

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Carolina Marchesan Felin

**PREVALÊNCIA DA DISCRIMINAÇÃO AUTOPERCEBIDA NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
BRASILEIROS**

Santa Maria, RS
2021

Carolina Marchesan Felin

**PREVALÊNCIA DA DISCRIMINAÇÃO AUTOPERCEBIDA NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de Concentração em Odontologia, ênfase em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), para a obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas**.

Orientador: Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Santa Maria, RS
2021

Felin, Carolina Marchesan
Prevalência da Discriminação Autopercebida nos Serviços
de Saúde e Fatores Associados em Idosos Brasileiros /
Carolina Marchesan Felin.- 2021.
40 p.; 30 cm

Orientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências Odontológicas, RS, 2021

1. Discriminação 2. Idoso 3. Determinantes Sociais 4.
Serviços de Saúde I. Melgarejo do Amaral Giordani, Jessye
II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, CAROLINA MARCHESAN FELIN, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Carolina Marchesan Felin

PREVALÊNCIA DA DISCRIMINAÇÃO AUTOPERCEBIDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS BRASILEIROS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de Concentração em Odontologia, ênfase em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), para a obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas**.

Aprovado em 21 de Julho de 2021:



Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)
(Presidente da Banca/Orientador)



Lenise Menezes Seerig, Dr^a. (UFN)



Bruno Emanuelli, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

PREVALÊNCIA DA DISCRIMINAÇÃO AUTOPERCEBIDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS BRASILEIROS

AUTORA: Carolina Marchesan Felin

ORIENTADOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

A discriminação é um processo resultante da interação humana, capaz de trazer grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Compreender diferentes experiências de discriminação em idosos e suas possíveis associações são passos importantes para determinar a melhor forma de lidar com a discriminação individual e social e os impactos gerados na saúde dessa população. O objetivo da presente dissertação foi verificar prevalência e fatores associados à discriminação autopercebida em indivíduos com 50 anos ou mais, bem como explorar as diferenças de gênero nos fatores associados à discriminação relatada em serviços de saúde. Foram utilizados dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-BRASIL), um estudo transversal com base domiciliar, onde foi selecionada uma amostra nacional de 9412 pessoas não institucionalizadas, representativa da população com 50 anos ou mais. A pesquisa avaliou a discriminação autopercebida ao procurar serviços médicos ou atenção à saúde e modelos ajustados para as variáveis demográficas, socioeconômicas, psicossociais e comportamentais. A análise dessa dissertação explorou as diferenças de gênero nos fatores associados à discriminação em serviços de saúde. Foi utilizada regressão de Poisson através do comando *svy* para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas. Cerca 10,9% (IC95%: 10,1-12,1) da amostra relatou discriminação ao procurar serviço de saúde. Para o sexo feminino, os relatos se associaram a de cor da pele amarela (RP 2.2IC95%: 1,1-4,9) ou indígena (RP 1.9IC95%: 1,1-3,4), ter mais de oitenta anos de idade (RP 0.5IC95%: 0,3-0,9), baixa confiança na vizinhança (RP 1.4IC95%: 1,1-1,7), diagnóstico negativo de depressão (RP 0.5IC95%: 0,4-0,6) e alta satisfação com a vida (RP 0.5IC95%: 0,4-0,7). Para o sexo masculino, homens pretos (RP 1.8IC95%: 1,2-2,8) e pardos (RP 1.3IC95%: 1,1-1,8), bem como aqueles com baixa confiança social (RP 1.5IC95%: 1,2-1,9), apresentaram associação com a discriminação na procura por serviços de saúde. Portanto, foi observado que para indivíduos do sexo feminino as variáveis dos blocos sociodemográfico e psicossocial mostraram associação com a discriminação na procura por serviços de saúde. Já para o sexo masculino, não houve associação de discriminação com idade, riqueza, escolaridade ou satisfação com a vida. Composto pelas variáveis uso de serviços de saúde no último ano e hábito de fumar, o bloco comportamental não mostrou associação com discriminação. Foi possível perceber que a influência do envelhecimento para os homens é diferente de sua influência para as mulheres para a autopercepção de discriminação, uma vez que foi encontrada associação negativa entre discriminação e ter 80 anos para o sexo feminino, enquanto para homens não foi observada associação significativa em nenhuma das faixas etárias.

Palavras-chave: Determinantes sociais de saúde. Discriminação social. Idoso. Serviços de saúde.

ABSTRACT

PREVALENCE OF SELF-PERCEIVED DISCRIMINATION AND ASSOCIATED FACTORS IN BRAZILIAN OLDER PEOPLE

AUTHOR: Carolina Marchesan Felin
ADVISOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Discrimination is a process resulting from human interaction, capable of having a great impact on the quality of life of individuals. Understanding different experiences of discrimination in the elderly and their possible associations are important steps to determine the best way to deal with individual and social discrimination and the impacts on the health of this population. The objective of this dissertation was to verify the prevalence and factors associated with self-perceived discrimination in Brazilian adults and elderly people aged 50 years or over, as well as to explore gender differences in the factors associated with discrimination reported in health services. Data from the Longitudinal Health Study of Elderly Brazilians (ELSI-BRAZIL), a cross-sectional home-based study, were used, in which a national sample of 9412 non-institutionalized people, representative of the population aged 50 years or older, was selected. In this research, self-perceived discrimination was evaluated when seeking medical services or health care and adjusted models for demographic, socioeconomic, psychosocial and behavioral variables. The analysis of this dissertation explored gender differences in the factors associated with discrimination in health services. Poisson regression was used using the `svy` command to obtain the crude and adjusted prevalence ratios. About 10.9% (95% CI: 10.1-12.1) of the sample reported discrimination when seeking health care. For the female sex, the reports were associated with yellow (PR 2.2IC95%: 1,1-4,9) or indigenous (PR 1.9IC95%: 1,1-3,4) skin color, being over eighty years of age (PR 0.5IC95%: 0,3-0,9), low confidence in the neighborhood (PR 1.4IC95%: 1,1-1,7), negative diagnosis of depression (PR 0.5IC95%: 0,4-0,6) and high satisfaction with life (PR 0.5IC95%: 0,4-0,7). For males, black men (PR 1.8IC95%: 1,2-2,8) and brown (PR 1.3IC95%: 1,1-1,8), as well as those with low social confidence (PR 1.5 IC95%: 1,2-1,9), were associated with discrimination in the demand for health services. Therefore, it was observed that for female individuals, the variables of the sociodemographic and psychosocial blocks showed an association with discrimination in the demand for health services. For males, there was no association of discrimination with age, wealth, education or life satisfaction. Composed of the variables use of health services in the last year and smoking, the behavioral block showed no association with discrimination. It was possible to perceive that the influence of aging for men is different from its influence for women for the self-perception of discrimination, since a negative association was found between discrimination and being 80 years old for females, while for men there was no association significant in any age group.

Keywords: Aged. Health services. Social determinants of health. Social discrimination.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL	06
2	ARTIGO: PREVALÊNCIA DA DISCRIMINAÇÃO AUTOPERCEBIDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS BRASILEIROS	10
	RESUMO.....	12
	INTRODUÇÃO.....	13
	MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
	RESULTADOS.....	16
	DISCUSSÃO.....	18
	CONCLUSÕES.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	TABELAS.....	27
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
4	REFERÊNCIAS	31
5	ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	36

1 INTRODUÇÃO

A discriminação pode ser definida como uma conduta de tratamento diferenciado, baseada em algumas características individuais como raça, gênero, idade, situação socioeconômica, classe social, diferenças físicas e outras características socialmente atribuídas ou adquiridas, que fere os direitos humanos e gera desigualdades econômicas, políticas e sociais (BASTOS; FAERSTEIN, 2012; BASTOS et al., 2010). Pode também ser definida como um raciocínio pré-operatório com o qual se calcula o valor ou merecimento de um indivíduo com base em atributos ou características desvalorizados em determinado contexto social (BAUMGARTEN et al., 2017), ou como um fenômeno cultural gerado por crenças sociais injustas, concentrado em padrões de opressão e dominação oriundos de lutas por privilégios e poder (BASTOS; CELESTE; PARADIES, 2018).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são as diversas condições em que as pessoas vivem e trabalham, são fatores sociais, psicológicos, econômicos, culturais, ambientais, étnicos e raciais (MARMOT et al., 2008). A discriminação faz parte da determinação social em saúde e corresponde a um conjunto de comportamentos observáveis, que se traduzem em tratamentos desiguais de pessoas ou de grupos e traz questões subjacentes, como a perpetuação de relações de poder e o privilégio de alguns grupos sociais (BASTOS; FAERSTEIN, 2012). Mais especificamente, são os determinantes estruturais e as condições da vida diária responsáveis por grande parte das iniquidades em saúde dentro de cada país e entre eles (FDI, 2013). Há um grande número de características individuais e contextuais relacionadas aos DSS que podem estar associadas a processos discriminatórios (BASTOS; FAERSTEIN, 2012; MACINKO et al., 2012). Pesquisas trazem o conceito de interseccionalidade, que é quando a percepção de discriminação pode mostrar-se associada a múltiplos status sociais, como raça, classe e outros eixos de desigualdade como gênero, idade e orientação sexual, os quais se cruzam para moldar as experiências de indivíduos e grupos socialmente desfavorecidos (BASTOS; HARNOIS; PARADIES, 2017; BASTOS et al., 2014; BASTOS et al., 2017; BRAGA et al., 2019). De acordo com o conceito, indivíduos que interpretam sua experiência dentro do contexto multifatorial têm maior probabilidade de perceber sua experiência como discriminação, ou seja, o impacto de múltiplos fatores pode ser mais alto (BASTOS et al., 2017; LEWIS; COGBURN; WILLIAMS, 2015; SUTIN et al., 2015).

