

Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil

Factors associated with inequalities in social conditions in the health of elderly white, brown and black people in the city of São Paulo, Brazil

Roudom Ferreira Moura (<https://orcid.org/0000-0002-0685-4627>)¹

Chester Luiz Galvão Cesar (<https://orcid.org/0000-0002-6999-1506>)²

Moisés Goldbaum (<https://orcid.org/0000-0002-8049-7824>)³

Mirna Namie Okamura (<https://orcid.org/0000-0002-4547-7836>)⁴

José Leopoldo Ferreira Antunes (<https://orcid.org/0000-0003-3972-9723>)²

Abstract *The scope of this study is to identify determining factors of disparities in social conditions in the health of non-institutionalized elderly people in the city of São Paulo, from the standpoint of self-declaration of skin color. It is a cross-sectional study with a representative sample of 1,017 elderly participants in the “2015 Health Survey of the Municipality of São Paulo”. The analysis used crude and adjusted Poisson regression models, reporting the prevalence ratio and 95% confidence intervals as a measure of association between the variables. In the adjusted analysis, brown and black skin color was positively associated with worse schooling, negative self-assessment of health status, health insurance and access to public health services. On the one hand, black skin color was no longer associated with the lowest income, however, it was associated with arterial hypertension. On the other hand, brown skin color was associated with low income, but not with arterial hypertension. Elderly black and brown people had worse health conditions, less access to private health services and socioeconomic resources. These results are compatible with the hypothesis of structural racism in São Paulo’s society and may inform social health policies aimed at promoting health and social justice.*

Key words *Disparities in Health Levels, Equity in Health, Racism, Health of the Elderly*

Resumo *O objetivo deste estudo é identificar fatores determinantes das disparidades das condições sociais na saúde de idosos não institucionalizados na cidade de São Paulo, sob a perspectiva da autodeclaração da cor da pele. Estudo transversal com amostra representativa de 1.017 idosos participantes do “Inquérito de Saúde do Município de São Paulo 2015”. A análise utilizou modelos de regressão de Poisson brutas e ajustadas, relatando a razão de prevalências e seus intervalos de 95% de confiança como medida de associação entre as variáveis. Na análise ajustada, a cor da pele parda e preta associou-se, positivamente, com a pior escolaridade, a autoavaliação do estado de saúde negativa, o plano de saúde e o acesso ao serviço de saúde público. De um lado, a cor da pele preta perdeu a associação com a pior renda, no entanto, associou-se com a hipertensão arterial. De outro lado, a cor da pele parda não se associou com a hipertensão arterial, mas com a renda baixa. Idosos pretos e pardos tiveram menos acesso a recursos socioeconômicos, às piores condições de saúde e, também, a serviços de saúde privados. Esses resultados são compatíveis com a hipótese de racismo estrutural na sociedade paulistana e podem instruir políticas sociais na saúde dirigidas à promoção de saúde e justiça social.*

Palavras-chave *Disparidades nos Níveis de Saúde, Equidade em Saúde, Racismo, Saúde do Idoso*

¹ Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, Centro de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar 188, Cerqueira César. 05403-000 São Paulo SP Brasil. rfmoura@saude.sp.gov.br

² Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

As desigualdades sociais no acesso à saúde entre os estratos raciais afligem a sociedade brasileira há alguns anos, o que não é surpreendente, haja vista que condições injustas de vida, de trabalho e de saúde vêm afetando a população negra no Brasil. O país é um dos líderes mundiais em desigualdade de renda^{1,2}.

Apesar das mudanças econômicas, políticas e na saúde que ocorreram nos últimos anos, o país, ainda, não é capaz de reduzir significativamente as diferenças nas condições sociais e na saúde dos grupos raciais de idosos²⁻⁴.

Essas desigualdades sociais no acesso à saúde entre idosos brancos e negros evidenciam a complexa interação da cor da pele/raça com marcadores de posição social⁵, refletindo na distribuição desigual de proteção, de fatores de risco e de agravos à saúde que se acumulam as fases da vida^{5,6}. Nesse sentido, idosos pardos e pretos permanecem em situação de iniquidade social e de saúde.

Vários estudos indicam que em pessoas de diferentes estratos sociais e raciais o processo de envelhecimento não ocorre de modo homogêneo e semelhante^{1,2,6,7}. Dessa forma, existem dúvidas se as desigualdades sociais no acesso à saúde podem ser atribuídas diretamente à cor da pele/raça, independentemente, das disparidades socioeconômicas individuais e contextuais^{4,7}.

