade. Brasil, 2018.	31
Tabela 2.4 - Distribuição etária da população, por cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação. Brasil, 2018.	32

ARTIGO 1

Tabela 1 - Distribuição dos grupos de cor da pele / raça, conforme características demográficas e socioeconômicas, (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo – ISA – Capital-SP, 2015.	103
Tabela 2 - Distribuição dos grupos de cor da pele / raça, conforme condições de saúde (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo – ISA-Capital-SP, 2015.	104
Tabela 3 - Distribuição dos grupos de cor da pele / raça, conforme uso e acesso a serviços de saúde (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo – ISA-Capital-SP, 2015.	105
Tabela 4 - Modelo de regressão de Poisson final para desigualdade social e de saúde de idosos (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo – ISA-Capital-SP, 2015.	106

ARTIGO 2

- Tabela 1 - Autoavaliação de saúde de idosos, segundo características demográficas e socioeconômicas. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015. 129
- Tabela 2 - Autoavaliação de saúde de idosos, segundo características comportamentais. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015. 130
- Tabela 3 - Autoavaliação de saúde de idosos, segundo condições de saúde. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015. 130
- Tabela 4 - Modelo de regressão de Poisson não ajustado para autoavaliação de saúde negativa de idosos (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015. 131
- Tabela 5 - Modelos de regressão de Poisson ajustados para autoavaliação de saúde negativa de idosos (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015. 132

LISTA DE FIGURAS

- Figura 2.1 - Proporção da população mundial com 60 anos ou mais em 2015 e 2050. 26
- Figura 2.2 - Número de Africanos escravizados chegando ao continente Americano e na Europa, 1501-1866. 35
- Figura 2.3 - Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. 37
- Figura 2.4 - Dimensões do Racismo, 2013. Baseado no modelo proposto por Jones (2002). 39
- Figura 3.1 - Características da pergunta sobre autoavaliação do estado de saúde em idosos, opções de resposta, categorização da variável e construção do desfecho, Brasil, 1999 a 2011. 56
- Figura 3.2 - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Protocolo de identificação do idoso vulnerável. 57
- Figura 6.1 - Modelo conceitual sobre a influência da raça/cor da pele nas condições de saúde ou de doença no contexto brasileiro. 83

ARTIGO 2

- Figura 1 - Modelo conceitual de entrada dos fatores associados a autoavaliação de saúde em idosos sob a perspectiva racial. 115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Blocos temáticos do questionário ISA – Capital – SP, 2015.	71
Quadro 2 -	Blocos temáticos e utilizados no estudo. Questionário ISA – Capital – SP, 2015.	74
Quadro 3 -	Variáveis dependentes relativas as condições sociais dos idosos para múltiplos desfechos. ISA – Capital – SP, 2015.	76
Quadro 4 -	Variáveis dependentes relativas as condições de saúde dos idosos para múltiplos desfechos. ISA – Capital – SP, 2015.	76
Quadro 5 -	Variáveis independentes relativas as condições demográficas dos idosos. ISA – Capital – SP, 2015.	77
Quadro 6 -	Variáveis independentes relativas as condições socioeconômicas dos idosos. ISA – Capital – SP, 2015.	77
Quadro 7 -	Variáveis independentes relativas as condições comportamentais dos idosos. ISA – Capital – SP, 2015.	78
Quadro 8 -	Variáveis independentes relativas as condições de saúde dos idosos. ISA – Capital – SP, 2015.	79
Quadro 9 -	Variáveis independentes relativas ao uso e acesso aos serviços de saúde dos idosos. ISA – Capital – SP, 2015.	80

SIGLAS UTILIZADAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FM - Faculdade de Medicina

FSP - Faculdade de Saúde Pública

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IS/SES-SP - Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

ISA-Capital-SP 2015 - Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015

MS - Ministério da Saúde do Brasil

MSP - Município de São Paulo

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OR - Odds Ratio

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

PNPIR - Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RP - Razão de Prevalência

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do estado de São Paulo

SINAPIR - Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial

SMS/SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

USP - Universidade de São Paulo



1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo é fruto do desenvolvimento do doutorado no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, iniciado em março de 2016, sob orientação do Prof^o. Tit. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes.

Esta tese, intitulada: Idosos brancos e negros da Cidade de São Paulo: desigualdades das condições sociais e de saúde, é apresentada na forma de coletânea de artigos e está organizada em oito seções: introdução, revisão da literatura, justificativa, objetivos, métodos, resultados e discussão, limitações do estudo e conclusão.

Na introdução, revisão da literatura e justificativa é apresentado o referencial teórico que orientou a delimitação do objeto de pesquisa, que foi estudar a relação dos marcadores de desigualdade em saúde, com foco na perspectiva da cor da pele / raça dos idosos da cidade de São Paulo em 2015.

Nas seções que compõem o desenvolvimento da tese são explicitados os objetivos geral e específicos da investigação. Nos métodos, são descritas as escolhas metodológicas da pesquisa, bem como os conceitos que orientaram a análise dos dados.

A apresentação, análise e discussão dos resultados foram sistematizadas em dois artigos, já submetidos para publicação nas revistas Panamericana de Saúde Pública (Artigo 1) e Ciência e Saúde Coletiva (Artigo 2), de acordo com cada um dos dois desfechos estudados, a saber:

Artigo 1 – Desigualdades sociais e de saúde entre idosos brancos e negros não institucionalizados da cidade de São Paulo, Brasil;

Artigo 2 – Autoavaliação de saúde dos idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo / Brasil sob a perspectiva da cor da pele / raça.

A seção limitações do estudo apresenta as principais restrições do estudo.

Na conclusão são destacados os principais achados dos dois artigos e as possíveis contribuições do estudo.

A lista de referências que compõe cada seção do corpo desta tese, bem como os anexos, é apresentada ao final da mesma.



2 INTRODUÇÃO

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS NO MUNDO E NO BRASIL COM ÊNFASE NOS IDOSOS BRASILEIROS E DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOB A PERSPECTIVA DA COR DA PELE/RAÇA

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (2015), a população mundial era composta por cerca de 7,3 bilhões de habitantes e deve chegar a 8,5 bilhões em 2030; 9,7 bilhões em 2050 e 11,2 bilhões em 2100. Nesse sentido, compreender a transição demográfica, que já vem ocorrendo desde o século XIX na Europa, bem como os desafios e oportunidades que ela apresenta para alcançar o desenvolvimento sustentável, é a chave para a concepção e implementação de uma nova agenda de saúde, otimizada para os desafios contemporâneos (LEE, 2003).

No mundo, o número de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, é a população que mais cresce e deverá ser mais do que o dobro até 2050 e mais do que triplo até 2100. A desaceleração do crescimento populacional e aumento da expectativa de vida, devido à redução geral da fecundidade, declínio da mortalidade, migração, guerras, epidemias, saneamento básico, indústria de medicamentos, tecnologias de saúde, melhorias nutricionais, entre outras, faz com que a proporção de idosos aumente com o tempo. Esse fenômeno é conhecido como transição demográfica que tem como resultado o envelhecimento populacional e está relacionado às transformações econômicas, sociais e de saúde (ONU, 2015).

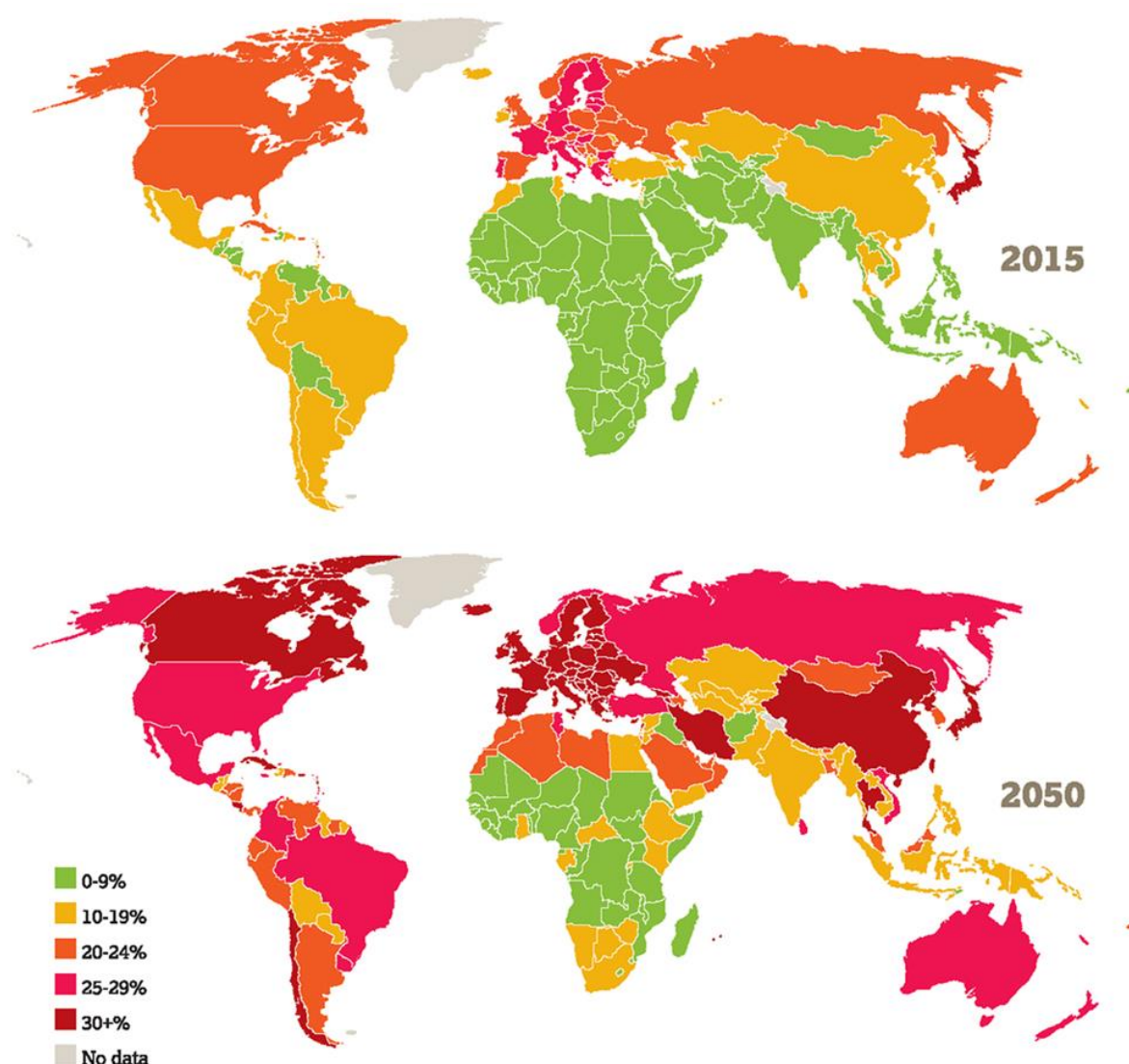
Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), referendada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), o envelhecimento é definido como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de 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” (BRASIL, 2006).

O mapa de envelhecimento populacional mostra a proporção mundial da população com 60 anos ou mais em 2015 e 2050 e a velocidade com que as populações estão envelhecendo (GLOBAL AGEWATCH INDEX, 2015) (Figura 2.1).

Um envelhecimento significativo da população nas próximas décadas é projetado para a maioria das regiões do mundo, começando com a Europa, onde 34% da população deverá ter

mais de 60 anos em 2050. Na América Latina e no Caribe e na Ásia, a população será transformada de 11% para 12% de pessoas com 60 anos ou mais hoje para mais de 25% em 2050. A África tem a distribuição de idade mais jovem de qualquer área principal, mas também é projetado envelhecer rapidamente, com a população com 60 anos ou mais, passando de 5% hoje para 9% até 2050 (ONU, 2015).

Figura 2.1 - Proporção da população mundial com 60 anos ou mais em 2015 e 2050.



Fonte: Divisão de População da UNDESA, Perspectivas da população mundial: revisão de 2015, DVD Edition, 2015.

O envelhecimento tornou-se questão política e econômica relevante no mundo. O número absoluto (n) e relativo (%) de idosos vem crescendo em ritmo inédito. Em 2012, só o

Japão tinha mais de 30% de idosos; na segunda metade deste século, vários países da União Europeia, da América do Norte, o Chile, a China, a Rússia, a Coreia, o Iran, a Tailândia e o Vietnam, também terão a mesma proporção. A França teve quase 150 anos para adaptar-se a 20% de aumento populacional, já o Brasil, a China e a Índia terão pouco mais de 20 anos para o mesmo resultado. Até 2050, a quantidade de idosos vai duplicar no planeta; no Brasil, irá triplicar (BRASIL, 2017a).

A expectativa de vida ao nascer aumentou significativamente nos países menos desenvolvidos nos últimos anos. O ganho médio de seis anos na expectativa de vida entre os países mais pobres, de 56 anos em 2000-2005 para 62 anos em 2010-2015, é quase o dobro do aumento registrado para o resto do mundo. Embora as diferenças significativas na expectativa de vida nas principais áreas e grupos de renda devam continuar, espera-se que diminuam significativamente até 2045-2050 (ONU, 2015).

Em 2015, havia 901 milhões de idosos, representando 12% da população global. A população idosa está crescendo a uma taxa de 3,26% ao ano. A Europa tem a maior porcentagem de sua população com 60 anos ou mais (24%), mas o envelhecimento rápido ocorrerá em outras partes do mundo também, de modo que, em 2050, todas as principais áreas do mundo, exceto a África terão quase um quarto ou mais de sua população com 60 anos ou mais. O número de idosos no mundo está projetado em 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, podendo aumentar para 3,2 bilhões em 2100. No curto a médio prazo, é inevitável um maior número de idosos, dado que as coortes relevantes já estão vivas (ONU, 2015).

No Brasil, país de industrialização tardia, a dinâmica da transição demográfica, vem sendo observada desde a metade do século passado (GERONUTTI, MOLINA, LIMA, 2008; VASCONCELOS e GOMES, 2012) e de acordo com o Estatuto do Idoso (2003) e Política Nacional do Idoso (1994) é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade, o que se coaduna com o que define a Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2017a).

Os idosos no Brasil constituem um grupo heterogêneo e de distribuição desigual, sujeitos a riscos acumulados ao longo do curso de vida que impactam diretamente em suas condições de saúde e em seu processo saúde-doença, agravados pelo envelhecimento em uma sociedade desigual. Assim, as desigualdades sociais e em saúde constituem um importante fator diferencial nas condições do envelhecimento nos tempos atuais.

Os resultados do último censo demográfico brasileiro, realizado em 2010, apresentaram uma população de 190.755.799 habitantes. Deste total, 20.590.599 (11%) eram pessoas com 60 anos de idade ou mais. Com 80.364.410 habitantes, a região Sudeste é a macrorregião mais populosa do país. No estado e município de São Paulo, a população foi recenseada em 41.262.199 e 11.253.503 habitantes, respectivamente. A proporção de idosos no estado de São Paulo foi de 11,6%; no município de São Paulo esta proporção atingiu 11,9% (IBGE, 2011a; SÃO PAULO, 2011a; SÃO PAULO, 2011b). DAUFENDACH et al. (2009) observaram que os idosos constituem o segmento que mais cresce na população brasileira.

O mesmo censo em 2010 mostrou que em dez anos a estrutura da população mudou em termos de cor da pele / raça, com destaque para uma maior proporção das pessoas que se autodeclararam como pretas e pardas, de 44,7% da população em 2000 para 50,7% em 2010. Destacou-se uma maior concentração de pretos e pardos no Norte e no Nordeste; e no Sudeste e Sul uma maioria de pessoas da cor da pele / raça branca, o que acompanha os padrões históricos de ocupação do Brasil e perpetuação nas desigualdades sociais e de saúde (IBGE, 2011b). Em relação a população idosa do município de São Paulo por cor da pele / raça, observou-se que a maioria (71,1%) era branca, seguida pelos negros (24,4%: pardos – 18,5% e pretos – 5,9%) (Tabela 2.1) (SÃO PAULO, 2017).

Tabela 2.1 - Distribuição da população idosa por raça/cor, segundo a faixa etária. São Paulo, 2010.

Faixa Etária	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ign		Total	
		%		%		%		%		%		%		%
60 -- 64	283.006	29,8	27.559	35,1	17.175	29,0	94896	38,2	413	33,1	6	40,0	423.055	31,6
65 -- 69	208.206	21,9	18.537	23,6	13.987	23,6	61310	24,7	293	23,5	5	33,3	302.338	22,6
70 -- 74	169.901	17,9	13.717	17,5	11.468	19,4	41992	16,9	221	17,7	2	13,3	237.301	17,7
75 -- 79	128.717	13,5	9.097	11,6	7.516	12,7	25485	10,3	152	12,2	2	13,3	170.969	12,8
80 -- 89	139.479	14,7	8.269	10,5	7.576	12,8	21254	8,6	138	11,0	-	-	176.716	13,2
90 -- 99	20.896	2,2	1.310	1,7	1.388	2,3	3107	1,3	31	2,5	-	-	26.732	2,0
100 e +	714	0,1	87	0,1	53	0,1	172	0,1	1	0,1	-	-	1.027	0,1
Total	950.919		78.576		59163		248.216		1.249		15		1.338.138	

Fonte: Censos do IBGE, 2010.

Ign = Ignorado

Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POPRC/poprc.def>

Acesso em 20/03/2017

Seguindo a tendência de aumento de autodeclarações de pessoas negras (pretas e pardas), a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) Contínua 2018 mostrou que 55,8% da população brasileira se autodeclarou negra (46,5% parda e 9,3% preta), enquanto 43,1% branca e 1,1% amarela e indígena (Tabela 2.2) (IBGE, 2019).

No tocante ao sexo, a mesma pesquisa, apresentou que 56,6% dos homens eram negros (47,1% parda e 9,5% preta) e 55,0% das mulheres eram negras (46,0% parda e 9,0% preta) e, ainda, no tocante a faixa etária, 50,7% da população com 60 anos ou mais era branca (Tabela 2.3). Observou-se, também, que à medida que a idade por faixa-etária dos idosos brancos aumenta proporcionalmente, garantindo maior longevidade, as mesmas diminuem para os negros (Tabela 2.4) (IBGE, 2019).

Estudos têm sinalizado que a esperança de vida da população negra é significativamente menor comparada a da raça branca, o que revela condições sociais e de saúde peculiares (BATISTA, ESCUDER e PEREIRA, 2004; IANNI et al., 2007).

Finalmente, podemos dizer que a proporção de negros na população do Brasil é mais elevada nos grupos etários com menos de 60 anos do que entre idosos. Isso sugere haver desigualdade racial na esperança de vida. O envelhecimento da população de pardos e pretos parece ainda não ser, em princípio, beneficiado pelos avanços sociais e das tecnologias de saúde, fazendo com que muitas pessoas negras ainda não sejam contempladas com a oportunidade de envelhecer. Nesse sentido, são necessárias políticas públicas sociais efetivas,

tendo em vista os diversos tipos de vulnerabilidades enfrentados pela população idosa negra, a fim de proporcionar maior longevidade e melhor qualidade de vida.

Tabela 2.2 - Distribuição da população, por cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação. Brasil, 2018.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total (1 000 pessoas)		Distribuição percentual por cor ou raça							
			Branca		Preta		Parda		Amarela ou indígena	
	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)
Brasil	207 853	-	43,1	0,5	9,3	1,2	46,5	0,4	1,1	4,1
Norte	17 871	-	19,3	2,0	7,1	4,5	71,8	0,7	1,8	8,1
Rondônia	1 747	-	29,5	3,7	6,7	8,8	62,4	2,0	1,4	16,8
Acre	853	-	21,0	4,0	5,3	8,4	72,3	1,3	1,3	16,7
Amazonas	3 922	-	16,8	5,2	3,0	12,3	77,4	1,3	2,8	19,1
Roraima	513	-	23,7	6,2	7,7	8,3	60,9	2,4	7,7	14,4
Pará	8 472	-	17,8	3,6	8,2	7,4	72,7	1,2	1,3	12,7
Amapá	822	-	17,4	7,0	7,0	13,6	74,3	1,8	1,2	22,6
Tocantins	1 542	-	21,1	4,6	12,4	7,5	65,0	1,7	1,4	16,5
Nordeste	56 618	-	24,6	1,1	11,3	2,0	63,2	0,5	0,8	5,2
Maranhão	7 001	-	18,3	2,5	11,9	3,8	68,5	0,8	1,2	7,9
Piauí	3 264	-	19,8	4,2	9,1	6,4	70,9	1,4	0,2	27,2
Ceará	9 073	-	28,2	2,4	5,3	5,1	65,7	1,1	0,8	13,9
Rio Grande do Norte	3 479	-	35,9	3,3	6,0	7,2	58,0	1,8	0,2	34,4
Paraíba	3 975	-	32,9	2,8	5,7	7,8	61,0	1,5	0,4	18,8
Pernambuco	9 439	-	31,2	2,7	6,5	5,5	61,2	1,3	1,1	12,7
Alagoas	3 316	-	25,4	3,3	5,7	6,1	67,7	1,3	1,2	14,9
Sergipe	2 278	-	19,4	5,0	8,2	7,0	71,5	1,5	0,9	15,4
Bahia	14 793	-	18,1	3,5	22,9	3,3	58,2	1,3	0,8	12,3
Sudeste	87 691	-	50,7	0,9	9,9	2,0	38,3	1,1	1,1	7,9
Minas Gerais	21 030	-	39,7	1,8	11,8	3,5	48,2	1,3	0,3	15,1
Espírito Santo	3 969	-	37,1	2,8	11,0	4,2	51,1	1,9	0,8	10,6
Rio de Janeiro	17 159	-	45,2	1,6	13,4	2,8	40,8	1,5	0,6	10,2
São Paulo	45 533	-	59,1	1,3	7,6	3,8	31,6	2,2	1,7	9,6
Sul	29 710	-	73,9	0,6	4,8	3,7	20,6	1,8	0,7	7,6
Paraná	11 336	-	65,5	1,1	4,1	6,4	29,3	2,3	1,2	10,0
Santa Catarina	7 064	-	79,9	0,7	3,0	6,4	16,5	3,2	0,5	15,2
Rio Grande do Sul	11 311	-	78,6	1,0	6,5	5,5	14,5	4,0	0,4	17,0
Centro-Oeste	15 964	-	36,5	1,3	9,2	3,0	53,0	0,9	1,3	9,8
Mato Grosso do Sul	2 679	-	44,0	2,5	6,4	6,5	47,3	2,2	2,3	14,5
Mato Grosso	3 389	-	31,0	3,0	10,2	4,7	57,6	1,6	1,2	30,0
Goiás	6 923	-	35,8	2,2	9,2	5,4	54,0	1,4	1,0	14,4
Distrito Federal	2 972	-	37,5	3,3	10,5	6,1	50,4	2,4	1,5	24,9

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018, consolidado de primeiras entrevistas.

Nota: Indígenas, amarelos e pessoas sem declaração de cor ou raça constam no total.

Tabela 2.3 - Distribuição da população, por cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação, segundo sexo e grupos de idade. Brasil, 2018.

Sexo e grupos de idade	Total (1 000 pessoas)		Distribuição percentual por cor ou raça									
			Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena	
	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)	Total	CV (%)
Brasil	207 853	-	43,1	0,5	9,3	1,2	46,5	0,4	0,7	5,5	0,4	5,6
Sexo												
Homens	100 333	0,2	42,3	0,6	9,5	1,3	47,1	0,5	0,7	6,4	0,4	6,3
Mulheres	107 521	0,2	44,0	0,6	9,0	1,4	46,0	0,5	0,7	5,7	0,4	6,3
Grupos de idade												
0 a 14 anos	41 693	0,5	41,9	0,7	7,1	2,4	50,2	0,6	0,5	9,2	0,4	11,3
15 a 29 anos	47 496	0,4	39,0	0,7	9,7	1,8	50,4	0,6	0,5	9,5	0,4	7,6
30 a 49 anos	61 684	0,4	41,9	0,7	10,4	1,4	46,5	0,6	0,7	6,3	0,4	6,3
50 a 59 anos	25 000	0,7	46,4	0,8	10,0	2,1	42,6	0,8	0,6	10,2	0,4	10,9
60 anos ou mais	31 981	0,8	50,7	0,7	8,8	2,0	39,2	0,9	1,0	8,4	0,3	8,2

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018, consolidado de primeiras entrevistas.

Nota: Indígenas, amarelos e pessoas sem declaração de cor ou raça constam no total.

Tabela 2.4 - Distribuição etária da população, por cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação. Brasil, 2018.

Faixa etária	Distribuição etária da população									
	Total (1 000 pessoas)		Cor ou raça				Distribuição percentual por cor ou raça			
			Branca		Preta ou parda		Branca		Preta ou parda	
	Absoluto	CV (%)	Absoluto	CV (%)	Absoluto	CV (%)	Proporção	CV (%)	Proporção	CV (%)
Total	207 853	-	89 663	0,5	115 965	0,4	43,1	0,5	55,8	0,4
0 a 4 anos	13 124	0,9	6 076	1,5	6 940	1,2	46,3	1,0	52,9	0,9
5 a 9 anos	13 645	0,9	5 629	1,4	7 900	1,1	41,3	1,1	57,9	0,8
10 a 14 anos	14 923	0,8	5 757	1,4	9 040	1,0	38,6	1,1	60,6	0,7
15 a 19 anos	16 442	0,8	6 010	1,3	10 294	1,0	36,6	1,1	62,6	0,6
20 a 24 anos	16 048	0,8	6 348	1,3	9 542	1,0	39,6	1,1	59,5	0,7
25 a 29 anos	15 006	0,8	6 160	1,4	8 686	1,1	41,1	1,1	57,9	0,8
30 a 34 anos	16 072	0,8	6 600	1,4	9 274	1,0	41,1	1,1	57,7	0,8
35 a 39 anos	16 906	0,8	7 027	1,5	9 689	1,0	41,6	1,1	57,3	0,8
40 a 44 anos	15 187	0,8	6 390	1,4	8 622	1,0	42,1	1,0	56,8	0,8
45 a 49 anos	13 519	0,8	5 858	1,4	7 507	1,1	43,3	1,1	55,5	0,8
50 a 54 anos	13 324	0,9	6 101	1,4	7 099	1,1	45,8	1,0	53,3	0,9
55 a 59 anos	11 676	1,0	5 499	1,6	6 046	1,2	47,1	1,1	51,8	1,0
60 a 64 anos	10 109	1,1	4 888	1,7	5 083	1,4	48,4	1,1	50,3	1,1
65 a 69 anos	7 821	1,2	3 804	1,8	3 914	1,5	48,6	1,2	50,0	1,2
70 a 74 anos	5 689	1,4	2 922	2,1	2 682	1,8	51,4	1,3	47,1	1,4
75 a 79 anos	3 838	1,7	2 055	2,4	1 733	2,2	53,5	1,5	45,2	1,8
80 anos e mais	4 524	1,7	2 538	2,4	1 915	2,1	56,1	1,4	42,3	1,8

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2018, consolidado de primeiras entrevistas.