O enlace dos determinantes sociais com a discriminação pode ser explicado de várias formas. Um grande número de características individuais e contextuais, como cor da pele, gênero, idade, peso, problemas físicos, orientação sexual e posição social podem estar associadas à discriminação (BASTOS; FAERSTEIN, 2012; MACINKO et al., 2012). Em idosos, a discriminação pode ser vista como um determinante social em saúde e acarretar diminuição do convívio social, queda no acesso a serviços de saúde, baixa adesão a tratamentos e consequente diminuição na qualidade de vida (BASTOS et al., 2015). Para esses autores, a discriminação deve ser tomada como um problema de saúde pública, responsável não apenas por iniquidades ou pela adoção de comportamentos não saudáveis, mas por diferenças no acesso e na prestação de serviços de qualidade (BASTOS et al., 2015). Em adultos idosos, as decisões sobre a saúde podem ser facilitadas pela participação em redes sociais e atividades comunitárias (KYDD; FLEMING, 2015; PLOEG et al., 2019). O envolvimento com outras pessoas pode ajudar o idoso a manter suas habilidades sociais, autoestima e autoconfiança e a adotar hábitos saudáveis de cuidado consigo, levando a uma saúde mental positiva e facilitando também o acesso a serviços (ROUXEL et al., 2015). Também acarreta alta confiança nas instituições, com melhor acesso a serviços, maior rede de informações e maior segurança na busca por apoio (BUCK McFADYEN et al., 2018). Ainda, estudos mostram que em países onde não existem políticas de saúde baseadas nas causas sociais das desigualdades também permanecem as desigualdades em saúde, com associação entre desvantagem social e incapacidade, doença e morte prematura (WATT; SHEIHAM, 2012). É importante ressaltar que as desigualdades na saúde se referem a variações sistemáticas na saúde que podem ser decorrentes da acessibilidade diferencial que pessoas ou grupos têm aos recursos sociais (MOORE; KAWACHI, 2017; WATT; SHEIHAM, 2012). O estudo da cadeia de mediações entre determinantes sociais e saúde permite identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem reduzir iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Embora possa ocorrer em vários domínios da vida, a discriminação em ambientes de saúde é de particular preocupação por causa de suas implicações negativas nos cuidados (STEPANIKOVA; OATES, 2017) e pelo poder de gerar desigualdades em saúde (BASTOS; HARNOIS; PARADIES, 2017). Além disso, pode gerar grande impacto na qualidade de vida, causando prejuízo para toda a sociedade (ECKSTRAND; NG; POTTER, 2016; FERREIRA-ALVES; NOVO, 2006). Percepções negativas e a antecipação da discriminação estão

associadas à redução da probabilidade de procurar aconselhamento médico, utilizar serviços de saúde preventivos e perceber o sistema de saúde como inacessível (BAEZA-RIVERA et al., 2019; LEWIS; COGBURN; WILLIAMS, 2015). Também o estabelecimento de uma boa comunicação entre profissionais e pacientes significar diminuição das percepções de discriminação (GALVÃO et al., 2020). Pesquisas apontam que iniquidades sociais durante o curso de vida são capazes de trazer consequências para a saúde em idades avançadas (DARIN-MATTSON et al., 2018; WATT; SHEIHAM, 2012). Também Watt e Sheiham (2012) sugerem que as condições sociais adversas e eventos negativos da vida tornam-se incorporados biologicamente, de forma que padrões de comportamento e doenças atuam como marcadores de desvantagem social (WATT; SHEIHAM, 2012). A literatura existente sugere que discriminações por raça/cor, classe social e idade estão associadas a maior ocorrência de transtornos mentais comuns (BASTOS et al., 2014). Há outros estudos que contemplam a relação entre discriminação e condições adversas de saúde como tabagismo, uso e abuso de álcool (GOTO; COUTO; BASTOS, 2013), maior liberação de cortisol, stress, hipertensão, diabetes, atividade física inadequada, queda na busca e satisfação com serviços de saúde e menor adesão a tratamentos médicos (BAILEY et al., 2017; LEWIS; COGBURN; WILLIAMS, 2015) e piores resultado de saúde mental e depressão (BASTOS et al., 2014; LEWIS; COGBURN; WILLIAMS, 2015). Portanto é importante que os profissionais que atuam na área mantenham cuidado abrangente e de alta qualidade, capaz de impedir práticas discriminatórias para qualquer grupo de pessoas (ELIAS; LOWTON, 2014; FERREIRA-ALVES; NOVO, 2006). Estudos sobre discriminação auxiliam na promoção de políticas públicas de qualidade e efetivas, um passo essencial na assistência integral (BRAGA et al., 2019, LEÓN et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2016; VERAS, 2016) e também podem ser usados para o desenho de intervenções destinadas a reduzir comportamentos de evitamento ao cuidado de saúde (BAEZA-RIVERA et al., 2019). O conhecimento a respeito do tema traz implicações no conceito de humanização, que vem sendo trabalhado dentro do Sistema Único de Saúde como forma de melhorar o acesso e qualidade dos serviços (BRAGA et al., 2019). Há evidências de que a discriminação perpétua iniquidades no uso de serviços de saúde: os cuidados preventivos podem estar ao alcance dos menos vulneráveis, enquanto pessoas com piores condições sociais e que precisam de assistência diferenciada podem enfrentar situações discriminatórias e postergar seu cuidado para depois que as doenças estiverem estabelecidas (DO AMARAL JUNIOR et al., 2020). É imprescindível identificar com quais variáveis a discriminação está associada a fim de identificar como e onde ela ocorre e identificar fatores

de risco e fatores de proteção na população brasileira, para formulação de estratégias de combate e políticas públicas específicas e de qualidade (BASTOS; FAERSTEIN, 2012; MACINKO et al., 2012). As intervenções para reduzir percepções de discriminação devem ter como alvo fatores estruturais e sistêmicos, incluindo desigualdades em toda a sociedade em termos de renda, educação e acesso à saúde, e devem ser adaptadas para levar em conta experiências de saúde específicas (STEPANIKOVA; OATES, 2017). Esse trabalho contribui para a discussão sobre o tema discriminação em uma amostra representativa de base populacional, de dimensão nacional, apontando para desigualdades de gênero, algo que nenhum estudo dessa abrangência já trouxe. Portanto, o objetivo da presente dissertação foi verificar prevalência e fatores associados à discriminação autopercebida em indivíduos com 50 anos ou mais, bem como explorar as diferenças de gênero nos fatores associados à discriminação em serviços de saúde.

2 ARTIGO – PREVALENCE OF SELF-PERCEIVED DISCRIMINATION AND ASSOCIATED FACTORS IN BRAZILIAN ELDERLY

Este artigo será submetido ao periódico *Cadernos De Saúde Pública*, ISSN: 0102-311X (impresso). Fator de impacto: 1.301, Qualis CAPES A2. As normas para publicação estão descritas no Anexo A.

2 ARTIGO

***Title:* PREVALENCE OF SELF-PERCEIVED DISCRIMINATION AND ASSOCIATED FACTORS IN BRAZILIAN ELDERLY**

Authors:

Carolina Marchesan Felin¹, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani¹

Author affiliations:

¹Postgraduate Program in Dental Sciences, Federal University of Santa Maria, Santa Maria, Brazil.

ORCID/email:

Carolina Marchesan Felin: 0000-0002-3370-371X / carolmfelin@gmail.com

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani: 0000-0002-3825-9734 / jessyesm@hotmail.com

Corresponding Author:

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Av. Roraima, 1000, UFSM, University City Building 26F, Dentistry. Camobi.

ZIP Code: 97105-900. Santa Maria – RS - Brazil

Telephone +55 (55) 9.9988-2433

E-mail: jessyesm@hotmail.com

Contributors' Statement:

DDS Felin conceptualized and designed the study, carried out the initial analyses, drafted the initial manuscript, reviewed and revised the manuscript. Dr Giordani conceptualized and designed the study, coordinated and supervised the initial manuscript, carried out the analyses and critically reviewed the manuscript. All authors approved the final manuscript as submitted and agree to be accountable for all aspects of the work. The authors have no conflict of interest.

Resumo

Objetivos: a discriminação na procura por serviços de saúde tem consequências no estado de saúde e qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde entre homens e mulheres adultos e idosos brasileiros. **Métodos:** este é um estudo transversal realizado através de dados da pesquisa do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-BRASIL), coletados entre os anos de 2015 e 2016, em indivíduos com 50 anos ou mais. A discriminação percebida foi medida por meio da seguinte questão: Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) se sentiu vítima de algum tipo de discriminação, quando procurou serviços médicos ou atenção à saúde? As opções de resposta foram: sim/não/não sabe ou não respondeu. Entre as variáveis independentes estão as demográficas e socioeconômicas: sexo, cor da pele, idade, escolaridade, riqueza, confiança na vizinhança, depressão, satisfação com a vida, uso de serviços de saúde e hábito de fumar. Os dados foram analisados com a utilização do programa estatístico STATA 14 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). A regressão de Poisson foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança e nível de significância. **Resultados:** cerca de 10,9% (IC95%: 10,1-12,1) da amostra relatou discriminação ao procurar serviço de saúde. Para o sexo feminino, os relatos se associaram a de cor da pele amarela (RP 2.2) ou indígena (RP 1.9), ter mais de oitenta anos de idade (RP 0.5), baixa confiança na vizinhança (RP 1.4), diagnóstico negativo de depressão (RP 0.5) e alta satisfação com a vida (RP 0.5). Para o sexo masculino, aqueles de cor de pele preta (RP 1.8) e pardos (RP1.3), bem como aqueles com baixa confiança social (RP 1.5), apresentaram associação com a discriminação na procura por serviços de saúde. **Conclusão:** nosso estudo mostrou associação entre discriminação e procura por serviços de saúde. Porém essa associação é diferente para homens e mulheres, os quais tiveram, respectivamente, maior associação com variáveis demográficas e com variáveis psicossociais. Foi possível perceber que o envelhecimento tem impacto diferente para homens e mulheres para a autopercepção de discriminação, uma vez que foi encontrada associação negativa entre discriminação e ter 80 anos para o sexo feminino, enquanto para homens não foi observada associação significativa em nenhuma das faixas etárias.

Palavras-chave: Determinantes sociais de saúde. Discriminação social. Idoso. Serviços de saúde.

Introdução

A discriminação é uma conduta de tratamento diferenciado resultante da interação humana, capaz de trazer impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Historicamente tem se mostrado como um conjunto de comportamentos que levam a um tratamento desigual de pessoas ou grupos e resultam num processo de dominação de uma classe social ou grupo de indivíduos em relação a outra¹. Também pode ser definida como a crença de que alguém possui uma característica que é desvalorizada ou menosprezada em um contexto social². Esta diferenciação tem consequências como exclusão de pessoas de seu convívio social, baixa procura por serviços de saúde e baixa adesão a tratamentos propostos, diminuição do autocuidado e queda na qualidade de vida³. Algumas evidências sugerem que, independentemente da atribuição, as experiências de tratamento injusto levam a reações psicológicas e fisiológicas negativas, com maior desenvolvimento de doenças crônicas^{4,5}. A discriminação percebida é identificada como um estressor crônico que tem efeitos particularmente prejudiciais à saúde por não ser controlável ou previsível⁶.

É necessário estabelecer como os fatores socioeconômicos, demográficos, psicossociais e comportamentais se relacionam com a discriminação no serviço de saúde. Estudos tem mostrado que a discriminação é capaz de afetar a saúde, provocando alterações no bem estar psicológico e agravos mentais, como a ansiedade e sintomas depressivos, diminuição da qualidade de vida e do convívio social, adoção de comportamentos nocivos, como baixa adesão a tratamentos propostos, ou abandono de comportamentos saudáveis, como boa alimentação e atividade física¹. Porém a discriminação deve ser tomada como um problema de saúde pública, responsável não apenas por iniquidades ou pela adoção de comportamentos não saudáveis, mas por diferenças no acesso e na prestação de serviços de qualidade^{7,8,9}. Também podem acontecer mudanças na fisiologia do organismo em resposta ao estresse, incluindo alterações relacionadas aos aparelhos cardiovascular e gastrointestinal, sistema neuroendócrino, e função imunológica, sensibilidade à dor e dor crônica^{1,3}. Há outros estudos que contemplam a relação entre discriminação e condições adversas de saúde como tabagismo, uso e abuso de álcool³, maior liberação de cortisol, stress, hipertensão, diabetes, atividade física inadequada, queda na busca e satisfação com serviços de saúde, menor adesão a tratamentos médicos^{5,10}, piores resultado de saúde mental e depressão¹¹. Estas alterações podem ser observadas quando a discriminação acontece em idosos¹².

A percepção de tratamento diferenciado pode mostrar-se associada a múltiplos status sociais, como raça, classe e outros eixos de desigualdade como gênero, idade e orientação sexual, o que se define como interseccionalidade¹³. Experiências discriminatórias com múltiplas atribuições são potencialmente mais prejudiciais à saúde do que aquelas atribuídas a uma única motivação¹¹. Porém a literatura carece de estudos com um recorte nacional, com representatividade, que aborde a discriminação relatada na procura de serviços de saúde sob a perspectiva das diferenças de gênero e são escassas as pesquisas sobre discriminação e saúde voltadas para adultos mais velhos, quando comparadas a outras faixas etárias. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e identificar as principais características individuais relacionadas à discriminação percebida nos serviços de saúde entre homens e mulheres adultos e idosos brasileiros.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal com base em dados secundários do ELSI-Brasil, de base populacional, representativo em nível nacional, perfazendo um total de 9412 pessoas não institucionalizadas, com 50 anos ou mais, residentes em 70 municípios, distribuídos em 21 estados das 5 grandes regiões brasileiras. A pesquisa de linha de base foi realizada entre 2015 e 2016. Os objetivos do ELSI-BRASIL são obter um melhor entendimento dos determinantes do envelhecimento, estimar a demanda para os sistemas sociais e de saúde e produzir informações para subsidiar e avaliar o impacto de políticas públicas.

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Conselho de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Minas Gerais (CAAE: 34649814.3.0000.5091) e também pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 63725117.9.0000.5091).

A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário que continha: módulo domiciliar, com entrevista sobre as características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos moradores; módulo individual, com entrevista individual para os moradores com 50 anos ou mais, e módulo coleta de medidas físicas, aplicado em todos os entrevistados dessa faixa etária. O questionário do estudo incluiu informações como características sociodemográficas e comportamentais, estilo de vida, qualidade de vida, uso de

serviços de saúde e informações gerais de saúde. A pesquisa foi realizada em 70 municípios de todo o país. No total, 7.500 domicílios foram selecionados, por um método científico que garantiu aleatoriedade, para participar do estudo. Os entrevistadores foram apropriadamente treinados, a fim de garantir a precisão da coleta de dados.

A variável dependente utilizada nesse estudo foi relato de discriminação ao procurar serviços de saúde. Para a avaliação foi utilizada a pergunta: a) Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) se sentiu vítima de algum tipo de discriminação, quando procurou serviços médicos ou atenção à saúde? As opções de resposta foram: sim/não/não sabe ou não respondeu.

Entre as variáveis independentes estão as demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino/feminino), cor da pele, com as opções de resposta: branca, preta, parda, amarela e indígena, segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), idade (categorizada em 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 85 anos ou mais. A escolaridade foi categorizada em zero a 3 anos/4 a 7anos (Ensino Fundamental)/8 a 11 anos (Ensino Médio)/ \geq 12 anos (Ensino Superior). A mensuração da riqueza utilizou uma técnica da estatística multivariada que consiste em transformar um conjunto de variáveis originais em outro conjunto de variáveis de dimensões iguais denominadas de componentes principais¹⁴. Foram utilizadas informações sobre propriedade de bens duráveis e características habitacionais e posteriormente a variável foi categorizada em quintis¹⁵.

As variáveis psicossociais estão entre as independentes e tiveram o objetivo de avaliar aspectos da vida social do(a) entrevistado(a). Foi utilizada a variável confiança, com a pergunta relacionada aos laços estreitos e ao apoio social emocional percebido pelo entrevistado, através do seguinte questionamento: Acredita que pode confiar na maioria das pessoas na vizinhança? As possibilidades de resposta foram categorizadas em não e sim. Outras variáveis foram o diagnóstico médico de depressão (sim/não) e satisfação com a vida (utilizada uma escala de 1 a 10, correspondendo aos graus mínimo e máximo, respectivamente, onde foi pedido que cada participante apontasse o número correspondente à sua satisfação, categorizada em baixa quando de zero a cinco, e alta, quando de seis a dez). Também fizeram parte desse bloco as variáveis comportamentais, dentre elas o uso de serviços de saúde (por meio do questionamento do número de consultas médicas nos últimos 12 meses, tendo consultado, sem importar o número de vezes, foi categorizada como sim, e não tendo

consultado, categorizada como não) e hábito de fumar (se fuma atualmente, categorizado em sim ou não).

Análise estatística: os dados foram analisados com a utilização do programa estatístico STATA 14 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Foi utilizada regressão de Poisson considerando o comando *svy* para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas. Foram obtidos modelos ajustados para as variáveis demográficas, socioeconômicas, psicossociais e comportamentais. As análises foram realizadas estratificadas pela variável sexo.