A literatura internacional^{8,9} e a nacional^{10,11} confirmam que a cor da pele/raça é um fator limitante quanto às condições sociais e ao acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, as desigualdades raciais nas condições de saúde das populações permanecem sendo um problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação racial¹².

A associação da cor da pele parda e preta (raça negra) com piores condições sociais e de saúde entre idosos brasileiros tem sido pouco investigada^{11,13} e isso pode, em parte, ser devido à teoria da democracia racial, conceito originado na metade do século XX, que defende que o Brasil é dotado de boas relações raciais, devido ao seu histórico de miscigenação e definições raciais imprecisas¹⁴. À vista disso, há uma limitação atual na compreensão dos impactos da desigualdade, sob a perspectiva da cor da pele/raça em idosos^{6,15}. Nesse sentido, o presente estudo levanta a hipótese de que há diferenças nas prevalências das condições sociais na saúde entre idosos brancos, pardos e pretos.

O envelhecimento na cidade de São Paulo, na perspectiva da autodeclaração da cor da pele/raça, ainda, é pouco conhecido e não se sabe o quanto os determinantes sociais e na saúde, influenciam desfechos com estes fatores nessa população¹⁶⁻¹⁸. Assim, este estudo tem por objetivo verificar associações entre características socio-demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e uso e acesso a serviços de saúde e identificar os fatores determinantes das disparidades das condições sociais na saúde de idosos não institucionalizados na cidade de São Paulo/Brasil, sob a perspectiva da autodeclaração da cor da pele em 2015.

Métodos

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

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

Neste estudo transversal, consideram-se os domínios amostrais de idosos, correspondendo a um total de 1.019 indivíduos.

Os critérios de elegibilidade para inclusão dos indivíduos na amostra deste estudo foram: indivíduos de ambos os sexos com idade entre 60 anos ou mais e preenchimento da autodeclaração da cor da pele/raça, correspondente a um total de 1.017 idosos, sendo 610 (63,2%) brancos; 239 (21,4%) pardos; 80 (7,3%) pretos e 88 (8,1%) amarelos ou indígenas.

Processo amostral do ISA-Capital-SP 2015

Foram entrevistados 4.043 indivíduos. A amostragem foi estratificada por conglomerados, com sorteio em dois estágios: setores censitários e domicílios. O município foi estratificado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Leste, que constituíram estratos e foram consideradas como domínios de estudo. Foram sorteados 30 setores censitários em cada coordenadoria, baseando-se na listagem de setores urbanos do Censo Demográfico 2010. A amostra do ISA-Capital-SP 2015, também, foi formada pelos domínios: 12 a19

anos de idade, homens adultos de 20 a 59 anos, mulheres adultas de 20 a 59 anos e idosos, homens e mulheres de 60 anos ou mais, e calculada com base em uma estimativa de prevalência de 50%, com erro de amostragem de 0,10, considerando-se um nível de 95% de confiança e um efeito de delineamento de 1,5.

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

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

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

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

Maiores detalhes sobre a metodologia, o processo amostral e o questionário foram relatados por Alves *et al.*¹⁹ e estão disponíveis em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf e https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/isacapitalsp/index.php?p=216392.

Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treina-

dos e respondido diretamente pelos idosos sorteados ou existentes no domicílio.

A fim de responder ao objetivo desta pesquisa e com base na literatura^{10,11,16}, as variáveis de desfechos foram socioeconômicas (escolaridade - até nove anos de estudo e 10 ou mais anos de estudo (para o ponto de corte da escolaridade, levamos em conta o número médio atual de anos de estudo no Brasil) e renda mensal - menos de um salário mínimo e igual, e um ou mais salários mínimos), condições de saúde (autoavaliação de saúde - positiva (excelente/muito boa, boa) e negativa (regular, ruim ou muito ruim) e hipertensão arterial - sim e não) e uso e acesso de serviços de saúde (plano de saúde - público e privado e o local do último atendimento de saúde - público e privado).

Como fatores, foram levantadas características sociodemográficas: cor da pele/raça - variável de análise (segundo as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁰: cor branca - raça branca; cor parda e preta - raça negra; cor amarela - raça amarela e cor indígena - raça indígena), sexo (masculino e feminino), idade (60 a 69, 70 a 79 e igual ou maior que 80 anos) e situação conjugal (com cônjuge - casado no civil ou religioso, vive em união conjugal estável ou vive junto; e sem cônjuge - solteiro, separado, desquitado ou divorciado e viúvo).