Nota: Indígenas, amarelos e pessoas sem declaração de cor ou raça constam no total.

2.2 IDOSOS E A TRANSVERSALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

Tendo em vista o processo da transição demográfica brasileira nas últimas décadas e o fato que a população idosa apresenta maior risco de adoecer e morrer por diversas causas, inerentes ao processo do envelhecimento, o Estado brasileiro firmou compromisso programático com essa população, em consonância com princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase a diversas políticas sociais.

O Decreto nº 1.948/96, que regulamenta a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/94, destaca que as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação devem

assegurar os direitos sociais da população idosa brasileira, além de gerar melhores condições para autonomia e integração na sociedade (BRASIL, 1996a).

Outras políticas contemplam ações de saúde para a população idosa, dentre elas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituídas em 1999 e 2006, respectivamente. Essas políticas definem o “Pacto pela Vida” no tangente as ações de promoção, bem como atenção integral à saúde (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso, que entrou em vigor em 2003, também garante o direito à atenção integral à saúde pelo SUS, através das ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação, e atenção especial às doenças que afetam a população idosa (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em novembro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), tem como objetivo garantir a atenção integral à saúde da população negra, por meio de políticas, programas e ações específicas articuladas à política universal de saúde com abrangência por meio da eliminação progressiva das barreiras que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços integrais de saúde de maneira equitativa (BRASIL, 2017b).

A PNSIPN foi criada com base na percepção de condições de saúde desfavoráveis da população negra e nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, visando tanto à eliminação das iniquidades quanto à redução dos agravos que incidem nas altas e desproporcionais taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional. Além disso, concentra esforços das três esferas de governo e da sociedade civil na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS.

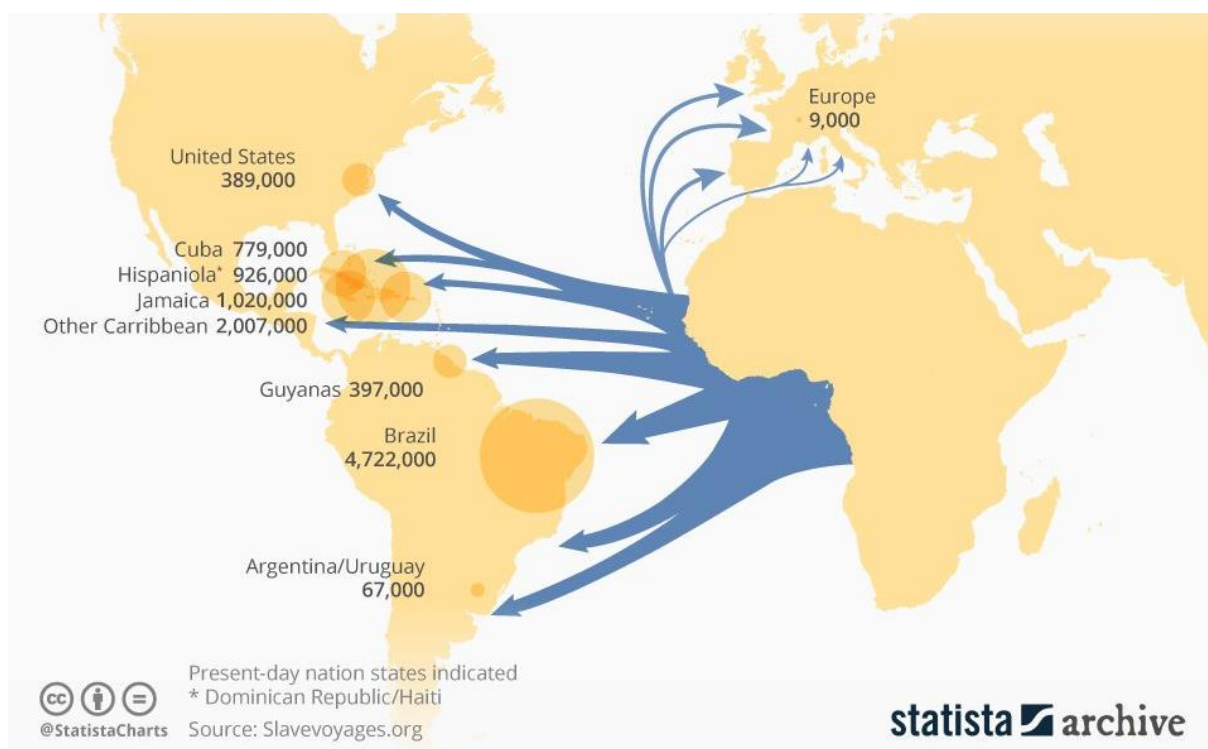
A referida Política define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Trata-se, portanto, de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e que deverá atuar articulada às demais políticas do MS, diante do reconhecimento do Brasil frente ao histórico da escravidão e processo colonial que deixaram marcas na sociedade brasileira.

No mundo, o Brasil foi o maior território escravocrata do hemisfério ocidental: recebeu cerca de cinco milhões de cativos africanos – 40% do total de embarcados para a América (Figura 2.2) no mais longo período de exploração de escravos, que durou quase quatro séculos, com todo tipo de violência, tortura e crueldade - muitos morriam ainda no trajeto do continente africano por superlotação, doenças infecciosas, mentais e hipovitaminoses (SCHWARCZ e STARLING, 2015).

A história da população negra no Brasil é marcada por desigualdade e resistência. Sua chegada ao Brasil inicia-se no século XVI, por meio do tráfico transatlântico de negros e negras escravizados, provenientes de vários lugares do continente africano, entre eles, Senegal, Angola, Congo, Costa da Mina e golfo de Benin, para trabalharem nos engenhos e lavouras de cana-de-açúcar no período colonial. Além de serem submetidas a trabalhos forçados, essas pessoas eram destituídas de seus laços e vínculos familiares, sendo-lhes impostas outras formas de vida. Este processo não ocorreu sem resistência, os quilombos constituíram umas das principais estratégias de organização e oposição ao sistema escravocrata, ainda que lhes custasse à própria vida (FIORIO et. al, 2011; SCHWARCZ e STARLING, 2015).

Após a abolição oficial da escravatura, que ocorreu somente em 1888, durante o Brasil Império, sendo o último país do Ocidente a abolir a escravidão, o mesmo adotou políticas de controle dos corpos negros que duram até hoje, perpetuando um racismo que se molda ao tempo e ao espaço. Apesar da abolição e do posterior reconhecimento das graves violações decorrentes da escravização, a população negra continua em grande medida excluída socialmente do acesso a vários bens. As consequências da escravidão, principalmente as econômicas, persistiram mesmo com o fim dela. A condição de vida e para o trabalho dos ex-escravizados ainda os mantinham sob o domínio ou a servidão e com um laço de dependência aos seus ex-senhores, pois, aos negros não lhes foi permitido o acúmulo de bens ou de terras (SCHWARCZ e STARLING, 2015).

Figura 2.2 - Número de Africanos escravizados chegando ao continente Americano e na Europa, 1501-1866.



A ausência de políticas efetivas no período pós-abolição que incluíssem a população negra nos processos produtivos e sociais, assim como o imaginário sobre sua inferioridade, contribuiu para a continuidade da sua marginalização na sociedade brasileira. Ainda hoje, são frequentes as discriminações raciais, associando negras e negros a estereótipos negativos, de subalternidade, que reforçam sua marginalização social, econômica, política e cultural. Ressalta-se que são recentes as políticas de promoção da igualdade racial promovidas pelo Estado brasileiro, a saber, entre elas, o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR), instituído pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, constitui forma de organização e de articulação voltadas à implementação do conjunto de políticas e serviços destinados a superar as desigualdades raciais existentes no país (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017c).

Corroborando com as premissas da PNSIPN e do SINAPIR, diversos estudos têm documentado desigualdades em saúde de grupos raciais distintos, em termos de morbimortalidade, e em relação ao acesso dos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento nos diversos níveis de assistência à atenção à saúde (BAIROS, MENEGHEL e

OLINTO, 2008; BATISTA, 2002; BATISTA, ESCUDER e PEREIRA, 2004; GOES e NASCIMENTO, 2013; LEAL, GAMA e CUNHA, 2005; PINHEIRO et al., 2008) e em especial o grupo racial de idosos (SOUZA et al., 2012; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014; SILVA et al., 2018).

2.3 INIQUIDADES RACIAIS EM SAÚDE

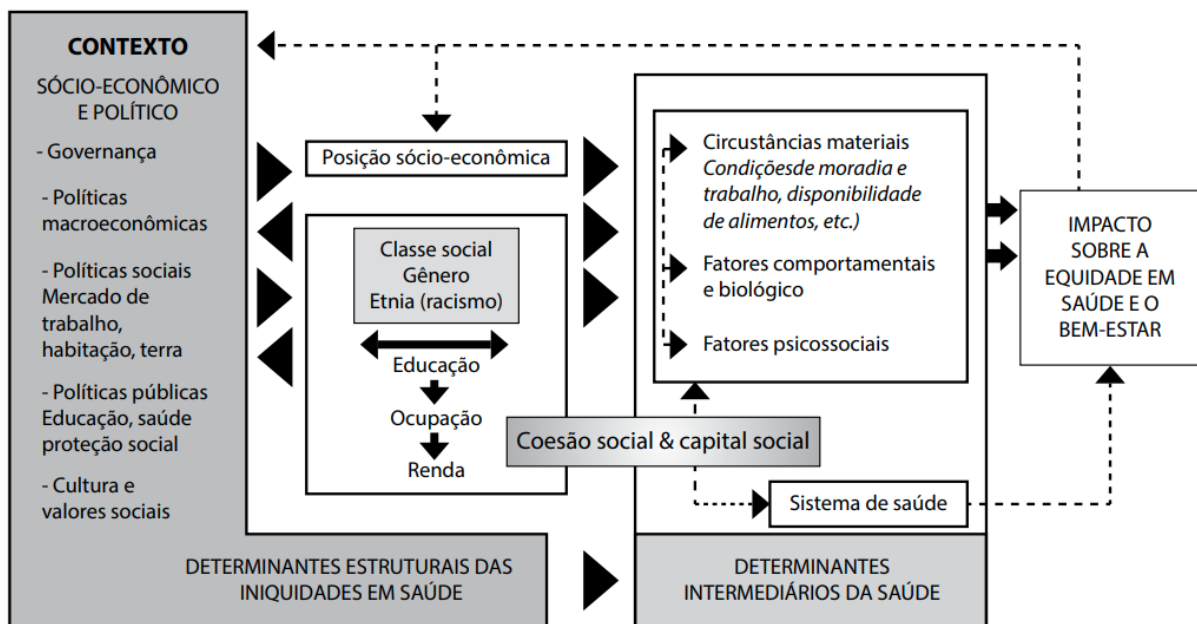
A preocupação com as iniquidades raciais em saúde tem aumentado nos últimos anos e vem ganhando espaço. Elas são expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, originados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços entre os grupos raciais. Ressalta-se que as diferenças são consideradas iníquas se ocorrem porque as pessoas dispõem de escolhas limitadas, acesso restrito a recursos de saúde e exposição a fatores prejudiciais (SOUZA et. al., 2012).

No tangente às relações entre cor da pele / raça e saúde, recentemente esse objeto vem sendo alvo de um campo de reflexões e de intervenção política denominada saúde da população negra. Inserindo discussões sobre a forma de enfrentar o racismo à medida que parcelas significativas da sociedade reconhecem as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos pardos e pretos. Essas desvantagens tornam a variável cor da pele / raça um dos fatores determinantes sociais de iniquidades em saúde (MAIO et al., 2005). Entende-se que raça não é um conceito biológico aplicável aos seres humanos. É uma construção sociocultural e ideologicamente comprometida, usado para hierarquizar pessoas e justificar tratamento diferenciado (FORD e AIRHIHENBUWA, 2010). No Brasil, raça é definida pelo fenótipo cor da pele, traços faciais, tipo de cabelo, mas, nos Estados Unidos e Europa, é definida pela ancestralidade (CARVALHO, WOOD E ANDRADE, 2003).

Ainda sobre raça, atualmente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza o critério racial por uma característica biológica: a cor da pele. A autodeclaração da pele é uma das formas mais recomendadas para se definir o pertencimento de um indivíduo dentro das cinco categorias estabelecidas pelo IBGE: branca (raça branca), parda e preta (raça negra) amarela (raça amarela) e indígena (raça indígena) (OSÓRIO, 2003).

A OMS, entre 2005 e 2007, por intermédio da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, definiu um modelo de determinantes sociais da saúde no qual se criou dois blocos de fatores relacionados à presença ou não da equidade em saúde. Um bloco primário chamado de determinantes estruturais e outro secundário de determinantes intermediários (Figura 2.3). Destaca-se neste modelo a posição socioeconômica, classe social, gênero e racismo que instigados pelo contexto político e socioeconômico impactam na equidade em saúde e no bem-estar (SOLAR e IRWIN, 2010). Nesse sentido, a saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto socioeconômico e político, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Esses determinantes sociais da saúde interferem no bem-estar, independência funcional e qualidade de vida dos idosos, principalmente entre os negros. No entanto, geralmente são desconsiderados nas intervenções e políticas.

Figura 2.3 – Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: SOLAR e IRWIN, 2010.

MAIO et al. (2005), GOES e NASCIMENTO (2013) ressaltaram que a desigualdade não deriva da diferença individual, mas do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, em uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais produzida pelas

variadas relações sociais e que tem como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, políticos, econômicos, demográficos e culturais desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente.

A discussão sobre igualdade ou desigualdade deve se situar além da simples comparação de situações, atribuindo-se juízo de valor ao que é igual ou desigual. Sendo assim, as desigualdades sociais se referem às situações injustas, porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros quanto a oportunidades e acesso aos bens e serviços (BARATA, 2009).

Nessa perspectiva, as desigualdades levam ao prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais: educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos. No Brasil, as desigualdades raciais, estruturadas pelo racismo institucionalizado, impactam o acesso aos bens e serviços, tratando as pessoas de forma desigual por causa da sua cor da pele e / ou raça / etnia e / ou religião. Fruto da colonização, o racismo é reconhecido como princípio ativo desse processo, pois, desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravagista do Brasil se mantiveram com o desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social (GOES e NASCIMENTO, 2013). O racismo refere-se a:

“Um sistema de dominação, poder e privilégio baseado em designações de grupos raciais; enraizado na opressão histórica de um grupo definido ou percebido pelos membros do grupo dominante como inferior, desviante ou indesejável; e ocorrendo em circunstâncias em que os membros do grupo dominante criam ou aceitam seu privilégio social ao manter estruturas, ideologia, valores e comportamento que têm a intenção ou efeito de deixar os membros do grupo não dominante relativamente excluídos de poder, estima, status e / ou acesso igual aos recursos da sociedade ” (HARRELL, 2000).

Existem vários conceitos e tipologias de racismo. No entanto, ALMEIDA (2019) destaca esse fenômeno como fundamento estruturador das relações sociais, ou seja, não existe racismo que não seja estrutural. Assim, o racismo estrutural é dado pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade que frequentemente coloca um grupo social ou étnico em uma posição melhor em detrimento

de outro. Nesse sentido, o racismo como estruturante social age nos sentimentos, condutas, ações e omissões das pessoas e no uso e acesso a políticas, bens e serviços (Figura 2.4).

Conceito muito utilizado no Brasil para explicar as desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde, o racismo institucional, que ocorre de forma implícita, é descrito como: o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor da pele, 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, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006).

Figura 2.4 – Dimensões do Racismo, 2013. Baseado no modelo proposto por JONES (2002).



Fonte: Racismo Institucional e Saúde da População Negra (WERNECK, 2016).

O racismo perpassa as instituições e modela o modo como o Estado e a sociedade se organizam para lidar com os negros. Na saúde, o racismo opera não reconhecendo as necessidades particulares dessas pessoas nas ações de promoção à saúde, prevenção, assistência

e reabilitação de doenças e agravos, conformando a vulnerabilidade programática. Concretiza-se como acessibilidade diferenciada e dificultada a equipamentos sociais e tratamento iníquo segundo cor da pele / raça, comprometendo a equidade e reproduzindo desigualdades (SILVA, 2005; VOLOCHKO, 2003).

Ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas pardas e pretas na sociedade brasileira, as desigualdades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, limitando, dessa forma, a capacidade de inclusão da população negra, tendo em vista que as relações raciais estão enraizadas na vida social dos grupos e classes sociais, afetando os indivíduos. (HERINGER, 2002; IANNI, 2004). O racismo é um determinante social da saúde, pois expõe a população negra a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte (GOES, RAMOS e FERREIRA, 2020).

SOUZA et al. (2012) realizaram um estudo sobre raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos, no qual analisaram se a raça poderia ser considerada um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos por idosos, de ambos os sexos, na faixa etária de 65 a 74 anos, no Brasil. Nesse estudo, os autores utilizaram dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2003 e verificaram que 3,8% dos brancos afirmaram nunca terem ido ao dentista enquanto para os negros esse valor era de 7,8%. Mesmo após o ajuste considerando necessidade de prótese e dor de dente, a chance dos idosos negros não ter utilizado o serviço odontológico pelo menos uma vez na vida foi significativamente menor que para os idosos brancos. Dos que utilizaram os serviços, 21,2% dos idosos brancos visitaram o dentista no último ano, enquanto para os negros o valor foi de 14,2%. No modelo ajustado, considerando a necessidade de prótese e dor de dente, o Odds Ratio (OR) foi de 0,60 e todas as relações foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$).

A garantia do acesso universal, integral 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 socioeconômicas e culturais. O acesso (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 (GOES e NASCIMENTO, 2013).

OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA (2014) analisaram desigualdades raciais na saúde de 18.684 idosos brasileiros com 65 anos ou mais, incluídos na PNAD 2008, que autorreferiram sua cor da pele / raça como branca, parda ou preta. Estimaram associações da cor da pele / raça com autoavaliação do estado de saúde, incapacidade funcional e com o número de doenças crônicas em análises de regressão brutas e ajustadas com nível de significância de 1% ($\alpha = 0,01$). Na análise ajustada, a cor da pele parda associou-se positivamente com pior estado de saúde autorreferido (OR = 1,11; IC95%: 1,03- 1,18) e a preta com o maior número de doenças crônicas (Razão de Prevalência (RP) = 1,07; IC95%: 1,02-1,13). A cor da pele parda foi fator protetor para incapacidade funcional. Unindo-se pardos e pretos numa única categoria de negros, manteve-se a maior chance de os negros autorreferirem pior estado de saúde (OR = 1,09; IC95%: 1,02-1,16) e menor chance de incapacidade funcional (OR = 0,83; IC95%: 0,76-0,92). A raça negra perdeu associação com o número de doenças crônicas. A cor da pele / raça explicou parte das desigualdades em saúde dos idosos, mas outras variáveis socioeconômicas tiveram efeito mais marcante.

SILVA et al., 2018 avaliaram, de forma descritiva e comparativa, sob a perspectiva da cor da pele / raça, o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e de uso de serviços de saúde dos idosos da cidade de São Paulo/SP. Para tanto, realizaram uma análise transversal do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Foram considerados 1.345 idosos da coorte de 2010 e selecionaram-se os dados referentes aos idosos de cor preta, parda e branca. Os resultados evidenciaram um cenário mais favorável para o envelhecimento dos idosos da raça branca em comparação com aqueles da raça negra no tangente aos indicadores sociodemográficos, às condições de saúde ou de uso e acesso a serviços de saúde.

Em função da necessidade de aprofundar o conhecimento dos aspectos relacionados às temáticas em discussão, o presente estudo buscará analisar a associação entre cor da pele / raça e as condições de saúde em idosos do município de São Paulo.



3 REVISÃO DA LITERATURA



**3.1 DESIGUALDADES SOCIAIS E DE
SAÚDE COM FOCO NOS IDOSOS
BRASILEIROS SOB O PANORAMA
DA COR DA PELE / RAÇA**

3.1.1 Aspectos gerais das desigualdades sob o cenário da cor da pele / raça

“A desigualdade é uma característica histórica e estrutural das sociedades latino-americanas e caribenhas; ela se manteve e reproduziu inclusive em períodos de crescimento e prosperidade econômica. É um obstáculo à erradicação da pobreza, ao desenvolvimento sustentável e à garantia dos direitos das pessoas. Está assentada numa matriz produtiva altamente heterogênea e pouco diversificada e numa cultura do privilégio que é um traço histórico constitutivo das sociedades da região. Caracteriza-se por uma armação complexa, em que as desigualdades de origem socioeconômica se entrecruzam com as desigualdades de gênero, territoriais, étnicas, raciais e geracionais” (CEPAL, 2016).

Existem cerca de 200 milhões de pessoas vivendo nas Américas que se auto identificam como afrodescendentes. Muitas mais vivem em outras regiões do mundo, fora do continente africano, seja como descendentes das vítimas do tráfico transatlântico de escravos ou como migrantes mais recentemente, estas pessoas constituem alguns dos grupos mais pobres e marginalizados. Estudos nacionais e internacionais mostram que pessoas afrodescendentes ainda têm acesso limitado a educação de qualidade, moradia, segurança e serviços de saúde, (ONU, 2020).

A região das Américas, nas últimas duas décadas, alcançou um crescimento econômico importante, sendo observados avanços na redução da pobreza e da desigualdade social. No entanto, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a região segue sendo a mais desigual do mundo em termos de renda (PNUD, 2019). A população afrodescendente, juntamente com os indígenas, continua sendo as mais desfavorecidas (CEPAL, 2019).

Em quatro dos cinco países da América Latina que apresentava informação acerca da incidência da pobreza, segundo a condição étnico-racial, com base em pesquisas domiciliares, para o estudo da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - Panorama Social da América Latina 2019, a taxa de pobreza da população afrodescendente era mais alta do que a da população não indígena nem afrodescendente: no Uruguai, a primeira era equivalente a 2,8 vezes a segunda, no Brasil era equivalente a 2,2 vezes e no Peru a 2 vezes (CEPAL, 2019).

Em setembro de 2015, os 193 países membros da ONU, do qual o Brasil é membro, adotaram uma nova política global: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável do mundo. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) são um apelo global a ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas possam desfrutar de paz e prosperidade (BRASIL, 2017d).

Os ODS são uma coleção de 17 metas globais que abrangem questões de desenvolvimento social e econômico, incluindo pobreza, fome, saúde, educação, aquecimento global, igualdade de gênero, água, saneamento, energia, urbanização, meio ambiente e justiça social. As metas do ODS 10 se refere a redução das desigualdades e apontam para políticas de distribuição de renda, leis adequadas e não discriminatórias e proteção salarial (BRASIL, 2017d).

O Brasil é um país em desenvolvimento, com um território comparável a toda a Europa e em constante turbulência política (ZIMERMAN et al., 2020). Também é um dos países mais desigual do mundo, está em 2º lugar na escala do PNUD, com 1% da população mais rica concentrando 28,3% das riquezas do país, apenas atrás do Catar (PNUD, 2019).

Segundo o PNUD (2019), entre 1990 e 2018, o Brasil apresentou um aumento consistente do seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), um crescimento de 24%. Em relação a 2017, o país apresentou leve crescimento de 0,001 no seu IDH, passando de 0,760 para 0,761. Esse resultado manteve o Brasil no grupo de países com alto desenvolvimento humano. Sua posição no ranking de 189 países é a 79ª, juntamente com a Colômbia.

Na América do Sul, o Brasil é o 4º país com mais alto IDH. Chile, Argentina e Uruguai aparecem na frente. O Brasil teve o quinto maior crescimento no IDH na região entre 2010 e 2018. A parcela dos 10% mais ricos do Brasil concentra cerca de 42% da renda total do país. Ressalta-se que essa disparidade também envolve cor da pele / raça, haja vista que o passado colonial criou condições para a desigualdade atual (PNUD, 2019).

Enfrentar a desigualdade no Brasil requer, em primeiro lugar, olhar para nossa história escravocrata e patrimonialista a fim de compreender os processos que resultaram na exclusão social e política de grandes parcelas da população. Nesse sentido, cor da pele e raça precisa ser entendida como marcadores sociais importantes e capaz de proporcionar tipos de privilégios e oportunidades para cada grupo social (SCHWARCZ e STARLING, 2015) e, conjuntamente ao marcador de classe social, podem elucidar as condições de vida das pessoas negras brasileiras

(pardas e pretas) (HIRATA, 2014; ZAMBONI, 2014). A privação de condições sociais dignas no Brasil foi, e ainda é, importante para a construção das desigualdades encontradas até os dias de hoje.

A concretização dessas desigualdades, que sempre foram sistemáticas no Brasil, caracteriza situações de iniquidades fundamentadas por diversos fatores sociais e de saúde, incluindo o racismo, discriminação racial, sexismo, xenofobia e à intolerância (WERNECK, 2016). E esse racismo que é ocultado pela falsa ideia de democracia racial, ganhou intensidade e duração no Brasil quando a teoria de embranquecimento surgiu como um meio rápido e higienista de tornar o país mais claro, com menor influência da cultura africana (GUIMARÃES, 2015; PETRUCCELLI E SABOIA, 2013; LAGUARDIA, 2004). Desde a concepção teórica do embranquecimento, observou-se no país a concessão de mais privilégios e regalias a pessoas consideradas como da cor branca em detrimento daquelas classificadas como não brancas, principalmente, pardas, pretas e indígenas. Assim, os grupos raciais diferem no que diz respeito às características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, acesso a serviços, entre outros.

3.1.2 Desigualdades Demográficas

O retrato das desigualdades de gênero e raça tem por objetivo disponibilizar informações sobre a situação de mulheres, homens, negros e brancos no Brasil. Para tanto, apresenta indicadores oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobre diferentes campos da vida social (IPEA et al., 2015).

Dados do IBGE / PNAD Contínua 2015 indicam que entre os idosos, os brancos têm maior proporção populacional. Além disso, os mesmos estão mais nas áreas urbanas (IPEA et al., 2015).

A distribuição etária, segundo raça / cor no município de São Paulo, no censo de 2010, apresentou maior proporção de brancos e amarelos entre os mais velhos. Os amarelos apresentaram perfil demográfico mais envelhecido, seguido dos brancos e pretos (SÃO PAULO, 2015).