Resultados

A amostra final consistiu em 9.412 participantes respondentes de todas as perguntas do questionário (tabela 1). É possível observar que no bloco sociodemográfico a amostra foi composta em sua maioria por mulheres (54%), de cor da pele parda (44.6%), com idade de 60 anos ou mais (53.4%). A escolaridade prevalente foi a da faixa de 4-7 anos (36,4%). No bloco psicossocial, a maior parte dos entrevistados relatou alta confiança social (54.6%), um número expressivo relatou não ter diagnóstico de depressão (81.4%) e mostrou alta satisfação com a vida (70.9%). No bloco comportamental, 82.9% da amostra relatou não fumar e 82.4% procuraram serviço médico nos últimos doze meses. Quanto à discriminação no serviço de saúde, a prevalência foi de 11.4 (IC95%: 10,3-12,1) para mulheres e de 10.5(IC95%: 9,1-12,5) para homens.

Na Tabela 1 é possível observar a distribuição da amostra, prevalência de discriminação e razão de prevalência bruta para sexo feminino. Embora mulheres de cor da pele parda tenham sido a maioria, foi encontrada razão de prevalência de 2,16 (IC95%: 1,12-4,18) na procura por serviços de saúde para aquelas que se identificaram com cor da pele amarela e de 2,02 (IC95%: 1,12-3,64) para cor da pele indígena. As faixas etárias de 70-79 anos e 80 anos ou mais foi fator de proteção para relato de discriminação na procura por serviços de saúde, com prevalências de 0,78 (IC95%: 0,62-0,97) e 0,50 (IC95%: 0,3-0,83), respectivamente. Nas demais faixas etárias não houve associação significativa. Houve associação entre discriminação e o terceiro e quarto quintis de riqueza, com suas prevalências de 1,44 (IC95%: 1,08-1,91) e 1,36 (IC95%: 1,04-1,77). As mulheres com baixa confiança na vizinhança foram mais propensas a relatar discriminação na procura por serviços de saúde,

através de prevalência de 1,65 (IC95%: 1,34-2,04). Não ter depressão teve associação inversa com discriminação na procura por serviços de saúde, com prevalência de 0,48 (IC95%: 0,4-0,57), acontecendo o mesmo para o relato de alta satisfação com a vida, que teve prevalências de 0,54 (IC95%: 0,44-0,66). Para as variáveis nível de escolaridade, fumo e uso de serviços não houve associação à discriminação.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra, prevalência de discriminação e razão de prevalência bruta para sexo masculino. É possível observar que, considerando a autoclassificação de cor da pele, os homens de pele preta mostraram maior prevalência de discriminação nos serviços de saúde: 1,91 (1,23-2,95), seguidos pelos homens de pele parda, onde a prevalência da discriminação foi de 1,46 (1,10-1,93). A faixa etária dos 60-69 anos apresentou associação com o desfecho de discriminação, com prevalência bruta de 1,33 (IC95%: 1,06-1,67). Pertencer ao quinto e mais rico quintil de riqueza significou proteção ao relato de discriminação, com prevalência bruta de 0,61 (IC95%: 0,40-0,94), da mesma forma que os níveis mais elevados de educação, com prevalência de 0,67 (IC95%: 0,47-0,96). A baixa confiança na vizinhança teve prevalência de 1,65 (1,34-2,03) para a discriminação na procura por serviços de saúde. Indivíduos com diagnóstico negativo de depressão e alta satisfação com a vida apresentaram prevalências menores de relatos de discriminação, de 0,69 (IC95%: 0,51-0,95) e 0,73 (IC95%: 0,56-0,94), respectivamente.

A Tabela 3 apresenta os modelos de regressão ajustada, para o sexo feminino na primeira coluna e para o sexo masculino na segunda coluna. No modelo final, é possível ver que os fatores associados aos maiores relatos de discriminação no sexo feminino foram a cor da pele amarela e indígena, com prevalências de 2,2 (IC95%: 1,1-4,9) e 1,9 (IC95%: 1,1-3,4) e baixa confiança na vizinhança, quando a prevalência foi 1,4 (IC95%: 1,1-1,7). Fatores como diagnóstico negativo de depressão, com prevalência de 0,5 (IC95%: 0,4-0,6), alta satisfação com a vida, com prevalência de 0,5 (IC95%: 0,4-0,7) e ter mais de oitenta anos, através da prevalência de 0,5 (IC95%: 0,3-0,9), foram protetivos em relação à autopercepção de discriminação. Em contrapartida para os homens, a associação com autorrelato de discriminação no serviço de saúde ficou evidente para os indivíduos de cor da pele preta e parda, com prevalências de 1,8 (IC95%: 1,2-2,8) e 1,3 (IC95%: 1,1-1,8), respectivamente, e para aqueles com baixa confiança social, com prevalência de 1,5 (IC95%: 1,2-1,9).

Discussão

Este artigo busca contribuir para a discussão sobre as diferenças de gênero nos fatores associados à discriminação em serviços de saúde e entender a distribuição e magnitude de fatores de risco a ela relacionados. Para isso foram exploradas as principais características individuais relacionadas a prevalências de relatos de discriminação. Foram encontradas diferenças na percepção de discriminação ao utilizar serviços de saúde, mais ligadas a fatores psicossociais nas mulheres e fatores demográficos nos homens.

Um grande número de características individuais e contextuais, como cor da pele, gênero, idade, peso, problemas físicos, orientação sexual e posição social podem estar associadas à discriminação^{1,8,16}. As diferentes experiências de discriminação geram diferentes graus de stress, porém os episódios vinculados ao contexto social e aos serviços de saúde parecem exercer papel importante^{17,18}.

Foi observado que para indivíduos do sexo feminino as variáveis dos blocos sociodemográfico e psicossocial mostraram associação com a discriminação na procura por serviços de saúde. Pessoas de cor da pele amarela e indígena foram as que mais relataram discriminação. A não associação entre cor da pele preta e parda em mulheres não foi em razão da inclusão de variáveis de controle no modelo. Mesmo que essa ligação não tenha sido estabelecida, existem fortes evidências de sua existência^{10,13,19,20}. Em relação à idade, ter mais de 80 anos foi fator de proteção para o relato de discriminação no serviço de saúde para as mulheres, o que já foi sugerida em literatura anterior⁸, que mostrou maior prevalência de percepção de discriminação geral em pessoas com menos de 30 anos e com muitos problemas de saúde em relação às mais velhas. Isso poderia ser explicado pelo desenvolvimento de maior resiliência com a idade ou por mudanças nos conceitos do que é ou não importante para si. As evidências existentes dizem que as mulheres, os mais pobres e pretos/pardos apresentaram maior probabilidade de relatar discriminação, e que as mulheres não relatam discriminação relacionada à idade^{11,21,22}. É possível a idade mais avançada nas mulheres tenha sido um fator de proteção, funcionando como um amortecedor, tendo sua influência na forma como percebem a discriminação. A literatura diz que relatos maiores de discriminação entre mulheres jovens podem ser explicados pela excessiva cobrança estética recaída sobre o sexo feminino^{7,16,23}, enquanto visões mais positivas sobre si mesmas podem servir como fator de proteção a relatos de discriminação¹⁶. Também existem estudos em que a discriminação de classe e cor de pele/raça mostrou-se igualmente associada a problemas de saúde mental^{11,12} e

outros em que discriminação com base na idade, peso, incapacidade física e aparência esteve associada a problemas de saúde física e emocional, acarretando maior carga de doenças, menor satisfação com a vida e maior solidão⁶. Ainda, é possível que gênero, raça e cor com frequência se entrecruzem para moldar experiências de discriminação²⁴.

O grupo de mulheres com diagnóstico negativo de depressão e alta satisfação com a vida mostrou menor frequência de relatos de discriminação. Para as mulheres com baixa confiança social foi encontrada associação com relatos de discriminação na procura por serviços de saúde e essa percepção de discriminação tem efeito no bem estar. Em relação à confiança social, é possível que isso se deva à sua capacidade de reduzir a ansiedade social e proteger contra o estresse crônico, enquanto as redes de apoio podem melhorar o acesso a recursos, bens, ajuda e assistência, trazendo efeitos positivos no estado de saúde das pessoas^{25,26}. O envolvimento com outras pessoas pode ajudar o idoso a manter suas habilidades sociais, autoestima e autoconfiança e a adotar hábitos saudáveis de cuidado consigo, levando a uma saúde mental positiva e facilitando também o acesso a serviços²⁷. Já foi reportado que a ausência de confiança social também acarreta baixa confiança nas instituições, com menor acesso a serviços e menor segurança na busca por apoio²⁸. Há evidências de que o apoio social pode moderar os efeitos da discriminação na saúde embora um estudo transversal não permita distinguir se as pessoas têm pouca confiança devido a experiências anteriores de discriminação ou se as pessoas que têm menos confiança são mais prováveis interpretar as ações de terceiros como discriminatórias ou relatar atos de discriminação com mais frequência⁸. A associação de discriminação com a renda também foi encontrada, o que está disponível em estudos prévios^{19,29}. As mulheres pertencentes ao quintil intermediário de riqueza tiveram maior relato de discriminação, o que pode ser em parte explicado pelas maiores limitações financeiras, que acarretam menor quantidade e qualidade de recursos acessíveis, obtendo menos benefícios^{4,30}.

Já para o sexo masculino, a prevalência da discriminação ao procurar serviços de saúde foi um pouco menor que para o feminino, assim como em estudos anteriores, que mostram que as mulheres são mais propensas a relatar discriminação³¹. Não houve associação de discriminação com idade, riqueza, escolaridade ou satisfação com a vida. Os relatos evidenciaram que o grupo homens pretos e pardos com baixa confiança social apresentou maior discriminação na procura por serviços de saúde. Já está bem estabelecido que o racismo é um preditor significativo da percepção do acesso aos cuidados de saúde em geral²⁰. O

resultado encontrado retoma a importância de os prestadores de cuidados da saúde não perpetrarem suas visões raciais desiguais, que podem ter sido aprendidas na sociedade³². É possível que a posição de alto status dos homens e a expectativa de recompensas possam aumentar sua vulnerabilidade às consequências para a saúde trazidas pela discriminação percebida³³. Isso sugere que ainda existem marcantes privilégios sociais, culturais e históricos acumulados em algumas categorias raciais específicas, mesmo em idades mais avançadas. Outra explicação é que, embora os homens tenham um status privilegiado com respeito ao gênero, a maioria deles possui pelo menos um status considerado socialmente desfavorecido. Essa explicação traz à tona a questão da interseccionalidade como um importante aspecto a ser considerado: é possível que critérios sociais múltiplos contribuam para a diferenciação social, com potencialização dos eixos de discriminação e ligação a piores resultados de saúde^{1,33}.

O bloco comportamental não mostrou associação com discriminação. A ausência de associação entre discriminação e escolaridade^{25,31} já foi reportada na literatura, mas esse é um achado que encontra bastante controvérsia, uma vez que também existem relatos de associação^{19,29}. É possível que a escolaridade tenha importância menor na vida de idosos. Os resultados do presente trabalho mostraram que as pessoas com baixa confiança social tiveram maior prevalência de relatos de discriminação na procura por serviços de saúde, sejam homens ou mulheres. O resultado está de acordo com pesquisas em que a presença de fatores psicossociais de determinantes sociais de saúde desiguais potencializou as percepções de estresse e prejuízos à saúde³⁴ tornando perceptíveis os benefícios de uma rede de capital social bem estabelecida. É importante lançar um olhar cuidadoso à associação entre a variável cor da pele e discriminação, uma vez que o estudo dos efeitos da discriminação racial percebida também pode refletir o modo de organização da saúde, trazendo à tona o racismo não como um fenômeno no nível individual, mas estrutural²⁰. Existem caminhos não econômicos interconectados pertencentes a uma dinâmica social, entre eles gênero e sexualidade, local e tempo, distribuição de poder sobre instituições e recursos e alcance de intervenções de promoção de saúde, que fazem parte dos múltiplos mecanismos através dos quais o racismo afeta a saúde, e que acabam por fugir da ideia de que a raça/etnia é apenas uma essência biológica dos indivíduos³⁵.

Foi possível perceber que o impacto do envelhecimento para homens e mulheres é diferente no tocante à autopercepção de discriminação, uma vez que foi encontrada menor

prevalência de relatos de discriminação e idade de 80 anos ou mais para o sexo feminino, enquanto para homens não foi observada associação significativa em nenhuma das faixas etárias. Ao observar essa diferença, é possível pensar que se deve ao fato de mulheres terem desenvolvido melhores estratégias de enfrentamento e proteção¹⁷, o que pode ter ocasionado uma visão mais positiva sobre o preconceito e a discriminação. Também pode ser por uma participação mais ativa e auto-gerenciada das mulheres em seus cuidados. O fato de as mulheres procurarem com mais frequência o serviço de saúde também pode explicar os relatos mais significativos para esse sexo²². Outra possibilidade é que os homens tenham desenvolvido uma estratégia de enfrentamento chamada viés de minimização, negando a ocorrência do fato⁵. Entender os efeitos negativos da discriminação sobre a saúde e salientar que as barreiras que recaem aos cuidados de saúde requerem atenção às múltiplas formas de discriminação, uma vez que as pessoas que vivenciam mais raiva, ansiedade e tristeza como resultado da discriminação tendem a ter mais comportamentos de evitação. Extinguir comportamentos que possam influenciar negativamente o tratamento de um paciente é peça chave no cuidado responsável e aqui se enquadram tanto os comportamentos de banimento da discriminação, quanto os de inclusão de mulheres e homens em ambientes que melhorem sua confiança nas relações com seu meio. Especificamente para as mulheres, os dados mostram que é necessária atenção à potencialização dessa percepção em casos de depressão e insatisfação com a vida.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como, por exemplo, em relação ao delineamento transversal, logo não há possibilidade de estabelecer relações causais (temporalidade reversa). Outra limitação é em relação a utilização de dados secundários, o que impossibilita a inserção de características além das disponibilizadas no banco. A discriminação foi avaliada apenas no serviço de saúde, mas a literatura mostra que existem outros domínios igualmente importantes. Portanto seria interessante abordar a interseccionalidade, a fim de colocar as experiências dentro de um contexto multifatorial. As pesquisas futuras sobre discriminação em saúde podem examinar experiências de vida precoce, períodos potenciais de sensibilidade, interdependência nas exposições entre pessoas e processos de proliferação de estresse⁵. Entre os pontos fortes podemos citar a representatividade e confiabilidade dos dados da amostra utilizada e o fato de não existirem estudos prévios sobre diferenças de gênero na discriminação em idosos e sua relação com procura de serviços de saúde no Brasil.

Conclusões

Não foram encontradas diferenças na prevalência de discriminação autorrelatada nos serviços de saúde entre homens e mulheres. Porém foi possível encontrar diferentes fatores associados à discriminação entre os dois sexos. Dessa forma, a associação entre discriminação e procura por serviços de saúde para homens foi mais expressiva principalmente relacionada à cor da pele, enquanto para mulheres houve associação com cor da pele, idade e com fatores psicossociais. No Brasil, estudos desenvolvidos dentro de um contexto longitudinal e que considerem a interseccionalidade parecem ser necessários para investigar as complexas relações causais e caminhos entre discriminação e problemas de saúde.

Referências

1. BASTOS, J.L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e Saúde: Perspectivas e Métodos**. Rio de Janeiro: 22^a edição. Editora Fiocruz, 112 p, 2012.

2. MAJOR, B.; QUINTON, W.J.; McCOY, S.K. Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances. **Advances in Experimental Social Psychology**, v. 34, p. 251–330, 2002.

3. GOTO, J.B.; COUTO, P.F.M.; BASTOS, J.L. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 445–459, 2013.

4. WATT, R.G.; SHEIHAM, A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 40, n. 4, p. 289–296, ago. 2012.

5. LEWIS, T.T.; COGBURN, C.D.; WILLIAMS, D.R. Self-Reported Experiences of Discrimination and Health: Scientific Advances, Ongoing Controversies, and Emerging Issues. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 11, n. 1, p. 407–440, 2015.

6. SUTIN, A.R.; STEPHAN, Y.; CARRETTA, H.; TERRACCIANO, A. Perceived Discrimination and Physical, Cognitive, and Emotional Health in Older Adulthood. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 171–179, 2015.

7. BASTOS, J.L.; CELESTE, R.K.; SILVA, D.A.S.; PRIEST, N.; PARADIES, Y.V. Assessing mediators between discrimination, health behaviors and physical health outcomes: a representative cross-sectional study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, n. 11, p. 1731–1742, 2015.

8. MACINKO, J.; MULLACHERY, P.; PROIETTI, F.A.; LIMA-COSTA, M.F. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, p. 1, 2012.

9. SABBAH, W.; GIREESH, A.; DELGADO-ANGULO, E.K.; BERNABÉ, E. Racial discrimination and uptake of dental services among American adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 9, 2019.

10. BAILEY, Z.D.; KRIEGER, N.; AGÉNOR, M.; GRAVES, J.; LINOS, N.; BASSET, M.T. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **The Lancet**, v. 389, n. 10077, p. 1453–1463, 2017.

11. BASTOS, J.L.; BARROS, A.J.D.; CELESTE, R.K.; PARADIES, Y.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: Their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 175–186, 2014.

12. HUDSON, D.L.; PUTERMAN, E.; BIBBINS-DOMINGO, K.; MATTHEWS, K.; ADLER, N.E. Social Science & Medicine Race, life course socioeconomic position, racial discrimination, depressive symptoms and self-rated health. **Social Science & Medicine**, v. 97, p. 7–14, 2013.

13. BASTOS, J.L.; HARNOIS, C.E.; BERNARDO, C.O.; PERES, M.A.; PARADIES, Y.C. When Does Differential Treatment Become Perceived Discrimination? An Intersectional Analysis in a Southern Brazilian Population. **Sociology of Race and Ethnicity**, v. 3, n. 3, p. 301–318, 2017.

14. FRY, K.; FIRESTONE, R.; CHAKRABORTY N.M. Measuring equity with nationally representative wealth quintiles. **Population Services International**, 2014.

15. ANDRADE, F.B.; ANTUNES, J.L.F.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; LIMA-COSTA, M.F.; OLIVEIRA C. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 7s, 24 jan. 2019.

16. GIASSON, H.L.; QUEEN, T.L.; LARKINA, M.; SMITH, J. Age group differences in perceived age discrimination: Associations with self-perceptions of aging. **Gerontologist**, v. 57, p. S160–S168, 2017.

17. DE PAULA COUTO, M.C.P.; KOLLER, S.H.; NOVO, R.; SOARES, P.S. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto Brasileiro - Ageísmo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 25, n. 2005, p. 509–518, 2009.

18. FERREIRA-ALVES, J.; FERREIRA NOVO, R. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 6, n. 1, p. 65–77, 2006.

19. STEPANIKOVA, I.; OATES, G.R. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, n. 1, p. S86–S94, 2017.

20. BASTOS, J.L.; HARNOIS, C.E.; PARADIES, Y.C. Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. **Social Science and Medicine**, v. 199, p. 209–218, 2017.

21. BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; DAMACENA, G.M.; FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 71–78, 2016.
22. GALVÃO, T.F.; TIGUMAN, G.M.B.; ANTONIO, B.V.R.; ALENCAR, R.R.F.R.; GARCIA, L.P.; SILVA, M.T. Perceived discrimination in health services and associated factors in Manaus Metropolitan Region, Brazil: a cross-sectional population-based study. **Ethnicity & Health**, v. 0, n. 0, p. 1–11, 2020.
23. BAUMGARTEN, A.; BASTOS, J.L.; TOASSI, R.F.C.; HILGERT, J.B.; HUGO, F.H.; CELESTE, R.K. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 1, p. 24–29, 2018.
24. DOMINGUES, P.M.L.; NASCIMENTO, E.R.; OLIVEIRA, J.F.; BARRAL, F.E.; RODRIGUES, Q.P.; SANTOS, C.C.C.; ARAÚJO, E.M. Racial Discrimination in Reproductive Health Care from Women’s Perspective. **TextoContextoEnfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285–292, 2013.
25. BRAGA, L.D.S.; CAIAFFA, W.T.; CEOLIN, A.P.R.; ANDRADE, F.B.; LIMA-COSTA, M.F. Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: A national study (ELSI-Brazil). **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019.
26. NYQVIST, F.; PAPE, B.; PELLFOLK, T.; FORSMAN, A.K.; WAHLBECK, K. Structural and Cognitive Aspects of Social Capital and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis of Cohort Studies. **Social Indicators Research**, v. 116, n. 2, p. 545–566, 2013.
27. ROUXEL, P.; TSAKOS, G.; DEMAKAKOS, P.; ZANINOTTO, P.; WATT, R.G. Social capital and oral health among adults 50 years and older: Results from the English longitudinal study of ageing. **Psychosomatic Medicine**, v. 77, n. 8, p. 927–937, 2015.
28. BUCK-McFADYEN, E.; AKHTAR-DANESH, N.; ISAACS, S.; LEIPERT, B.; STRACHAN, P.; VALAITIS, R. Social capital and self-rated health: A cross-sectional study of the general social survey data comparing rural and urban adults in Ontario. **Health & Social Care in the Community**, v. 27, n. 2, p. 424–436, mar. 2018.
29. VENDRAME, É; GOULART, M.A.; HILGERT J.B.; HUGO F.N; CELESTE R.K. Decomposing early and adult life social position effects on oral health and chronic diseases in a cross-sectional study of Southern Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 6, p. 601–607, 2018.
30. MOORE, S.; KAWACHI, I. Twenty years of social capital and health research: a

glossary. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 71, n. 5, p. 513–517, maio 2017.

31. BITTENCOURT, A.A.; AERTS, D.R.G.C.; ALVES, G.G.; PALAZZO, L.; MONTEIRO, L.; VIEIRA, P.C.; FREDDO, S.L. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. **Revista de SaúdePública**, v. 43, n. 2, p. 236–245, 2009.

32. FEAGIN, J.; BENNEFIELD, Z. Systemic racism and U.S. health care. **Social Science and Medicine**, v. 103, p. 7–14, 2014.

33. HARNOIS, C.E.; BASTOS, J.L. Discrimination, Harassment, and Gendered Health Inequalities: Do Perceptions of Workplace Mistreatment Contribute to the Gender Gap in Self-reported Health? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 59, n. 2, p. 283–299, 2018.

34. BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seusdeterminantessociais. **Revista de SaúdeColetiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

35. BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H.M.; CELESTE, R.K.; HAAG, D.G.; JAMIESON L.M. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. **EuropeanJournalof Oral Sciences**, p. 1–8, 2020.

Tabela 1 – Distribuição da amostra, prevalência da discriminação e razão de prevalência bruta para o sexo feminino, entre adultos e idosos no Brasil, 2015-2016 (n=9412)

Variáveis	Peso %	Discriminação no serviço de saúde Prevalência (95%CI)	Discriminação no serviço de saúde RP bruta (95%CI)
Cor da pele			
Branca	42.66	10.1 (8.4-12.2)	1
Preta	10.25	12.6 (9.7-16.2)	1.24 (0.92-1.68)
Parda	44.2	11.6 (10.0-13.4)	1.14 (0.89-1.46)
Amarela	1.08	22.0 (11.7-37.4)	2.16 (1.12-4.18)
Indígena	1.81	20.5 (11.5-33.8)	2.02 (1.12-3.64)
Idade			
50-59 anos	45.81	13.0 (11.5-14.7)	1
60-69 anos	29.65	10.7 (9.1-12.6)	0.82 (0.67-1.00)
70-79 anos	16.42	10.2 (8.3-12.4)	0.78 (0.62-0.97)
80+ anos	8.12	6.6 (4.0-10.1)	0.50 (0.3-0.83)
Riqueza domiciliar			
Quartil 1 (mais pobres)	20.65	9.3 (7.3-11.7)	1
Quartil 2	21.17	11.7 (9.7-14.2)	1.26 (0.91-1.74)
Quartil 3	20.79	12.7 (10.7-15.0)	1.36 (1.04-1.77)
Quartil 4	20	13.4 (11.1-16.0)	1.44 (1.08-1.91)
Quartil 5 (mais ricos)	17.39	9.4 (7.3-12.0)	1.01 (0.71-1.43)
Escolaridade			
0-3 anos	26.75	10.9 (8.8-13.5)	1
4-7 anos	36.47	10.6 (9.2-12.2)	0.97 (0.75-1.24)
8-11 anos	13.18	14.1 (11.6-17.0)	1.29 (0.97-1.7)
12+ anos	23.6	11.6 (9.5-14.1)	1.06 (0.8-1.42)
Confiança na vizinhança			
Alta confiança social	52.8	8.7 (7.4-10.1)	1
Baixa confiança social	47.2	14.4 (12.7-16.3)	1.65 (1.34-2.04)
Depressão			
Sim	25.35	18.5 (16.4-20.8)	1
Não	74.65	8.9 (7.8-10.1)	0.48 (0.4-0.57)
Satisfação com a vida			
Baixa	30.27	16.8 (14.4-19.5)	1
Alta	69.73	9.1 (8.0-10.4)	0.54 (0.44-0.66)
Hábito de fumar			
Não	85.76	11.1 (0.99-12.4)	1
Sim	14.24	12.8 (10.0-16.3)	1.15 (0.87-1.52)
Uso de serviços de saúde			
Não	17.12	11.0 (0.88-13.5)	1
Sim	82.88	11.4 (10.3-12.5)	1.03 (0.84-1.27)

Intervalo de Confiança 95%.

Tabela 2 – Distribuição da amostra, prevalência da discriminação e razão de prevalência bruta para o sexo masculino entre adultos e idosos no Brasil, 2015-2016 (n=9412).

Variáveis	Peso %	Discriminação no serviço de saúde Prevalência (95%CI)	Discriminação no serviço de saúde RP bruta (95%CI)
Cor da pele			
Branca	42.77	8.1 (6.5-10.1)	1
Preta	9.04	15.6 (10.7-22.1)	1.91 (1.23-2.95)
Parda	45.22	11.9 (10.0-14.1)	1.46 (1.10-1.93)
Amarela	1.05	13.2 (4.3-33.8)	1.62 (0.55-4.69)
Indígena	1.19	12.7 (6.5-23.4)	1.56 (0.86-2.84)
Idade			
50-59 anos	49.73	9.7 (8.1-11.5)	1
60-69 anos	29.67	13.0 (10.3-16.3)	1.33 (1.06-1.67)
70-79 anos	14.74	9.5 (7.3-12.3)	0.97 (0.70-1.34)
80+ anos	5.86	6.0 (3.3-10.6)	0.62 (0.34-1.12)
Riqueza domiciliar			
Quartil 1 (mais pobres)	19.27	11.6 (8.6-15.4)	1
Quartil 2	18.61	11.3 (8.8-14.5)	0.98 (0.68-1.40)
Quartil 3	19.1	11.3 (8.5-14.8)	0.97 (0.65-1.45)
Quartil 4	20.23	11.6 (9.1-14.5)	1.00 (0.68-1.47)
Quartil 5 (mais ricos)	22.8	7.1 (5.2-9.6)	0.61 (0.40-0.94)
Escolaridade			
0-3 anos	23.35	11.4 (8.9-14.3)	1
4-7 anos	36.39	11.0 (9.0-13.3)	0.96 (0.74-1.25)
8-11 anos	16.21	12.1 (9.3-15.6)	1.06 (0.79-1.41)
12+ anos	24.05	11.4 (8.9-14.3)	0.67 (0.47-0.96)
Confiança na vizinhança			
Alta confiança social	56.69	8.2 (6.7-9.9)	1
Baixa confiança social	43.31	13.5 (11.7-15.6)	1.65 (1.34-2.03)
Depressão			
Sim	10.66	14.3 (10.7-18.8)	1
Não	89.34	10.0 (8.5-11.7)	0.69 (0.51-0.95)
Satisfação com a vida			
Baixa	27.67	13.1 (10.5-16.3)	1
Alta	72.33	9.6 (7.9-11.5)	0.73 (0.56-0.94)
Hábito de fumar			
Não	79.62	10.3 (8.7-12.0)	1
Sim	20.38	11.2 (9.1-13.7)	1.08 (0.87-1.34)
Uso de serviços de saúde			
Não	17.99	10.0 (7.7-12.9)	1
Sim	82.01	10.6 (9.0-12.4)	1.05 (0.79-1.39)

Intervalo de Confiança 95%.

Tabela 3 – Modelos de regressão ajustada para sexo feminino e para sexo masculino, entre adultos e idosos no Brasil, 2015-2016 (n=9412).

Variáveis	Discriminação no serviço de saúde	Discriminação no serviço de saúde
	RP (95%CI) Feminino	RP (95%CI) Masculino
Cor da pele		
Branca	1	1
Preta	1.1 (0.8-1.5)	1.8 (1.2-2.8)
Parda	1.1 (0.9-1.4)	1.3 (1.1-1.8)
Amarela	2.2 (1.1-4.9)	1.4 (0.4-4.7)
Indígena	1.9 (1.1-3.4)	1.3 (0.7-2.5)
Idade		
50-59 anos	1	1
60-69 anos	0.9 (0.7-1.1)	1.2 (0.9-1.7)
70-79 anos	1.1 (0.8-1.3)	1.1 (0.6-1.5)
80+ anos	0.5 (0.3-0.9)	0.6 (0.3-1.3)
Riqueza domiciliar		
Quartil 1 (mais pobres)	1	1
Quartil 2	1.3 (0.9-1.9)	0.9 (0.5-1.4)
Quartil 3	1.4 (1.1-1.9)	0.9 (0.6-1.5)
Quartil 4	1.4 (0.9-2.0)	1.0 (0.7-1.7)
Quartil 5 (mais ricos)	1.1 (0.7-1.8)	0.7 (0.4-1.2)
Escolaridade		
0-3 anos	1	
4-7 anos	0.8 (0.6-1.1)	1.1 (0.7-1.3)
8-11 anos	1.1 (0.7-1.6)	1.1 (0.8-1.5)
12+ anos	1.1 (0.7-1.6)	0.8 (0.5-1.3)
Confiança na vizinhança		
Alta confiança social	1	1
Baixa confiança social	1.4 (1.1-1.7)	1.5 (1.2-1.9)
Depressão		
Sim	1	1
Não	0.5 (0.4-0.6)	0.7 (0.5-1.1)
Satisfação com a vida		
Baixa	1	1
Alta	0.5 (0.4-0.7)	0.7 (0.6-1.1)
Hábito de fumar		
Não	1	1
Sim	0.9 (0.7-1.3)	0.9 (0.7-1.1)
Uso de serviços de saúde		
Não	1	1
Sim	1.1 (0.8-1.2)	1.1 (0.7-1.4)

Intervalo de Confiança 95%.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou compreender como a discriminação é percebida em pessoas com 50 anos ou mais no Brasil na procura por serviços de saúde, o que é indispensável para que seja enfrentado dentro das instituições, garantindo acesso às possibilidades de resolução de demandas individuais e coletivas. Mesmo sendo um tema já bastante estudado, é possível observar que ainda não é um assunto esgotado, tão pouco um problema já extinto. É imprescindível ponderar estratégias eficazes de impedimento dessa ocorrência em qualquer contexto. As investigações desses processos não devem cessar, uma vez que desfechos de saúde podem ser moldados pelas vivências e experiências dos indivíduos durante sua vida e em suas relações interpessoais. A discriminação é um problema complexo relacionado a padrões de pensamento e comportamento formado por múltiplas forças, que vão desde lares, até comunidades ou entre nações. Assim, se torna importante adquirir conhecimentos que propiciem a construção de mudanças em pensamentos e atitudes comportamentais, familiares, profissionais, nas crenças e valores sociais. A discriminação pode se manifestar de forma visível ou não, mas seu legado é de sofrimento constante. À medida que as gerações aprendem e desafiadas a enfrentar atos de discriminação de forma ativa, culturas discriminatórias podem ser revertidas.

Os resultados demonstraram que existem diferenças entre a percepção de discriminação na procura por serviços de saúde entre homens e mulheres. A questão de gênero parece mostrar menor resistência a procurar serviços por parte das mulheres. Baixa confiança social pode corroborar que a dificuldade de construir relações de confiança poderia se estender à relação entre equipe de profissionais da saúde e usuários. O estudo mostrou que a influência do envelhecimento para os homens é diferente de sua influência para as mulheres para a autopercepção de discriminação. Portanto, os resultados encontrados confirmaram a hipótese de que existe a associação da discriminação com características demográficas e socioeconômicas na procura por serviços de saúde em indivíduos com 50 anos ou mais no Brasil, evidenciando que a idade não atenua o fenômeno da discriminação e que ainda é necessário trabalhar esse tema a fim de não perpetuar sua prevalência. As recomendações deste artigo incluem a necessidade de planos de tratamento adequadamente planejados, com expressivo trabalho de conscientização dos trabalhadores de saúde e da sociedade em geral a respeito da importância de um tratamento adequado para os idosos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F.B.; ANTUNES, J.L.F.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; LIMA-COSTA, M.F.; OLIVEIRA C. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 7s, 24 jan. 2019.
- BAEZA-RIVERA, M.J.; BETANCOURT, H.; SALINAS-OÑATEN, N.; ORTIZ, M.S. Creencias culturales sobre los médicos y percepción de discriminación: El impacto en la continuidad de la atención. **Revista médica de Chile**, v. 147, n. 2, p. 161–167, 2019.
- BAILEY, Z.D.; KRIEGER, N.; AGÉNOR, M.; GRAVES, J.; LINOS, N.; BASSET, M.T. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **The Lancet**, v. 389, n. 10077, p. 1453–1463, 2017.
- BASTOS, J.L.; BARROS, A.J.D.; CELESTE, R.K.; PARADIES, Y.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: Their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 175–186, 2014.
- BASTOS, J.L.; CELESTE, R.K.; FAERSTEIN, E.; BARROS, A.J.D. Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v. 70, n. 7, p. 1091–1099, 2010.
- BASTOS, J.L.; CELESTE, R.K.; PARADIES Y.C. Racial Inequalities in Oral Health. **Journal of Dental Research**, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0022034518768536>>
- BASTOS, J.L.; CELESTE, R.K.; SILVA, D.A.S.; PRIEST, N.; PARADIES, Y.V. Assessing mediators between discrimination, health behaviors and physical health outcomes: a representative cross-sectional study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, n. 11, p. 1731–1742, 2015.
- BASTOS, J. L.; CONSTANTE, H.M.; CELESTE, R.K.; HAAG, D.G.; JAMIESON L.M. Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. **European Journal of Oral Sciences**, p. 1–8, 2020.
- BASTOS, J.L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e Saúde: Perspectivas e Métodos**. Rio de Janeiro: 22^a edição. Editora Fiocruz, 112 p, 2012.
- BASTOS, J.L.; HARNOIS, C.E.; PARADIES, Y.C. Healthcare barriers, racism, and intersectionality in Australia. **Social Science and Medicine**, v. 199, p. 209–218, 2017.
- BASTOS, J.L.; HARNOIS, C.E.; BERNARDO, C.O.; PERES, M.A.; PARADIES, Y.C. When Does Differential Treatment Become Perceived Discrimination? An Intersectional Analysis in a Southern Brazilian Population. **Sociology of Race and Ethnicity**, v. 3, n. 3, p. 301–318, 2017.

BAUMGARTEN, A.; BASTOS, J.L.; TOASSI, R.F.C.; HILGERT, J.B.; HUGO, F.H.; CELESTE, R.K. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 1, p. 24–29, 2018.

BITTENCOURT, A.A.; AERTS, D.R.G.C.; ALVES, G.G.; PALAZZO, L.; MONTEIRO, L.; VIEIRA, P.C.; FREDDO, S.L. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 236–245, 2009.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; DAMACENA, G.M.; FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 71–78, 2016.

BRAGA, L.D.S.; CAIAFFA, W.T.; CEOLIN, A.P.R.; ANDRADE, F.B.; LIMA-COSTA, M.F. Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: A national study (ELSI-Brazil). **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019.

BUCK-McFADYEN, E.; AKHTAR-DANESH, N.; ISAACS, S.; LEIPERT, B.; STRACHAN, P.; VALAITIS, R. Social capital and self-rated health: A cross-sectional study of the general social survey data comparing rural and urban adults in Ontario. **Health & Social Care in the Community**, v. 27, n. 2, p. 424–436, mar. 2018.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

DARIN-MATTSSON, A.; ANDEL, R.; CELESTE, R.K.; KÅREHOLT, I. Linking financial hardship throughout the life-course with psychological distress in old age: Sensitive period, accumulation of risks, and chain of risks hypotheses. **Social Science & Medicine**, v. 201, n. October 2017, p. 111–119, 2018.

DE PAULA COUTO, M.C.P.; KOLLER, S.H.; NOVO, R.; SOARES, P.S. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto Brasileiro - Ageísmo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2005, p. 509–518, 2009.

DOMINGUES, P.M.L.; NASCIMENTO, E.R.; OLIVEIRA, J.F.; BARRAL, F.E.; RODRIGUES, Q.P.; SANTOS, C.C.C.; ARAÚJO, E.M. Racial Discrimination in Reproductive Health Care From Women's Perspective. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285–292, 2013.

ECKSTRAND, K.L.; NG, H.; POTTER, J. Affirmative and Responsible Health Care for People with Nonconforming Gender Identities and Expressions. **AMA Journal of Ethics**, v. 18, n. 5, p. 473–563, 2016.

ELIAS, T.; LOWTON, K. Do those over 80 years of age seek more or less medical help? A qualitative study of health and illness beliefs and behavior of the oldest old. **Sociology of health & illness**, v. 36, n. 7, p. 970–985, 2014.

FDI. World Dental Federation. FDI policy statement on oral health and the social determinants of health. Adopted by the FDI General Assembly: 30 August 2013 – Istanbul, Turkey. **International Dental Journal**, v. 63, p. 287–288, 2013.

FEAGIN, J.; BENNEFIELD, Z. Systemic racism and U.S. health care. **Social Science and Medicine**, v. 103, p. 7–14, 2014.

FERREIRA-ALVES, J.; FERREIRA NOVO, R. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 6, n. 1, p. 65–77, 2006.

FRY, K.; FIRESTONE, R.; CHAKRABORTY N.M. Measuring equity with nationally representative wealth quintiles. **Population Services International**, 2014.

GALVÃO, T.F.; TIGUMAN, G.M.B.; ANTONIO, B.V.R.; ALENCAR, R.R.F.R.; GARCIA, L.P.; SILVA, M.T. Perceived discrimination in health services and associated factors in Manaus Metropolitan Region, Brazil: a cross-sectional population-based study. **Ethnicity & Health**, v. 0, n. 0, p. 1–11, 2020.

GIASSON, H.L.; QUEEN, T.L.; LARKINA, M.; SMITH, J. Age group differences in perceived age discrimination: Associations with self-perceptions of aging. **Gerontologist**, v. 57, p. S160–S168, 2017.

GOTO, J.B.; COUTO, P.F.M.; BASTOS, J.L. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 445–459, 2013.

HARNOIS, C.E.; BASTOS, J.L. Discrimination, Harassment, and Gendered Health Inequalities: Do Perceptions of Workplace Mistreatment Contribute to the Gender Gap in Self-reported Health? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 59, n. 2, p. 283–299, 2018.

HUDSON, D.L.; PUTERMAN, E.; BIBBINS-DOMINGO, K.; MATTHEWS, K.; ADLER, N.E. Social Science & Medicine Race, life course socioeconomic position, racial discrimination, depressive symptoms and self-rated health. **Social Science & Medicine**, v. 97, p. 7–14, 2013.

JUNIOR, O. L. DO A.; MENEGAZZO, G.R.; FAGUNDES, M.L.B.; SOUSA, J.L.; TÔRRES, L.H.N.; GIORADNI, J.M.A. Perceived discrimination in health services and preventive dental attendance in Brazilian adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 48, n. 6, p. 533–539, 2020.

KYDD, A.; FLEMING, A. Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. **Maturitas**, v. 81, n. 4, p. 432–438, 2015.

LEÓN, S.; DE MARCHI, R.J.; TÔRRES, L.H.; HUGO, F.N.; ESPINOZA, I.; GIACAMAN, R.A. Oral health of the Latin American elders: What we know and what we should do— Position paper of the Latin American Oral Geriatric Group of the International Association for Dental Research. **Gerodontology**. 2018; 00:1–7.

LEWIS, T.T.; COGBURN, C.D.; WILLIAMS, D.R. Self-Reported Experiences of Discrimination and Health: Scientific Advances, Ongoing Controversies, and Emerging Issues. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 11, n. 1, p. 407–440, 2015.

LIMA-COSTA, F. M.; BOF DE ANDRADE, F.; DE SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; NERI, A. L.; DUARTE, Y. A. O.; CASTRO-COSTA, E.; OLIVEIRA, C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**; v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018.

MACINKO, J.; MULLACHERY, P.; PROIETTI, F.A.; LIMA-COSTA, M.F. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, p. 1, 2012.

MAJOR, B.; QUINTON, W.J.; McCOY, S.K. Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances. **Advances in Experimental Social Psychology**, v. 34, p. 251–330, 2002.

MARMOT, M.; FRIEL, S.; BELL, R.; et al, on behalf of Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, v. 372, p. 1661–1669, 2008.

MOORE, S.; KAWACHI, I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 71, n. 5, p. 513–517, maio2017.

NYQVIST, F.; PAPE, B.; PELLFOLK, T.; FORSMAN, A.K.; WAHLBECK, K. Structural and Cognitive Aspects of Social Capital and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis of Cohort Studies. **Social Indicators Research**, v. 116, n. 2, p. 545–566, 2013.

OLIVEIRA, R.F.R.; SOUZA, J.G.S.; HAIKAL, D.S.; FERREIRA, E. Equity in the use of dental services provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) among the elderly: a population-based study. **Ciênc Saúde Colet** 2016; 21:3509-23

PLOEG, J.; CANESI, M.; FRASER, K.D.; McAINEY, C.; KAASALAINEN, S.; MARKLE-REID, M.; DUFOUR, S.; BAIRD, L.G.; CHAMBERS, T. Experiences of community-dwelling older adults living with multiple chronic conditions: a qualitative study. **BMJ Open**, v 9, 2019.

ROUXEL, P.; TSAKOS, G.; DEMAKAKOS, P.; ZANINOTTO, P.; WATT, R.G. Social capital and oral health among adults 50 years and older: Results from the English longitudinal study of ageing. **Psychosomatic Medicine**, v. 77, n. 8, p. 927–937, 2015.

SABBAH, W.; GIREESH, A.; DELGADO-ANGULO, E.K.; BERNABÉ, E. Racial discrimination and uptake of dental services among American adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 9, 2019.

STEPANIKOVA, I.; OATES, G.R. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, n. 1, p. S86–S94, 2017.

SUTIN, A.R.; STEPHAN, Y.; CARRETTA, H.; TERRACCIANO, A. Perceived Discrimination and Physical, Cognitive, and Emotional Health in Older Adulthood. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 171–179, 2015.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M.R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**2016,19(6):887-905.

WATT, R.G.; SHEIHAM, A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 40, n. 4, p. 289–296, ago. 2012.

VENDRAME, É; GOULART, M.A.; HILGERT J.B.; HUGO F.N; CELESTE R.K. Decomposing early and adult life social position effects on oral health and chronic diseases in a cross-sectional study of Southern Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 46, n. 6, p. 601–607, 2018.

ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*

Instrução para Autores: Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

a) retomar o objetivo do estudo e os resultados principais; b) discutir as possíveis associações ou as não-associações, ou seja, por quê não associou?; c) apontar as limitações e potencialidades do estudo;

7- artigo/conclusão: apenas concluir com os resultados da presente pesquisa, podendo ser colocado sugestões de como avançar na investigação dessa temática.

8- artigo/referências: revisar, pois só há 12 referências listadas;

9- dissertação/considerações finais: escrever baseado no artigo, mas podendo ir além nas considerações (não é tão engessada como as conclusões do artigo);

10- dissertação/referências: inserir todas utilizadas desde o início da introdução da dissertação; cuidar pois formato é MDT;

11- dissertação/anexos: manter o anexo A das normas da revista;

FIM.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>.