Foram, ainda, estudadas as seguintes condições autorreferidas de saúde a fim de descrição da amostra: os diabetes mellitus (sim e não), a doença do aparelho circulatório (angina; infarto do miocárdio; arritmia cardíaca; outra doença do coração; varizes; acidente vascular cerebral ou derrame e outra doença de veias, artérias ou circulação sanguínea) - (sim e não), a doença do aparelho respiratório (asma ou bronquite asmática; enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica; rinite; sinusite crônica e outra doença do pulmão) - (sim e não), a doença do aparelho musculoesquelético (artrite, reumatismo ou artrose; osteoporose); a doença de coluna ou problema de coluna e tendinite (lesão por esforço repetitivo ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho) - (sim e não), a doença emocional ou mental (problema emocional ou mental como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia ou algum outro) - (sim e não) e câncer - (sim e não). As informações sobre todas essas doenças e condições foram autorreferidas e obtidas por meio do inquérito e questionário ISA-Capital-SP 2015, por meio da pergunta direta: "Algum médico já lhe informou que o(a) Sr.(a) tem ...?".

Análise de dados

Para efeitos de cálculos, a amostra incluiu o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas, mas os dois últimos grupos não foram objeto de comparação em função do número reduzido de participantes nessas categorias.

Foram incluídos no estudo, apenas, os idosos que autodeclararam sua cor da pele/raça. Foram excluídos os idosos que tiveram sua cor da pele/raça informada por terceiros, para reduzir a chance de viés de informação e classificação dessa variável e de viés de prevalência dos grupos raciais estudados.

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

A associação entre os desfechos socioeconômicos, as condições de saúde, de uso, o acesso a serviços de saúde e os fatores de ordem socio-demográfica e socioeconômica foram estudados por meio da razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, estimada por análise de regressão simples e múltipla de Poisson^{21,22}.

Para a construção de modelos com múltiplas variáveis, empregou-se a técnica proposta por Victora *et al.*²³ para integrar a estrutura conceitual aos ajustes de regressão. Segundo essa estrutura conceitual, as características sociodemográficas foram consideradas distais em relação às condições socioeconômicas e à escolaridade. Foi considerada a distal em relação à renda e às demais variáveis de condições de saúde e de uso e o acesso a serviços de saúde. De modo geral, a escolaridade é obtida em períodos progressivos da vida dos idosos e influencia a sua condição atual de renda, a ocupação e o consumo²⁴. Desse modo, na análise de regressão de Poisson com múltiplas variáveis, as razões de prevalências envolvendo condições socioeconômicas, de saúde e de uso e o acesso de serviços de saúde foram ajustadas pelas características sociodemográficas (sexo e idade) incluídas nos modelos e por socioeconômicas (renda e escolaridade).

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

amostrais primárias e secundárias, e atribuição dos pesos de amostragem.

Procedimentos éticos

O ISA-Capital-SP-2015 utilizou para coleta dos dados sobre o quesito “cor de pele/raça” a classificação recomendada pelo IBGE²⁰. Além disso, foi observada a Resolução 466/2012²⁵ que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. A aferição dessa coleta tem como base a resposta do indivíduo ao questionamento do entrevistador “qual sua cor de pele/raça?”, sendo oferecidas as seguintes opções: branca, parda, preta, amarela ou indígena. Haja vista essa pergunta e os objetivos deste estudo, utilizamos a variável cor da pele e não raça/cor da pele como a maioria dos estudos científicos utilizam.

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

Resultados

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

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

Entre todos os idosos analisados, 35,8% (IC95%: 31,0-40,9) declarou 10 anos ou mais de escolaridade; 35,8% (IC95%: 31,4-40,4) informaram possuir renda mensal menor que um salário mínimo e 37,2% (IC95%: 33,6-41,0) autoavaliaram seu estado de saúde como regular, ruim e muito ruim. Destaca-se que 54,7% (IC95%: 50,8-58,4) afirmaram apresentar hipertensão arterial. Não houve diferenças em relação ao ter ou não plano de saúde privado (52,9%; IC: 48,0-57,8) e 58,2% (IC: 53,0-63,1) relataram ter tido o último atendimento de saúde em serviço público.

Para os grupos investigados, as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente

significativa ($p \leq 0,050$), considerando-se o efeito do desenho, foram: 1. características socio-demográficas - idade ($p=0,050$); 2. condições socioeconômicas - renda mensal ($p=0,001$) e escolaridade ($p<0,001$); 3. condições de saúde - autoavaliação de saúde ($p=0,010$) e hipertensão arterial ($p<0,035$) e 4. uso e acesso a serviços de saúde - plano de saúde ($p<0,001$) e local do último atendimento ($p<0,001$) (Tabelas 1, 2 e 3). Os resultados evidenciam cenário mais favorável ao envelhecimento entre idosos de cor da pele branca em comparação com aqueles de cor da pele parda ou preta.