O Índice de Envelhecimento indica a participação relativa dos idosos em relação aos mais jovens (menores de 15 anos de idade). No município de São Paulo, em 2010, esse indicador foi 57,3%, característico de locais com população jovem e valor baixo se comparado com países desenvolvidos, como o Japão (231,0%), Itália (188,8%), Portugal (156,7%) e França (125,5%). Além disso, esse indicador mostrou desigualdades importantes entre as categorias raça / cor: a população parda apresentou o menor índice (30,0%) e os amarelos, o maior (215,7%) (SÃO PAULO, 2015).

3.1.3 Mercado de Trabalho

Dados indicam desigualdades na inserção no mercado de trabalho entre negros e não negros. O mercado de trabalho é um campo no qual se percebe, também, os privilégios raciais e consequências da desigualdade por cor da pele / raça, ao ponto de parcelas da população desistirem de buscar emprego após inúmeras tentativas fracassadas de conseguir uma ocupação. É a chamada população desalentada que, no 4º trimestre de 2017, chegava a 4,3 milhões de pessoas no Brasil (IBGE, 2018).

De acordo com a PNAD Contínua 2018, os negros constituem a maior parte da força de trabalho do Brasil. No entanto, apenas 29,9 % dos cargos gerenciais são ocupados pelos negros. A taxa composta de subutilização da força de trabalho (desocupados, subocupados e força de trabalho potencial) é maior entre os negros em qualquer nível de escolaridade. A informalidade no mercado de trabalho pode ser associada ao trabalho precário e / ou a falta de acesso a algum tipo de proteção social, que limita o acesso a direitos básicos, como a remuneração pelo salário mínimo e a aposentadoria (IBGE, 2019).

3.1.4 Renda / Distribuição de rendimento

Na razão entre os rendimentos entre brancos / negros, os maiores diferenciais estão para a população branca que obtém vantagens: rendimento médio mensal de 73,9% superior ao da população negra. Conforme a PNAD Contínua 2019, o rendimento médio mensal das pessoas

ocupadas brancas era R\$ 2.796,00 e o das negras R\$ 1.608,00. O corte tanto por nível de educação, quanto por hora trabalhada, reforça a percepção da desigualdade por cor da pele / raça. Observa-se que quanto maior o nível de educação, maior o rendimento, sendo significativa a diferença para quem possui o ensino superior completo. No entanto, as desigualdades de rendimentos do trabalho, quando analisado o aspecto cor da pele / raça, mantem-se presentes em todos os níveis de educação, inclusive no nível superior.

Ainda, sobre a mesma PNAD, observa-se que, as proporções por cor da pele / raça das pessoas ocupadas em cargos gerenciais, segundo quintos em ordem crescente de rendimento do trabalho principal, a divisão evidencia que, quanto mais alto o rendimento, menor é a ocorrência de pessoas negras ocupadas.

O Banco Mundial utiliza, tradicionalmente, o valor de US\$ 1,90 diários para o acompanhamento da pobreza global. Como esse valor, porém, é baixo para definir pobreza em países mais desenvolvidos, atualmente se utiliza a linha de US\$ 5,50 diários, construída para países com rendimento médio alto, como o Brasil¹. No tangente a pobreza monetária, a proporção de pessoas negras com rendimento inferior as linhas de pobreza (US\$ 1,90 e US\$ 5,50 diários), propostas pelo Banco Mundial, foi maior que o dobro da proporção verificada entre as brancas (IBGE, 2019).

3.1.5 Condições de moradia

As desigualdades por cor da pele / raça, no que tange às condições de vida, também se revelam nas condições de pessoas residindo em domicílios sem acesso a serviços de saneamento com inadequações domiciliares e posse de bens.

No Brasil, em 2018, verificou-se maior proporção da população negra residindo em domicílios sem coleta direta ou indireta de lixo, sem abastecimento de água por rede geral, sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial e sem ao menos um serviço de saneamento. Além disso, pardos e pretos tiveram maior ônus excessivo com aluguel (situação em que o valor

¹ <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

do aluguel iguala ou ultrapassa 30% do rendimento domiciliar) e adensamento excessivo (situação em que há mais de três moradores por cômodo utilizado como dormitório no domicílio) e, ainda, foram os mais prevalentes em não possuir máquina de lavar (IBGE, 2019).

Ressalta-se a maior condição de vulnerabilidade e exposição a vetores de doenças para os negros, haja vista que já é de senso comum que condições sociais da população e disponibilidade inadequada de saneamento básico e de serviços de saúde estão entre as causas evitáveis de óbitos infantis.

3.1.6 Educação

A educação é a chave para uma maior prosperidade. A desvantagem da população negra em relação à branca continua evidente no tangente a educação. Em 2018 a taxa relativa (%) de analfabetismo, segundo a situação do domicílio tinha o pior cenário para os negros, principalmente os residentes rurais (IBGE, 2019).

Em relação aos idosos, os dados do IBGE / PNAD Contínua 2015 já indicavam que a maior média de anos estudo estava entre os brancos e a pior taxa de analfabetismo entre os negros (IPEA et al., 2015).

Ainda sobre a PNAD Contínua, 2º semestre, 2018 a mesma apresentou a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, com indicação do coeficiente de variação, por cor da pele / raça, segundo os grupos de idade e classes de percentual de pessoas em ordem crescente de rendimento no Brasil. Para o indicador pesquisado, a pior proporção das variáveis estudadas foi para os negros, sobretudo para os idosos desta raça. No tangente ao indicador medido pelo rendimento, os brancos apresentaram os melhores indicadores por classes (IBGE, 2019).

3.1.7 Violência

Indivíduos pardos e pretos compõem o grupo predominante de casos de violência notificados pelos serviços públicos de emergência no Brasil. O perfil da vítima consiste, principalmente, em pessoa do sexo masculino, jovem (20-29 anos), negra e com baixo nível de escolaridade. (MASCARENHAS et al, 2009).

O coeficiente de homicídio é um indicador amplamente utilizado para aferir a incidência de violência, em sua forma mais extrema, nos países, suas regiões e grupos populacionais. Em 2017, no Brasil, o coeficiente de homicídios foi 16,0 entre as pessoas brancas e 43,4 entre as pretas ou pardas a cada 100 mil habitantes. Nesse caso, uma pessoa negra tinha 2,7 vezes mais chances de ser vítima de homicídio intencional do que uma pessoa branca. A série histórica mostra ainda que, enquanto o indicador manteve-se estável na população branca entre 2012 e 2017, ela aumentou na negra no mesmo período, passando de 37,2 para 43,4 homicídios por 100 mil habitantes desse grupo populacional (IBGE, 2019).

A PNAD Contínua, 2017, expôs o número e taxa de homicídios, por grupos de idade, segundo sexo e cor ou raça no Brasil. Em relação às taxas da população idosa, observou-se o pior indicador para os idosos negros (IBGE, 2019).

3.1.8 Representação Política

A promoção dos direitos da população negra e outras minorias passa pela ampliação de sua participação nos processos de planejamento de políticas e tomadas de decisão, o que costuma ser internacionalmente medido por sua representação nos parlamentos nacionais e órgãos legislativos de abrangência local. No Brasil, para o período de 2016 a 2018, observou-se que o quadro da população negra na Câmara dos Deputados, nas Assembleias Legislativas Estaduais e nas Câmaras dos Vereadores ainda é sub-representada (IBGE, 2019).

3.1.9 Saúde

Com relação à disparidade entre raça e saúde, a realidade é muito concreta, corroborada por pesquisas em nível nacional e internacional que atestam desigualdades sofridas pelos negros em relação a desfechos de saúde. A prevalência de doenças crônicas autorreferidas foi significativamente maior nas pessoas negras quando comparadas às brancas (BARROS et al., 2009).

Os dados do IBGE / PNAD Contínua 2015 indicam que entre os idosos brasileiros, os dados epidemiológicos de morbidade e de estilo de vida mostraram a pior gradiente de diabetes, hipertensão arterial e atividade física para os negros na maioria das regiões (IPEA et al., 2015).

A média da idade ao morrer e anos potenciais de vida perdidos para a população residente da capital paulista em 2013 mostra que exceto os indígenas, a população negra, em média, morre mais cedo e, conseqüentemente, tem mais anos potenciais de vida perdidos (SÃO PAULO, 2015).

No tangente as taxas de mortalidade (por 100.000 habitantes) por hipertensão arterial sistêmica, doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e diabetes mellitus da população residente do município de São Paulo em 2017 as piores magnitudes foram para os pretos e pardos menores de 60 anos de idade. Ressalta-se que o mesmo acontece com a população idosa (SÃO PAULO, 2020).

Esses dados indicam que provavelmente esses resultados estão ligados às diferenças de condições de vida e acesso aos cuidados de saúde, bem como a participação desigual na distribuição de renda e racismo.

3.1.10 Envelhecimento e desigualdades raciais no Brasil

As desigualdades raciais, ao afetarem a capacidade de inserção da população negra na sociedade brasileira, comprometem o projeto de construção de um país democrático e com oportunidades iguais para todos. Essas desigualdades estão presentes em diferentes momentos do ciclo de vida do indivíduo, desde a infância à velhice, passando pelo acesso a educação, à

infraestrutura urbana e cristalizando-se no mercado de trabalho e, por consequência, no valor dos rendimentos obtidos e nas condições de vida (HERINGER, 2002).

Os indicadores sociais e de saúde anteriormente apresentados aqui, referentes à população negra no Brasil, e, em especial, a idosa e residente no município de São Paulo desta raça, sugerem ou são compatíveis com a hipótese de que a escravidão e o processo colonial tenham deixado marcas na sociedade, a ponto de atualmente, no país, a desigualdade social ser um tema latente. Diante desse reconhecimento histórico, de quase quatro séculos de escravidão de pessoas negras e da persistência do racismo, o país assumiu, como uma estratégia estruturante, a adoção de políticas afirmativas com o objetivo de acelerar os processos de redução das desigualdades e iniquidades raciais nos mais diversos campos sociais e de saúde. Ressalta-se que a escravidão deixou marcas no imaginário social e na construção de políticas públicas que ainda hoje são reprodutoras de iniquidades (CARDOSO, 2008).

Dentre as políticas afirmativas, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) que tem como objetivo principal reduzir as desigualdades raciais no Brasil com ênfase na população negra, inclusive os idosos (BRASIL, 2003).

A população idosa de cor preta ou parda, raça negra, possui severas desvantagens em relação à branca, no tangente às dimensões contempladas pelos indicadores apresentados: demográficos, mercado de trabalho, renda / distribuição de rendimento, educação e saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que a superação das desigualdades raciais, em suas variadas dimensões, permanece um desafio, haja vista que a dependência de programas governamentais revela a falta de suporte social, institucional e legal para mudar essa realidade e erradicar tal desigualdade.

No Brasil, nascer com a cor da pele preta ou parda aumenta significativamente a chance de ter menos condições sociais e econômicas. Comparados aos idosos brancos, os negros acumulam desvantagens. À vista disso, podemos sintetizar que os idosos negros brasileiros são um grupo social vulnerável com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde. Assim, a desigualdade racial permanece na estrutura social em uma dimensão extraeconômica, tornando o envelhecimento um processo mais complexo.

Por fim, é importante destacar que, atualmente, a pandemia da COVID-19 tem deixado claro que lidar com nossas sociedades e estruturas racistas é uma questão de vida ou morte,

principalmente no que tange aos idosos negros. Precisamos trabalhar intensamente a questão de como reverter o curso do racismo, e isso exigirá ação concreta e focada, compromisso, disciplina, ambição, ousadia e dinheiro (CHOO, 2020).



3.2 AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE EM IDOSOS COM ENFOQUE NA COR DA PELE / RAÇA

3.2.1 Autoavaliação do Estado de Saúde em Idosos

A autoavaliação ou autopercepção de saúde é um indicador subjetivo que é ajustado por componentes físicos, emocionais e do bem-estar individual e vem adquirindo papel importante na área da saúde pública, sendo utilizado na avaliação do estado de saúde da população geral e, principalmente, em pessoas com 60 anos ou mais (MENDONÇA et al., 2012). Também, é considerada um preditor significativo e independente de funcionalidade e morbimortalidade em idosos (SANTOS et al., 2018) e tem sido estudada em todo o mundo a fim de melhorar a qualidade de vida dos mesmos (SIMONSSON e MOLARIUS, 2020). Nesse sentido, tem sido considerada um importante marcador de qualidade de vida para a população idosa (OCAMPO-CHAPARRO et al., 2013).

A autoavaliação de saúde é comumente empregada em pesquisas científicas que buscam avaliar o estado de saúde de idosos. As percepções de saúde são, contudo, influenciadas por fatores de nível individual e social que podem diferir dentro e entre países (FRENCH et al., 2012). Além disso, a variável autoavaliação de saúde é obtida, principalmente, por meio da pergunta: “Em geral, o (a) Sr.(a) diria que sua saúde está?” No entanto, perguntas e respostas, bem como a categorização das mesmas, para essa pergunta, variam muito entre os estudos, o que dificulta, também, as diversas comparações dos resultados (PAGOTTO et al., 2013) / (Figura 3.1).

No Brasil, segundo o MS, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que integra um conjunto de iniciativas cujo o objetivo é qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores. Em relação a autoavaliação de saúde, essa variável é pesquisada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e contribui para a identificação do idoso vulnerável, mediante à pergunta: “Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é?”, com as seguintes opções de resposta: excelente, muito boa, boa, regular e ruim. Para análise de dados, são instruídas as categorias excelente, muito boa e boa como autoavaliação de saúde positiva e para as regular e ruim como negativa (BRASIL, 2016) / (Figura 3.2).

Independentemente, da variação de perguntas e respostas à cerca da autoavaliação de saúde, acredita-se que a análise da autoavaliação do estado de saúde dos idosos é fundamental para o planejamento sanitário e tem grande contribuição dos inquéritos de saúde de base populacional no mundo e Brasil.

Figura 3.1 - Características da pergunta sobre autoavaliação do estado de saúde em idosos, opções de resposta, categorização da variável e construção do desfecho, Brasil, 1999 a 2011.

Código	Estudo, ano (referência)	Pergunta	Opções de resposta	Categorização da variável	Desfecho
1	Lima-Costa et al., 2004 (9)	Você diria que sua saúde é:	<ul style="list-style-type: none"> • Muito boa • Boa • Razoável • Ruim • Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Razoável/boa/muito boa – Ruim/muito ruim 	Ruim/muito ruim
2	Lima-Costa et al., 2005 (14)	Você diria que sua saúde é:	<ul style="list-style-type: none"> • Muito boa • Boa • Razoável • Ruim • Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Razoável/boa/muito boa – Ruim/muito ruim 	Auto-percepção de saúde ruim/muito ruim de idosos com baixa renda
3	Szwarcwald et al., 2005 (21)	Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde atualmente?	<ul style="list-style-type: none"> • Muito boa • Boa • Moderada • Ruim • Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Muito boa/boa – Moderada – Ruim/muito ruim 	Ruim/muito ruim
4	Alves e Rodrigues, 2005 (10)	Você diria que sua saúde é:	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muito boa • Boa • Regular • Ruim 	<ul style="list-style-type: none"> Auto-percepção de saúde boa: excelente/muito boa/boa Auto-percepção de saúde ruim: regular e ruim 	Auto-percepção de saúde ruim
5	Lima-Costa et al., 2007 (15)	De uma maneira geral você diria que a sua saúde é:	<ul style="list-style-type: none"> • Muito boa • Boa • Razoável • Ruim • Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Razoável/boa/muito boa – Ruim/muito ruim 	Ruim/muito ruim
6	Souza et al., 2008 (18)	De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) Sr.(a) considera o seu próprio estado de saúde?	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muito bom • Bom • Regular • Ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Excelente/muito bom/bom – Regular/ Ruim 	Auto-avaliação de saúde regular ou ruim
7	Souza e Silver, 2008 (11)	Não descrita no corpo do texto	<ul style="list-style-type: none"> • Não descrito no corpo do texto 	<ul style="list-style-type: none"> Não descrito no corpo do texto 	Ruim/ péssima
8	Barros et al., 2009 (19)	O senhor classificaria seu estado de saúde como:	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Bom • Regular • Ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Excelente/bom/regular – Ruim 	Auto-avaliação de saúde ruim
9	Santiago et al., 2010 (16)	Como é a sua saúde de forma geral?	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Boa • Razoável • Ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Excelente/boa – Razoável/ruim 	Auto-avaliação de saúde razoável/ ruim
10	Jardim et al., 2010 (17)	Idoso: De uma maneira geral, você considera sua saúde Informante: De uma maneira geral, você considera a saúde do(a) Sr(a). [nome do idoso]:	<ul style="list-style-type: none"> • Muito boa • Boa • Razoável • Ruim • Muito ruim 	<ul style="list-style-type: none"> – Razoável/boa/muito boa – Ruim/muito ruim 	Ruim/muito ruim tanto para idoso quanto para informante
11	Pagotto et al., 2011 (20)	O que o Sr(a). acha do seu estado de saúde no último mês?	<ul style="list-style-type: none"> • Muito Bom • Bom • Regular • Fraco • Péssimo 	<ul style="list-style-type: none"> – Muito bom/bom/regular – Fraco/péssimo 	Autoavaliação de saúde ruim

Fonte: Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33(4):302-10.

Figura 3.2.2 – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Protocolo de identificação do idoso vulnerável.

2. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente	0	
	Muito boa	0	
	Boa	0	
	Regular	1	
	Ruim	1	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 3 ed. Brasília: MS; 2016.

3.2 Fatores associados a autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos no mundo

SPENCER et al. (2009) analisaram os fatores associados a autoavaliação de saúde (excelente / muito bom / bom (favorável) e regular ruim (desfavorável)) e testou a hipótese de autoavaliação de saúde desfavorável em saúde entre 2729 idosos participantes do estudo Saúde, Envelhecimento e Composição Corporal, com idades entre 70 e 79 anos com níveis semelhantes de funcionamento físico em Pittsburgh, na Pensilvânia e em Memphis, Tennessee, entre abril de 1997 e 1988. Para examinar a associação entre raça e autoavaliação de saúde, foram ajustados fatores demográficos, de saúde física e psicossociais. A associação entre raça e autoavaliação de saúde permaneceu independente das variáveis de saúde física e psicossocial, com os idosos brancos sendo 3,7 vezes mais propensos que os idosos negros a reportar autoavaliação de saúde favorável.

FRENCH et al. (2012) investigaram a associação entre autoavaliação de saúde (excelente, muito bom, bom, regular e ruim) e fatores sociodemográficos e de saúde de idosos, 65 anos ou mais, na Austrália (n=7355), Estados Unidos da América (n=10358), Japão (n=3541) e Coréia do Sul (n=3971), entre 2000 e 2006. A variável sexo foi associado de forma independente a autoavaliação de saúde ruim apenas nos Estados Unidos da América e na Coréia. A idade avançada e a baixa escolaridade aumentaram a probabilidade de classificações ruim em todos os países, exceto no Japão. A abstenção de álcool foi associada ao aumento da probabilidade de autoavaliação de saúde ruim em todos os países, exceto na Coréia, enquanto o efeito de ser fumante foi significativo apenas na Austrália e nos Estados Unidos da América. Embora o efeito das condições de saúde (diabetes, doenças cardiovasculares (incluindo hipertensão arterial), doenças respiratórias crônicas, artrites e cânceres que não o câncer de pele, doença mental e perda auditiva) mostrou interagir com o país na autoavaliação de saúde ruim,

a inspeção das razões de chances revelou que esse efeito esteve na mesma direção e de magnitude semelhante em todos os países. A incapacidade funcional, embora um pouco menos comum no Japão e na Coreia, exerceu um efeito um pouco maior na autoavaliação de saúde ruim nesses países. Relatar problemas de saúde mental foi associado a um aumento acentuado na probabilidade de autoavaliação de saúde ruim em todos os países, mas esse efeito foi um pouco maior na Austrália e na Coreia.

OCAMPO-CHAPARRO et al. (2013) estimaram a prevalência de autoavaliação de saúde (boa (excelente, muito boa, boa) e ruim (regular, ruim)) e identificaram os fatores de risco associados a autoavaliação de saúde em 314 idosos, 60 anos ou mais, residentes na Comuna 18 da cidade de Cali, Colômbia, em 2009. 40,1% dos idosos relataram autoavaliação de saúde ruim. Os fatores independentemente associados à autoavaliação de saúde ruim foram diabetes mellitus, depressão, medo de cair e síndrome da fragilidade (frágil e pré-frágil versus não frágil).

DONG et al. (2017) avaliaram os fatores associados a autoavaliação de saúde (muito bom / razoavelmente bom (bom) e médio / bastante ruim / ruim (ruim)) em 2001 idosos, 60 anos e mais, em Xangai, China, em 2011. A autoavaliação de saúde ruim esteve associada a se sentirem nervosos ou ansiosos, insatisfação com suas vidas e ter incapacidade funcional e / ou ter sido diagnosticados com doenças crônicas, como hipertensão, doença cardiovascular, diabetes, doença cerebrovascular e gastroenterite.

OGUNYEMI et al. (2018) determinaram o nível de satisfação com as formas de apoio social recebidas e os fatores associados a autoavaliação de saúde (excelente / muito boa/boa (boa) e regular / ruim (ruim)) de 360 idosos (60 anos e mais) de dois estados, Oyo e Lagos, do sudoeste da Nigéria em 2013. Cerca de 30,0% dos idosos avaliaram sua saúde como ruim. Os preditores de autoavaliação de saúde ruim incluíram idade (60 a 79 anos), estado civil (solteiros), escolaridade (segundo grau), status de trabalho (sem trabalho atualmente), condição de saúde (uma ou mais doenças crônicas) e tipo de estabelecimento de assistência à saúde (público).

SIMONSSON e MOLARIUS (2020) examinaram a autoavaliação da saúde (muito bom / bom (boa), regular e ruim / muito ruim (ruim)) e sua associação com condições de vida, fatores de estilo de vida, problemas de saúde física e mental e capacidade funcional entre 1360 idosos, 85 anos ou mais, da população em geral na Suécia em 2012. A inatividade física, a mobilidade

física prejudicada, a dor, a ansiedade / depressão e a doença crônica associaram-se independentemente à pior autoavaliação da saúde.

3.2.3 Fatores associados a autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos no Brasil

ALVES e RODRIGUES (2005) investigaram a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde (boa (excelente, muito boa e boa) e ruim (regular e ruim)) entre 2135 idosos, 60 anos ou mais, do município de São Paulo/SP, Brasil, entre janeiro de 2000 e março de 2001, e verificaram a existência de diferenças entre os sexos quanto à autopercepção de saúde. A presença de doenças crônicas (hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral e câncer) associada ao sexo do idoso foi o determinante mais fortemente relacionado à autopercepção de saúde. Para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde. Para as mulheres, esse risco foi 8,31 vezes maior. A capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda, também, foram altamente associados com a percepção de saúde ruim.

PAGOTTO et al. (2011) estimaram a prevalência e os fatores associados a autoavaliação do estado de saúde (boa (muito bom, bom e regular) e ruim (fraco e péssimo)) em 403 idosos, ≥ 60 anos, usuários do SUS, em Goiânia, Goiás, Brasil entre novembro de 2008 a março de 2009. A prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim foi de 27,5%, sendo 29,7% nas mulheres e 29,1% entre idosos com 60 a 64 anos de idade. As variáveis associadas foram: ter menos de um ano de estudo, não praticar atividade física, uso de cinco ou mais medicamentos e perda de peso recente.

CARVALHO et al. (2012) analisaram a percepção do estado de saúde (muito bom/bom, regular e ruim/muito ruim) dos idosos (60 anos ou mais) da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil em 2009. Dos entrevistados, 44% relataram o estado de saúde como sendo "muito bom / bom", e 10,7%, "ruim / muito ruim". A autopercepção do estado de saúde pior

(ruim / muito ruim) se associou aos idosos que relataram presença de doenças crônicas, baixa escolaridade, menor ocupação laboral e redução das práticas de atividade física.

LOYOLA FILHO et al. (2013) avaliaram, em 1997, os fatores associados à autoavaliação negativa da saúde (ruim/muito ruim) entre idosos (≥ 60 anos) hipertensos e/ou diabéticos integrantes da linha base da coorte do Projeto Bambuí, Minas Gerais, Brasil. A pior autoavaliação da saúde apresentou-se positivamente associada à insatisfação com as relações sociais, frequência a cultos religiosos menor que uma vez ao mês, presença de artrite, sintomas depressivos e insônia, ter consultado o médico duas ou mais vezes nos últimos doze meses e ser hipertenso e diabético (comparado à presença isolada de hipertensão).

PAGOTTO et al. (2013) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre autoavaliação do estado de saúde na população idosa brasileira, 60 anos ou mais, entre setembro e outubro de 2011. A prevalência de autoavaliação negativa de saúde (razoável, regular, ruim, muito ruim e péssima), variou de 12,6 a 51,9% entre os estudos. As variáveis dependentes predominantemente associadas a autoavaliação negativa de saúde foram: presença de doenças, número de medicamentos em uso, renda familiar/domiciliar mensal, internações, consultas médicas, dificuldade/incapacidade para atividades de vida diária, presença de sintomas depressivos e ansiosos e queixa de insônia.

BORIM et al. (2014) avaliaram associação entre autoavaliação negativa (ruim/muito ruim) de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas em idosos (≥ 60 anos) em Campinas, São Paulo, Brasil, em 2008 e 2009. A maior prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi associada aos indivíduos que nunca estudaram, naqueles com menor escolaridade e com renda familiar per capita mensal inferior a um salário mínimo. Tiveram, também, pior autoavaliação de saúde aqueles com pontuação igual ou maior a cinco no indicador de saúde física (doenças crônicas, sinais e sintomas físicos, limitação funcional), cinco ou mais no Self Reporting Questionnaire 20 e os que não referiram sentimento de felicidade todo o tempo.

CARDOSO et al. (2014) mediram a prevalência da autoavaliação de ruim/péssima e os fatores associados em 573 idosos (60 anos ou mais) residentes na zona urbana do município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, entre dezembro de 2011 a março de 2012. Os fatores que se mantiveram associados a autoavaliação de saúde ruim/péssima foram renda, número de morbidades (duas ou mais) e incontinência urinária.

OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA (2014) compararam as desigualdades de cor / raça na saúde de 18.684 idosos brasileiros com 65 anos ou mais, incluídos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 (PNAD 2008), que autorreferiram sua cor/raça como branca, parda ou preta. Estimaram-se associações da cor/raça com autoavaliação do estado de saúde, incapacidade funcional e com o número de doenças crônicas em análises de regressão brutas e ajustadas. Na análise ajustada, a cor/raça parda associou-se positivamente com pior estado de saúde autorreferido (regular, ruim e muito ruim). Unindo-se pardos e pretos (negros), manteve-se a maior chance de os negros autorreferirem pior estado de saúde.

