

Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)

Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the Health, Welfare and Aging Study (SABE)

Alexandre da Silva^I, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}, Luís Eduardo Batista^{II}, Suzana Kalckmann^{II}, Marília Cristina Prado Louvison^{III}, Doralice Severo da Cruz Teixeira^{IV}, Maria Lúcia Lebrão^{III*}

RESUMO: *Introdução:* Entender as disparidades raciais no Brasil tem sido algo bastante complexo e pouco investigado em alguns segmentos populacionais, como na população idosa. *Objetivo:* Objetivou-se apresentar de forma descritiva uma análise comparativa, numa perspectiva racial, do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e de uso de serviços de saúde dos idosos da cidade de São Paulo, SP. *Métodos:* Trata-se de uma análise transversal do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Para o presente trabalho, foram considerados 1.345 idosos da coorte de 2010. Selecionaram-se os dados referentes aos idosos de cor preta, parda e branca. Abordaram-se os dados em três eixos essenciais: sociodemográficos, condições de saúde e uso e acesso a serviços de saúde. A medida epidemiológica de associação escolhida foi a razão de prevalência (RP), para expressar as diferenças entre os grupos. *Resultados e conclusão:* Os resultados evidenciaram um cenário mais favorável para o envelhecimento dos idosos de cor branca em comparação com aqueles de cor parda ou preta, no tocante aos indicadores sociodemográficos, às condições de saúde ou de uso e ao acesso a serviços de saúde.

Palavras-chave: Iniquidade social. Desigualdade em saúde. Raça e saúde. Cor. Envelhecimento. Racismo.

^IPrograma de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Instituto de Saúde, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

**in memoriam.*

Autor correspondente: Alexandre da Silva. Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Avenida Doutor Arnaldo, 715, 1º andar, Pinheiros, CEP: 01246-904. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: alesilva@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Ministério da Saúde e Universidade de São Paulo (USP).

ABSTRACT: Introduction: Understanding racial disparities in Brazil has been very complex and poorly investigated in some population segments, such as the elderly individuals. **Objective:** This study aimed to present descriptively a comparative analysis in a racial perspective of sociodemographic profile, health conditions, and health service use by older people in the city of São Paulo. **Methods:** This is a cross-sectional analysis of the Health, Welfare and Aging Study (SABE). For this study, 1,345 elderly individuals were considered in the cohort of 2010. Data about the black, brown, and white elders were selected. The data were addressed in three major axes: sociodemographic, health conditions, and health service use. The chosen epidemiological measure of association was the prevalence ratio (PR), as well as the percentage values for expressing differences among the groups. **Results and conclusion:** The results showed a more favorable scenario for the aging of the white elderly compared to those of brown or black color, considering sociodemographic indicators, health conditions or use and access to health services. **Keywords:** Social inequity. Health inequalities. Ethnicity and health. Color. Aging. Racism.

INTRODUÇÃO

Para estudiosos dos determinantes sociais de saúde¹, não somente a exclusão social, mas o preconceito e a discriminação também são fatores que repercutem nas condições de saúde². Na literatura norte-americana^{3,4}, já se evidencia que as inadequações quanto à condição de vida, ao suporte social, à empregabilidade, ao acesso à alimentação, ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde estão fortemente associadas ao pertencimento racial.

Ainda não existe consenso para a definição dos termos etnia e raça ou cor da pele no meio acadêmico⁵, no entanto, com a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação, foi possível ressaltar que o espaço social que brancos, negros (pretos e pardos) e indígenas ocupam na sociedade se reflete nos indicadores sociais: piores indicadores de escolaridade, inserção nos piores postos de trabalho e com menor acesso a bens e serviços sociais⁶. Essas desigualdades contribuem para a manutenção da miséria material, da restrição da participação política e do isolamento espacial e social. Tal processo, denominado racismo, enraíza-se, por meio da cultura, no tecido social e nos comportamentos da sociedade brasileira, como afirma Kabengele⁷.

No Brasil, são poucos os estudos populacionais que abordam as condições de saúde de idosos na perspectiva racial. A utilização das dimensões de iniquidade e de vulnerabilidade dos idosos pode possibilitar a reconstrução ampliada e reflexiva da promoção e proteção da saúde⁸.

Com essas considerações, o objetivo deste artigo foi apresentar uma análise comparativa, numa perspectiva racial, do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e de uso de serviços de saúde dos idosos da cidade de São Paulo, SP.

MÉTODOS

Trata-se de uma análise transversal do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) de 2010. O SABE é um estudo de seguimento (coorte) de base populacional, com

entrevistas domiciliares, que vem sendo desenvolvido desde 2000, coletando informações sobre vários aspectos da vida dos idosos não institucionalizados residentes no município de São Paulo^{9,10}. A coleta de dados, realizada por entrevistadores treinados, ocorreu em três momentos: 2000, 2006 e 2010, com reposição, nos dois últimos, de idosos de 60 a 64 anos. Para o presente estudo, foram considerados 1.345 idosos da coorte de 2010.

A variável dependente do estudo foi “cor da pele autorreferida”¹¹, e para a presente análise foram selecionados os dados referentes aos idosos de cor preta, parda e branca, de acordo com as variáveis que se seguem:

- indicadores sociodemográficos: sexo (masculino e feminino), idade (60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos ou mais), estado marital (divorciado/viúvo, casado, solteiro), número de filhos vivos (nenhum, um ou dois filhos, três ou mais filhos), renda suficiente para despesas diárias (sim, não), sabe ler e escrever um recado (sim, não), escolaridade (em anos de estudo);
- modo de vida: mora sozinho (sim, não), religião (católica, evangélica, outra/nenhuma), sai de casa (sim, não), convida pessoas para sua casa (sim, não), trabalha atualmente (sim, não), motivos para trabalhar (financeiros, manter ocupação) e ter experimentado pelo menos cinco anos a vida no campo até os 15 anos de vida (sim, não);
- condições de saúde: autoavaliação da saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim), autorrelato de doenças — osteoporose (sim, não), hipertensão arterial (sim, não), diabetes (sim, não), acidente vascular encefálico (sim, não), declínio cognitivo (sim, não), problema psiquiátrico ou nervoso (sim, não) e depressão (sim, não). Para a avaliação da sintomatologia depressiva foi utilizada a escala de depressão geriátrica¹², e para o estado cognitivo, o miniexame do estado mental¹³;
- comportamentos de saúde: histórico de tabagismo (fuma atualmente, já fumou, nunca fumou), risco para dependência ao álcool — Michigan Alcoholism Screening Test, Geriatric Version (S-MAST-G)¹⁴ — (sim, não) e condições de cuidar da própria saúde (frequentemente, de vez em quando/raramente, nunca);
- uso e acesso aos serviços de saúde: possuir plano de saúde suplementar (sim, não), valor pago pelo plano de saúde (em reais), dificuldade para utilizar serviços de saúde (sim, não), fazer exames complementares (sim, fez todos; não, mas estão marcados; não, só alguns), necessidade de atendimento de urgência (sim, não), local de atendimento de emergência (Sistema Único de Saúde — SUS, convênio/plano de saúde, particular).

Para a análise estatística dos dados, realizaram-se análises bivariadas entre a variável dependente “raça/cor da pele” e as demais independentes, por meio das tabelas de contingência, sempre considerando os valores proporcionais para cada categoria racial. Por se tratar de uma amostra complexa, utilizou-se o teste χ^2 com correção de Rao-Scott para as análises bivariadas das variáveis qualitativas, e o cálculo de média e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram empregados quando a variável independente era quantitativa. Para expressar as diferenças entre os grupos, a medida epidemiológica de associação

escolhida foi a razão de prevalência (RP), juntamente com os valores percentuais. Para todas as análises, foram usados os coeficientes de ponderação da amostra, bem como o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). O *software* estatístico utilizado foi o Stata (versão 11.0).

O projeto SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de acordo com o protocolo de número 2.044, em março de 2010.

RESULTADOS

Do total de 1.345 idosos da coorte 2010, foram considerados para esta análise 1.263, por terem sido excluídos os amarelos e os indígenas. Analisaram-se 782 (62%) brancos, 387 (30,9%) pardos e 94 (7,1%) pretos, que, após os procedimentos de ponderação, passaram a representar a população de 1.244.371 pessoas idosas, dos quais 771.510 são brancos, 384.511 pardos e 88.350 pretos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Conforme a Tabela 1, chamou a atenção o fato de que a maior proporção de pardos se concentra na faixa etária entre 60 e 69 anos ($p < 0,001$). Em relação ao estado marital, houve maior proporção de solteiros entre os pretos ($p = 0,050$). Não possuir filhos vivos em 2010 foi mais frequente para os idosos pretos (10,70%; $p < 0,001$), enquanto os brancos foram os que mais relataram ter um ou dois filhos vivos (40,80%; $p < 0,001$). No entanto, quando se analisaram os idosos que tinham três ou mais filhos, verificou-se maior proporção entre os pardos e pretos ($p < 0,001$).

Nos aspectos econômicos, houve concentração de pardos e pretos ($p < 0,001$) entre os que responderam não possuir renda suficiente para as despesas diárias, o que dialoga com os dados de escolaridade, pois são os mesmos grupos nos quais se observaram as maiores proporções de analfabetos ($p < 0,001$) e a menor média de número de anos de escolaridade ($p < 0,05$). O tempo médio de escolaridade para pretos (3,90 anos; 3,01 – 4,79 IC95%) e pardos (4,09 anos; 3,52 – 4,66 IC95%) foi bem menor se comparado ao de idosos brancos (6,10 anos; 5,49 – 6,72 IC95%). A maior proporção dos que não sabiam ler ou escrever um recado (23,20%; $p < 0,001$) estava entre os pretos.

MODO DE VIDA

Percebeu-se, de acordo com a Tabela 2, predomínio da religião evangélica entre os pardos e pretos e da católica ($p < 0,001$) entre os brancos. No que tange à vida social dos idosos, proporções expressivas de pretos responderam, respectivamente, nunca sair para lugares públicos (64,80%; $p = 0,005$) e nunca convidar pessoas para virem às suas casas (42,10%; $p = 0,018$).

Os idosos pretos (38,60%) e pardos (38,30%) foram os que mais disseram trabalhar à época da realização do inquérito ($p = 0,01$), embora o motivo — a necessidade financeira — seja o mesmo nos três grupos ($p = 0,63$). Para a questão da vida pregressa em área rural, os idosos pardos foram os que mais afirmaram ter vivido, pelo menos, cinco anos no campo até os 15 anos ($p = 0,02$).

Tabela 1. Características demográficas e econômicas dos idosos do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento segundo cor, 2010.

Variáveis	Frequência (%)			Total	Razão de prevalência			Valor p
	Preta	Parda	Branca		Preta	Parda	Branca	
Sexo (1.263)								
Masculino	46,60	39,00	39,20	39,70	1,17	0,98	0,99	0,400
Feminino	53,40	61,00	60,80	60,30	0,89	1,01	1,01	
Idade (1.263) (anos)								
60 a 64	26,70	42,30	28,20	32,40	0,82	1,31	0,87	<0,001
65 a 69	24,80	27,00	19,10	22,00	1,13	1,23	0,87	
70 a 74	16,60	13,60	20,00	17,80	0,93	0,76	1,12	
75 a 79	15,30	6,60	15,40	12,70	1,20	0,52	1,21	
80 e mais	16,60	10,40	17,20	15,10	1,10	0,69	1,14	
Estado marital (1.247)								
Divorciado/ viúvo	43,20	40,70	42,10	41,70	1,04	0,98	1,01	0,050
Casado	47,90	55,60	55,30	54,90	0,87	1,01	1,01	
Solteiro	9,00	3,70	2,70	3,40	2,65	1,09	0,79	
Número de filhos vivos (1.242)								
Nenhum	10,70	3,30	4,20	4,40	2,43	0,75	0,95	<0,001
1 ou 2	29,20	29,30	40,80	36,40	0,80	0,80	1,12	
3 ou mais	60,10	67,40	55,00	59,20	1,01	1,14	0,93	
Renda suficiente para despesas diárias (1.233)								
Sim	49,70	48,90	61,40	56,70	0,88	0,86	1,08	<0,001
Não	50,30	51,10	38,60	43,30	1,16	1,18	0,89	
Lê e escreve recado (1.259)								
Sim	76,80	81,10	90,70	86,80	0,88	0,93	1,04	<0,001
Não	23,20	18,90	9,30	13,20	1,76	1,43	0,70	
Escolaridade em anos (média; IC95%) (1.245)	3,90 (3,01; 4,79)	4,09 (3,52; 4,66)	6,10 (5,49; 6,72)	5,31 (4,77; 5,85)				

IC: intervalo de confiança.

CONDIÇÕES DE SAÚDE: AUTORRELATO E AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE

Como pode ser observado na Tabela 3, boa parte dos idosos avaliou como muito boa ou boa a sua própria saúde (50,30%, em média), proporção que diminui considerando os idosos pretos (41,80%), embora sem significância estatística ($p = 0,38$). A osteoporose foi uma das doenças crônicas com menor prevalência, apesar de mais marcante entre idosos

Tabela 2. Características do modo de vida dos idosos do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento segundo cor, 2010.

Variáveis	Frequência (%)			Total	Razão de prevalência			Valor p
	Preta	Parda	Branca		Preta	Parda	Branca	
Mora sozinho (1.263)								
Sim	18,90	15,40	15,30	15,60	1,21	0,99	0,98	0,720
Religião (1.256)								
Católica	61,60	59,80	64,80	63,00	0,98	0,95	1,03	0,001
Evangélica	32,90	29,90	20,40	24,20	1,36	1,24	0,84	
Outra ou nenhuma	5,50	10,30	14,80	12,80	0,43	0,80	1,16	
Sai de casa (867)								
Frequentemente	6,00	12,10	17,60	15,30	0,39	0,79	1,15	0,005
Às vezes/raramente	29,30	38,10	41,50	39,80	0,74	0,96	1,04	
Nunca	64,80	49,80	40,90	44,90	1,44	1,11	0,91	
Convida à casa (868)								
Frequentemente	30,20	41,30	40,10	39,70	0,76	1,04	1,01	0,018
Às vezes/raramente	27,70	35,90	38,90	37,30	0,74	0,96	1,04	
Nunca	42,10	22,70	21,00	23,00	1,83	0,99	0,91	
Trabalha (1.256)								
Sim	38,60	38,30	29,50	32,80	1,18	1,17	0,90	0,010
Não	61,40	61,70	70,50	67,20	0,91	0,92	1,05	
Motivos do trabalho (344)								
Necessidades financeiras	65,50	72,50	67,70	69,30	0,95	1,05	0,98	0,630
Manter ocupação	34,50	27,50	32,30	30,70	1,12	0,90	1,05	
Viveu no campo por cinco anos ou mais (341)								
Sim	44,30	59,30	41,50	49,00	0,90	1,21	0,85	0,020
Não	55,70	40,70	58,50	51,00	1,09	0,80	1,15	

brancos (21%), se comparados aos pardos (16,20%) e pretos (14,20%), também sem significância estatística ($p = 0,053$). Outros agravos são mais prevalentes entre idosos pretos: hipertensão arterial (83%; $p = 0,003$), diabetes (40,80%; $p = 0,005$) e derrame/acidente vascular cerebral (18,7%; $p < 0,001$). A presença de déficit cognitivo foi identificada em proporções maiores entre os pretos (19,70%) e os pardos (12,60%) em comparação aos brancos

Tabela 3. Autorrelato e autoavaliação de saúde e outras condições de saúde dos idosos do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, 2010.

Variáveis	Frequência (%)			Total	Razão de prevalência			Valor p
	Preta	Parda	Branca		Preta	Parda	Branca	
Autoavaliação saúde (1.224)								
Muito boa/boa	41,80	48,30	52,30	50,30	0,83	0,96	1,04	0,380
Regular	48,10	43,60	40,20	41,80	1,15	1,04	0,96	
Ruim/muito ruim	10,00	8,10	7,50	7,90	1,27	1,03	0,95	
Osteoporose (1.252)								
Sim	14,20	16,20	21,00	19,10	0,74	0,85	1,10	0,053
Hipertensão arterial (1.262)								
Sim	83,00	67,30	64,40	66,60	1,25	1,01	0,97	0,003
Diabetes (1.262)								
Sim	40,80	22,80	23,80	24,60	1,66	0,93	0,97	0,005
Derrame/AVC (1.260)								
Sim	18,70	7,20	6,10	7,30	2,56	0,99	0,84	<0,001
Autoavaliação da memória (1.232)								
Excelente/ muito boa	10,80	12,50	17,30	15,40	0,70	0,81	1,12	0,034
Boa	51,70	44,90	48,70	47,80	1,08	0,94	1,02	
Regular/má	37,40	42,50	34,00	36,90	1,01	1,15	0,92	
Déficit cognitivo (MEEM) (1.263)								
Sim	19,70	12,60	7,20	9,30	2,12	1,35	0,77	<0,001
Problema psiquiátrico ou nervoso (1.261)								
Sim	4,10	12,50	10,50	10,70	0,38	1,17	0,98	0,049
Depressão (1.259)								
Sim	13,80	13,40	20,40	17,80	0,78	0,75	1,15	0,013

AVC: acidente vascular cerebral; MEEM: minixame do estado mental.

(7,10%; $p < 0,001$). Vale salientar, no entanto, que os problemas psiquiátricos autorreferidos e a depressão, respectivamente, foram menos prevalentes entre os pretos — 4,10% ($p = 0,049$) e 13,80% ($p = 0,013$) — em comparação aos brancos (10,50% e 20,40%).

CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMENTO DE SAÚDE

Em conformidade com a Tabela 4, em relação aos comportamentos de saúde, foi notável a proporção entre os idosos pretos (52,30%; $p = 0,007$) que deixaram de fumar, em que pese a maior proporção de idosos pardos (11%) e pretos (12%) que responderam nunca cuidar da sua própria saúde, quando comparados aos brancos (6,30%; $p = 0,03$). O provável risco para dependência do álcool foi maior para os pardos (22,70%) e pretos (10,70%), quando comparados aos brancos (6,60%; $p = 0,001$).

USO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com a Tabela 5, os idosos pretos (25,70%) e pardos (30,20%) foram os que menos possuíam plano privado de saúde ($p < 0,001$), e foram eles que pagaram os menores valores médios por esses planos (pretos: R\$ 119,84; pardos: R\$ 172,33; brancos: R\$ 314,29).

Tabela 4. Características de comportamento de saúde dos idosos do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, 2010.

Variáveis	Frequência (%)			Total	Razão de Prevalência			Valor p
	Preta	Parda	Branca		Preta	Parda	Branca	
Tabagismo na vida (1.261)								
Fuma atualmente	9,40	14,20	11,60	12,20	0,77	1,16	0,95	0,007
Já fumou	52,30	39,60	33,60	36,80	1,42	1,08	0,91	
Nunca fumou	38,30	46,10	54,80	51,00	0,75	0,90	1,07	
Risco para dependência de álcool (362)								
Não	89,30	77,30	93,40	89,00	1,00	0,87	1,05	0,001
Sim	10,70	22,70	6,60	11,00	0,97	2,06	0,60	
Cuidar da própria saúde (n = 867)								
Frequentemente	77,20	78,70	86,20	83,60	0,92	0,94	1,03	0,033
De vez em quando/ raramente	10,80	10,30	7,50	8,50	1,27	1,21	0,88	
Nunca	12,00	11,00	6,30	7,90	1,52	1,39	0,80	

Quanto à dificuldade de utilizar serviços de saúde, não houve diferença significativa entre os grupos raciais, embora chamem a atenção os seguintes fatos: 25% dos idosos relatam dificuldade em acessá-los e, significativamente, mais brancos realizam todos os exames complementares solicitados ($p = 0,011$).

Quando indagados sobre ter realizado atendimento de urgência, os pardos (25%) foram os que mais utilizaram esse tipo de serviço de saúde, enquanto os pretos foram os que menos o utilizaram (16,30%), embora sem significância estatística ($p = 0,13$). No tocante ao local de atendimento de urgência, 48% dos brancos têm convênio ou plano de saúde, enquanto aproximadamente 80% dos pretos e pardos usam o SUS ($p < 0,001$).

Tabela 5. Características quanto ao uso de serviços de saúde e acesso a eles por idosos do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, 2010.

Variáveis	Frequência (%)			Total	Razão de prevalência			Valor p
	Preta	Parda	Branca		Preta	Parda	Branca	
Plano de saúde além do SUS (1.263)								
Sim	25,70	30,20	53,10	44,10	0,58	0,68	1,20	< 0,001
Não	74,30	69,80	46,90	55,90	1,33	1,25	0,84	
Valor médio pago pelo plano de saúde (R\$) (IC95%) (561)	119,84 (65,96; 173,72)	172,33 (116,75; 227,92)	314,29 (276,95; 351,63)	275,20 (242,83; 309,57)				
Dificuldade para utilizar serviços de saúde (1.255)								
Não	75,00	75,00	74,00	74,40	1,01	1,01	0,99	0,91
Fez exames complementares (638)								
Sim, fez todos	61,80	64,80	77,30	72,50	0,85	0,89	1,07	0,011
Não, mas estão marcados	25,60	22,70	17,10	19,40	1,32	1,17	0,88	
Não ou só alguns	12,50	12,50	5,60	8,10	1,54	1,54	0,69	
Necessidade de atendimento de urgência (1.263)								
Sim	16,30	25,00	20,10	21,30	0,77	1,17	0,94	0,13
Não	83,70	75,00	79,90	78,70	1,06	0,95	1,02	
Local de atendimento da urgência/emergência (289)								
SUS	80,30	81,00	49,20	62,30	1,29	1,30	0,79	<0,001
Convênio/plano de saúde	19,70	18,50	48,00	35,80	0,55	0,52	1,34	
Particular	0,00	0,60	2,80	1,80	0,00	0,33	1,56	

SUS: Sistema Único de Saúde; IC: intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

Os resultados aqui analisados, confirmando a hipótese de partida, evidenciaram um cenário mais favorável ao envelhecimento entre idosos de cor branca em comparação com aqueles de cor parda ou preta no tocante aos indicadores sociodemográficos, de condições de saúde e de uso e acesso a serviços de saúde.

Foram notáveis a proeminência de brancos, principalmente entre os mais velhos, e reduzida proporção de pardos nesse segmento etário. No contexto do município de São Paulo, excluindo os indígenas, indicadores tais como a menor média de idade ao morrer, menor índice de envelhecimento e maior média de anos potenciais de vida perdidos no grupo de pessoas de cor parda^{15,16} expressam claramente a menor expectativa de vida nesse grupo racial. Em nível nacional, Oliveira et al., com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008⁸, reforçam esses achados.

No que se refere ao sexo, apesar da esperada existência de maior proporção de mulheres em todos os grupos raciais, no de cor preta se observa que o excedente de mulheres em relação aos homens é menor do que nos outros grupos raciais. Esse achado é congruente com os dados do IBGE, que já indicavam, na pirâmide populacional, a mesma tendência, sobretudo nas faixas etárias dos mais velhos¹⁷.

Considerando o estado marital, foi evidente a proporção de idosos pretos solteiros, que chega a ser o triplo da encontrada entre brancos e pardos. A condição de solteiro, aliada à maior proporção de pessoas sem filhos, pode indicar no grupo de idosos pretos uma situação de vulnerabilidade no que concerne à rede de apoio social. Essa situação também foi verificada nos Estados Unidos, onde os idosos pretos, comparados aos brancos, foram os que mais relataram morar sozinhos e ter mais necessidade de apoio emocional¹⁸. Ao que tudo indica, os piores níveis de apoio social (frequência de contatos, diversidade de contatos e ajudas recebidas e prestadas) são vivenciados por idosos solteiros. A explicação para essa situação é que os filhos são figuras essenciais no apoio aos pais em idades avançadas e os solteiros, que são aqueles mais prováveis de não terem tido filhos, ficam em desvantagem¹⁹. Reforça essa configuração desfavorável para os idosos pretos o seu modo de vida no que diz respeito ao relacionamento social, no qual se verificam as maiores proporções de idosos que moram sozinhos, que nunca convidam pessoas para virem à casa ou que nunca saem para lugares públicos.

Em contrapartida, no presente estudo, a relevância da religiosidade na velhice, indicada pela alta proporção dos que responderam professar alguma religião, parece apontar a igreja como importante fonte de apoio social informal, ao proporcionar espaços de socialização e de apoio mútuo, tais como grupos de oração, voluntariado, trabalhos caritativos e outras situações que promovem coletividades. Outras análises no contexto do próprio Estudo SABE evidenciam que a importância atribuída à religião é maior entre os que vivem sós, comparativamente aos que vivem acompanhados, e que os idosos relatam que os vínculos de amizade são formados na corporação religiosa²⁰.

No tocante à situação econômica, os idosos pretos e pardos foram, proporcionalmente, os que mais responderam não possuir renda suficiente para suas despesas diárias e os que mais trabalhavam na época. Piores níveis de escolaridade foram encontrados entre os pretos e pardos, e eles apresentaram as maiores proporções acerca de não saber ler/escrever um recado, denotando a condição de analfabetismo, como também os mais baixos valores médios em número de anos de escolarização. Tanto os resultados relativos à renda quanto os de escolaridade são consistentes em todo o território nacional⁸.

Dessa forma, tanto a situação da necessidade de manter-se trabalhando por razões econômicas até idades mais avançadas quanto a de pior nível de escolaridade podem ratificar uma condição que vem há anos sendo considerada como a principal causa das iniquidades na área da saúde.

A vida rural nos primeiros 15 anos de vida e por no mínimo cinco anos foi mais frequente entre os pardos. Diversos autores têm afirmado que essas condições, denominadas de “pregressas”²¹, geram desvantagens para os indivíduos que moram em áreas rurais ou em periferias dos grandes centros urbanos, onde supostamente o uso de serviços de saúde e as condições sanitárias são mais desfavoráveis se comparados às das regiões urbanas centrais. Pondera-se, então, se entre os pardos paulistanos as condições desfavoráveis vividas na zona rural em época remota poderiam também ser determinantes de piores condições de vida mantidas ao longo do tempo na cidade de São Paulo, que por sua vez tem resultado em menores expectativas de vida nesse grupo racial.

O pior padrão de saúde dos idosos pretos e pardos observado neste estudo está relacionado principalmente com as altas prevalências de hipertensão arterial, diabetes e derrame/acidente vascular cerebral. As doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus* e a doença hipertensiva têm sido apontadas como causas mais importantes de mortalidade em pessoas de cor preta, no Brasil²², e negras, nos Estados Unidos¹⁸. Entre os brasileiros, as doenças cerebrovasculares foram mais associadas à pobreza em períodos precoces da vida, e entre os norte-americanos esse tipo de agravo foi maior nos negros em razão das constantes situações de subdiagnóstico e subtratamento às quais eles estiveram submetidos²³.

Os problemas de saúde mental são outro aspecto das condições de saúde no qual as populações preta e parda se diferenciam negativamente da branca. Entre pretos e pardos, verificaram-se maiores proporções de comprometimento cognitivo avaliado por escala de rastreamento. Estudos nessa área em vários países sugerem que a associação entre pobreza e transtornos mentais é universal, independentemente do nível de desenvolvimento do país²³. Tais investigações ratificam que a associação da distribuição de renda com os homicídios, os crimes violentos e as mortes relacionadas ao consumo de álcool reforçam a concepção de que as desigualdades de renda também imprimem efeitos psicossociais.

Ao contrário, resultado inusitado foi constatado em relação à prevalência de depressão. Esta foi significativamente maior entre os idosos brancos e menor nos idosos negros. Apesar da necessidade de uma análise mais cautelosa, tais resultados parecem mais consistentes com as proposições de Barros et al., que debatem a questão do subdiagnóstico e do subtratamento dado aos idosos negros²⁴.

Na literatura consultada não foi possível localizar estudos brasileiros desenvolvidos para explicar as desigualdades étnico-raciais no âmbito da saúde, apesar de diversos indicadores evidenciarem variações significativas na mortalidade e morbidade entre os grupos raciais²². Da mesma forma, não se veem explicações para certas características comportamentais desfavoráveis mais frequentemente observadas entre pretos e pardos, como o tabagismo e a dependência de álcool. Todavia, com a clara associação dessas características comportamentais desfavoráveis e de outras, como a falta de cuidado com a própria saúde com grupos de idosos pretos e pardos, parece não ser difícil sugerir essas categorias raciais como preditoras de piores indicadores de saúde.

Em relação ao uso e acesso aos serviços de saúde, percebeu-se a condição desfavorável dos pretos e dos pardos, em comparação aos brancos, no tocante ao uso da saúde suplementar, na medida em que aqueles relataram em menor proporção a posse de planos de saúde e, quando os possuem, pagam em média valores mais baixos. É interessante notar que apesar dessa visível diferença no tipo de serviço de saúde público ou privado usado por negros e brancos, não houve diferença entre os grupos raciais nas dificuldades em acessar os serviços de saúde. Vale ressaltar, entretanto, que para 25% dos idosos, em todos os grupos raciais, ainda existe dificuldade em acessar os serviços de saúde, independentemente se públicos ou privados.

Outro aspecto notável foi não haver diferença entre os grupos raciais em relação ao acesso à solicitação de exames complementares e a medicamentos (dados não apresentados nas tabelas). Contudo levantou-se a hipótese de que a diferença reside no tempo decorrido entre a solicitação do exame e a sua realização, visto que significativamente mais brancos afirmaram ter realizado todos os exames solicitados, ao contrário dos pretos e pardos, que responderam só terem marcado os exames ou só terem conseguido marcar alguns deles.

Por um lado, pode-se concluir que o SUS tem garantido o acesso aos serviços de saúde de forma relativamente adequada. Por outro, os dados de mortalidade evidenciam maior proporção de morte precoce entre pretos e pardos, o que aponta para a necessidade de estudos que possam qualificar os atendimentos realizados para a compreensão das possíveis iniquidades que podem estar ocorrendo nos serviços de saúde do SUS. Estudo nesse sentido realizado nos Estados Unidos identificou que condições de diagnóstico inconclusivo, tratamentos incompletos e falta de controle de fatores associados à ocorrência de acidente vascular cerebral foram comuns para as pessoas negras e identificaram como uma das causas a falta de acesso aos serviços de saúde²³.

O presente trabalho traz resultados preocupantes de desigualdades entre os segmentos raciais que continuam na velhice. Pesquisas futuras poderão dimensionar e ajudar na criação de estratégias de eliminação/amenização de fatores modificáveis como escolaridade, renda e curso de doenças. Intervenções centradas na busca da equidade podem ser benéficas ao adequar atendimentos que compensem as principais condições de vulnerabilidade desses grupos raciais.

Para finalizar, é necessário apontar a principal limitação do estudo, que reside no fato de ele não ter sido delineado para analisar a variável raça/cor. Sugere-se também o provável viés de seleção que ocorreu durante o desenvolvimento dos trabalhos de campo, ocasionando

um possível erro amostral relativo aos grupos raciais, pois há na população geral, proporcionalmente, mais brancos e menos pardos e pretos¹⁷ do que na amostra do presente estudo. A hipótese explicativa seria a de que os idosos brancos teriam tido menos chance de serem entrevistados por residirem mais em condomínios, o que normalmente dificulta o acesso dos entrevistadores. Em oposição, as pessoas pardas e pretas tiveram mais chance de serem entrevistadas por suas residências se concentrarem em áreas onde o acesso aos entrevistadores em geral é mais fácil, havendo mais sistematicamente mais entrevistas com pardos e pretos em comparação a brancos. Ainda assim, as análises comparativas com achados de outros estudos identificaram elementos bastante consistentes. Portanto, o presente estudo mostra-se favorável em relação à sua validade.

CONCLUSÃO

As desigualdades encontradas entre as categorias raciais apontaram para situações sistêmicas de desvantagem para idosos pardos e, principalmente, idosos pretos. Todo o contexto deste artigo sugeriu condições de iniquidade que, ao longo da vida, geraram pior condição de vida para os idosos negros e que se iniciaram muito cedo, talvez na fase adulta ou ainda na infância, mas que afetaram negativamente os comportamentos, as condições de saúde e o acesso a bens e serviços de saúde e o uso deles. Algumas das condições de saúde, como doenças de maior prevalência para pretos e pardos, não são explicadas exclusivamente por fatores biológicos e precisariam ter uma linha de cuidado e com efetividade para o alcance de todos, sem distinção.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as observações do professor doutor Jair Lício Ferreira Santos, que contribuíram imensamente para o aprimoramento do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1): 77-93.
2. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* 2011; 32: 381-98. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218
3. United States of America. National Center for Health Statistics (NCHS). *Healthy people 2010: final review*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office Washington; 2012.
4. Andresen EM, Miller DK. The future (history) of socioeconomic measurement and implications for improving health outcomes among African Americans. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(10): 1345-50.
5. Santos GA, Lopes A, Neri AL. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: Neri AL, editor. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Edições SESC São Paulo; 2007. p. 288.

6. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM, editors. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010. Constituição cidadã, segurança social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.
7. Kabengele M. "O racismo à brasileira". Ata da 17.^a Reunião Especial da Assembleia Legislativa de Minas Gerais. 2002. [Internet] Disponível em: http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/arquivo_diario_legislativo/pdfs/2002/06/L20020615.pdf (Acessado em: 14 de outubro de 2016).
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.
9. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Athallaia Gráfica; 2003.
10. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento : o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 127-41.
11. Osorio RG. O sistema classificatório de "cor ou raça" do IBGE. IPEA 2003; 53.
12. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; 5: 165-73.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12(3): 189-98.
14. Kano MY, Santos MA, Pillon SC. Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). Rev da Esc Enferm da USP 2014; 48(4): 649-56 [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400649&lng=pt&nrm=iso&tlng=en (Acessado em 11 de novembro de 2015).
15. Galleguillos T, Neves H, Lira M, Nazário CL, Castro IEN, Freitas M, et al. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no município de São Paulo: Boletim CEInfo Análise. São Paulo; 2015 [Internet]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_12.pdf (Acessado em: 14 de outubro de 2016).
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. 2000 [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/> (Acessado em: 14 de outubro de 2013).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2013 [Internet]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf> (Acessado em: 14 de outubro de 2016).
18. Mehta KM, Simonsick AEM, Rooks R, Newman AB, Pope SK, Rubin SM, et al. Black and white differences in cognitive function test scores : what explains the difference ? J Am Geriatr Soc 2004; 52(12): 2120-7.
19. Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(12): 2982-92.
20. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. Saúde Coletiva 2008; 5(24): 173-7.
21. Nuru-Jeter AM, Thorpe RJ, Fuller-Thomson E. Black-white differences in self-reported disability outcomes in the U.S.: early childhood to older adulthood. Public Health Rep 2011; 126(6): 834-43.
22. Chor D, Lima CRDA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(5): 1586-94. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000500033
23. Gutierrez J, Williams OA. A decade of racial and ethnic stroke disparities in the United States. Neurology 2014; 82(12): 1080-2.
24. Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde e Soc 2014; 23(4): 1235-47.

Recebido em: 27/08/2016

Versão final apresentada em: 26/09/2016

Aprovado em: 22/12/2016