As mulheres predominam nos grupos avaliados (branca - 61,8% (IC95%: 57,8-65,6), parda - 57,9% (IC95%: 51,2-64,3) e preta - 60,4% (IC95%: 49,4-70,4)). Observou-se que, entre os idosos, foi relativamente pouco elevada a proporção dos pardos que eram longevos (≥ 80 anos - 8,4% (IC95%: 5,1-13,6)) e a maioria dos pretos eram solteiros, separados, desquitados ou divorciados e viúvos (60,2% (IC95%: 47,0-72,1)). Mais de 75% dos idosos pardos (80,8% (IC95%: 74,5-85,8)) e pretos (75,2% (IC95%: 62,6-84,7))

referiram ter nenhum, ou, até nove anos de escolaridade, sendo que entre estes 40,0% ou mais recebiam menos de um salário mínimo mensal (pardos - 45,9% (IC95%: 38,4-53,5)/pretos - 40,4% (IC95%: 28,5-53,6)) (Tabela 1).

Neste estudo, a prevalência de autoavaliação do estado de saúde e da hipertensão arterial entre os idosos diferiu de modo estatisticamente significativo nos grupos analisados ($p \leq 0,050$). A prevalência de autoavaliação de saúde regular, ruim e muito ruim e a da hipertensão arterial foi maior entre pardos (45,5% (IC95%: 37,6-53,6)) e pretos (47,2% (IC95%: 37,2-57,5)) (Tabela 2).

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

A Tabela 4 sintetiza o estudo de associação entre as três medidas de desfecho (socioeconômico, condições de saúde e uso e acesso de serviços de saúde) e os fatores sociodemográficos de

Tabela 1. Distribuição dos grupos de cor da pele, conforme características sociodemográficas e socioeconômicas, (n=1.017*). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital-SP), 2015.

Características	Total (n=1.017) [% (IC95%)]	Branca (n=610) Total [%** (IC95%)]	Parda (n=239) Total [%** (IC95%)]	Preta (n=80) Total [%** (IC95%)]	p-valor (χ^2)***
Sociodemográficas					
Sexo					0,124
Masculino	40,3 (37,5-43,2)	38,2 (34,4-42,2)	42,1 (35,7-48,8)	39,6 (29,6-50,6)	
Feminino	59,7 (56,8-62,5)	61,8 (57,8-65,6)	57,9 (51,2-64,3)	60,4 (49,4-70,4)	
Idade (anos)					0,050
60-69	57,3 (53,3-61,3)	55,4 (50,4-60,3)	62,7 (55,6-69,4)	48,2 (35,9-60,7)	
70-79	28,6 (25,2-32,3)	28,2 (24,0-32,7)	28,9 (23,2-35,3)	33,0 (23,3-44,6)	
≥ 80	14,1 (11,5-17,1)	16,4 (13,3-20,1)	8,4 (5,1-13,6)	18,8 (8,8-35,7)	
Estado conjugal					0,208
Com cônjuge	52,5 (48,4-56,6)	52,7 (47,2-58,1)	53,4 (45,5-61,1)	39,8 (27,9-53,0)	
Sem cônjuge	47,5 (43,4-51,6)	47,3 (41,9-52,8)	46,6 (38,9-54,5)	60,2 (47,0-72,1)	
Socioeconômicas					
Renda mensal					0,001
<1 SM****	35,8 (31,4-40,4)	30,8 (26,0-36,1)	45,9 (38,4-53,5)	40,4 (28,5-53,6)	
≥ 1 SM	64,2 (59,6-68,6)	69,2 (63,9-74,0)	54,1 (46,5-61,6)	59,6 (46,4-71,5)	
Escolaridade (anos)					<0,001
0-9	64,2 (59,1-69,0)	56,4 (50,3-62,2)	80,8 (74,5-85,8)	75,2 (62,6-84,7)	
≥ 10	35,8 (31,0-40,9)	43,6 (37,8-49,7)	19,2 (14,2-25,5)	24,8 (15,3-37,4)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%. *Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. **Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos e pretos, respectivamente. ***Teste de qui-quadrado de Rao-Scott. ****SM: Salário Mínimo=R\$ 788 (Decreto Presidencial 8.381, de 30/12/2014).