MANTOVANI et al. (2015) identificaram relações entre autoavaliação negativa da saúde (regular, ruim e muito ruim), variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde em idosos de 65 anos e mais, sem déficit cognitivo sugestivo de demência, residentes em Belém (n=571) e em Campinas (n=676), cidades com diferentes condições de desenvolvimento econômico, que integraram um estudo multicêntrico sobre fragilidade (Estudo Fibra Unicamp, 2008-2009). As análises mostraram que, em ambas as cidades, autoavaliação negativa de saúde associou-se com baixa escolaridade, três ou mais doenças crônicas e déficits visuais. Em Belém, também, foram observadas associações adicionais com fadiga, três ou mais sinais e sintomas (incontinência urinária, incontinência fecal, problemas de memória, perda de peso não intencional, quedas, fraturas, problemas para mastigar e engolir e problemas de sono) e uso de serviços públicos de saúde; em Campinas, associou-se, também, com sintomas depressivos.

BELÉM et al. (2016) estudaram a associação entre autoavaliação negativa (regular e má) do estado de saúde e variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde em 420 idosos, 60 anos ou mais, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Campina Grande, Paraíba, Brasil, entre agosto de 2009 e dezembro de 2010. Houve associação positiva entre autoavaliação negativa do estado de saúde e idosos com duas ou três doenças crônicas, quatro ou mais doenças crônicas (hipertensão arterial, problema cardíaco, osteoporose, embolia/derrame, artrite/ artrose/reumatismo, diabetes, doença crônica pulmonar e câncer), grau leve de dependência, dependência moderada e entre os casados.

ANTUNES et al. (2018) descreveram a prevalência da autoavaliação de saúde (ruim ou muito ruim) em idosos, com 60 anos ou mais, não asilados vivendo na cidade de São Paulo/SP, Brasil, em 2010. Além disso identificaram se persistiam as desigualdades sociais anteriormente relatadas para esta condição em 2000 e 2006. Foram realizadas três perguntas de autoavaliação

de saúde: uma sobre a condição atual (boa / muito boa, regular e ruim/muito ruim) outra sobre a comparação com a condição das demais pessoas da mesma idade (melhor, igual e pior), e a seguinte sobre a comparação consigo mesmo no ano anterior da pesquisa (melhor, igual e pior). Dos 1344 idosos participantes da pesquisa, 7,8% relataram autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim em 2010, proporção equivalente à dos que se consideraram em pior condição de saúde que as demais pessoas de mesma idade (8,7%). Apesar disso, foi mais elevada a prevalência de idosos que relataram piora em relação ao ano anterior: 29,2% - esses dados foram análogos se comparados aos anos anteriores (2000 e 2006). A prevalência de autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim associou-se diretamente com piores indicadores de renda, escolaridade e classes de consumo, independentemente da pergunta utilizada. Também, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, grupos etários e categorias de cor da pele preta.

SANTOS et al. (2018) verificaram a associação de indicadores sociodemográficos, de saúde e funcionalidade com a autoavaliação negativa da saúde (ruim e péssima) em 401 idosos, ≥ 60 anos, do município de Diamantina / Minas Gerais, Brasil, em 2008. As variáveis que apresentaram associação significativa com a autoavaliação negativa da saúde foram: idade de 80 anos e mais, recurso financeiro insuficiente, histórico de quedas, hipertensão, doença neurológica, doença osteomioarticular, depressão, tempo de doença maior de 12 anos, uso de prótese dentária, tempo igual e maior a 10 segundos para realização do Timed up & go, incapacidade em duas ou mais atividades de vida diária e autorrelato de sentir menos energia.

3.2.4 Desafios da autoavaliação do estado de saúde em idosos

No tocante às variações entre os estudos quanto à formulação da pergunta e as opções de resposta, bem como categorização para a variável independente autoavaliação de saúde, aponta-se a necessidade de sistematização das mesmas a fim de possíveis comparações dentro e entre países. Sugere-se a padronização das perguntas e respostas de pesquisa sobre autoavaliação das condições de saúde para os idosos, já que essas informações possibilitarão conhecer, acompanhar e comparar resultados para orientar a tomada de decisão no tangente a formulação de políticas públicas sociais mais específicas às reais necessidades desse grupo

etário, a fim de possível minimização do impacto de fatores negativos na vida e saúde dos idosos, garantindo, assim, maior qualidade de vida.

A heterogeneidade dos fatores associados a autoavaliação ou autopercepção das condições de saúde negativa indica que a saúde dos idosos é definida por determinantes sociais e de saúde que se assemelha ao conceito ampliado de saúde (PAGOTTO et al., 2013).

A autoavaliação do estado de saúde negativa em idosos tem caráter multidimensional e complexo, com consistência em estudos nacionais e internacionais, abrangendo características sociodemográficas, comportamentais, de condições de saúde e de utilização de serviços de saúde. Esses resultados sugerem a necessidade de ações voltadas à prevenção e diagnóstico de doenças crônicas, assim como promoção e manutenção da capacidade funcional e prevenção ou tratamento de incapacidades.

As diferenças na prevalência de autoavaliação negativa das condições de saúde em idosos persistem, sinalizam indícios de desigualdades e iniquidades pluridimensional, entre eles, a saber: cor da pele / raça, apesar da maioria dos estudos, com a temática em questão, não darem ênfase a esta variável, o que pode ser compreendido como prática de racismo de natureza inconsciente, fruto do racismo estrutural e institucionalizado.

Por fim, acreditamos que este estudo poderá contribuir para o Estado da Arte das desigualdades raciais das condições sociais e de saúde da população negra, principalmente, idosos pardos e pretos.



4 JUSTIFICATIVA

As desigualdades raciais nas condições de saúde das populações permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação racial (LEAL, GAMA e CUNHA, 2005). No Brasil, a discussão sobre diferenças raciais nas condições sociais e de saúde com foco no idoso ainda é incipiente e escassa (SOUZA et al., 2012; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014; SILVA et al., 2018).

Segundo KRIEGER (2000), as desigualdades raciais em saúde como reflexo dos efeitos da discriminação podem ser medidas de forma indireta a partir da comparação, através das diferenças nos resultados de saúde entre grupos raciais. Nesse contexto, o inquérito de saúde do município de São Paulo 2015 apresenta condições adequadas para estudar estes assuntos (CESAR et al., 2005; SÃO PAULO, 2017).

As pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil tendem, em sua maioria, a privilegiar 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 (COIMBRA JR e SANTOS, 2000), visto que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Além disso, as pesquisas mostram desigualdades no perfil de saúde entre as regiões do país e entre diferentes segmentos de classe social, mas poucas associam à inserção social desqualificada / desvalorizada da população negra na sociedade e nos indicadores de saúde (BARROS, 1997).

A PNSIPN e a literatura científica priorizam, em seus objetivos, a existência de doenças de maior prevalência na população negra em virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuam conjuntamente com fatores ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na mortalidade: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial e diabetes mellitus. Também, a atenção às crianças, gestantes, HIV/AIDS, e procedimentos anestésicos. Por outro lado, ainda que a PNSPI trace diretrizes e estratégias de ações necessárias para o envelhecimento saudável, respeito à autonomia e promoção do exercício da cidadania dos idosos brasileiros, não se enfatiza os diferenciais necessários para lidar com as particularidades de grupos populacionais, desconsiderando a existência da miscigenação das raças e das etnias para a formação de grupos sociais dentro da sociedade brasileira (BRASIL, 2017b; CUNHA, 2012). Assim, este estudo poderá contribuir para novas tomadas de decisão quanto às políticas públicas sociais, adequada capacitação dos profissionais de saúde, entre outros, e para ações de intersetorialidade.



5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as desigualdades das condições sociais e de saúde em idosos não institucionalizados do município de São Paulo sob a perspectiva da autodeclaração da cor da pele / raça.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a distribuição dos idosos, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e de uso e acesso aos serviços de saúde, sob o panorama da cor da pele (branca, parda e preta).

Avaliar a associação entre cor da pele / raça e as condições sociais e de saúde em idosos.

Comparar a distribuição dos idosos, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de condições de saúde, sob o cenário da autoavaliação do estado de saúde.

Identificar fatores determinantes da autoavaliação negativa do estado de saúde de idosos, considerando a categoria cor da pele / raça.



6 MÉTODOS

6.1 INQUÉRITO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 2015 (ISA - CAPITAL - SP 2015)

O ISA-Capital-SP-2015 é um estudo de base populacional e domiciliar de corte transversal, realizado a partir de entrevistas domiciliares da população residente no Município de São Paulo (MSP), cujo objetivo foi avaliar o estado de saúde dos munícipes, segundo suas condições de vida, abordando aspectos referentes a estilo de vida, morbidades agudas e crônicas, práticas preventivas e uso de serviços de saúde (CESAR et al., 2005; SÃO PAULO, 2017).

O inquérito foi financiado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e realizado conjuntamente por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública (FSP) e Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP) (SÃO PAULO, 2017).

Para a coleta de dados do ISA-Capital-SP-2015 foi utilizado um questionário estruturado em blocos temáticos que abordam as condições de vida, morbidade referida, doenças crônicas, utilização de serviços de saúde e estilo de vida, com a maioria das questões fechadas. Este questionário foi aplicado diretamente à pessoa sorteada, ou, ao seu responsável, garantindo maior confiabilidade das informações (SÃO PAULO, 2017).

Os domicílios foram visitados por entrevistadores que tinham, pelo menos, o segundo grau completo, tendo passado por treinamento para realizar a coleta de dados e sendo monitorados e avaliados por supervisores de campo. A consistência das informações foi verificada pelos supervisores de campo, que refizeram 10% das entrevistas por telefone. Os entrevistadores portavam um *tablet* com um *software* desenvolvido especificamente para a realização do inquérito, e todos os moradores eram identificados e, a partir dessa identificação, o *software* indicava quais grupos dentre os domínios demográficos deveriam ser entrevistados no respectivo domicílio. Após a identificação, todos os moradores que pertenciam aos grupos de interesse e concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram entrevistados através do questionário previamente validado (SÃO PAULO, 2017).

A população do estudo consistiu em pessoas com 12 anos ou mais, residentes em área urbana do município, em domicílios particulares permanentes que constam em listagens do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que responderam ao questionário (entre capacitados e dispostos a responder). Tal recorte traz as limitações de não contemplar a faixa etária em menores de 12 anos, residentes em área rural, ou, que não residam em domicílios permanentes, ou, que não constem no sistema de referência (ALVES et al., 2018).

A amostragem do ISA-Capital-SP-2015 foi por conglomerados e estratificada em dois estágios. Os estratos foram definidos, segundo às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do MSP: Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. O primeiro estágio de seleção sorteou 30 setores censitários (unidade territorial coberta por um recenseador) em cada estrato e no segundo foram sorteados em média 18 domicílios em cada setor censitário (ALVES et al., 2018).

O tamanho da amostra foi definido levando em consideração os domínios geográficos (CRS) e os domínios demográficos (adolescentes de 12 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos do sexo masculino e feminino e idosos de 60 anos ou mais) para que cada CRS ficasse com, ao menos, 850 pessoas e cada casela (número de pessoas de um determinado domínio demográfico em cada domínio geográfico) ficasse ao menos com 150 pessoas, pois, com este número temos um erro de 0,1 para análises de prevalência com intervalo de confiança de 95% e nas análises com um número de 800 pessoas temos um erro de 0,05 com intervalo de 95%. Considerando a razão de pessoas por domicílio e com um acréscimo de “não resposta” e “vagos” chegou-se ao total de 2.609 domicílios a serem entrevistados para garantir 4.250 pessoas (ALVES et al., 2018).

Para ponderação foram incluídos os pesos individuais (inverso da fração amostral, ou seja, da probabilidade de inclusão de cada indivíduo na amostra), o efeito do delineamento do estudo (razão entre a variância com o processo de amostragem complexo e a variância calculada a partir de amostragem aleatória simples) (CORDEIRO, 2001) e com ajustes a taxa de resposta (produto da taxa de resposta de domicílios e taxa de respostas de pessoas dentro de cada domicílio) e a distribuição de idade e sexo do MSP a partir de dados do SEADE (Alves et al., 2018).

O questionário ISA-Capital-SP-2015 foi composto por 16 blocos temáticos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Blocos temáticos do questionário ISA - Capital - SP, 2015.

A – Relação de moradores dos domicílios
B – Folha de controle
C – Morbidade referida e deficiências C1 – Morbidade em duas semanas C2 – Doenças crônicas C3 – Problemas de saúde: queixas e sintomas C4 – Deficiências
D – Acidentes e violência D1 – Acidentes de trânsito D2 – Quedas D3 – Outro tipo de acidente D4 – Violência
E – Saúde Emocional
F – Qualidade de vida
G – Uso de serviços de saúde G1 – Uso de serviços de saúde G2 – Hospitalizações e cirurgias G3 – Planos de saúde G4 – Conhecimento e uso: SUS/Estratégia de Saúde da Família G5 – Saúde Bucal
H – Práticas preventivas H1 – Exame preventivo/Papanicolau H2 – Mamografia e exame das mamas H3 – Câncer de próstata H4 – Câncer colorretal
I – Imunização I1 – Hepatite B I2 – Rubéola – mulheres de 12 a 49 anos I3 – Gripe, pneumonia e tétano I4 – HPV – mulheres de 12 a 20 anos
J – Uso de medicamentos
K – Comportamentos relacionados à saúde K1 – Alimentação

K2 – Atividade física
K3 – Tabagismo
K4 – Consumo de bebidas
L – Características socioeconômicas
M – Características da família e domicílio
N - Características do chefe da família
O – Gastos com saúde
P – Informação sobre presença de animais

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

6.2 ASPECTOS GERAIS DO ESTUDO

A presente pesquisa utilizou dados do ISA-Capital-SP-2015. Foram incluídos no estudo, apenas, os idosos que autodeclararam sua cor da pele / raça. Foram excluídos os idosos que tiveram sua cor da pele / raça informada por terceiros, para reduzir a chance de viés de informação e classificação dessa variável e de viés de prevalência dos grupos raciais estudados.

O ISA-Capital-SP-2015 utilizou para coleta dos dados sobre o quesito "cor de pele", a classificação recomendada pelo IBGE (2000) e pela Resolução 466 (BRASIL, 2013) que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Essa aferição tem como base a resposta do indivíduo ao questionamento do entrevistador "qual sua cor de pele/raça?", sendo oferecidas as seguintes opções: branca, parda, preta, amarela ou indígena. Haja vista essa pergunta, utilizamos a variável cor da pele / raça e não raça / cor da pele como a maioria dos estudos científicos utilizam.

A cor é uma forma de classificação da raça utilizada no Brasil, ao juntarmos pardos e pretos está se falando de raça negra, ao ser usado separadamente está se falando de cor da pele (TRAVASSOS e WILLIAMS, 2004; OLIVEIRA, 2004). O Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010) reafirma a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas. Com base nessas recomendações, este estudo utilizou para classificação da variável raça a junção dos pardos e pretos, formando a raça negra.

6.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal, descritivo e analítico, de base populacional, realizado por meio da análise de dados originalmente coletados para o ISA-Capital-SP-2015.

6.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Paulo/SP, situado na região sudeste do Brasil, que, no ano de 2015, apresentou uma área total de 1.521,11 Km² e densidade demográfica de, aproximadamente, 7.614,04 hab./Km². A população residente total era constituída por 11.581.798 munícipes, sendo que, aproximadamente, 13,5% representava a população idosa, ou seja, 1.564.769 indivíduos com 60 anos ou mais, representando um Índice de Envelhecimento² de 69,3% (SÃO PAULO, 2016).

6.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

Para o desenvolvimento deste estudo, foi utilizada a amostra parcial do ISA-Capital-SP-2015, ou seja, todos os idosos de ambos os sexos com 60 anos ou mais de idade que autorreferiram sua cor da pele / raça.

6.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram selecionadas de forma a atender aos objetivos do trabalho. Todas as variáveis selecionadas foram retiradas das questões dos blocos temáticos do

² Índice de Envelhecimento: Proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos.

questionário ISA-Capital-SP-2015 (B, C (C2), F, G (G1 e G3), K (K2, K3 e K4) e L) (Quadro 2). As mesmas foram construídas a partir das próprias questões do inquérito, ou, pela (re)categorização destas questões, ou, ainda, pela associação de diferentes questões.

Quadro 2 – Blocos temáticos e utilizados no estudo. Questionário ISA - Capital - SP, 2015.

Blocos temáticos do ISA 2015	Blocos utilizados no estudo
A – Relação de moradores dos domicílios	
B – Folha de controle	X
C – Morbidade referida e deficiências C1 – Morbidade em duas semanas C2 – Doenças crônicas C3 – Problemas de saúde: queixas e sintomas C4 – Deficiências	X
D – Acidentes e violência D1 – Acidentes de trânsito D2 – Quedas D3 – Outro tipo de acidente D4 – Violência	
E – Saúde Emocional	
F – Qualidade de vida	X
G – Uso de serviços de saúde G1 – Uso de serviços de saúde G2 – Hospitalizações e cirurgias G3 – Planos de saúde G4 – Conhecimento e uso: SUS/Estratégia de Saúde da Família G5 – Saúde Bucal	X X
H – Práticas preventivas H1 – Exame preventivo/Papanicolau H2 – Mamografia e exame das mamas H3 – Câncer de próstata H4 – Câncer colorretal	
I – Imunização I1 – Hepatite B	

I2 – Rubéola – mulheres de 12 a 49 anos	
I3 – Gripe, pneumonia e tétano	
I4 – HPV – mulheres de 12 a 20 anos	
J – Uso de medicamentos	
K – Comportamentos relacionados à saúde	
K1 – Alimentação	
K2 – Atividade física	X
K3 – Tabagismo	X
K4 – Consumo de bebidas	X
L – Características socioeconômicas	X
M – Características da família e domicílio	
N - Características do chefe da família	
O – Gastos com saúde	
P – Informação sobre presença de animais	

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Com base na literatura foram selecionadas da base de dados do ISA-Capital-SP-2015, para análise, as variáveis referentes aos possíveis desfechos associados às desigualdades das condições sociais e de saúde em idosos sob a perspectiva racial, entre elas, a saber: as demográficas, sociais, econômicas, comportamentais, uso e acesso a serviços e condições de saúde que foram agrupadas em blocos temáticos, apresentados nos quadros abaixo (Quadro 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9). Ressalta-se que as variáveis dependentes e independentes se repetem, nos quadros, afim de alcançar os objetivos específicos propostos (múltiplos desfechos).

Quadro 3 – Variáveis dependentes relativas as condições sociais dos idosos para múltiplos desfechos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Escolaridade – L 16	0 – 9 anos ≥ 10 anos
Renda – L 30	< 1 Salário Mínimo ≥ 1 Salário Mínimo
Plano de saúde privado (particular / não SUS) – G3 01	Sim Não
Local do último atendimento de saúde - G1 10	Privado Particular

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Quadro 4 – Variáveis dependentes relativas as condições de saúde dos idosos para múltiplos desfechos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Autoavaliação de saúde – F1 01	Excelente / muito boa / boa Regular / ruim / muito ruim
Hipertensão arterial – C2 01	Sim Não

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Quadro 5 – Variáveis independentes relativas as condições demográficas dos idosos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Cor / raça – L 01	Cor branca / raça branca Cor Parda / raça negra Cor Preta / raça negra Outras – Cor amarela / raça amarela; Cor vermelha / raça vermelha
Sexo – B 08	Masculino Feminino
Faixa etária – B 07	60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos e mais
Estado conjugal – L 10	Sim Não

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Quadro 6 – Variáveis independentes relativas as condições socioeconômicas dos idosos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Escolaridade – L 16	0 – 9 anos ≥ 10 anos
Renda – L 30	< 1 Salário Mínimo ≥ 1 Salário Mínimo
Trabalha atualmente – K2 01	Sim Não

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Quadro 7 – Variáveis independentes relativas as condições comportamentais dos idosos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Atividade física atual – K2 10	Sim Não
Tabagismo – K3 01	Nunca fumou Já fumou / fuma
Ingestão de álcool – K4 03	Nunca bebeu Já bebeu / bebe

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Quadro 8 – Variáveis independentes relativas as condições de saúde dos idosos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Hipertensão arterial – C2 01	Sim Não
Diabetes – C2 02	Sim Não
Doença do aparelho circulatório (angina – C2 03a; infarto do miocárdio – C2 04a; arritmia cardíaca – C2 05a; outra doença do coração – C2 06a; varizes – C2 16a; acidente vascular cerebral ou derrame – C2 17a e outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea – C2 18a)	Sim Não
Doença do aparelho respiratório (asma ou bronquite asmática – C2 10a; enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica – C2 11a; rinite – C2 12a; sinusite crônica – C2 13a e outra doença do pulmão – C2 14a)	Sim Não
Doença do aparelho musculoesquelético (artrite, reumatismo ou artrose – C2 08a; osteoporose – C2 09a; doença de coluna ou problema de coluna – C2 20a e tendinite, lesão por esforço repetitivo ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho – C2 15a)	Sim Não
Doença emocional ou mental (problema emocional ou mental como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia ou algum outro – C2 21a)	Sim Não
Câncer – C2 07a	Sim Não

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Quadro 9 – Variáveis independentes relativas ao uso e acesso aos serviços de saúde dos idosos. ISA - Capital - SP, 2015.

Variável	Categorias de variação
Plano de saúde privado– G3 01	Sim Não
Local do último atendimento de saúde - G1 10	Privado Particular

Fonte: ISA-Capital-SP-2015

Os desfechos foram estudados de duas formas. A primeira delas diz respeito à abordagem de múltiplos desfechos sociais (socioeconômicos e uso e acesso de serviços de saúde) e de saúde (condições de saúde). A segunda forma da avaliação diz respeito a avaliação global de saúde do próprio idoso e foi referenciada pela pergunta direta sobre a autoavaliação de saúde.

A autoavaliação do estado global de saúde apresentou duas categorias de resposta: positiva (excelente, muito boa, boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim). Para o cálculo do número de doenças e condições crônicas foram somadas todas aquelas pesquisadas pelo ISA-Capital-SP 2015, incluídas no quadro 8. O número de doenças e condições crônicas apresentou duas categorias (sim e não).

A variável explicativa principal foi a cor/raça autodeclarada dos idosos categorizada em branca, preta e parda. No ISA-Capital-SP 2015, os entrevistados foram estimulados a referirem sua cor da pele como *proxy* da raça. Assim, o quesito cor da pele / raça revela com qual grupo racial os indivíduos se identificam (ARAÚJO et al., 2010; TRAVASSOS e WILLIAMS, 2004).

Para esta pesquisa, as covariáveis para o desfecho das condições sociais e de saúde as covariáveis foram demográficas (sexo, idade em anos e estado conjugal), socioeconômicas (renda e escolaridade), condições de saúde (autopercepção de saúde, hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, respiratório, musculoesquelético, emocional ou mental e câncer), e uso e acesso a serviços de saúde (plano de saúde e local do último atendimento de saúde). Para o desfecho da autoavaliação do estado global de saúde foram demográficas (sexo, idade em anos, estado conjugal), socioeconômicas (renda, escolaridade em

anos, trabalha atualmente e plano de saúde), comportamentais (atividade física atual, tabagismo e ingestão de álcool) e de condições de saúde (hipertensão arterial, diabetes, doenças do aparelho circulatório, respiratório, musculoesquelético e emocional ou mental).

6.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados tiveram suas respostas agrupadas e apresentadas em tabelas. A distribuição dos participantes, segundo as variáveis dependentes do estudo (condições sociais e de saúde e autoavaliação do estado global de saúde), foi descrita e analisada de modo categórico. As demais variáveis, também, foram categorizadas para fins de descrição e análise quanto à associação entre sua distribuição e o desfecho de interesse do estudo.

Com base nesses procedimentos, procurou-se identificar os fatores associados às desigualdades das condições sociais e de saúde e autoavaliação de saúde dos idosos, segundo cor da pele / raça, por meio da análise de regressão de Poisson (BARROS e HIRAKATA, 2003), considerando os pesos amostrais e o plano complexo da amostragem (por setores censitários) para os idosos residentes na cidade de São Paulo / SP (PORTO ALVES e SILVA, 2007).

Inicialmente, o estudo de associação dos fatores de desigualdades com a variável de desfecho empregou-se através de análise bruta, sem ajuste multivariável. A análise de associação não ajustada entre a variável dependente e as independentes foi verificada por meio do Teste de Qui-Quadrado de Rao-Scott para avaliar diferenças nas proporções estudadas (RAO e SCOTT, 1984). Posteriormente, procurou-se ajustar modelos multivariáveis, com a seleção dos fatores previamente identificados seguindo critérios de pertinência conceitual e qualidade de ajuste ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no programa STATA 14.0 2016 (Stata Corporation, College Station, TX, USA), utilizando o módulo *survey* que possibilita incorporar os efeitos do plano complexo de amostragem com estratificações e pesos relativos ao delineamento do estudo.

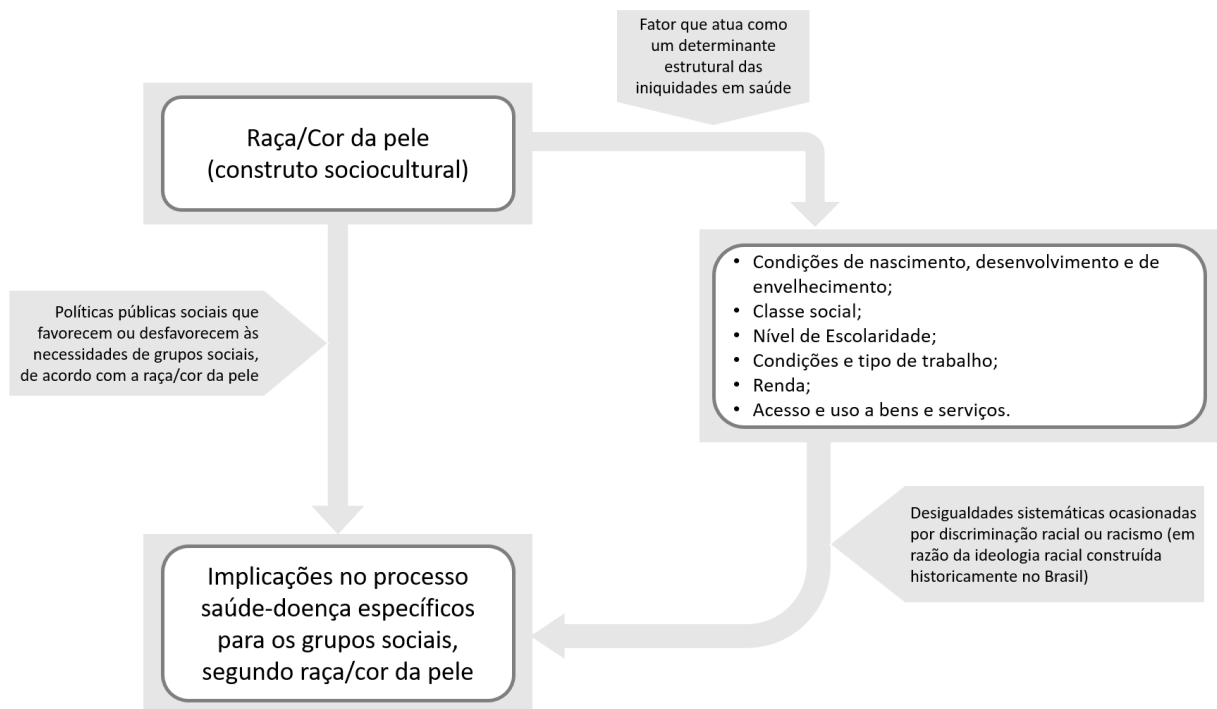
6.8 MODELO CONCEITUAL

Para este estudo, optou-se por um modelo que pudesse contextualizar as condições vividas no Brasil sob o panorama racial, tendo em vista que nesse país o racismo é velado e presente ao mesmo tempo. Assim, o marcador social raça / cor da pele foi considerado a fim de que as análises estatísticas tivessem seu ponto de partida, bem como a discussão, um referencial teórico menos influenciado, exclusivamente, por teorias que sobrepõe os marcadores sociais de classe, renda e escolaridade à raça.

Neste modelo conceitual, defendemos que as condições sociais da população negra influenciarão no modo de vida, na forma de trabalho, no processo saúde-doença e outras áreas importantes dos indivíduos. Nesse sentido, desde a concepção até o envelhecimento de uma pessoa ou de um grupo social, a cor da sua pele pode gerar condições de disparidades, poucas oportunidades de inclusão social e tratamentos desiguais seja no campo da saúde ou em áreas intersetoriais, como educação e trabalho.

Raça / cor da pele neste modelo é utilizada, não simplesmente como categoria divisória entre grupos humanos, marcada pela hereditariedade e semelhança física, mas abordada como conceito remanescente dessa visão, que ainda é orientadora da realidade. Isto é, não se trata de conceito respaldado pela ciência, mas sobrevivente nas relações cotidianas concretas (NUNES, 2014).

Figura 6.1 - Modelo conceitual sobre a influência da raça/cor da pele no processo saúde-doença no contexto da população brasileira*



* Este modelo conceitual teve como fonte para a sua elaboração a apresentação do Prof. Dr. Luís Eduardo Batista realizada no Rio de Janeiro em 2015 no Seminário “Raça, Discriminação e Saúde: Perspectivas Históricas e Contemporâneas.”

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

O banco de dados do ISA-Capital-SP 2015 foi solicitado ao coordenador responsável da pesquisa, conforme a carta de anuência (Anexo I).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o número de parecer: 3.658.676, de 23 de outubro de 2019 (Anexo 2).



7 RESULTADOS E DISCUSSÃO



7.1 ARTIGO 1

Desigualdades sociais e de saúde entre idosos brancos e negros não institucionalizados da cidade de São Paulo, Brasil

Roudom Ferreira Moura^I / Chester Luiz Galvão Cesar^{II} / Moisés Goldbaum^{III} / Maria Cecília Goi Porto Alves^{IV} / Mirna Namie Okamura^V / José Leopoldo Ferreira Antunes^{II}

I - Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Centro de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / II - Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / III - Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / IV – Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil / V - Secretaria do Município da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores determinantes das disparidades das condições sociais e de saúde em idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, não institucionalizados do município de São Paulo sob a perspectiva da autodeclaração da cor da pele / raça. Foi realizado estudo transversal, com amostra representativa de 1.017 idosos, participantes do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015 (ISA – Capital – SP 2015). A análise utilizou modelos de regressão de Poisson brutas e ajustadas, relatando a razão de prevalências (RP) e seus intervalos de 95% de confiança (IC 95%) como medida de associação entre as variáveis. Predominaram idosos brancos 63,2% (IC95%: 58,4 - 67,7). Na análise ajustada, a cor da pele parda e preta associou-se positivamente com pior escolaridade (RP = 1,49; IC95%: 1,32 – 1,69 e RP = 1,31; IC95%: 1,10 – 1,56), autoavaliação do estado de saúde negativa (RP = 1,26; IC95%: 1,01 – 1,58 e RP = 1,33; IC95%: 1,03 – 1,72), plano de saúde (RP = 1,36; IC95%: 1,16 – 1,59 e RP = 1,63; IC95%: 1,34 – 1,98) e acesso a serviço de saúde (RP = 1,28; IC95%: 1,13 – 1,46 e RP = 1,54; IC95%: 1,32 – 1,81), ambos públicos. A cor da pele preta perdeu associação com pior renda (RP = 1,19; IC95%: 0,85 – 1,67), mas associou-se com hipertensão arterial (RP = 1,32; IC95%: 1,11 – 1,56). De outro modo, a cor da pele parda não associou com hipertensão arterial (RP = 1,11; IC95%: 0,97 – 1,27), mas associou com renda (RP = 1,31; IC95%: 1,07 – 1,62). Esses dados documentam diferenças substanciais nos fatores que contribuem para as disparidades raciais para os idosos da cidade de São Paulo. Idosos pretos e pardos tiveram

menos acesso a recursos socioeconômicos, piores condições de saúde e menor acesso a serviços de saúde privados. Esses resultados são compatíveis com a hipótese de racismo estrutural na sociedade paulistana. Esses resultados podem instruir políticas sociais e de saúde dirigidas à promoção de saúde e justiça social.

Palavras-chave: Cor. Disparidades nos Níveis de Saúde; Envelhecimento; Equidade em Saúde; Idoso; Origem Étnica e Saúde; Racismo; Saúde do Idoso.

Abstract

The aim of this study was to identify the determinants of disparities in social and health conditions in elderly (≥ 60 years old), of both sexes, not institutionalized in the city of São Paulo under the perspective of self-declaration of skin color / race. A cross-sectional study was carried out, with a representative sample of 1,017 elderly people, participants in the Health Survey of the Municipality of São Paulo 2015 (ISA - Capital - SP 2015). The analysis used crude and adjusted Poisson regression models, reporting the prevalence ratio (PR) and its 95% confidence intervals (95% CI) as a measure of association between the variables. White elderly people predominated 63.2% (95% CI: 58.4 - 67.7). In the adjusted analysis, brown and black skin color was positively associated with worse schooling (PR = 1.49; 95% CI: 1.32 - 1.69 and PR = 1.31; 95% CI: 1.10 - 1.56), negative self-rated health status (PR = 1.26; 95% CI: 1.01 - 1.58 and PR = 1.33; 95% CI: 1.03 - 1.72), health plan (PR = 1.36; 95% CI: 1.16 - 1.59 and PR = 1.63; 95% CI: 1.34 - 1.98) and access to health care (PR = 1.28; 95% CI: 1.13 - 1.46 and PR = 1.54; 95% CI: 1.32 - 1.81), both public. Black skin color lost association with worse income (PR = 1.19; 95% CI: 0.85 - 1.67), but it was associated with arterial hypertension (PR = 1.32; 95% CI: 1.11 - 1.56). Otherwise, brown skin color was not associated with arterial hypertension (PR = 1.11; 95% CI: 0.97 - 1.27), but associated with income (PR = 1.31; 95% CI: 1.07 - 1.62). These data document substantial differences in the factors that contribute to racial disparities for the elderly in the city of São Paulo. Black and brown elderly people had less access to socioeconomic resources, worse health conditions and less access to private health services. These results are compatible with the hypothesis of structural racism in São Paulo society. These results can instruct health and social policies aimed at promoting health and social justice.

Keywords: Color. Disparities in Health Levels; Aging; Health Equity; Old man; Ethnic Origin and Health; Racism; Health of the Elderly.

Introdução

Desigualdades sociais e de saúde entre os estratos raciais afligem a sociedade brasileira há séculos, o que não é surpreendente, haja vista que condições injustas de vida, trabalho e saúde vêm há séculos afetando a população negra no Brasil e o país é um dos líderes mundiais em desigualdade de renda (GOES et al., 2020; VICTORA et al., 2011).

Apesar dos esforços das contemporâneas mudanças econômicas, políticas e de saúde ocorridas no Brasil; as mesmas, ainda, não foram capazes de eliminar as diferenças nas condições sociais e de saúde dos grupos raciais de idosos no país (IBGE, 2019; ARAÚJO et al., 2010; VICTORA et al., 2011).

A presença de desigualdades sociais e de saúde, entre os idosos brancos e negros sugere a complexa interação da cor da pele / raça com marcadores de posição social (CLARKE e SMITH, 2011) e reflete a distribuição desigual de proteção, fatores de risco e de agravos à saúde, que se acumulam às fases da vida até a velhice (CLARKE e SMITH, 2011; ZORZIN et al., 2011). Nesse sentido, idosos pardos e pretos (negros) permanecem em situação de iniquidade social e de saúde.

A despeito de vários estudos indicarem que em pessoas de diferentes estratos sociais e raciais o processo de envelhecimento não ocorre de modo homogêneo e semelhante (VICTORA et al., 2011; THORPE et al., 2011), permanecem dúvidas se as desigualdades sociais e de saúde podem ser atribuídas diretamente à cor da pele / raça, independentemente das disparidades socioeconômicas individuais e contextuais (ARAÚJO et al., 2010; THORPE et al., 2011).

A associação da cor da pele parda e preta / raça negra com piores condições sociais e de saúde tem sido pouco investigada entre idosos brasileiros (CHIAVEGATTO FILHO e LAURENTI, 2013; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014) e isso pode em parte ser devido à teoria da democracia racial, conceito originado na metade do século XX, que defendia que o Brasil era dotado de boas relações raciais, devido ao seu histórico de miscigenação e definições raciais imprecisas (BAILEY, 2009). À vista disso, há uma limitação atual na compreensão dos impactos das desigualdades sociais e de saúde sob a perspectiva da cor da pele / raça em idosos (CHOR e LIMA, 2005; ZORZIN et al., 2011).

O envelhecimento da cidade de São Paulo, na perspectiva da autodeclaração da cor da pele / raça ainda é pouco conhecido e não se sabe o quanto os determinantes sociais e de saúde

influenciam desfechos com estes fatores nessa população (SILVA et al., 2018). Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever os idosos não institucionalizados na cidade de São Paulo quanto a suas condições sociais e de saúde, comparando essas condições entre os estratos de cor da pele / raça.

Métodos

Este estudo utilizou dados originalmente coletados pelo Inquérito de Saúde de base populacional realizado em 2015, no Município de São Paulo (MSP) (ISA-Capital-SP 2015). O inquérito coletou informações de pessoas não institucionalizadas e que não estavam em situação de rua, residentes na área urbana do município.

Para a realização do inquérito, foi fixado como objetivo da pesquisa o estudo de aspectos referentes a três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos.

Neste estudo transversal, consideraram-se os domínios amostrais de 60 anos e mais, dos sexos masculino e feminino, correspondendo a um total de 1.019 idosos.

Processo amostral do ISA – Capital - SP 2015

Foram entrevistados 4.043 indivíduos. A amostragem foi estratificada por conglomerados, com sorteio em dois estágios: setores censitários e domicílios. O município foi estratificado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Norte, Centro-oeste, Sudeste, Sul e Leste, que constituíram estratos e foram consideradas como domínios de estudo. Foram sorteados 30 setores censitários em cada coordenadoria, baseando-se na listagem de setores urbanos do Censo Demográfico 2010. A amostra do ISA – Capital - SP 2015, também, foi formada pelos domínios: 12 a 19 anos de idade, homens adultos de 20 a 59 anos, mulheres adultas de 20 a 59 anos e idosos, homens e mulheres de 60 anos ou mais, e calculada com base em uma estimativa de prevalência de 50%, com erro de amostragem de 0,10, considerando-se um nível de 95% de confiança e um efeito de delineamento de 1,5.

Em cada setor sorteado foi elaborada uma listagem de endereços contendo todos os imóveis existentes. A partir dessa listagem, foram sorteados conjuntos de domicílios de

tamanhos suficientes para a realização das quantidades previstas de entrevistas em cada um dos domínios. Ressalta-se que dentro dos domicílios não houve sorteio.

O aplicativo utilizado para coleta de dados indicava os endereços dos domicílios sorteados em cada setor censitário e quais os domínios demográficos a serem pesquisados em cada domicílio. Todos os moradores de um domicílio sorteado que pertencessem ao domínio indicado eram convidados para as entrevistas.

Todos os domicílios sorteados foram visitados pelo menos três vezes, tanto para obtenção de informações sobre os moradores da residência quanto para obtenção das entrevistas com pessoas elegíveis no domicílio.

Para fins de inferência estatística, cada indivíduo da amostra foi associado a um peso amostral. O peso final calculado teve três componentes: peso de delineamento, que leva em conta as frações de amostragem das duas etapas de sorteio, a de setor censitário e a de domicílio; ajuste de não resposta, que leva em conta as taxas de resposta observadas e, finalmente, a pós-estratificação, que ajusta a distribuição da amostra por sexo, faixa etária e CRS de residência, de acordo com a distribuição da população no MSP estimada para 2015 pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo. Com relação às perdas, considerou-se um percentual de 26% para corrigir os efeitos de não resposta.

Maiores detalhes sobre metodologia, processo amostral e questionário foram relatados por ALVES et al. (2018) e estão disponíveis em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf e https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/isacapitalsp/index.php?p=216392.

Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondido diretamente pelos idosos sorteados ou existentes no domicílio.

As variáveis de desfechos foram socioeconômicas (escolaridade - até nove anos de estudo e 10 ou mais anos de estudo e renda mensal – menos de um salário mínimo e igual, e

um ou mais salários mínimos), condições de saúde (autoavaliação de saúde - positiva (excelente / muito boa, boa) e negativa (regular, ruim ou muito ruim) e hipertensão arterial – sim e não) e uso e acesso de serviços de saúde (plano de saúde – público e privado e local do último atendimento de saúde – público e privado).

Como fatores, foram levantadas características demográficas: cor da pele / raça – variável de análise (segundo as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: branca, parda, preta, amarela e indígena), sexo (masculino e feminino), idade (60 a 69, 70 a 79 e igual ou maior que 80 anos) e situação conjugal (com cônjuge – casado no civil ou religioso, vive em união conjugal estável ou vive junto; e sem cônjuge – solteiro, separado, desquitado ou divorciado e viúvo).

Foram ainda estudadas as seguintes condições autorreferidas de saúde: autoavaliação de saúde (excelente, muito boa e boa e regular, ruim e muito ruim), hipertensão arterial (sim e não), diabetes mellitus (sim e não), doença do aparelho circulatório (angina; infarto do miocárdio; arritmia cardíaca; outra doença do coração; varizes; acidente vascular cerebral ou derrame e outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea) - (sim e não), doença do aparelho respiratório (asma ou bronquite asmática; enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica; rinite; sinusite crônica e outra doença do pulmão) - (sim e não), doença do aparelho musculoesquelético (artrite, reumatismo ou artrose; osteoporose; doença de coluna ou problema de coluna e tendinite, lesão por esforço repetitivo ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho) - (sim e não) e doença emocional ou mental (problema emocional ou mental como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia ou algum outro) - (sim e não).

Análise de dados

Para as análises deste estudo, foram produzidas estimativas de prevalências e dos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As associações entre as variáveis independentes e os grupos de cor da pele / raça foram analisadas pelo teste de Qui-quadrado de Rao-Scott, que leva em consideração o desenho complexo da amostra.

A associação entre os desfechos socioeconômicos, condições de saúde e uso e acesso de serviços de saúde e os fatores de ordem demográfica e socioeconômica foi estudada por meio

da razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, estimada por análise de regressão simples e múltipla de Poisson (BARROS e HIRAKATA, 2003; COUTINHO et al., 2008).

Para a construção de modelos com múltiplas variáveis, empregou-se técnica proposta por VICTORA et al., 1997 para integrar a estrutura conceitual aos ajustes de regressão. Segundo essa estrutura conceitual, as características demográficas foram consideradas distais em relação às condições socioeconômicas, e a escolaridade foi considerada distal em relação a renda e às demais variáveis de condições de saúde e de uso e acesso a serviços de saúde. De modo geral, a escolaridade é obtida em períodos progressivos da vida dos idosos e influencia sua condição atual de renda, ocupação e consumo (GRZYWACZ, 2000). Desse modo, na análise de regressão de Poisson com múltiplas variáveis, as razões de prevalências envolvendo condições socioeconômicas, de saúde e de uso e acesso de serviços de saúde foram ajustadas pelas características demográficas (sexo e idade) incluídas nos modelos e por socioeconômicas (renda e escolaridade).

A análise estatística utilizou o software Stata 14.0 2015 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA). Especificamente, a análise estatística empregou o módulo *survey* (*svy*) do Stata, que permite incorporar na análise as características relativas ao delineamento complexo da amostra: estratificação desproporcional das unidades amostrais primárias e secundárias, e atribuição dos pesos de amostragem.

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer de nº 3.658.676, de 23 de outubro de 2019. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 1.019 idosos entrevistados, dois foram excluídos por não terem preenchido a autodeclaração da cor da pele / raça. À vista disso, a amostra final foi composta por 1.017 idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, com idade mediana de 68 anos (mínima: 60 / máxima: 95). Assim, tendo em vista o peso amostral, a amostra final representou 1.598.162 idosos da cidade de São Paulo.

Verificou-se que 63,2% (IC95%: 58,4 - 67,7) dos idosos autodeclararam-se brancos, 21,4% (IC95%: 17,9 - 25,4) pardos e 7,3% (IC95%: 5,5 - 9,6) pretos.

Entre todos os idosos analisados, a minoria referiu 10 anos ou mais de escolaridade, possuir renda mensal menor que um salário mínimo e autoavaliaram seu estado de saúde como regular, ruim e muito ruim. A maior proporção afirmou apresentar hipertensão arterial, não ter plano de saúde privado e último atendimento de saúde em serviço público (Tabelas 1, 2 e 3).

Para os dois grupos raciais investigados, as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), considerando-se o efeito do desenho, foram: 1. características demográficas – idade; 2. condições socioeconômicas – renda mensal e escolaridade; 3. condições de saúde – autoavaliação de saúde e hipertensão arterial e 4. uso e acesso a serviços de saúde – plano de saúde e local do último atendimento (Tabelas 1, 2 e 3). Os resultados evidenciaram um cenário mais favorável ao envelhecimento entre idosos de cor da pele / raça branca em comparação com aqueles de cor da pele / raça parda ou preta / negra.

As mulheres predominaram nos dois grupos raciais avaliados. Observou-se que, entre os idosos, foi relativamente pouco elevada a proporção dos pardos que eram longevos (≥ 80 anos) e a maioria dos pretos eram solteiros, separados, desquitados ou divorciados e viúvos. Mais de 75% dos idosos pardos e pretos referiram ter nenhum, ou, até nove anos de escolaridade, sendo que entre estes 40% ou mais recebiam menos de um salário mínimo mensal (Tabela 1).

Neste estudo, a prevalência de autoavaliação do estado de saúde e hipertensão arterial entre os idosos diferiu de modo estatisticamente significativo nos grupos raciais analisados ($p \leq 0,05$). A prevalência de autoavaliação de saúde regular, ruim e muito ruim e a da hipertensão arterial foi maior entre pardos e pretos (Tabela 2).

A prevalência de uso e acesso a serviços de saúde entre os idosos deste estudo diferiu significativamente nos grupos raciais avaliados ($p < 0,001$). A prevalência de plano de saúde, bem como o local do último atendimento de saúde em serviço, ambos privados, foi maior entre os idosos brancos (Tabela 3).

A Tabela 4 sintetiza o estudo de associação entre as três medidas de desfecho (socioeconômico, condições de saúde e uso e acesso de serviços de saúde) e os fatores sociodemográficos de interesse entre os idosos, segundo a perspectiva racial. Na análise bruta, idosos pardos e pretos tiveram maior prevalência de desigualdade social e de saúde em relação aos brancos. A prevalência de pior situação socioeconômica no tangente a menor escolaridade foi de 43% nos pardos e 33% nos pretos. Também, 49% dos pardos recebiam renda menos elevada. Em relação às condições de saúde, a prevalência de autoavaliação de saúde regular, ruim ou muito ruim foi maior nos idosos pardos (38%) e pretos (43%). Além disso, a prevalência da hipertensão arterial nos idosos pretos foi maior (33%). Para o desfecho de uso e acesso de serviços de saúde, a prevalência de plano de saúde público foi maior em idosos pardos (59%) e pretos (80%). A maior prevalência do último atendimento de saúde em serviço público foi de 50% nos pardos e 68% nos pretos.

Após ajuste pelos fatores de confusão, de modo geral, as prevalências foram atenuadas. No entanto, a cor da pele parda e preta (raça negra) permaneceu positivamente associada às condições sociais e de saúde. Os idosos negros apresentaram piores condições de escolaridade (pardo e preto) e renda (pardo); autoavaliação de saúde regular, ruim ou muito ruim (pardo e preto) e hipertensão arterial (preto); menos acesso a plano e serviços privados de saúde (pardo e preto) do que os brancos (Tabela 4).

Discussão

Os resultados desse estudo apontam a presença de desigualdades sociais e de saúde entre os estratos sociais de idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo em 2015. Idosos negros comparados aos brancos predominam nos piores estratos socioeconômicos, de condições de saúde e de uso e acesso a serviços de saúde.

Entre os idosos analisados, há diferenças importantes nas estimativas de fatores de risco e proteção, revelando que o envelhecimento entre os negros ocorre em contexto de significativas desigualdades, as quais podem decorrer de direitos sociais negados ao longo dos ciclos de vida e que repercutem nas condições gerais atuais, causados pelo racismo estrutural brasileiro (OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014; SILVA et al., 2018).

O racismo pode assumir muitas formas, desde interações pessoais até condições e práticas institucionais e estruturais. No entanto, o racismo estrutural, que existe no Brasil desde o início do século XVI para o prejuízo de negros, operou continuamente como possível fator causal e de risco para as distinções raciais sociais e de saúde, conforme os desfechos descobertos nesta análise (LIMA, 2021).

Neste estudo ficou constatado que em relação aos idosos brancos, os negros enfrentam desvantagens significativas no que diz respeito à realização educacional. A importância das desigualdades educacionais entre os estratos raciais reside no fato de que os negros estiveram prejudicados no que diz respeito às diversas possibilidades de inclusão social e acesso aos serviços de saúde, da comunicação com os profissionais de saúde, da consequente efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças, bem como no que se refere aos processos de resignificação, por parte da população, das noções de promoção da saúde e doença.

Outros estudos realizados no Brasil (SILVA et al., 2018; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014) e nos Estados Unidos (THORPE et al., 2011; HOWARD et al., 2006), apresentaram resultados análogos aos nossos sobre os diferenciais de educação e raça em idosos.

A associação entre renda e classificação da cor da pele / raça entre os idosos também é uma importante disparidade observada neste estudo. Os idosos da cor da pele parda apresentaram pior condição socioeconômica. No Brasil, os negros estão mais representados nos indicadores sociais negativos, como atividade no mercado de trabalho informal, o que limita o acesso a direitos básicos como a remuneração pelo salário mínimo e a aposentadoria (IBGE, 2019).

No Brasil (SILVA et al., 2018; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014) e em outros países, como o Estados Unidos (CLARKE e SMITH, 2011; THORPE, et al., 2011; FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2010; HOWARD et al., 2006) e Inglaterra (CLARKE e SMITH, 2011), as estimativas de idosos negros no pior status

socioeconômico também são congruentes às observadas neste estudo, indicando a sobreposição de idosos negros especialmente entre os pobres e de baixa escolaridade.

Os resultados desta pesquisa fornecem novas evidências de disparidades raciais significativas nos indicadores de estado de saúde e corrobora com a literatura nacional (ANTUNES et al., 2018; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014) e internacional (NG et al., 2014; SPENCER et al., 2009; DO et al., 2008) ao afirmar que idosos negros referem pior autoavaliação de saúde em relação aos brancos.

Neste trabalho, os idosos pretos apresentaram associação positiva e independente com hipertensão arterial sistêmica autorreferenciada, quando comparados aos idosos brancos. Resultados análogos têm sido relatados por outros estudos no Brasil (SANTOS e CUNHA, 2018; SILVA et al., 2018; MALTA et al., 2017; MENEZES et. al., 2016; PIMENTA et al., 2015), Canadá (LEENEN et al., 2010; VEENSTRA, 2013) e Estados Unidos (HOWARD et al., 2017).

Na literatura nacional e internacional, a maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população negra está, possivelmente, relacionada à diáspora africana, predisposição genética, às desigualdades sociais, ao menor acesso aos serviços de saúde, à escassez de informação sobre prevenção de agravos e promoção da saúde e ao estresse devido ao racismo (MALTA et al., 2017; DANIEL E ROTIMI, 2003; LESSA, 2001).

No que se refere ao uso e acesso aos serviços de saúde, observou-se que os idosos pardos e pretos comparados aos brancos prevaleceram com elevada dependência exclusiva do sistema público de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS). Idosos pardos e pretos, em comparação aos brancos, possuíam menos acesso a plano de saúde privado bem como utilizaram menos o sistema de saúde suplementar, o que pode ser explicado pela situação socioeconômica dos mesmos. Nossos resultados confirmam pesquisas anteriores que identificam fortes disparidades raciais no uso e acesso aos serviços de saúde do Brasil (OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014).

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Deve-se ressaltar a principal delas que reside no fato do ISA-Capital – SP 2015 não ter sido delineado para analisar a variável cor da pele / raça / racismo. No entanto, sua base de dados representa oportunidade importante para a verificação das desigualdades sociais e de saúde em nosso meio. Os resultados deste estudo foram obtidos por uma amostra representativa e probabilística da

população idosa do município de São Paulo, o que é suficiente para permitir estimativas de boa precisão para tal população (LIMA-COSTA et al., 2011). Além disso, neste trabalho, só foram incluídos idosos que autorreferiram sua cor da pele / raça nas categorias recomendadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), reduzindo a influência de viés de informação na classificação das categorias raciais.