interesse entre os idosos, segundo a perspectiva da cor da pele. Na análise bruta, idosos pardos e pretos tiveram maior prevalência de desigualdade social na saúde em relação aos brancos. A prevalência de pior situação socioeconômica no tangente à menor escolaridade foi de 43,0% maior nos pardos (RP=1,43, IC95%: 1,27-1,62) e 33,0% maior nos pretos (RP=1,33, IC95%: 1,12-1,59). Também, observou-se que os pardos apresentaram uma prevalência 49% maior (RP=1,49, IC95%: 1,20-1,85) de renda menos elevada (menor que um salário mínimo). Em relação às con-

dições de saúde, a prevalência de autoavaliação de saúde regular, ruim ou muito ruim foi 38,0% maior nos idosos pardos (RP=1,38, IC95%: 1,10-1,74) e 43,0% maior nos pretos (RP=1,43, IC95%: 1,12-1,82). Além disso, a prevalência da hipertensão arterial nos idosos pretos foi 33,0% maior (RP=1,33, IC95%: 1,12-1,59). Para o desfecho de uso e acesso de serviços de saúde, a prevalência de plano de saúde público foi 59,0% maior em idosos pardos (RP=1,59, IC95%: 1,35-1,88) e 80,0% maior nos pretos (RP=1,80, IC95%: 1,49-2,17). A prevalência do último atendimento de saúde

Tabela 2. Distribuição dos grupos de cor da pele, conforme condições de saúde (n=1.017*). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital-SP), 2015.

Condições de saúde	Total (n=1.017)	Branca (n=610)	Parda (n=239)	Preta (n=80)	p-valor (χ^2)***
	[% (IC95%)]	Total [%** (IC95%)]	Total [%** (IC95%)]	Total [%** (IC95%)]	
Autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim	37,2 (33,6-41,0)	33,0 (28,7-37,6)	45,5 (37,6-53,6)	47,2 (37,2-57,5)	0,010
Hipertensão arterial	54,7 (50,8-58,4)	52,3 (47,8-56,8)	56,9 (50,3-63,3)	69,8 (58,3-79,2)	0,035
Diabetes Mellitus	22,2 (19,8-24,9)	22,8 (19,6-26,3)	20,8 (16,4-25,9)	17,8 (10,6-28,2)	0,611
Doença do aparelho circulatório	39,7 (36,3-43,2)	38,9 (34,8-43,1)	41,1 (33,7-49,0)	29,4 (20,1-40,8)	0,058
Doença do aparelho respiratório	22,1 (19,3-25,3)	22,8 (18,9-27,2)	21,0 (16,7-26,2)	14,7 (8,6-23,9)	0,324
Doença do aparelho musculoesquelético	44,2 (40,9-47,6)	44,0 (39,7-48,4)	47,0 (40,4-53,8)	42,1 (30,3-55,0)	0,777
Doença emocional ou mental	18,0 (14,1-22,7)	18,6 (13,5-25,1)	19,6 (13,6-27,3)	17,7 (10,0-29,4)	0,331
Câncer	6,3 (4,7-8,4)	6,8 (4,7-9,9)	5,4 (3,1-9,5)	4,0 (1,3-11,6)	0,761

IC95%: intervalo de confiança de 95%. *Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. **Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos e pretos, respectivamente. ***Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015.

Tabela 3. Distribuição dos grupos de cor da pele, conforme uso e acesso a serviços de saúde (n=1.017*). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital-SP), 2015.

Uso e acesso a serviços de saúde	Total (n=1.017)	Branca (n=610)	Parda (n=239)	Preta (n=80)	p-valor (χ^2)***
	[% (IC95%)]	Total [%** (IC95%)]	Total [%** (IC95%)]	Total [%** (IC95%)]	
Plano de saúde Privado					<0,001
Sim	47,1 (42,2-52,0)	56,1 (50,2-61,9)	30,2 (23,2-38,3)	21,1 (12,9-32,4)	
Não	52,9 (48,0-57,8)	43,9 (38,1-49,8)	69,8 (61,7-76,8)	78,9 (67,6-87,1)	
Local do último atendimento de saúde					<0,001
Privado	41,8 (36,9-47,0)	50,3 (43,9-56,7)	25,6 (20,1-32,1)	16,4 (9,3-27,3)	
Público	58,2 (53,0-63,1)	49,7 (43,3-56,1)	74,4 (67,9-79,9)	83,6 (72,7-90,7)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%. *Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. **Estimativas em relação ao total de idosos brancos, pardos e pretos, respectivamente. ***Teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

Fonte: ISA-Capital-SP, 2015.

em serviço público foi 50,0% maior nos pardos (RP=1,50, IC95%: 1,29-1,74) e 68,0% maior nos pretos (RP=1,68, IC95%: 1,43-1,98).

Após ajuste pelos fatores de confusão, de modo geral, as prevalências foram atenuadas. No entanto, a cor da pele parda e preta permaneceu positivamente associada às condições sociais e de saúde. Os idosos pardos e pretos apresentaram piores condições de escolaridade (pardo - RP=1,49, IC95%: 1,32-1,69 e preto - RP=1,31, IC95%: 1,10-1,56) e renda (pardo - RP=1,31, IC95%: 1,07-1,62); autoavaliação de saúde regular, ruim ou muito ruim (pardo - RP=1,26, IC95%: 1,01-1,58 e preto - RP=1,33, IC95%: 1,03-1,72) e a hipertensão arterial (preto - RP=1,32, IC95%: 1,11-1,56); menos acesso a plano de saúde particular (pardo - RP=1,36, IC95%: 1,16-1,59 e preto - RP=1,63, IC95%: 1,34-1,98) e serviços privados de saúde (pardo - RP=1,28, IC95%: 1,13-1,46 e preto - RP=1,54, IC95%: 1,32-1,81) do que os brancos (Tabela 4).

Discussão

Os resultados desse estudo apontam a presença das desigualdades sociais no acesso à saúde en-

tre os estratos sociais de idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo em 2015. Idosos pardos e pretos comparados aos brancos predominam nos piores estratos socioeconômicos, de condições de saúde e de uso e o acesso a serviços de saúde.

Entre os idosos analisados, há diferenças importantes nas estimativas de fatores de risco e proteção, revelando que o envelhecimento entre os pardos e pretos ocorre em contexto de significativas desigualdades, as quais podem decorrer de direitos sociais negados ao longo dos ciclos de vida e que repercutem nas condições gerais atuais, causados pelo racismo estrutural brasileiro^{11,16}.

O racismo pode assumir muitas formas, desde interações pessoais até condições e práticas institucionais e estruturais. No entanto, o racismo estrutural, que existe no Brasil desde o início do século XVI para o prejuízo de negros, operou continuamente como possível fator causal e de risco para as distinções raciais sociais e de saúde, conforme os desfechos descobertos nesta análise²⁶.

Neste estudo, constatou-se que em relação aos idosos brancos, os pardos e pretos enfrentam desvantagens significativas no que diz respeito à realização educacional. A importância das desigualdades educacionais entre os estratos raciais

Tabela 4. Modelo de regressão de Poisson final para desigualdades das condições sociais na saúde de idosos (n=1.017*). Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital-SP), 2015.

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

RP: razão de prevalência. IC95%: intervalo de confiança de 95%. *Amostra para efeitos de cálculos, incluindo o total de idosos brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. **Valor de p<0,05. ***Valor de p<0,001. (1) Ajustado por sexo e idade. (2) Ajustado por sexo, idade e escolaridade. (3) Ajustado por sexo, idade, renda e escolaridade.

reside no fato de que os negros foram prejudicados no que dizem respeito às diversas possibilidades de inclusão social e acesso aos serviços de saúde, da comunicação com os profissionais de saúde, da consequente efetividade na prevenção, do tratamento e da cura de doenças, bem como no que se refere aos processos de ressignificação, por parte da população, das noções de promoção da saúde e da doença.

Outros estudos realizados no Brasil^{11,16} e nos Estados Unidos^{7,27}, apresentaram resultados análogos aos nossos sobre os diferenciais de educação e raça em idosos.

A associação entre a renda e a classificação da cor da pele entre os idosos também é uma importante disparidade observada neste estudo. Os idosos da cor da pele parda apresentaram pior condição socioeconômica. No Brasil, os negros estão mais representados nos indicadores sociais negativos, como atividade no mercado de trabalho informal, o que limita o acesso a direitos básicos como a remuneração pelo salário mínimo e a aposentadoria³.

No Brasil^{11,16} e em outros países, como Estados Unidos^{5,7,27,28} e Inglaterra⁵, as estimativas de idosos pardos e pretos no pior “status” socioeconômico também são congruentes às observadas neste estudo, indicando a sobreposição de idosos pardos e pretos, especialmente, entre os pobres e de baixa escolaridade.

Os resultados desta pesquisa fornecem novas evidências de disparidades raciais significativas nos indicadores de estado de saúde e corroboram com a literatura nacional^{11,29} e internacional³⁰⁻³² ao afirmarem que idosos pardos e pretos referem pior autoavaliação de saúde em relação aos brancos.

Neste trabalho, os idosos pretos apresentaram associação positiva e independente com a hipertensão arterial sistêmica autorreferenciada, quando comparados aos idosos brancos. Resultados análogos têm sido relatados por outros estudos no Brasil^{16,33-36}, Canadá^{37,38} e Estados Unidos³⁹.

Na literatura nacional e na internacional, a maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população negra está, possivelmente, relacionada à diáspora africana, predisposição genética, às desigualdades sociais, ao menor acesso aos serviços de saúde, à escassez de informação sobre prevenção de agravos e à promoção da saúde e ao estresse devido ao racismo^{34,40,41}.

No que se refere ao uso e acesso aos serviços de saúde, observou-se que os idosos pardos e pretos comparados aos brancos prevaleceram com elevada dependência exclusiva do sistema público de saúde brasileiro: Sistema Único de Saúde

(SUS). Idosos pardos e pretos, em comparação aos brancos, possuíam menos acesso ao plano de saúde privado bem como utilizaram menos o sistema de saúde suplementar, o que pode ser explicado pela situação socioeconômica. Nossos resultados confirmam pesquisas anteriores que identificam fortes disparidades raciais no uso e no acesso aos serviços de saúde do Brasil¹¹.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Deve-se ressaltar a principal delas que reside no fato do ISA-Capital-SP 2015 não ter sido delineado para analisar a variável cor da pele/raça/racismo. No entanto, sua base de dados representa oportunidade importante para a verificação das desigualdades sociais no acesso à saúde em nosso meio. Os resultados deste estudo foram obtidos por uma amostra representativa e probabilística da população idosa do município de São Paulo, o que é suficiente para permitir estimativas de boa precisão para tal população⁴². Além disso, neste trabalho, só foram incluídos idosos que autorreferiram sua cor da pele/raça nas categorias recomendadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁰, reduzindo a influência de viés de informação na classificação das categorias raciais.

Outra limitação digna de nota é que na análise dos dados do ISA-Capital-SP 2015, é possível a ocorrência de viés de prevalência e de sobrevivência, uma vez que idosos de pior status socioeconômico apresentam menor sobrevivência⁷. Isso levaria a viés de seleção dos idosos que compõem os grupos raciais mais vulneráveis.

Finalmente, outra limitação importante é que no Brasil, o padrão de classificação racial combina aspectos fenótipos e socioeconômicos^{43,44}. Estudos reconhecem que as categorias raciais não são homogêneas, que indivíduos nem sempre pertencem aos grupos raciais de modo definitivo⁴⁴ e que há divergências no sistema classificatório proposto pelo IBGE e pelo movimento negro brasileiro^{4,43,45}. A principal divergência é gerada pela presença dos pardos, que podem pertencer tanto ao grupo dos brancos quanto ao dos pretos. Essa instabilidade racial é uma das limitações da autoclassificação racial no Brasil^{4,45}. O movimento negro brasileiro reivindica a inclusão de pardos e pretos na categoria negra. Embora a classificação binária tenha se tornado amplamente aceita pela mídia, não é unânime entre formuladores de políticas públicas, acadêmicos e pesquisadores^{4,43,45}. Um estudo realizado no Brasil constatou que indivíduos apresentaram menor probabilidade de se identificarem como pretos quando questionados por entrevistadoras pretas⁴⁶.

Conclusão

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

Os resultados apontam para as desigualdades sociais no acesso à saúde entre os idosos do município de São Paulo, indicando que os pretos e pardos formam um grupo vulnerável e vivenciam o envelhecimento em sobreposição aos riscos.

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

Contudo, a desigualdade racial se revela um desafio para os sistemas de políticas sociais baseados em princípios de equidade e inseridos na perspectiva do conceito de polarização epidemiológica em um cenário brasileiro de miséria, desemprego, violência e acesso aos serviços de saúde, estimulando o uso da variável cor da pele/raça nas análises de saúde de idosos no Brasil, tendo em vista a importância de ações programáticas de promoção da saúde para os estratos socioeconômicos mais carentes, com o intuito de propiciar a modificação de sua pior condição social e no acesso à saúde.

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

Colaboradores

Todos os autores deste manuscrito trabalharam em sua concepção total.

Referências

- Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab Educ Saude* 2020; 18(3):e00278110.
- Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377(9782):2042-2053.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil* [Internet]. 2019 [acessado 2020 abr 22]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>.
- Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Batista A, Oliveira LOA. The use of the race/color variable in public health: possibilities and limitations. *Interface (Botucatu)* 2010; 5(n. esp.):383-394.
- Clarke P, Smith J. Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011; 66B(4):457-467.
- Zorzin PLG, Wajnman S, Turra CM. *Previdência social e desigualdade racial no Brasil*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- Thorpe Jr. RJ, Koster A, Kritchevsky SB, Newman AB, Harris T, Ayonayon HN, Perry S, Rooks RN, Simonsick EM; Health, Aging, and Body Composition Study. Race, socioeconomic resources, and late-life mobility and decline: findings from the Health, Aging, and Body Composition study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011; 66A(10):1114-1123.
- 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.
- Andresen EM, Miller DK. The future (history) of socioeconomic measurement and implications for improving health outcomes among African Americans. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(10):1345-1350.
- Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2063-2070.
- 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 Saude Publica* 2014; 30(7):1438-52.
- Leal MC, Gama SGN, Cunha, CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):100-107.
- Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saude Publica* 2013; 29(8):1572-1582.
- Bailey SR. *Legacies of race: identities, attitudes, and politics in Brazil*. Stanford: Stanford University Press; 2009.
- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1586-1594.
- Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(Supl. 2):e180004.
- Moretto MC, Fontaine AM, Garcia CAMS, Neri AL, Guariento ME. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saude Publica* 2016; 32(10):e00081315.
- Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Cien Saude Colet* 2018; 23(11):3829-3840.
- Alves MCGP, Escuder MML, Goldbaum M, Barros MBA, Fisberg RM, Cesar CLG. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. *Rev Saude Publica* 2018; 52(81):1-12.
- Petrucelli JL, Saboia AL, organizadores. *Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Estudos e análises*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
- Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica* 2008; 42:992-998.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-227.
- Grzywacz JG. Socioeconomic status and health behaviors among Californians. In: Kronenfeld JJ. *Health, illness, and use of care: the impact of social factors*. New York: Elsevier Science; 2000. p.121-149.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez.
- Lima AB. O racismo nosso de cada dia: contradições de uma sociedade que se apresenta racialmente democrática. *Athenea Digital* 2021; 21(1):e2734.

27. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med* 2006; 21:857-861.
28. Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics. *Older Americans 2010: key indicators of well-being*. Washington DC: US Government Printing Office; 2010.
29. Antunes JLE, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(Supl. 2):e180010.
30. Ng JH, Bierman AS, Elliott MN, Wilson RL, Xia C, Scholle SH. Beyond black and white: race/ethnicity and health status among older adults. *Am J Manag Care* 2014; 20(3):239-248.
31. Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, Harris TB, Koster A, Satterfield S, Ayonayon HN, Newman AB. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64:87-94.
32. Do DP, Finch BK, Basurto-Davila R, Bird C, Escarce J, Lurie N. Does place explain racial health disparities? Quantifying the contribution of residential context to the black/white health gap in the United States. *Soc Sci Med* 2008; 67:1258-1268.
33. Santos GS, Cunha ICKO. Prevalência e fatores associados à hipertensão em idosos de um serviço de atenção primária. *REFACS* 2018; 6(1):321-329.
34. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 1):11s.
35. Menezes TN, Oliveira ECT, Tavares MA, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Rev Port Saude Publica* 2016; 34(2):117-124.
36. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2015; 20(8):2489-2498.
37. Leenen FH, McInnis NH, Fodor G. Obesity and the prevalence and management of hypertension in Ontario, Canada. *Am J Hypertens* 2010; 23(9):1000-1006.
38. Veenstra G. Race, gender, class, sexuality (RGCS) and hypertension. *Soc Sci Med* 2013; 89:16-24.
39. Howard G, Safford MM, Moy CS, Howard VJ, Kleindorfer DO, Unverzagt FW, Soliman EZ, Flaherty ML, McClure LA, Lackland DT, Wadley VG, Pulley L, Cushman M. Racial Differences in the Incidence of Cardiovascular Risk Factors in Older Black and White Adults. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65(1):83-90.
40. Daniel HI, Rotimi CN. Genetic epidemiology of hypertension: an update on the African diaspora. *Ethn Dis* 2003; 13(2 Supl. 2):S53-S66.
41. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens* 2001; 8(4):383-392.
42. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, James M. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3689-3696.
43. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica* 2004; 20:660-6678.
44. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):171-180.
45. Muniz JO. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Rev Soc Polit* 2010; 36:277-291.
46. Bastos JL, Dumith SC, Santos RV, Barros AJD, Del Duca GF, Gonçalves H, Nunes AP. Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers' and interviewees' "color/ race" in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25:2111-2124.

Artigo apresentado em 21/10/2021

Aprovado em 02/09/2022

Versão final apresentada em 04/09/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