Outra limitação digna de nota é que na análise dos dados do ISA-Capital – SP 2015, é possível a ocorrência de viés de prevalência e de sobrevivência, uma vez que idosos de pior status socioeconômico apresentam menor sobrevida (THORPE et al., 2011; FREITAS e GARCIA, 2012; BHARMAL et al., 2012). Isso levaria a viés de seleção dos idosos que compõem os grupos raciais mais vulneráveis.

Conclusão

A despeito de algumas exceções, idosos procedentes de minoria racial tiveram maior prevalência de resultados adversos nos indicadores sociais e de saúde. Esse fenômeno pode ser considerado por conta do racismo que sempre se fez presente, mas não de forma explícita e mensurável nas interações estatísticas no Brasil.

Os resultados apontaram para as desigualdades raciais sociais e de saúde entre os idosos do município de São Paulo, indicando que os pretos e pardos formam um grupo vulnerável e vivenciam o envelhecimento em sobreposição de riscos.

Apesar das controvérsias sobre a questão racial no Brasil, a variável cor da pele / raça explicou parcialmente as condições sociais e de saúde dos idosos. Todavia, outras desigualdades socioeconômicas relacionadas à escolaridade e renda tiveram efeito mais importante nas condições de saúde e no uso e acesso de serviços de saúde dos idosos avaliados.

Contudo, essas desigualdades raciais se revelam um desafio para sistemas de políticas sociais baseados em princípios de equidade e inseridos em contexto de rápida transição demográfica e epidemiológica, estimulando-se o uso da variável cor da pele / raça nas análises de saúde de idosos no Brasil, tendo em vista a importância de ações programáticas de promoção

da saúde para os estratos socioeconômicos mais carentes, com o intuito de propiciar a modificação de sua pior condição racial social e de saúde.

Colaboradores

Roudom Ferreira Moura - concebeu o estudo, revisou a literatura, participou da análise e interpretação dos dados e redigiu o manuscrito.

Chester Luiz Galvão Cesar / Moisés Goldbaum / Maria Cecília Goi Porto Alves - participou da análise e revisou o manuscrito.

Mirna Namie Okamura - participou da análise e interpretação dos dados e revisou o manuscrito.

José Leopoldo Ferreira Antunes - concebeu o estudo, revisou a literatura, participou da análise e interpretação dos dados e redigiu o manuscrito.

Referências

Alves MCGP, Escuder MML, Goldbaum M, Barros MBA, Fisberg RM, Cesar CLG. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. Rev Saúde Pública. 2018;52(81):1-12.

Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. Rev bras epidemiol. 2018;21(Suppl 2):e180010.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Batista A, Oliveira LOA. The use of the race/color variable in public health: possibilities and limitations. Interface. 2010;5(n. Spe):383-94.

Bailey SR. Legacies of race: identities, attitudes, and politics in Brazil. Stanford: Stanford University Press; 2009.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21.

Bharmal N, Tseng CH, Kaplan R, Wong MD. State-level variations in racial disparities in life expectancy. *Health Serv Res.* 2012;47:544-55.

Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(8):1572-82.

Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(5):1586-94.

Clarke P, Smith J. Aging in a cultural context: crossnational differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66B(4):457-67.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:992-8.

Daniel HI, Rotimi CN. Genetic epidemiology of hypertension: an update on the African diaspora. *Ethn Dis.* 2003;Summer;13(2 Suppl 2):S53-66.PMID:13677415.

Do DP, Finch BK, Basurto-Davila R, Bird C, Escarce J, Lurie N. Does place explain racial health disparities? Quantifying the contribution of residential context to the black/white health gap in the United States. *Soc Sci Med.* 2008; 67:1258-68.

Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics. *Older Americans 2010: key indicators of well-being.* Washington DC: US Government Printing Office; 2010.

Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21:7-19.

Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3):e00278110.

Grzywacz JG. Socioeconomic status and health behaviors among Californians. In: Kronenfeld JJ. *Health, illness, and use of care: the impact of social factors*. New York: Elsevier Science; 2000. p.121-49.

Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med*. 2006;21:857-61.

Howard G, Safford MM, Moy CS, Howard VJ, Kleindorfer DO, Unverzagt FW, Soliman EZ, Flaherty ML, McClure LA, Lackland DT, Wadley VG, Pulley L, Cushman M. Racial Differences in the Incidence of Cardiovascular Risk Factors in Older Black and White Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65(1):83-90.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo*. Rio de Janeiro; 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro; 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

Leenen FH, McInnis NH, Fodor G. Obesity and the prevalence and management of hypertension in Ontario, Canada. *Am J Hypertens*. 2010;23(9):1000-6.

Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001;8(4):383-92.

Lima AB. O racismo nosso de cada dia: contradições de uma sociedade que se apresenta racialmente democrática. *Athenea Digital*. 2021; 21(1):e2734.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, James M. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:3689-96.

Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl. 1):11s.

Menezes TN, Oliveira ECT, Tavares MA, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016;34(2):117-24.

Ng JH, Bierman AS, Elliott MN, Wilson RL, Xia C, Scholle SH. Beyond black and white: race/ethnicity and health status among older adults. *Am J Manag Care*. 2014;20(3):239-48.

Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. 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.

Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2489-98.

Santos GS, Cunha ICKO. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2018;6(1):321-9.

Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev bras epidemiol.* 2018;21(Suppl 2): e180004.

Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, Harris TB, Koster A, Satterfield S, Ayonayon HN, Newman AB. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;64:87-94.

Thorpe Jr. RJ, Koster A, Kritchevsky SB, Newman AB, Harris T, Ayonayon HN, Perry S, Rooks RN, Simonsick EM. Race, socioeconomic resources, and late-life mobility and decline: findings from the Health, Aging, and Body Composition study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2011;66A(10):1114-23.

Veenstra G. Race, gender, class, sexuality (RGCS) and hypertension. *Soc Sci Med.* 2013;89:16-24.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* 2011;377(9782):2042-53.

Zorzin PLG, 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.

Tabela 1 – Distribuição dos grupos de cor da / raça, conforme características demográficas e socioeconômicas, (n = 1017*). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo – ISA - Capital-SP, 2015.

Características	Total (n=1017) [% (IC95%)]	Branca (n=610) Total [%** (IC95%)]	Parda (n=239) Total [%** (IC95%)]	Preta (n=80) Total [%** (IC95%)]	p-valor (χ^2)***
Demográficas					
Sexo					0,124
Masculino	40,3 (37,5-43,2)	38,2 (34,4-42,2)	42,1 (35,7-48,8)	39,6 (29,6-50,6)	
Feminino	59,7 (56,8-62,5)	61,8 (57,8-65,6)	57,9 (51,2-64,3)	60,4 (49,4-70,4)	
Idade (anos)					0,050
60 – 69	57,3 (53,3-61,3)	55,4 (50,4-60,3)	62,7 (55,6-69,4)	48,2 (35,9-60,7)	
70 – 79	28,6 (25,2-32,3)	28,2 (24,0-32,7)	28,9 (23,2-35,3)	33,0 (23,3-44,6)	
≥ 80	14,1 (11,5-17,1)	16,4 (13,3-20,1)	8,4 (5,1-13,6)	18,8 (8,8-35,7)	
Estado conjugal					0,208
Com cônjuge	52,5 (48,4-56,6)	52,7 (47,2-58,1)	53,4 (45,5-61,1)	39,8 (27,9-53,0)	
Sem cônjuge	47,5 (43,4-51,6)	47,3 (41,9-52,8)	46,6 (38,9-54,5)	60,2 (47,0-72,1)	
Socioeconômicas					
Renda mensal					0,001
< 1 SM****	35,8 (31,4-40,4)	30,8 (26,0-36,1)	45,9 (38,4-53,5)	40,4 (28,5-53,6)	
≥ 1 SM	64,2 (59,6-68,6)	69,2 (63,9-74,0)	54,1 (46,5-61,6)	59,6 (46,4-71,5)	
Escolaridade (anos)					< 0,001
0 - 9	64,2 (59,1-69,0)	56,4 (50,3-62,2)	80,8 (74,5-85,8)	75,2 (62,6-84,7)	
≥ 10	35,8 (31,0-40,9)	43,6 (37,8-49,7)	19,2 (14,2-25,5)	24,8 (15,3-37,4)	

Fonte: ISA – Capital - SP, 2015.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

* Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas.

** Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos e pretos, respectivamente.

*** Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

**** SM = Salário Mínimo = R\$ 788,00 (Decreto Presidencial 8.381 de 30/12/2014)

Tabela 2 – Distribuição dos grupos de cor da pele / raça, conforme condições de saúde (n = 1017*). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Condições de saúde	Total (n=1017) [% (IC95%)]	Branca (n=610) Total [%** (IC95%)]	Parda (n=239) Total [%** (IC95%)]	Preta (n=80) Total [%** (IC95%)]	p-valor (χ^2)***
Autoavaliação de saúde regular / ruim / muito ruim	37,2 (33,6-41,0)	33,0 (28,7-37,6)	45,5 (37,6-53,6)	47,2 (37,2-57,5)	0,010
Hipertensão arterial	54,7 (50,8-58,4)	52,3 (47,8-56,8)	56,9 (50,3-63,3)	69,8 (58,3-79,2)	0,035
Diabetes Mellitus	22,2 (19,8-24,9)	22,8 (19,6-26,3)	20,8 (16,4-25,9)	17,8 (10,6-28,2)	0,611
Doença do aparelho circulatório	39,7 (36,3-43,2)	38,9 (34,8-43,1)	41,1 (33,7-49,0)	29,4 (20,1-40,8)	0,058
Doença do aparelho respiratório	22,1 (19,3-25,3)	22,8 (18,9-27,2)	21,0 (16,7-26,2)	14,7 (8,6-23,9)	0,324
Doença do aparelho musculoesquelético	44,2 (40,9-47,6)	44,0 (39,7-48,4)	47,0 (40,4-53,8)	42,1 (30,3-55,0)	0,777
Doença emocional ou mental	18,0 (14,1-22,7)	18,6 (13,5-25,1)	19,6 (13,6-27,3)	17,7 (10,0-29,4)	0,331
Câncer	6,3 (4,7-8,4)	6,8 (4,7-9,9)	5,4 (3,1-9,5)	4,0 (1,3-11,6)	0,761

Fonte: ISA – Capital - SP, 2015.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

* Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas.

** Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos e pretos, respectivamente.

*** Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

Tabela 3 – Distribuição dos grupos de cor da pele / raça, conforme uso e acesso a serviços de saúde (n = 1017*).
Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Uso e acesso a serviços de saúde	Total (n=1017) [% (IC95%)]	Branca (n=610) Total [%** (IC95%)]	Parda (n=239) Total [%** (IC95%)]	Preta (n=80) Total [%** (IC95%)]	p-valor (χ^2)***
Plano de saúde Privado					< 0,001
Sim	47,1 (42,2-52,0)	56,1 (50,2-61,9)	30,2 (23,2-38,3)	21,1 (12,9-32,4)	
Não	52,9 (48,0-57,8)	43,9 (38,1-49,8)	69,8 (61,7-76,8)	78,9 (67,6-87,1)	
Local do último atendimento de saúde					< 0,001
Privado	41,8 (36,9-47,0)	50,3 (43,9-56,7)	25,6 (20,1-32,1)	16,4 (9,3-27,3)	
Público	58,2 (53,0-63,1)	49,7 (43,3-56,1)	74,4 (67,9-79,9)	83,6 (72,7-90,7)	

Fonte: ISA – Capital - SP, 2015.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

* Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas.

** Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos e pretos, respectivamente.

*** Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

Tabela 4 – Modelo de regressão de Poisson final para desigualdade social e de saúde de idosos (n = 1017*).
Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Desfecho	RP (IC95%)	Cor da pele / raça		
		Branca	Parda	Preta
Socioeconômico				
Escolaridade (0 – 9 anos)	RP Bruta	1,00	1,43 (1,27 – 1,62)***	1,33 (1,12 – 1,59)**
	RP Ajustada ⁽¹⁾	1,00	1,49 (1,32 – 1,69)***	1,31 (1,10 – 1,56)**
Renda mensal (< 1 Salário mínimo)	RP Bruta	1,00	1,49 (1,20 – 1,85)***	1,31 (0,94 – 1,84)
	RP Ajustada ⁽²⁾	1,00	1,31 (1,07 – 1,62)**	1,19 (0,85 – 1,67)
Condições de Saúde				
Autoavaliação de saúde regular / ruim / muito ruim	RP Bruta	1,00	1,38 (1,10 – 1,74)**	1,43 (1,12 – 1,82)**
	RP Ajustada ⁽³⁾	1,00	1,26 (1,01 – 1,58)**	1,33 (1,03 – 1,72)**
Hipertensão arterial	RP Bruta	1,00	1,09 (0,96 – 1,24)	1,33 (1,12 – 1,59)**
	RP Ajustada ⁽³⁾	1,00	1,11 (0,97 – 1,27)	1,32 (1,11 – 1,56)**
Uso e acesso de serviços de saúde				
Plano de saúde público	RP Bruta	1,00	1,59 (1,35 – 1,88)***	1,80 (1,49 – 2,17)***
	RP Ajustada ⁽³⁾	1,00	1,36 (1,16 – 1,59)***	1,63 (1,34 – 1,98)***
Atendimento público	RP Bruta	1,00	1,50 (1,29 – 1,74)***	1,68 (1,43 – 1,98)***
	RP Ajustada ⁽³⁾	1,00	1,28 (1,13 – 1,46)***	1,54 (1,32 – 1,81)***

Fonte: ISA – Capital - SP, 2015.

RP: razão de prevalência.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

* Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas.

** Valor de $p < 0,05$.

*** Valor de $p < 0,001$.

(1) Ajustado por sexo e idade.

(2) Ajustado por sexo, idade e escolaridade.

(3) Ajustado por sexo, idade, renda e escolaridade.



7.2 ARTIGO 2

Autoavaliação de saúde dos idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo / Brasil sob a perspectiva da cor da pele / raça

Roudom Ferreira Moura^I / Chester Luiz Galvão Cesar^{II} / Moisés Goldbaum^{III} / Maria Cecília Goi Porto Alves^{IV} / Mirna Namie Okamura^V / José Leopoldo Ferreira Antunes^{II}

I - Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / II - Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / III - Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. / IV – Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil / V - Secretaria do Município da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Neste estudo, analisou-se a autoavaliação negativa de saúde entre idosos e variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamentos e condições relacionados à saúde, sob a perspectiva racial. Trata-se de estudo transversal, de base populacional, com amostra probabilística por conglomerados, que utilizou dados do inquérito de saúde realizado em São Paulo/SP, Brasil (ISA-Capital 2015). Para os possíveis fatores associados a autoavaliação de saúde, a medida de associação foi a razão de prevalência (RP), bruta e ajustada, e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foram estimadas razões de prevalências ajustadas por meio de regressão múltipla de Poisson, usando o modo survey do software Stata 14. Participaram do estudo 1017 idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos. A autoavaliação da saúde negativa foi mais prevalente entre os idosos negros: 45,5% (IC95%: 37,6 – 53,6) em pardos e 47,2% (IC95%: 37,2 – 57,5) em pretos. A autoavaliação negativa do estado de saúde dos idosos associou com a cor da pele preta (RP = 1,28; IC95%: 1,00 – 1,63), menos escolaridade (RP = 1,47; IC95%: 1,16 – 1,86), ausência de plano de saúde privado (RP = 1,34; IC95%: 1,15 – 1,57), ausência de prática de atividade física (RP = 1,44; IC95%: 1,10 – 1,88), hipertensão (RP = 1,36; IC95%: 1,15 – 1,61), e outras doenças crônicas. Esses resultados confirmaram o caráter pluridimensional da autoavaliação da saúde e apontam para a necessidade de maior atenção aos segmentos socialmente mais vulneráveis e do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde entre os idosos, em especial, os negros.

Palavras-chave: Autoavaliação; Condições de Saúde; Doença Crônica; Estudos Transversais; Fatores de Risco; Fatores Socioeconômicos; Idoso; Inquéritos epidemiológicos; Origem Étnica e Saúde; Racismo; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde.

Abstract

In this study, negative self-rated health among the elderly and demographic, socioeconomic, health-related behaviors and conditions, from a racial perspective, were analyzed. This is a cross-sectional, population-based study, with a probabilistic sample by clusters, which used data from the health survey conducted in São Paulo / SP, Brazil (ISA-Capital 2015). For possible factors associated with self-rated health, the measure of association was the prevalence ratio (PR), crude and adjusted, and respective 95% confidence intervals (95% CI). Prevalence ratios were adjusted using Poisson multiple regression, using the survey mode of the Stata 14 software. 1,017 elderly (≥ 60 years old) of both sexes participated in the study. Self-rated negative health was more prevalent among black elderly: 45.5% (95% CI: 37.6 - 53.6) in browns and 47.2% (95% CI: 37.2 - 57.5) in blacks. The negative self-assessment of the health status of the elderly was associated with black skin color (PR = 1.28; 95% CI: 1.00 - 1.63), less education (PR = 1.47; 95% CI: 1.16 - 1.86), absence of a private health plan (PR = 1.34; 95% CI: 1.15 - 1.57), absence of physical activity (PR = 1.44; 95% CI: 1.10 - 1.88), hypertension (PR = 1.36; 95% CI: 1.15 - 1.61), and other chronic diseases. These results confirmed the multi-dimensional character of self-rated health and point to the need for greater attention to the most socially vulnerable segments and the development of health promotion strategies among the elderly, especially blacks.

Keywords: Self-Assessment; Health Status; Chronic Disease; Cross-Sectional Studies; Risk Factors; Socioeconomic Factors; Aged; Health Surveys; Ethnicity and Health; Racism; Health of the Elderly; Health Services.

Introdução

A autoavaliação de saúde caracteriza-se como um indicador multidimensional utilizado no Brasil e no contexto internacional. É considerada confiável, válida, forte preditora de morbimortalidade e de utilização de serviços de saúde (BURSTRÖM e FREDLUND, 2001;

MOLARIUS e JANSON, 2002; SIEGEL et al., 2003; DESALVO et al., 2009; LIMA-COSTA et al., 2012), além de valiosa fonte de dados e monitoramento sobre o estado de saúde da população (MCFADDEN et al., 2008). Para mais, é um indicador simples, barato, muito utilizado e fácil de administrar em inquéritos populacionais de saúde (MOLARIUS e JANSON, 2002), sobretudo na população idosa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou considerar essa dimensão por meio da pergunta: “De maneira geral, como você avalia sua saúde?” (BRUIN et al., 1996).

Diferentes fatores determinantes e condicionantes da autoavaliação de saúde têm sido referidos nos diversos países. Tais fatores são influenciados por aspectos históricos, sociopolíticos, demográficos, econômicos, culturais, estilo de vida, ambiente de trabalho, psicossociais, entre outros, que contribuem para existência, manutenção ou ampliação dos diferenciais no interior dos grupos ou intergrupos (MANDERBACKA, 1998; MCFADDEN et al., 2008; SZWARCOWALD et al., 2005; FRENCH et al., 2012). Na que diz respeito à distribuição da população segundo raça, o Brasil é a segunda maior nação negra do mundo, ficando atrás, unicamente, da Nigéria (BEZERRA et al., 2013). Segundo dados do último Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2011), a população brasileira negra (pardos e pretos) correspondeu a 50,7% dos habitantes.

A despeito dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, no Brasil, a cor da pele / raça pouco se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações dos estudos que abordam a discussão entre as diferenças das condições de saúde entre idosos (CHOR e LIMA, 2005; SOUZA et al., 2012; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014). Genericamente, os idosos fazem parte de um grupo com necessidade crescente de evidências no impacto do processo saúde-doença, afetados por desigualdades e injustiças sociais e iniquidades raciais em saúde que vem ganhando espaço e são expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, originados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços. Destaca-se que as diferenças são consideradas iníquas se decorrem do fato das pessoas disporem de escolhas limitadas, terem acesso restrito a recursos de saúde e estarem mais expostas a fatores prejudiciais (SOUZA et al., 2012).

Ainda que poucas evidências sistemáticas indiquem associação da cor da pele parda e preta com piores condições de saúde entre os idosos brasileiros (OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014; SOUZA et al., 2012), os resultados são controversos e conflitantes (BORIM et

al., 2012; ALVES et al., 2010), o que tem limitado a atual compreensão dos impactos das desigualdades raciais nessa fase da vida (CHOR e LIMA, 2005).

ALVES et al. (2010) realizaram um estudo de fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil (análise multinível) e verificaram que a raça/cor preta e parda se mostrou fator protetor da incapacidade funcional.

BORIM et al. (2012) analisaram a autoavaliação da saúde de 1.432 idosos do município de Campinas, SP, Brasil, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde e constataram que a variável cor da pele / raça não branca não tinha associação estatisticamente significativa a pior autoavaliação de saúde.

A literatura brasileira sobre o tema é escassa, mas há estudos apontando que os idosos negros têm maior prevalência de se autoavaliar com pior estado de saúde comparado aos idosos brancos (OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014). Também, a associação entre a autoavaliação de saúde com a variável cor da pele / raça em idosos no município de São Paulo ainda é pouco explorada (ANTUNES et al., 2018).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a existência de diferenças raciais na autoavaliação de saúde negativa, em idosos não institucionalizados do município de São Paulo, controlando-se por fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e condições de saúde.

Métodos

Este estudo utilizou dados originalmente coletados pelo Inquérito de Saúde de base populacional realizado em 2015, no Município de São Paulo (MSP) (ISA-Capital-SP 2015). O inquérito coletou informações de pessoas não institucionalizadas e que não estavam em situação de rua, residentes na área urbana do município.

Para a realização do inquérito, foi fixado como objetivo da pesquisa o estudo de aspectos referentes a três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos.

Neste estudo transversal, consideraram-se os domínios amostrais de 60 anos e mais, dos sexos masculino e feminino, correspondendo a um total de 1.019 idosos.

Processo amostral do ISA-Capital-SP 2015

Foram entrevistados 4.043 indivíduos. A amostragem foi estratificada por conglomerados, com sorteio em dois estágios: setores censitários e domicílios. O município foi estratificado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Norte, Centro-oeste, Sudeste, Sul e Leste, que constituíram estratos e foram consideradas como domínios de estudo. Foram sorteados 30 setores censitários em cada coordenadoria, baseando-se na listagem de setores urbanos do Censo Demográfico 2010. A amostra do ISA-Capital-SP 2015, também, foi formada pelos domínios: 12 a 19 anos de idade, homens adultos de 20 a 59 anos, mulheres adultas de 20 a 59 anos e idosos, homens e mulheres de 60 anos ou mais, e calculada com base em uma estimativa de prevalência de 50%, com erro de amostragem de 0,10, considerando-se um nível de 95% de confiança e um efeito de delineamento de 1,5.

Em cada setor sorteado foi elaborada uma listagem de endereços contendo todos os imóveis existentes. A partir dessa listagem, foram sorteados conjuntos de domicílios de tamanhos suficientes para a realização das quantidades previstas de entrevistas em cada um dos domínios. Ressalta-se que dentro dos domicílios não houve sorteio.

O aplicativo utilizado para coleta de dados indicava os endereços dos domicílios sorteados em cada setor censitário e quais os domínios demográficos a serem pesquisados em cada domicílio. Todos os moradores de um domicílio sorteado que pertencessem ao domínio indicado eram convidados para as entrevistas.

Todos os domicílios sorteados foram visitados, pelo menos, três vezes, tanto para obtenção de informações sobre os moradores da residência quanto para obtenção das entrevistas com pessoas elegíveis no domicílio.

Para fins de inferência estatística, cada indivíduo da amostra foi associado a um peso amostral. O peso final calculado teve três componentes: peso de delineamento, que leva em conta as frações de amostragem das duas etapas de sorteio, a de setor censitário e a de domicílio; ajuste de não resposta, que leva em conta as taxas de resposta observadas e, finalmente, a pós-estratificação, que ajusta a distribuição da amostra por sexo, faixa etária e CRS de residência, de acordo com a distribuição da população no MSP estimada para 2015 pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (SEADE). Com relação às perdas, considerou-se um percentual de 26% para corrigir os efeitos de não resposta.

Maiores detalhes sobre metodologia, processo amostral e questionário foram relatados por ALVES et al. (2018) e estão disponíveis em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf e https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/isacapitalsp/index.php?p=216392.

Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondido diretamente pelos idosos sorteados ou existentes no domicílio.

A variável de desfecho é a autoavaliação da saúde, obtida por meio da pergunta “Em geral, o Sr. (a) diria que sua saúde é: excelente / muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?” Optou-se por agrupar as respostas da variável dependente da seguinte forma: autoavaliação positiva (excelente / muito boa, boa) e autoavaliação negativa (regular, ruim ou muito ruim). Essa classificação procurou estabelecer uma abordagem diferente do que registram outros estudos no país, pois evita a possibilidade de uma situação intermediária, passível de análises equivocadas. A opção dos autores levou em consideração o fato de que o termo “regular” ou “razoável”, em grandes estudos nacionais, com diferentes instrumentos de coleta de dados, não se inclui na percepção positiva da saúde (SZWARCOWALD et al., 2005; PAVÃO et al., 2013).

Como fatores, foram levantadas características demográficas: cor da pele / raça, segundo as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: cor branca / raça branca, cor parda e preta / raça negra, cor amarela / raça amarela e cor indígena / raça indígena (PETRUCCELLI e SABOIA, 2013), sexo (masculino e feminino), idade (60 a 69, 70 a 79 e igual ou maior que 80 anos) e situação conjugal (com cônjuge – casado no civil ou religioso, vive em união conjugal estável ou vive junto; e sem cônjuge – solteiro, separado, desquitado ou divorciado e viúvo).

Foram também estudados fatores de ordem socioeconômica: renda mensal (menos de um salário mínimo e igual, e um ou mais salários mínimos), escolaridade (até nove anos de estudo e 10 ou mais anos de estudo), ocupação (trabalha atualmente e não trabalha atualmente) e plano de saúde privado (sim e não).

Como comportamentos relacionados à saúde, foram considerados: atividade física atual (sim e não), tabagismo (nunca fumou e já fumou / fuma) e ingestão de álcool (nunca bebeu e já bebeu / bebe).

Foram ainda estudadas as seguintes condições autorreferidas de saúde: hipertensão arterial (sim e não), diabetes mellitus (sim e não), doença do aparelho circulatório (angina; infarto do miocárdio; arritmia cardíaca; outra doença do coração; varizes; acidente vascular cerebral ou derrame e outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea) - (sim e não), doença do aparelho respiratório (asma ou bronquite asmática; enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica; rinite; sinusite crônica e outra doença do pulmão) - (sim e não), doença do aparelho musculoesquelético (artrite, reumatismo ou artrose; osteoporose; doença de coluna ou problema de coluna e tendinite, lesão por esforço repetitivo ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho) - (sim e não) e doença emocional ou mental (problema emocional ou mental como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia ou algum outro) - (sim e não).

Análise de dados

Para as análises deste estudo, foram produzidas estimativas de prevalências e dos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As associações entre as variáveis independentes e a autoavaliação de saúde foram analisadas pelo teste de Qui-quadrado de Rao-Scott, que leva em consideração o desenho complexo da amostra.

A associação entre a autoavaliação de saúde e os fatores de ordem demográfica, socioeconômica, comportamental e condições de saúde foi estudada por meio da razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, estimada por análise de regressão simples e múltipla de Poisson (BARROS e HIRAKATA, 2003).

Em uma primeira etapa foram realizadas análises simples. As variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$) foram incluídas na análise múltipla, conforme o esquema da Figura 1. O modelo utilizado foi baseado nos estudos de HÖFELMANN e BLANK, 2007; CREMONESE et al., 2010 e GUIMARÃES et al., 2014. A análise múltipla foi conduzida inicialmente dentro de cada um dos blocos de variáveis independentes, utilizando o método stepwise forward procedure. Posteriormente, a elaboração

do modelo final foi realizada com a introdução das variáveis finais de cada bloco, iniciando a partir daquele com associação teoricamente considerada mais distal até aquele com relação mais proximal em relação à autoavaliação de saúde.

A análise estatística utilizou o software Stata 14.0 2015 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA). Especificamente, a análise estatística empregou o módulo *survey* (*svy*) do Stata, que permite incorporar na análise as características relativas ao delineamento complexo da amostra: estratificação desproporcional das unidades amostrais primárias e secundárias, e atribuição dos pesos de amostragem.

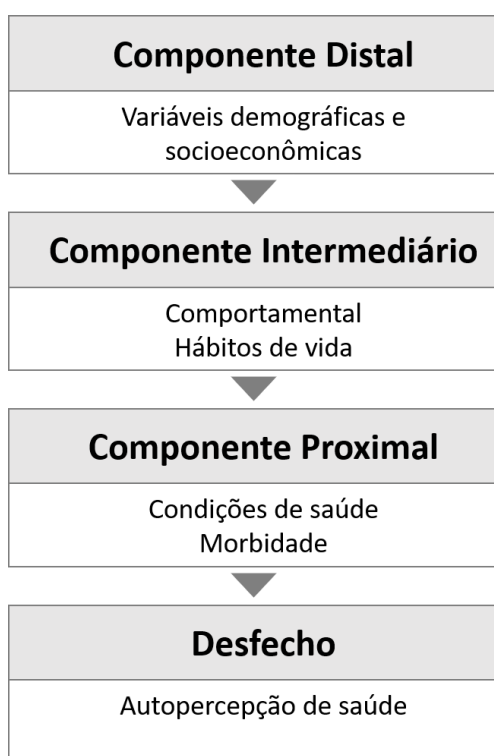


Figura 1 – Modelo conceitual de entrada dos fatores associados a autoavaliação de saúde em idosos sob a perspectiva racial

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer de nº 3.658.676, de 23 de outubro de 2019. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistados 1.019 idosos, dentre os quais, dois foram excluídos, pois, não informaram sua cor da pele / raça. Desse modo, a amostra final foi composta por 1.017 indivíduos com idade mediana de 68 anos (mínima: 60 / máxima: 95), representando uma população estimada em 1.598.162 idosos no município de São Paulo em 2015.

Constatou-se que a prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi de 37,2% (IC95%: 33,6 – 41,0).

A Tabela 1 descreve a autoavaliação de saúde dos idosos, segundo características demográficas e socioeconômicas. Das oito condições analisadas, cinco variáveis desse bloco (cor da pele/raça, sexo, escolaridade, trabalho atual e plano de saúde privado) se associaram com a autoavaliação de saúde.

Neste estudo, a prevalência de autoavaliação de saúde entre os idosos diferiu de modo estatisticamente significativa nos grupos raciais analisados ($p < 0,010$). A prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi maior entre pardos e pretos. Também, foi maior em mulheres, nos idosos que possuíam menor escolaridade, nos que não trabalhavam atualmente e não possuíam plano de saúde privado (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a relação entre características comportamentais e autoavaliação de saúde. Foi estatisticamente significativa a maior proporção de autoavaliação de saúde negativa entre os idosos que relataram não praticar atividade física atualmente.

A análise da associação não ajustada entre as condições de saúde autorrelatadas e a autoavaliação de saúde foi apresentada na Tabela 3. Observou-se que os idosos que relataram ser portadores de doença crônica tiveram maior prevalência de autoavaliação de saúde negativa. Apenas a doença do aparelho respiratório não se associou com a autoavaliação de saúde ($p = 0,052$).

A Tabela 4 apresenta o modelo de regressão de Poisson não ajustado para autoavaliação de saúde negativa de idosos. As variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$) foram: cor da pele / raça, sexo, escolaridade, trabalhar atualmente, plano de saúde privado,

atividade física atual, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença do aparelho circulatório, respiratório, musculoesquelético e mental.

Os modelos de regressão múltipla de Poisson para explicar a autoavaliação de saúde negativa foram apresentados na Tabela 5. O primeiro modelo incluiu apenas os fatores demográficos ajustados entre si. Observa-se que cor da pele/raça parda e preta e sexo feminino foram indicados como fatores predisponentes da pior autoavaliação de saúde. O segundo modelo inclui, adicionalmente, os fatores socioeconômicos, com menor escolaridade e não ter plano de saúde privado também apontados como fatores de predisposição para o desfecho. O terceiro modelo incluiu a condição comportamental, sublinhando a ausência de atividade física regular como fator predisponente para a pior autoavaliação de saúde. Por fim, o quarto modelo incluiu as condições de saúde mais relevantes para o desfecho, com ajuste por características demográficas, socioeconômicas e de comportamento. Observa-se que a autoavaliação negativa de saúde foi mais prevalente entre os idosos pretos, com menor escolaridade, sem plano de saúde privado e com doenças crônicas.

Discussão

Este estudo documentou que os idosos pardos e pretos apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa de sua situação de saúde, em relação aos idosos brancos na cidade de São Paulo em 2015. Além disso, essa associação não perdeu significância estatística para os idosos pretos, quando a análise foi ajustada pelos fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de condições de saúde dos sujeitos avaliados. Esses são os principais resultados deste estudo.

No tangente às relações entre cor da pele / raça e saúde, esse objeto vem sendo alvo de um campo de reflexões e de intervenção política brasileira denominada saúde integral da população negra (BRASIL, 2007), inserindo discussões sobre a forma de enfrentar o racismo à medida que parcelas significativas da sociedade reconhecem as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros. Essas desvantagens tornam a variável cor da pele / raça um

fator determinante de desigualdade e de exposição social ao risco de adoecimento e morte (MAIO et al., 2005), conforme, também, observado neste estudo.

ANTUNES et al. (2018) utilizaram outra base de dados (o Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - SABE) para avaliar desigualdades na autoavaliação de saúde na cidade de São Paulo, e encontraram resultados consistentes com os nossos. Segundo os autores, a prevalência de idosos que relatam ter piorado de saúde em relação há um ano atrás foi maior nos idosos com a cor da pele preta que naqueles com cor da pele branca.

OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA (2014) também relataram resultados compatíveis com os que foram encontrados neste estudo. Os autores avaliaram fatores associados com a cor da pele / raça com autoavaliação do estado de saúde de 18.684 idosos brasileiros com 65 anos ou mais, incluídos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 (PNAD 2008). Na análise ajustada, os idosos com cor da pele parda tiveram pior estado de saúde autorreferido (regular, ruim e muito ruim) que os idosos brancos. O mesmo foi observado para os idosos da raça negra (pardos e pretos).

BORIM et al. (2012) realizaram um estudo transversal em Campinas, de base populacional, e após ajuste por sexo e idade, os idosos não brancos apresentaram chance 29% menor de autoavaliarem seu estado de saúde como excelente ou muito bom, o que é compatível com os nossos resultados e reforça a constatação de que idosos não brancos avaliam a própria saúde mais negativamente.

Diversos estudos realizados no Brasil não avaliaram os efeitos da cor da pele / raça sobre a autopercepção de saúde negativa dos idosos (ALVES e RODRIGUES, 2005; CARVALHO et al., 2012; LOYOLA FILHO et al., 2013; BORIM et al., 2014; CARDOSO et al., 2014; MANTOVANI et al., 2015; SANTOS et al., 2018). Além disso, alguns estudos que avaliaram tal efeito categorizaram a variável de forma dicotômica: branca e não branca, mas essa classificação é insuficiente, pois, não permite diferenciar idosos pretos de pardos, de amarelos e até mesmo de indígenas (BELÉM et al., 2016; BORIM et al., 2012).

Quanto aos estudos que não encontraram associação entre cor da pele / raça autorreferida e autoavaliação de saúde de idosos após ajuste por múltiplas variáveis, esse resultado (ausência de associação) foi explicado pela hipótese de que a condição socioeconômica determinaria mais fortemente o estado de saúde do que valores culturais associados à cor da pele / raça (BORIM et al., 2012; DACHS, 2002).

Alguns estudos argumentam que as desigualdades em saúde não podem ser atribuídas diretamente à cor da pele / raça independentemente dos diferenciais socioeconômicos entre os indivíduos e contextos avaliados (SILVA et al., 2018; OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014; BORIM et al., 2012; ARAÚJO et al., 2010; CHOR e LIMA, 2005; LAGUARDIA, 2007). Mas outros estudos afirmam que essa variável influencia níveis variados de exposição a diferentes riscos individuais e contextuais sobre a saúde ao longo da vida (KRIEGER, 2001; CHOR e LIMA, 2005). Cor da pele / raça assume papel de variável sociopolítica, que atua por mecanismos interativos e complexos de acordo com o contexto em que os indivíduos vivem (ZORZIN et al., 2011; CHOR e LIMA, 2005). Seja pelo efeito direto dessa variável sobre a condição de saúde, seja pelo efeito em conjunto com outros fatores, não se pode ignorar a relevância da cor da pele / raça na produção de desigualdades na saúde dos idosos.

Pesquisas internacionais também ratificam os nossos resultados, indicando associação da cor da pele / raça com a pior autoavaliação de saúde nos idosos negros, independente dos fatores socioeconômicos e demográficos (SPENCER et al., 2009; DO et al., 2008).

Uma hipótese explicativa para esse resultado é que os efeitos diretos da cor da pele / raça sobre esse indicador podem decorrer indiretamente dos diferenciais socioeconômicos individuais e contextuais aos quais os negros estão submetidos, ou seja, ao racismo estrutural (SPENCER et al., 2009; FULLER-THOMSON et al., 2009).

No que diz respeito às demais variáveis associadas à autoavaliação negativa de saúde dos idosos, e que foram incluídas como fatores de ajuste da exposição de interesse (cor da pele / raça), os resultados deste estudo também foram reconhecidos anteriormente por outros estudos.

O baixo nível de escolaridade, também, tem contribuído para uma percepção negativa da saúde. No presente estudo, verificou-se relação entre a escolaridade e a autopercepção do estado de saúde dos idosos, sendo que os indivíduos que não estudaram ou estudaram até nove anos, apresentaram pior percepção do estado de saúde. Outros estudos apontam o mesmo achado (FRENCH et al., 2012; MANTOVANI et al., 2015; ANTUNES et al., 2018 e OGUNYEMI et al., 2018) mostrando que pessoas com maior acesso à informação têm, provavelmente, melhores práticas de autocuidado e assistência.

Os grupos de idosos que não possuíam plano de saúde particular tiveram maior prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde. A literatura nacional e internacional

corroborar com esses dados (MANTOVANI et al., 2015; OGUNYEMI et al., 2018). Idosos com mais opções de assistência saúde tendem a autoavaliar a sua saúde como positiva (OLIVEIRA, THOMAZ e SILVA, 2014).

O sedentarismo foi importante fator associado à autoavaliação da saúde negativa. Estudos prévios têm encontrado tal associação na população idosa (PAGOTTO et al., 2011; SIMONSSON e MOLARIUS, 2020). BORIM et al. (2012) verificaram associação entre a prática de atividade física e a autopercepção de saúde positiva em idosos. Os fatores que podem contribuir para o sedentarismo nos idosos são a dificuldade de locomoção, a falta de entusiasmo, a ausência de estímulo interno e externo, o estilo de vida, a falta de oferta de atividades culturais com práticas corporais e ainda a falta de condições socioeconômicas (PHILLIPS et al., 2005).

A autoavaliação negativa da saúde de idosos também tem sido associada a um maior risco de morbidades. Com o passar dos anos a pessoa diminui sua capacidade produtiva e ocorre o aparecimento de maior número de doenças. Sobre as doenças crônicas, estas foram avaliadas no componente proximal da análise deste estudo e, pelo potencial de interferir diretamente na qualidade de vida das pessoas, também se mostraram como variáveis que modificam a autoavaliação de saúde. No presente estudo observou-se que a presença de doenças crônicas esteve associada com a autoavaliação de saúde negativa por parte dos indivíduos, concordando com outros estudos nacionais e internacionais que também verificaram tais associações (LOYOLA FILHO et al., 2013; TEH, TEY, NG, 2014; OCAMPO-CHAPARRO et al., 2013; BARROS et al., 2009). O fato de se observar a associação entre doenças crônicas com a autoavaliação de saúde negativa em diferentes comunidades deve-se, provavelmente, ao caráter crônico dessas doenças, que implicam em mudanças de comportamento, de hábitos alimentares e em uso contínuo de medicamentos, pode levar o indivíduo a uma percepção de menos valia do seu estado de saúde.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações, dentre as mais importantes, a de ter se baseado, exclusivamente, no autorrelato dos idosos sobre sua condição de saúde. Os participantes foram interrogados sobre como avaliavam sua própria saúde; essa informação não foi conferida por meio de comparações com prontuários médicos ou registros administrativos de atendimentos de saúde. Essa estratégia não é isenta de viés de memória; no entanto, um estudo prévio avaliou favoravelmente a validade da aferição do

autorrelato de saúde em idosos como fator de predição da mortalidade subsequente no contexto brasileiro (LIMA-COSTA et al 2012).

Outra limitação é que no Brasil, o padrão de classificação racial combina aspectos fenótipos e socioeconômicos (TRAVASSOS e WILLIAMS, 2004; MAIO et al., 2005). Estudos reconhecem que as categorias raciais não são homogêneas, que indivíduos nem sempre pertencem aos grupos raciais de modo definitivo (MAIO et al., 2005) e que há divergências no sistema classificatório proposto pelo IBGE e pelo movimento negro brasileiro (ARAÚJO et al., 2010; TRAVASSOS e WILLIAMS, 2004; MUNIZ, 2010). A principal divergência é gerada pela presença dos pardos, que podem pertencer tanto ao grupo dos brancos quanto ao dos pretos. Essa instabilidade racial é uma das limitações da autoclassificação racial no Brasil (ARAÚJO et al., 2010; MUNIZ, 2010). O movimento negro brasileiro reivindica a inclusão de pardos e pretos na categoria negra. Embora a classificação binária tenha se tornado amplamente aceita pela mídia, não é unânime entre formuladores de políticas públicas, acadêmicos e pesquisadores (ARAÚJO et al., 2010; TRAVASSOS e WILLIAMS, 2004; MUNIZ, 2010). Um estudo realizado no Brasil constatou que indivíduos apresentaram menor probabilidade de se identificarem como pretos quando questionados por entrevistadoras pretas (BASTOS et al., 2009).

Conclusão

A presente análise apontou para a presença de desigualdades raciais na saúde dos idosos da cidade de São Paulo. Para os idosos a raça é um fator limitante na autoavaliação de saúde. A prevalência de autoavaliação de saúde negativa entre os idosos negros foi maior que entre os brancos. Mesmo ajustado por características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e condições de saúde para os idosos pretos a autoavaliação de saúde negativa foi mais prevalente.

Considerando-se as desigualdades na autoavaliação de saúde dos idosos e grupos raciais apontadas neste estudo e os objetivos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 1999) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007), reitera-se

a importância de ações programáticas de promoção da saúde específicas para os idosos, principalmente os negros, com o intuito de propiciar a modificação de sua pior autoavaliação de saúde e promover, de modo integrado, saúde e justiça social.

Colaboradores

Roudom Ferreira Moura - concebeu o estudo, revisou a literatura, participou da análise e interpretação dos dados e redigiu o manuscrito.

João Luiz Dornelles Bastos - revisou a literatura, participou da análise e interpretação dos dados e redigiu o manuscrito.

Chester Luiz Galvão Cesar / Moisés Goldbaum / Maria Cecília Goi Porto Alves - participou da análise e revisou o manuscrito.

Mirna Namie Okamura - participou da análise e interpretação dos dados e revisou o manuscrito.

José Leopoldo Ferreira Antunes - concebeu o estudo, revisou a literatura, participou da análise e interpretação dos dados e redigiu o manuscrito.

Referências

Alves LC, Rodrigues RN. Determinants of self-rated health among elderly persons in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista Saúde Pública*. 2010;44:468-78.

Alves MCGP et al. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52(81):1-12.

Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. *Rev bras epidemiol.* 2018;21(Suppl 2): e180010.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Batista A, Oliveira LOA. The use of the race/color variable in public health: possibilities and limitations. *Interface* 2010;5(n. Spe):383-94.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21.

Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil 2006. *Revista de Saúde Pública.* 2009;43(Supl. 2):S27-37.

Bastos JL, Dumith SC, Santos RV, Barros AJD, Del Duca GF, Gonçalves H, Nunes AP. Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers' and interviewees' "color/ race" in southern Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:2111-24.

Belém PLO, Melo RLP, Pedraza DF, Menezes TN. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. *Rev bras geriatr gerontol.* 2016;19(2):265-276.

Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2013 29(9):1889-1902.

Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28:769-80.

Borim FSA, Neri AL, Francisco PMSB, Barros MBA. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):714-22.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007.

Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov, A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO, 1996. (Regional Publications European Series, 58).

Burström B, Fredlund P. Self-rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(11):836-40.

Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(4):35-41.

Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev bras geriatr gerontol*. 2012;15(2):285-94.

Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1586-94.

Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da Costa JS, Pattussi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:2368-78.

Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7:641-57.

DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care*. 2009;47(4):440-7.

Do DP, Finch BK, Basurto-Davila R, Bird C, Escarce J, Lurie N. Does place explain racial health disparities? Quantifying the contribution of residential context to the black/white health gap in the United States. *Soc Sci Med*. 2008;67:1258-68.

French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K, et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health*. 2012;12:649.

Fuller-Thomson E, Nuru-Jeter A, Minkler M, Guralnik JM. Black-white disparities in disability among older Americans: further untangling the role of race and socioeconomic status. *J Aging Health*. 2009;21:677-98.

Guimarães JMN, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS, Chor D. Early socioeconomic position and self-rated health among civil servants in Brazil: a cross-sectional analysis from the Pró-Saúde cohort study. *BMJ Open*. 2014;4:e005321.

Höfelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):777-87.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro; 2011.

Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:693-700.

Laguardia J. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12:253-61.

Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol.* 2012;175(3): 228-35.

Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Associated factors to self-rated health among hypertensive and/or diabetic elderly: results from Bambuí project. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(3):559-71.

Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):171- 80.

Manderbacka K. Examining what self-rated health questions is understood to mean by respondents. *Scan J Soc Med.* 1998;26(2):145-53.

Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(12):3653-68.

McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth A, Khaw K. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health.* 2008;8:230.

Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol.* 2002;55:364-70.

Muniz JO. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Revista de Sociologia e Política.* 2010;36:277-91.

Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2013;44(4):224-31.

Ogunyemi AO, Olatona FA, Odeyemi KA. Assessment of factors affecting self-rated health among elderly people in Southwest Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2018;25(2):73-8.

Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. 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.

Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira ÉA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1593-1602.

Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:723-34.

Petrucelli JL, Saboia AL (org.). Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Estudos e análises. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Rural Remote Health*. 2005;2:1-10.

Santos EC, Couto BM, Bastone AC. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. *ABCS health*. 2018;43(1):47-54.

Siegel M, Bradley EH, Kasl SV. Self-rated life expectancy as a predictor of mortality: evidence from the HRS and AHEAD surveys. *Gerontology*. 2003;49:265-71.

Simonsson B, Molarius A. Self-rated health and associated factors among the oldest-old: results from a cross-sectional study in Sweden. *Arch Public Health*. 2020; 78:6.

Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev bras epidemiol*. 2018;21(Suppl 2):e180004.

Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2063-2070.

Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, Harris TB, Koster A, Satterfield S, Ayonayon HN, Newman AB. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64:87-94.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(Supl. 1):S54-S64.

Teh JKL, Tey NP, Ng ST. Ethnic and Gender Differentials in Non-Communicable Diseases and Self-Rated Health in Malaysia. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e91328.

Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:660-78.

Zorzin PLG, 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.

Tabela 1 – Autoavaliação de saúde de idosos, segundo características demográficas e socioeconômicas. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Características	Total (n=1017) [% (IC95%)]	Autoavaliação positiva (n = 613) Total [%*(IC95%)]	Autoavaliação negativa (n = 404) Total [%*(IC95%)]	p – valor (χ^2)**
Demográficas				
Cor/raça				0,010
Branca	63,2 (58,4 - 67,7)	67,0 (62,4 - 71,3)	33,0 (28,7 - 37,6)	
Parda	21,4 (17,9 - 25,4)	54,5 (46,4 - 62,4)	45,5 (37,6 - 53,6)	
Preta	7,3 (5,5 - 9,6)	52,8 (42,5 - 62,8)	47,2 (37,2 - 57,5)	
Outra (amarela ou indígena)	8,1 (6,2 - 10,4)	60,3 (47,5 - 71,8)	39,7 (28,2 - 52,5)	
Sexo				< 0,001
Masculino	40,3 (37,5 - 43,2)	69,7 (63,7 - 75,1)	30,3 (24,9 - 36,3)	
Feminino	59,7 (56,8 - 62,5)	58,1 (54,0 - 62,0)	41,9 (38,0 - 46,0)	
Idade (anos)				0,666
60 – 69	57,3 (53,3 - 61,3)	64,1 (59,2 - 68,8)	35,9 (31,2 - 40,8)	
70 – 79	28,6 (25,2 - 32,3)	61,0 (54,1 - 67,5)	39,0 (32,5 - 45,9)	
≥ 80	14,0 (11,5 - 17,1)	60,7 (51,0 - 69,6)	39,3 (30,4 - 49,0)	
Estado conjugal				0,223
Com cônjuge	52,5 (48,4 - 56,6)	64,8 (59,1 - 70,0)	35,2 (30,0 - 40,9)	
Sem cônjuge	47,5 (43,4 - 51,6)	60,6 (56,0 - 64,9)	39,4 (35,1 - 44,0)	
Socioeconômicas				
Renda mensal				0,242
< 1 SM***	35,8 (31,4 - 40,4)	60,1 (54,3 - 65,6)	39,9 (34,4 - 45,7)	
≥ 1 SM	64,2 (59,6 - 68,6)	64,3 (59,5 - 68,7)	35,7 (31,3 - 40,5)	
Escolaridade (anos)				< 0,000
0 - 9	64,2 (59,1 - 69,0)	56,1 (51,7 - 60,3)	43,9 (39,7 - 48,3)	
≥ 10	35,8 (31 - 40,9)	74,8 (68,7 - 80,0)	25,2 (20,0 - 31,3)	
Trabalha atualmente				0,020
Sim	29,0 (25,6 - 32,6)	70,2 (62,2 - 77,1)	29,8 (22,9 - 37,8)	
Não	71,0 (67,4 - 74,4)	59,7 (55,5 - 63,8)	40,3 (36,2 - 44,5)	
Plano de saúde privado				< 0,001
Sim	47,1 (42,2 - 52,0)	68,7 (63,6 - 73,4)	31,3 (26,6 - 36,4)	
Não	52,9 (48,0 - 57,8)	57,5 (52,7 - 62,1)	42,5 (37,9 - 47,3)	

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos, pretos e outros (amarelos e indígenas), respectivamente.

**Teste de qui-quadrado de Rao-Scott

*** SM = Salário Mínimo = R\$ 788,00 (Decreto Presidencial 8.381 de 30/12/2014)

Tabela 2 – Autoavaliação de saúde de idosos, segundo características comportamentais. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Características comportamentais	Total (n=1017) [% (IC95%)]	Autoavaliação positiva (n = 613) Total [%*(IC95%)]	Autoavaliação negativa (n = 404) Total [%*(IC95%)]	p – valor (χ^2)**
Atividade física atual				0,002
Sim				
Não	21,7 (18,7 - 25,1) 78,3 (74,9 - 81,3)	73,9 (65,8 - 80,7) 59,7 (55,6 - 63,6)	26,1 (19,3 - 34,2) 40,3 (36,4 - 44,4)	
Tabagismo				0,311
Nunca fumou				
Já fumou / fuma	63,4 (59,4 - 67,3) 36,6 (32,7 - 40,6)	64,1 (59,6 - 68,4) 60,4 (54,3 - 66,3)	35,9 (31,6 - 40,4) 39,6 (33,7 - 45,7)	
Ingestão de álcool				0,447
Nunca bebeu	80,3 (76,9 - 83,3)	63,4 (59,4 - 67,1)	36,6 (32,9 - 40,6)	
Já bebeu / bebe	19,7 (16,7 - 23,1)	60,4 (52,5 - 67,7)	39,6 (32,3 - 47,5)	

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos, pretos e outros (amarelos e indígenas), respectivamente.

**Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

Tabela 3 – Autoavaliação de saúde de idosos, segundo condições de saúde. Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Condições de saúde	Total (n=1017) [% (IC95%)]	Autoavaliação positiva (n = 613) Total [%*(IC95%)]	Autoavaliação negativa (n = 404) Total [%*(IC95%)]	p – valor (χ^2)**
Hipertensão arterial	54,7 (50,8 - 58,4)	55,1 (50,0 - 60,0)	44,9 (40,0 - 50,0)	< 0,001
Diabetes Mellitus	22,2 (19,8 - 24,9)	52,8 (43,6 - 61,8)	47,2 (38,2 - 56,4)	0,012
Doença do aparelho circulatório	39,7 (36,3 - 43,2)	51,0 (45,4 - 56,6)	49,0 (43,4 - 54,6)	< 0,001
Doença do aparelho respiratório	22,1 (19,3 - 25,3)	55,3 (46,2 - 64,1)	44,7 (35,9 - 53,8)	0,052
Doença do aparelho musculoesquelético	44,2 (40,9 - 47,6)	54,2 (48,0 - 60,3)	45,8 (39,7 - 52,0)	< 0,001
Doença emocional ou mental	18,0 (14,1 - 22,7)	47,7 (38,7 - 56,8)	52,3 (43,2 - 61,3)	< 0,001

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

*Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos, pretos e outros (amarelos e indígenas), respectivamente.

**Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

Tabela 4 – Modelo de regressão de Poisson não ajustado para autoavaliação de saúde negativa de idosos (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Características demográficas	RP (IC95%)	p - valor
Cor/raça		
Branca	1,00	
Parda	1,38 (1,10 - 1,74)	0,006
Preta	1,43 (1,12 - 1,82)	0,004
Outra (amarela ou indígena)	1,20 (0,85 - 1,71)	0,291
Sexo		
Masculino	1,00	
Feminino	1,39 (1,15 - 1,68)	0,001
Idade (anos)		
60 – 69	1,00	
70 – 79	1,09 (0,88 - 1,34)	0,439
≥ 80	1,10 (0,82 - 1,45)	0,528
Estado conjugal		
Com cônjuge	1,00	
Sem cônjuge	1,12 (0,93 - 1,35)	0,228
Condições socioeconômicas	RP (IC95%)	p - valor
Renda mensal		
≥ 1 SM	1,00	
< 1 SM	1,12 (0,93 - 1,34)	0,240
Escolaridade (anos)		
≥ 10	1,00	
0 - 9	1,74 (1,37 - 2,21)	< 0,001
Trabalha atualmente		
Sim	1,00	
Não	1,35 (1,03 – 1,77)	0,028
Plano de saúde privado		
Sim	1,00	
Não	1,36 (1,14 - 1,63)	0,001
Fatores comportamentais	RP (IC95%)	p - valor
Atividade física atual		
Sim	1,00	
Não	1,55 (1,15 - 2,09)	0,004
Tabagismo		
Nunca fumou	1,00	
Já fumou/fuma	1,10 (0,91 - 1,33)	0,307
Ingestão de álcool		
Nunca bebeu	1,00	
Já bebeu / bebe	1,08 (0,89 - 1,32)	0,440
Condições de saúde	RP (IC95%)	p - valor
Hipertensão arterial	1,61 (1,34 - 1,93)	< 0,001
Diabetes Mellitus	1,37 (1,09 - 1,73)	0,007
Doença do aparelho circulatório	1,66 (1,40 - 1,96)	< 0,001
Doença do aparelho respiratório	1,27 (1,01 - 1,60)	0,042
Doença do aparelho musculoesquelético	1,50 (1,23 - 1,84)	< 0,001
Doença emocional ou mental	1,54 (1,26 - 1,88)	< 0,001

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

RP: razão de prevalência.

Tabela 5 – Modelos de regressão de Poisson ajustados para autoavaliação de saúde negativa de idosos (n = 1017). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo - ISA-Capital-SP, 2015.

Características	RP ajustada			
	Modelo 1 (IC95%)	Modelo 2 (IC95%)	Modelo 3 (IC95%)	Modelo 4 (IC95%)
Demográficas				
Cor/raça				
Branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Parda	1,40 (1,12 - 1,75)**	1,22 (0,98 - 1,51)	1,22 (0,98 - 1,52)	1,15 (0,93 - 1,42)
Preta	1,44 (1,13 - 1,84)**	1,27 (0,99 - 1,63)	1,28 (1,00 - 1,63)*	1,28 (1,00 - 1,63)*
Outra (amarela ou indígena)	1,26 (0,89 - 1,80)	1,16 (0,81 - 1,67)	1,19 (0,83 - 1,70)	1,12 (0,81 - 1,55)
Sexo				
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
Feminino	1,41 (1,17 - 1,70)***	1,33 (1,11 - 1,58)**	1,34 (1,12 - 1,60)**	1,13 (0,95 - 1,34)
Socioeconômicas				
Escolaridade (anos)				
≥ 10		1,00	1,00	1,00
0 - 9		1,51 (1,20 - 1,91)**	1,46 (1,16 - 1,85)**	1,47 (1,16 - 1,86)**
Plano de saúde				
Sim		1,00	1,00	1,00
Não		1,21 (1,01 - 1,45)*	1,16 (0,97 - 1,39)	1,34 (1,15 - 1,57)**
Trabalha atualmente				
Sim		1,00	1,00	1,00
Não		1,13 (0,86 - 1,47)	1,11 (0,86 - 1,46)	1,06 (0,82 - 1,36)
Comportamental				
Atividade física				
Sim			1,00	1,00
Não			1,40 (1,06 - 1,86)*	1,44 (1,10 - 1,88)**
Condições de Saúde				
Hipertensão arterial				1,36 (1,15 - 1,61)***
Doença do aparelho circulatório				1,43 (1,19 - 1,72)***
Doença emocional ou mental				1,29 (1,07 - 1,55)**
Doença do aparelho musculoesquelético				1,34 (1,08 - 1,65)**
Diabetes Mellitus				1,25 (1,00 - 1,57)*
Doença do aparelho respiratório				1,21 (0,98 - 1,49)

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

RP: razão de prevalência.

Modelo 1 - Condições demográficas ajustadas entre si.

Modelo 2 - Condições socioeconômicas ajustadas por características demográficas.

Modelo 3 - Condição comportamental ajustada por características demográficas e socioeconômicas.

Modelo 4 - Condições de saúde ajustadas por características demográficas, socioeconômicas e comportamental.

* Valor de $p \leq 0,05$. ** Valor de $p < 0,01$. *** Valor de $p < 0,001$.



8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do ISA-Capital-SP 2015 reside no fato do mesmo não ter sido delineado para analisar a variável cor da pele / raça de modo representativo para cada estrato de interesse.

Ainda no tangente às limitações do estudo, deve-se considerar que amostras complexas são menos precisas que amostras aleatórias simples para a estimativa de proporções, pois, independente do grau de complexidade, a seleção de participantes por conglomerados pode reduzir a heterogeneidade da amostra em relação a variáveis de interesse (KORN e GRAUBARD, 1991; PESSOA; SILVA e DUARTE, 1997). Apesar disso, inquéritos populacionais com amostras complexas de população são amplamente utilizados na pesquisa em saúde e têm propiciado a produção de relevantes conhecimentos em saúde pública.

Destaca-se o intrínseco delineamento transversal, que impossibilita verificar temporalidade e a direção das associações observadas com algumas das variáveis demográficas e socioeconômicas incluídas nos modelos para o estudo da associação entre os desfechos avaliados e cor da pele / raça.

Ressalta-se que, na análise dos dados do ISA-Capital-SP 2015, é possível a ocorrência de viés de prevalência e de sobrevivência, uma vez que idosos de pior *status* socioeconômico apresentam menor sobrevida (CAMPOS, 2009; THORPE JR. et al., 2011; FREITAS e GARCIA, 2012; BHARMAL et al., 2012; CHANG, NOCETTI e RUBIN, 2005). Isso levaria a viés de seleção dos idosos que compõem os grupos raciais mais vulneráveis. Além disso, os idosos institucionalizados não foram incluídos na amostra.



9 CONCLUSÃO

Os resultados apontaram para disparidades raciais sociais e de saúde entre os idosos do município de São Paulo. As categorias raciais distinguiram para situações sistemáticas de desvantagens para os idosos negros. Além do mais, observou-se que essas desvantagens não se resumem às diferenças de ordem socioeconômica entre os grupos raciais. Foram identificadas condições desfavoráveis para os idosos pardos e pretos, indicando para o efeito deletério do racismo.

Todo o contexto desta tese apontou para condições de racismo e de iniquidade que, ao longo da vida, gerou uma pior condição para os idosos pardos e pretos e que se iniciou, provavelmente, ainda na infância e afetou negativamente quanto às questões de desenvolvimento e envelhecimento, classe social, nível de escolaridade, condições e tipos de trabalho, renda, acesso e uso de bens e serviços e condições de saúde.

Ressalta-se que este estudo poderá ser utilizado por gestores, profissionais de saúde e representantes da população negra, contribuindo para a formulação, avaliação e monitoramento de políticas, programas e ações que promovam a interface necessária entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças para a melhoria da qualidade de vida dos idosos negros.



10 REFERÊNCIAS

Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Polen Livros, 2019.

Alves LC, Rodrigues RN. Determinants of self-rated health among elderly persons in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41.

Alves MCGP et al. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. *Revista de Saúde Pública*. 2018;52(81):1-12.

Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. *Rev bras epidemiol*. 2018;21(Suppl 2):e180010.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Batista A, Oliveira LOA. The use of the race/color variable in public health: possibilities and limitations. *Interface*. 2010;5(n. Spe):383-94.

Bairros FS, Meneghel SN, Olinto MTA. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(2):138-41.

Barata, RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3:21.

Barros MBA. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP. (Orgs.). *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 1997.

Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(Supl. 2):S27-37.

Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbitos segundo características de raça no estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):630-6.

Batista LE. Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2002.

Belém PLO, Melo RLP, Pedraza DF, Menezes TN. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. *Rev bras geriatr gerontol*. 2016;19(2):265-76.

Bharmal N, Tseng CH, Kaplan R, Wong MD. State-level variations in racial disparities in life expectancy. *Health Serv Res*. 2012;47:544-55.

Borim FSA, Neri AL, Francisco PMSB, Barros MBA. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):714-22.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília, 1994.

Brasil. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jul. 1996; Seção 1, n 134 (128), p. 12277-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília, 2003a.

Brasil. Decreto nº 4.886 de 20 de novembro de 2003. Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PNPIR e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 nov. 2003b; Seção 1, p. 3.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

Brasil. Decreto nº 8.136, de 5 de novembro de 2013. Regulamenta a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 2013; Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 3. ed. Brasília: MS; 2016.

Brasil. Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Consultoria Legislativa. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3.ed. Brasília: MS, 2017b.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. IV Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial. O Brasil na Década dos Afrodescendentes: reconhecimento, justiça, desenvolvimento e igualdade de direitos - subsídios para o debate. Brasília, 2017c.

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Governo da Presidência da República. Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, 2017. Brasília: Presidência da República, 2017d.

Campos NOB. 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.

Cardoso A. Escravidão e sociabilidade capitalista: um ensaio sobre inércia social. *Novos estudos – CEBRAP*. 2008;80:71-88.

Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(4):35-41.

Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev bras geriatr gerontol*. 2012;15(2):285-94.

Carvalho JBM, Wood CH, Andrade FCD. Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90. *Rev Brasileira de Estudos de População*. 2003;20(1):29-42.

CEPAL – Comisión Económica para a América Latina y el Caribe. *La matriz de la desigualdad social en América Latina (LC/G.2690(MDS.1/2)*. Santiago, 2016. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf. Acesso: 19/12/2020.

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. *Panorama Social da América Latina, 2019. Resumo executivo (LC/PUB.2020/1-P)*. Santiago, 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45090/1/S1900909_pt.pdf. Acesso: 19/12/2020.

Cesar CLG et al. *Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – ISA/SP*. São Paulo: USP/FSP, 2005.

Chang CF, Nocetti D, Rubin RM. Healthy life expectancy for selected race and gender subgroups: the case of Tennessee. *South Med J*. 2005;98:977-84.

Choo E. Seven things organisations should be doing to combat racism. *Lancet*. 2020;18;396(10245):157.

Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de interrelações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125-132.

Cordeiro R. Efeito do desenho em amostragem de conglomerado para estimar a distribuição de ocupações entre trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35(1):10-15.

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

Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, L.E. et al. *Saúde da População Negra*. Brasília: ABPN. 2012:37-48.

Daufenbach LZ, Carmo EH, Duarte EC, Campagna AS, Teles CAS. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(1):29-44.

Dong W, Wan J, Xu Y, Chen C, Bai G, Fang L, Sun A, Yang Y, Wang Y. Determinants of self-rated health among shanghai elders: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):807.

Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS, Molina MDCB. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(3):522–30.

Ford CL, Airhihenbuwa CO. Teoria crítica da raça, equidade racial e saúde pública: rumo à práxis anti-racismo. *American Journal of Public Health*. 2010;100:S30–35.

Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21:7-19.

French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K, et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health*. 2012;12:649.

Geronutti DA, Molina AC, Lima SAM. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):336-41.

Global AgeWatch Index 2015. Mapas de envelhecimento populacional. Disponível em: <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/population-ageing-map/#>. Acesso em 13/12/2020.

Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*. 2013;37(99):571-9.

Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3):e00278110.

Guimarães ASA. Formações nacionais de classe e raça. *Tempo Soc Rev Sociol da USP*. 2015;28(2):161–82.

Harrell, SP. A multidimensional conceptualization of racism-related stress: implications for the well-being of people of color. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000;70:42-57.

Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18 supl:57-65.

Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Soc Rev Sociol da USP*. 2014;26(1):61–73.

Ianni O. Dialética das relações raciais. *Estudos avançados*. 2004;18(50).

Ianni AMZ, Santos CG, Alves OSF, Morais MLS, Kalckmann AS. Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. *Bol Inst Saúde*. 2007;41:43-5.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O desafio das pessoas que desistiram de procurar trabalho [internet]. Rio de Janeiro; 2018 [acesso em 14 dez 2020]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21318-o-desalento-das-pessoas-que-desistiram-de-procurar-trabalho>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=downloads>. Acesso: 20/11/2020.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf. Acesso em: 15/12/2020.

Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal Public Health*. 2000;90(8):1212-5.

Korn EL, Graubard BI. Epidemiologic studies utilizing surveys: accounting for sampling design. *Am J Public Health*. 1991;81(9):1166-73.

Krieger N. Epidemiology, racism, and health: the case of low birth weight. *Epidemiology*. 2000; 11(3):237-9.

Laguardia J. O Uso da Variável “ Raça ” na Pesquisa em Saúde. *Physis Re*. 2004;14(2):197-234.

Leal MC, Gama SGN, Cunha, CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):100-7.

Lee, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*. 2003; 17(4):167-90.

Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Associated factors to self-rated health among hypertensive and/or diabetic elderly: results from Bambuí project. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(3):559-71.

Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):171-80.

Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3653-68.

Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, Otaliba LMN. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema

de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(1):17-28.

Mendonça HLC, Szwarcwald CL, Damacena GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(10):1927-38.

Nunes SS. Racismo contra negros: sutileza e persistência. *Rev Psicol Polít*. 2014;14(29):101-21.

Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2013;44(4):224-31.

Ogunyemi AO, Olatona FA, Odeyemi KA. Assessment of factors affecting self-rated health among elderly people in Southwest Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2018;25(2):73-8.

Oliveira BLA, Thomaz EBAF, Silva RA. 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.

Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud Av*. 2004;18(50):57-60.

ONU - Organização das Nações Unidas. Década Internacional de Afrodescendentes 2015-2024. Disponível em: <https://decada-afro-onu.org/>. Acesso em: 14/12/2020.

ONU - United Nations Organization. New York: United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, 2015.

Osório RG. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. IPEA. Brasília; 2003.

Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira ÉA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1593-1602.

Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):302-10.

Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:723-34.

Pessoa DGC, Silva PLN, Duarte RPN. Análise estatística de dados de pesquisas por amostragem: problemas no uso de pacotes-padrão. *Revista Brasileira de Estatística*. 1997;58:53-75.

Petrucelli JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. In: *Características étnico-raciais da população: classificações e identidades*. Rio de Janeiro; 2013.

Pinheiro L, Fontoura NO, Querino AC, Bonetti A, Rosa W. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 3. ed. Brasília: Ipea, SPM, Unifem; 2008.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf. Acesso em: 19/12/2020.

Porto Alves MC, Silva NN. Variance estimation methods in samples from household surveys. *Rev Saude Pública*. 2007;41(6):938-46.

Rao JNK, Scott AJ. On Chi-Squared Tests for Multiway Contingency Tables with Cell Proportions Estimated from Survey Data. *The Annals of Statistics*. 1984;12(1):46-60.

Santos EC, Couto BM, Bastone AC. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. ABCS health. 2018;43(1):47-54.

São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Retratos de São Paulo. [acesso em 07 dez 2011a]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/>

São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Informações dos Municípios Paulistas - IMP. [acesso em 07 dez 2011b]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. Boletim CEInfo Análise. Ano X, nº12/2015.

São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Informações dos Municípios Paulistas - IMP. [acesso em 28 out 2016]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Informações dos Municípios Paulistas - IMP. [acesso em 13 mar 2017]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 0, 2017: Aspectos metodológicos e produção de análises. São Paulo: CEInfo, 2017.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Raça/cor: Olhar da Saúde da População Negra. Boletim CEInfo Análise. Ano XV, nº 18, 2020.

Schwarcz LM, Starling HM. Toma lá da cá: o sistema escravocrata e a naturalização da violência no Brasil. In: Brasil: uma biografia. São Paulo, 2015.

Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Rev bras epidemiol. 2018;21(Suppl 2):e180004.

Silva ML. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde. 2005:129-32.

Simonsson B, Molarius A. Self-rated health and associated factors among the oldest-old: results from a cross-sectional study in Sweden. Arch Public Health. 2020;78:6.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization. Geneva. 2010.

Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(8):2063-70.

Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, Harris TB, Koster A, Satterfield S, Ayonayon HN, Newman AB. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2009; 64:87-94.

Thorpe Jr. RJ, Koster A, Kritchevsky SB, Newman AB, Harris T, Ayonayon HN, et al. Race, socioeconomic resources, and late-life mobility and decline: findings from the Health, Aging, and Body Composition study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66:1114-23.

Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):660-78.

Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(4):539-48.

Volochko A. Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades sociais na saúde. *Bol Inst Saúde*. 2003;(31):21-2.

Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Rev Saúde e Soc*. 2016;25(3):535-49.

Zamboni M. Marcadores Sociais da Diferença. *Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)*. São Paulo; 2014 Aug;1:13-8.

Zimmerman A, Lopes RD, D'Ávila A, Rohde LE, Zimmerman LI. COVID-19 in Brazil: the headlines should be about science. *The Lancet*. 2020; 369: 1083. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piis0140-6736\(20\)32375-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piis0140-6736(20)32375-8/fulltext). Acesso: 07/12/2020.




ANEXOS

Anexo I – Carta de Anuência do uso do banco de dados do ISA-Capital-SP 2015**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo o uso do banco de dados do “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo 2015” (ISA Capital-2015) pelo pesquisador Roudom Ferreira Moura, CPF 51845369572, RG 357131496, aluno de doutorado da Universidade de São Paulo (USP) – Faculdade de Saúde Pública para a realização da tese intitulada “*Idosos Brancos e Negros da cidade de São Paulo: desigualdades das condições sociais e de saúde*”, sob orientação do Professor Titular Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes.

São Paulo, 30 de maio 2019.


Chester Luiz Galvão Cesar

Prof. Titular - HEP FSP/USP

Coordenador da Pesquisa ISA Capital- 2015

Anexo II – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idosos brancos e negros da Cidade de São Paulo: desigualdades das condições sociais e de saúde

Pesquisador: Roudom Ferreira Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18897419.5.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.658.676

Apresentação do Projeto:

O projeto busca traçar as desigualdades raciais das condições sociais e de saúde de idosos, no intuito de se demonstrar que a população de idosos pretos e pardos formam um grupo vulnerável cujo envelhecimento se dá em piores condições que os idosos brancos com melhores condições econômicas.

Os dados serão obtidos do ISA Capital 2015 realizado a partir de entrevistas domiciliares, divididas em 16 blocos temáticos, da população residente no Município de São Paulo (MSP). O objetivo do ISA Capital 2015 é de se avaliar o estado de saúde dos municípios, segundo suas condições de vida, abordando aspectos referentes a estilo de vida, morbidades agudas e crônicas, práticas preventivas e uso de serviços de saúde.

Serão incluídos no estudo os idosos que autodeclararam cor/raça e excluídos aqueles que tiveram sua cor/raça informada por terceiros.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é o de analisar as desigualdades das condições sociais e de saúde em idosos não institucionalizados do município de São Paulo sob a perspectiva da autodeclaração da cor/raça.

Os objetivos específicos são (como descrito no projeto):

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.658.676

- a) Descrever a distribuição dos idosos, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e de uso e acesso aos serviços de saúde, sob a perspectiva da cor da pele (branca, parda e preta).
- b) Avaliar a associação entre cor/raça e as condições sociais e de saúde em idosos.
- c) Comparar a distribuição dos idosos, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de condições de saúde, sob a perspectiva da autoavaliação do estado de saúde.
- d) Identificar fatores determinantes da autoavaliação negativa do estado de saúde de idosos, considerando a condição da cor da pele.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nesse estudo, serão apenas analisados os dados já coletados pelo ISA - Capital - SP 2015, sem identificação pessoal dos participantes e sem novas inquirições dos mesmos. Assim, os riscos aos participantes são referentes, apenas, aos resultados, segundo as limitações metodológicas.

Benefícios:

Inserção de políticas públicas que levem em consideração as especificidades da população idosa negra, a fim de possível redução das desigualdades nas condições de saúde com foco nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante no campo de saúde pública. Como o próprio autor diz : que esse conhecimento possa contribuir e subsidiar o planejamento das ações práticas da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com foco no idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou justificativa da não necessidade de TCLE já que os dados serão oriundos de banco de dados ISA Capital 2015.

Apresentou anuência do coordenador do ISA Capital para o acesso e utilização dos dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.658.676

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	anuencia.pdf	23/10/2019 18:59:22	José Leopoldo Ferreira Antunes	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1374024.pdf	25/07/2019 14:59:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/06/2019 11:10:31	Roudom Ferreira Moura	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	18/06/2019 10:03:50	Roudom Ferreira Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/06/2019 10:03:35	Roudom Ferreira Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Outubro de 2019

Assinado por:
José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3081-7779 Fax: (11)3081-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo III – Comprovante de submissão do artigo 1

05/05/2021

Manuscrtos ScholarOne



Revista Panamericana de Salud Pública / Revista Panamericana
de Saúde Pública

Casa

Autor

Confirmação de envio

Impressão

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Revista Panamericana de Salud Pública / Revista Panamericana de Saúde Pública

ID do Manuscrito

2021-00487

Título

Desigualdades sociais e de saúde entre idosos brancos e negros da cidade de São Paulo/SP/Brasil

Autores

Moura, Roudom

Cesar, Chester

Goldbaum, Moisés

Okamura, Mirna

Antunes, Jose

Data Enviada

05 de maio de 2021


Painel do Autor

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2021. Todos os direitos reservados.
ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents # 7.257.767 e # 7.263.655 .

[@ScholarOneNews](#) | [Requisitos do sistema](#) | [Declaração de privacidade](#) | [Termos de uso](#)

Anexo IV – Comprovante de submissão do artigo 2

12/05/2021 ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[# Home](#)

[/ Author](#)

[Review](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2021-1037

Title
Autoavaliação de saúde dos idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo / Brasil sob a perspectiva da cor da pele / raça

Authors
Moura, Roudom
Cesar, Chester
Goldbaum, Moisés
Okamura, Mirna
Antunes, Jose Leopoldo

Date Submitted
12-May-2021

[Author Dashboard](#)

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> 1/2

12/05/2021

ScholarOne Manuscripts

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2021. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

Anexo V – Questionário ISA-Capital-SP 2015 (CD)

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/isacapitalsp/questionario_isacapital-completo.pdf



CURRICULUM LATTES

Roudom Ferreira Moura. São Paulo, 2021.

	<p>Roudom Ferreira Moura</p> <p>Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5980191805817282</p> <p>ID Lattes: 5980191805817282</p> <p>Última atualização do currículo em 15/03/2021</p>
<p>Enfermeiro da Divisão de Dengue, Chikungunya e Zika do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) e do Grupo Técnico Clínico Terapêutico da Divisão de Serviços de Saúde do Centro de Vigilância Sanitária / Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP), Brasil. Mestre em Ciências - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP). Especialização em Saúde Coletiva com enfoque no Programa de Saúde da Família - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); Especialização em Educação em Saúde - Centro de Desenvolvimento em Saúde (CEDSS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Especialização em Saúde da Mulher no Climatério (FSPUSP). Atualmente é Doutorando em Ciências pelo departamento de Epidemiologia da FSPUSP e Membro do Grupo de Estudos de Direito Sanitário - GEDISA/USP. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde, Epidemiologia, Vacinação, Saúde do Idoso e Saúde da População Negra. (Texto informado pelo autor)</p>	
<p>Identificação</p>	
<p>Nome Roudom Ferreira Moura</p> <p>Nome em citações bibliográficas MOURA, R. F.;Moura, RF;Moura, Roudom Ferreira;FERREIRA MOURA, ROUDOM</p> <p>Lattes iD  http://lattes.cnpq.br/5980191805817282</p>	
<p>Endereço</p>	
<p>Endereço Profissional Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SESSP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Avenida Doutor Arnaldo, 351 Pacaembu 01246000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30668292 Ramal: 8292 URL da Homepage: http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/</p>	
<p>Formação acadêmica/titulação</p>	

José Leopoldo Ferreira Antunes. São Paulo, 2021.



José Leopoldo Ferreira Antunes

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4938720890035457>

ID Lattes: **4938720890035457**

Última atualização do currículo em 08/03/2021

José Leopoldo Ferreira Antunes é professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Editor Científico da Revista de Saúde Pública e Editor Associado de Oral Diseases. É pesquisador do CNPq desde 03/2001. Sua área de interesse em pesquisa é a vigilância das desigualdades em saúde, com foco em suas formas de medida, na avaliação de sua magnitude e fatores associados. Em especial, tem se aplicado ao estudo do impacto de programas e intervenções sobre as desigualdades socioeconômicas em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome José Leopoldo Ferreira Antunes

Nome em citações bibliográficas ANTUNES, J. L. F.;ANTUNES JLF;ANTUNES, J. L.;ANTUNES JL;Antunes, José L.F.;Antunes, José Leopoldo Ferreira;Ferreira Antunes, José Leopoldo;Antunes, Jose Leopoldo Ferreira;Antunes, JosÃ© Leopoldo Ferreira;Antunes LF;Antunes, José Leopoldo;ANTUNES, JOSÉ LEOPOLDO F.;ANTUNES, JOSE L.;ANTUNES, JOSÉ LEOPOLDO F;ANTUNES, JLF;ANTUNES, JOSÉ L. F.;ANTUNES, J.L.F.;ANTUNES, J L F

Lattes iD  <http://lattes.cnpq.br/4938720890035457>

Orcid iD  <https://orcid.org/0000-0003-3972-9723>

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.
Av. Dr. Arnaldo, 715
Pacaembu
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617968
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação