

Discriminação percebida por adultos mais velhos no uso de serviços de saúde: uma revisão integrativa

Discrimination perceived by elderly adults in the use of health services: an integrative review

Luciana de Souza Braga (<https://orcid.org/0000-0003-4499-6316>)^{1,2,3}
 Camila Teixeira Vaz (<https://orcid.org/0000-0002-1948-8769>)^{1,3,4}
 Danielle Nunes Moura Silva (<https://orcid.org/0000-0001-6255-5122>)⁵
 Elaine Leandro Machado (<https://orcid.org/0000-0002-3226-3476>)^{1,2,3}
 Amélia Augusta de Lima Friche (<https://orcid.org/0000-0002-2463-0539>)^{2,3,5}

Abstract *This paper analyzes the current evidence on discrimination perceived by elderly adults (> 50 years) in the use of health services and identifies factors associated with this discriminatory experience. It involved an integrative literature review, carried out on the Biblioteca Virtual de Saúde, CINAHL, Medline, Scopus, and Web of Science search websites, in June/2021. The key words used were social discrimination or ageism; middle-aged, or aged 80 and over or elderly; health services or health services for the elderly, including synonyms, in Portuguese, English, and Spanish. The search strategy identified 1,165 articles; 19 met the eligibility and inclusion criteria and were included in this integrative review. They comprise quantitative and qualitative studies published between 2002 and 2021; about 60% carried out in the United States and Australia. The prevalence of discrimination in the use of health services ranged from 2% to 42%. The report of discriminatory practices was associated with ethnic-racial characteristics, sex, age, sexual orientation, physical appearance, and social class. By giving visibility to the theme, this work aims to stimulate the definition of concrete ways to tackle discrimination, in an attempt to interrupt the perpetration of inequities in the health care area.*

Key words *Discrimination, Ageism, Human rights, Health care, Aged*

Resumo *Este trabalho analisa as evidências atuais sobre a discriminação percebida por adultos mais velhos (≥ 50 anos) no uso de serviços de saúde e identifica os fatores associados a essa experiência. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir de pesquisa nos sítios eletrônicos Biblioteca Virtual de Saúde, CINAHL, Medline, Scopus e Web of Science, em junho de 2021. Foram utilizados os descritores: discriminação social ou ageismo; pessoa de meia-idade ou idoso de 80 anos ou mais ou idoso; e serviço de saúde ou serviço de saúde para idosos, incluindo sinônimos, nos idiomas português, inglês e espanhol. A estratégia de busca identificou 1.165 artigos; 19 cumpriram os critérios de elegibilidade e inclusão. O acervo inclui estudos quantitativos e qualitativos publicados entre 2002 e 2021; cerca de 60% realizados nos Estados Unidos e Austrália. A prevalência de discriminação no uso de serviços de saúde variou de 2% a 42%. O relato de práticas discriminatórias se mostrou associado a características étnico-raciais, sexo, idade, orientação sexual, aparência física e classe social. Ao dar visibilidade ao tema, este trabalho visa estimular a definição de formas concretas de enfrentamento à discriminação e interromper a perpetração de iniquidades no âmbito da atenção à saúde.*

Palavras-chave *Discriminação, Etarismo, Direitos humanos, Atenção à saúde, idosos*

¹ Núcleo de Estudos em Envelhecimento e Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais e Fiocruz Minas. Av. Professor Alfredo Balena 190. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. lusouzabraga@ufmg.br

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis MG Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

A discriminação no uso de serviços de saúde ocorre em situações nas quais o indivíduo percebe que foi tratado com hostilidade, constrangimento, injustiça, desconfiança, rejeição, pena e/ou ostracismo pelo profissional de saúde/prestador de serviço^{1,2}, devido a atributos individuais como idade, cor da pele, sexo, aparência física ou outras características. Os atos discriminatórios podem ocorrer de forma esporádica ou sistemática, nas interações sociais de curta ou longa duração, por meio da evitação do contato físico, da recusa do tratamento, de práticas negligentes e/ou de ações violentas.

Inquérito de base populacional conduzido no Brasil em 2003 mostrou que, entre os indivíduos com atendimento ambulatorial no ano anterior, a discriminação percebida no uso desses serviços de saúde devido à falta de dinheiro (9%) e à classe social (8%) foram as mais prevalentes. Resultados semelhantes foram observados para os participantes com histórico de internação nos cinco anos anteriores, com prevalências de 13% e 11%, respectivamente. Usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto nos atendimentos ambulatoriais quanto na atenção hospitalar, relataram maior prevalência de experiência de discriminação em comparação aos serviços privados³. Em 2013, dados da Pesquisa Nacional de Saúde revelaram que ao menos um em cada dez brasileiros adultos já havia se sentido discriminado nos serviços de saúde por algum médico ou outro profissional de saúde, sendo mais uma vez a falta de dinheiro (5,7%) e a classe social (5,6%) os motivos reportados com maior frequência. Novamente, pior desempenho também foi observado entre os usuários exclusivos do SUS⁴.

Entre os indivíduos com 50 anos e mais, resultados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) revelaram prevalência de 11% nos relatos de discriminação no uso de serviços de saúde em 2015⁵. Além disso, os autores também evidenciaram que os serviços de saúde foram apontados como o local onde as experiências discriminatórias ocorreram mais frequentemente, em comparação com outros contextos. Essas evidências são preocupantes, considerando que cerca de 70% dos indivíduos com 60 anos e mais são usuários exclusivos do SUS⁶ e que inquéritos nacionais indicaram maior prevalência de experiências discriminatórias entre esses usuários^{3,4}.

As práticas discriminatórias são evidenciadas na forma como os profissionais de saúde se comunicam e se comportam, como tomam decisões e na qualidade do cuidado que ofertam. Essas experiências podem gerar falta de confiança no sistema de saúde para o usuário e criar barreiras de acesso que culminam em insatisfação³, falhas no tratamento⁷, declínio na qualidade de vida e morte prematura. Para aqueles com condições crônicas, situação comum entre adultos mais velhos, o medo antecipado de vivenciar uma nova experiência discriminatória no uso de serviços de saúde pode reduzir drasticamente a interação com o sistema de saúde e com os provedores de serviço, prejudicando a promoção da saúde e o manejo dessas e outras condições⁸. De maneira geral, a discriminação no uso de serviços de saúde pode evidenciar falhas na competência cultural e no compromisso com a integralidade na atenção à saúde, expressas pela inabilidade dos profissionais para lidar com pessoas provenientes de diferentes contextos socioeconômicos e culturais e de tratar todos os cidadãos de maneira respeitosa, independentemente dos atributos individuais. A competência cultural implica a adoção de estratégias de cuidado que reconheçam as diferentes necessidades dos grupos sociais, considerando a diversidade das características étnicas, raciais e culturais e compreendendo as diversas representações do processo saúde-enfermidade⁹. A linguagem, por exemplo, é um componente da competência cultural¹⁰. Já a integralidade, também denominada abrangência, implica reconhecer o amplo espectro das necessidades em saúde dos indivíduos e das populações, considerando-se os aspectos orgânicos, psíquicos, sociais e espirituais, garantindo o acesso a serviços preventivos e curativos nos diferentes ciclos de vida⁹. Ambas as características fundamentam a organização da atenção à saúde no SUS e de outros sistemas de saúde no mundo.

A análise da discriminação no uso de serviços de saúde como um problema de saúde pode contribuir para a estruturação e implementação de políticas públicas na área do envelhecimento. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é descrever, a partir da produção científica nacional e internacional, as evidências atuais sobre a discriminação percebida por adultos mais velhos (indivíduos com 50 anos e mais) no uso de serviços de saúde, buscando identificar fatores individuais e contextuais associados à experiência discriminatória.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional, abordagem metodológica que proporciona a síntese do conhecimento por meio de uma grande variedade de fontes, como estudos observacionais e experimentais, além da incorporação de dados oriundos da literatura teórica e empírica^{11,12}.

A pergunta norteadora dessa revisão integrativa foi: quais fatores individuais e contextuais estão associados à experiência discriminatória de adultos mais velhos no uso de serviços de saúde? Após a delimitação do problema de pesquisa, o levantamento bibliográfico foi realizado a partir dos sítios eletrônicos Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Medline (via PubMed); Scopus; e Web of Science. A seleção de descritores para o levantamento bibliográfico baseou-se nos termos disponíveis no cadastro dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MESH). Os descritores utilizados em português foram: “discriminação social”, “discriminação”, “ageismo”, “discriminação etária”, “discriminação pela idade”, “discriminação por idade”, “etaísmo” OR “etarismo” AND “pessoa(s) de meia-idade”, “adulto(s) de meia-idade”, “meia-idade”, “idoso(s) de 80 anos ou mais”, “idoso(s) de 80 ou mais anos”, “centenários”, “nonagenários”, “octogenários”, “velhíssimos”, “idoso(s)”, “pessoa(s) idosa(s)”, “pessoa(s) de idade” OR “população idosa” AND “serviços de saúde para idosos”, “assistência social para idoso”, “assistência à saúde do idoso”, “atenção à saúde do idoso”, “programa de atenção à saúde do idoso”, “rede de assistência à saúde do idoso”, “serviços geriátricos de saúde”, “serviço(s) de saúde”, “consumo de serviços de saúde”, “rede prestadora de serviços de saúde”, “serviços de atenção ao paciente” OR “uso de serviços de saúde”. Os descritores usados em inglês foram: “ageism” OR “social discrimination” AND “middle aged” OR “aged, 80 and over” OR “aged” AND “health services for the aged” OR “health services”. A estratégia de busca foi planejada para recuperar os estudos que contivessem pelo menos um dos termos de cada conceito. Dessa forma, o operador OR foi utilizado dentro de cada conceito para ampliar o escopo da busca e o operador AND foi utilizado para conectar os conceitos e refinar os resultados da pesquisa. A combinação dos descritores também foi efetuada no idioma espanhol. Não houve filtros com relação ao ano/período de publicação ou tipo de estudo.

Finalizado o levantamento bibliográfico, em junho de 2021, foram excluídas as duplicidades e procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos por dois avaliadores independentes, de maneira cega. Os critérios de elegibilidade para leitura dos artigos na íntegra foram: artigos completos publicados em português, inglês ou espanhol, que analisaram a discriminação percebida por adultos mais velhos no uso de serviços de saúde, por meio de abordagem qualitativa ou quantitativa. Legislações, reportagens e seções como editoriais e comentários foram excluídos. Entre os artigos selecionados para leitura completa também foram incluídos aqueles para os quais a avaliação do título e do resumo foi insuficiente para verificar o cumprimento dos critérios de elegibilidade. As diferenças de decisão foram discutidas entre os dois avaliadores até atingirem o consenso sobre a inclusão dos artigos para leitura completa. Finalizada essa etapa, foram definidos os artigos que integram esta revisão, os quais cumprem inequivocamente os critérios de elegibilidade e inclusão. Ressalta-se que estudos cuja amostra incluía indivíduos a partir de 18 anos de idade foram selecionados apenas nas situações em que os autores fizeram análises específicas por idade ou faixa etária, considerando as especificidades dos participantes com 50 anos e mais.

As informações extraídas para análise consideraram o título e a autoria do trabalho, o ano de publicação, o país onde o estudo foi realizado, a abordagem metodológica, os objetivos, as principais características da amostra, a tipologia e os instrumentos para mensurar a discriminação, o tipo de serviço de saúde avaliado (público, privado ou ambos) e os principais resultados. A análise dos dados extraídos dos artigos foi realizada por meio de processo comparativo, com o intuito de produzir uma síntese descritiva capaz de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado nesta revisão. O acervo foi então dividido em três categorias: (1) estudos que analisaram a discriminação como desfecho e avaliaram as características individuais e contextuais associadas à discriminação percebida no uso de serviços de saúde; (2) estudos que analisaram a discriminação como variável explicativa e avaliaram a associação entre discriminação percebida no uso de serviços de saúde e outros eventos relacionados à saúde; e (3) estudos descritivos, revisão da literatura e estudos qualitativos que exploraram os sentimentos e as percepções dos indivíduos sobre experiências discriminatórias no uso de serviços de saúde.

Resultados

A estratégia de busca identificou 1.165 artigos, sendo 95 na BVS, 258 na CINAHL, 252 no Medline, 524 no Scopus e 36 no Web of Science. Os resultados do Medline foram excluídos da BVS, uma vez que eles seriam obtidos via PubMed. Ao todo, 732 artigos foram identificados após a exclusão das duplicidades e 722 estavam acessíveis. Após a leitura dos títulos e resumos, verificou-se que 646 não cumpriam os critérios de elegibilidade e foram excluídos. Foram selecionados 76 artigos para leitura completa e 15 foram incluídos na revisão. Adicionalmente, quatro novos artigos foram identificados a partir da leitura das referências bibliográficas dos 15 trabalhos inicialmente incluídos. A amostra final desta revisão foi constituída por 19 artigos^{1,4,7,8,10,13-26}, cujo processo de seleção é apresentado na Figura 1.

Conforme pode ser observado no Quadro 1, os artigos foram publicados entre 2002 e 2021. Apenas um estudo foi publicado em 2002¹³, dez entre 2012 e 2016^{1,4,7,10,14-19} e oito publicados nos últimos cinco anos (2017 a 2021)^{8,20-26}, indicando um aumento recente no número de trabalhos sobre o tema. Em relação ao local de realização, sete (37%) estudos foram realizados nos Estados Unidos^{7,8,10,13,17,20,25}, quatro (21%) na Austrália^{18,19,23,26}, três (16%) no Brasil^{4,14,21} e os demais no Canadá¹⁶, Irlanda¹, África do Sul²⁴, Polônia²² e Uganda¹⁵. Cerca de metade dos trabalhos (10) eram estudos transversais^{4,7,10,13,14,20-22,25,26}, dois longitudinais^{8,17}, uma revisão¹⁶, quatro estudos qualitativos^{15,18,23,24} e dois com métodos mistos^{1,19}.

Em relação à população, nove estudos incluíram homens e mulheres jovens e adultos mais velhos^{4,10,14,16,18-21,25}, um avaliou homens e mulheres com 40 anos e mais⁷ e nove incluíram apenas adultos mais velhos^{1,8,13,15,17,22-24,26}. Os subgrupos analisados foram diversos e englobam populações específicas, como: latinos residentes nos Estados Unidos^{10,20}, indivíduos com transtorno mental^{16,18,19,26}, pessoas com deficiência física e/ou idosos^{15-17,20,22-24}, mulheres com câncer de mama¹³, indivíduos com sequelas de doenças vasculares⁷ e população LGBT^{1,20}.

Dezesseis estudos avaliaram a discriminação no uso de serviços de saúde de maneira geral^{1,4,7,8,10,13-15,17,18,21-26} e o restante avaliou a discriminação no uso de serviços específicos, como serviços de saúde mental^{16,19,20}, para vítimas de violência sexual²⁰ e para dependentes químicos²⁰. Com relação ao local, três avaliaram a discriminação no uso de serviços de saúde de atenção primária^{21,22,24}, um avaliou no uso de serviços de

saúde ambulatoriais²⁰ e outro na utilização de serviços de saúde hospitalares¹³. Por fim, quatro trabalhos avaliaram a discriminação no uso de serviços de saúde públicos^{13,15,21,24}, e apenas um avaliou nos serviços de saúde públicos e privados⁴.

Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam a tipologia da discriminação, o instrumento ou pergunta utilizada para sua mensuração e os principais resultados de cada estudo. Os Quadros 2 e 3 sintetizam, respectivamente, as informações dos estudos que analisaram a discriminação como desfecho e dos estudos que analisaram a discriminação como variável explicativa. No Quadro 4 são apresentadas as informações dos estudos descritivos, qualitativos e da revisão de escopo.

Dos 19 trabalhos, 11 (58%) investigaram a discriminação por idade, também denominada etarismo ou ageísmo, nos serviços de saúde^{4,8,13,15-17,19,23-26}. Outros tipos de discriminação investigados foram relacionados a raça^{4,7,8,10,13,17,19,25-26}, gênero^{4,8,17,19,25-26}, condição socioeconômica^{4,7,10,21,25}, orientação sexual^{1,4,19}, deficiência física^{8,17,26}, tipo de ocupação^{4,26}, tipo de doença⁴, transtorno mental¹⁸, peso²⁵, religião⁴ e linguística¹⁰.

Em relação ao instrumento utilizado para mensurar discriminação, apenas seis (30%) dos 19 estudos utilizaram escalas específicas e nove não usaram instrumentos padronizados, mas descreveram a forma como a discriminação foi medida, geralmente por meio de uma pergunta direta. As escalas utilizadas, integral ou parcialmente, foram: *Explicit Discrimination Scale*²¹, *Ageism Scale*¹³, *Everyday Discrimination Scale*^{8,17}, *Discrimination and Stigma Scale* versão 12 (DISC-12)¹⁹ e uma adaptação das escalas *Major Experiences of Discrimination* e *Experiences of Discrimination*²⁵.

Com relação aos resultados dos estudos incluídos nesta revisão, 11 reportaram prevalência de relato de discriminação no uso de serviços de saúde variando de 2% a 42%^{4,7,8,13,14,17,18,20,21,25,26}. Sete analisaram a discriminação como desfecho (Quadro 2) e associações positivas foram identificadas com: sexo feminino^{14,25}, sexo masculino^{4,8}, ter orientação sexual que não se enquadra nas definições de heterossexual/gay/lésbica/bissexual/queer/assexuado²⁰, ter entre 30 e 59 anos⁴, ser da raça/cor não branca⁴, ser latino^{10,20} ou multirracial²⁰ residente nos Estados Unidos, ser negro com maior nível socioeconômico⁸, ter nível de aculturação mais baixo¹⁰, morar nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil⁴, estar no quintil inferior de riqueza¹⁴, ter baixa escolaridade⁴ ou ter pós-graduação²⁰, não possuir plano de saúde privado⁴, apresentar alguns ou muitos

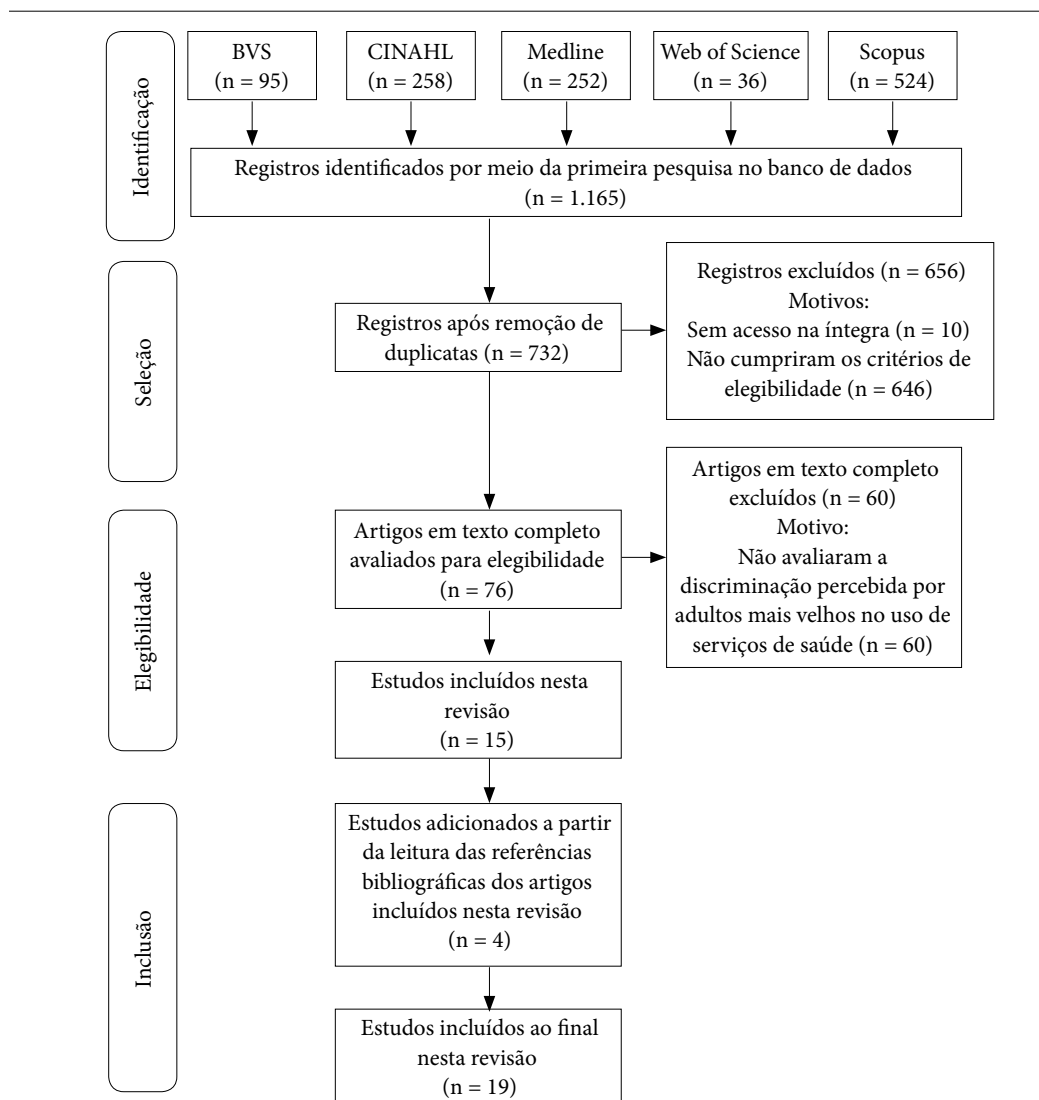


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos para inclusão na revisão integrativa, segundo o modelo PRISMA.

Fonte: Autoras.

problemas de saúde¹⁴, ter incapacidade física, socioemocional, de aprendizagem ou múltipla²⁰ e ter dentes desalinhados e manchados²¹. Por outro lado, a discriminação foi negativamente associada a: ser mais velho^{8,20,25}, ser casado⁸, ter maior renda^{10,20} ou ter renda domiciliar anual de pelo menos U\$50.000,00²⁵, ter emprego⁸, não viver sua identidade de gênero integralmente durante todo o tempo²⁰ e com autoavaliação de saúde boa ou excelente²⁵. Nenhum estudo analisou a associação entre fatores contextuais e a discriminação percebida no uso de serviços de saúde.

Quatro estudos analisaram a discriminação no uso de serviços de saúde como variável explicativa (Quadro 3), e os resultados foram os seguintes: mulheres que reportaram mais discriminação devido à idade apresentaram maior chance de ter feito tratamento mais invasivo¹³; indivíduos que reportaram discriminação devido a raça/etnia, escolaridade ou renda apresentaram maior chance de não adesão ao tratamento medicamentoso⁷; indivíduos que reportaram sofrer discriminação apresentaram maior risco de novas incapacidades ou piora de uma incapacidade prévia

Quadro 1. Países de realização da pesquisa, desenho, objetivos e população dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Autores/ano	País	Desenho	Objetivos	População (n, idade, sexo)
Mandelblatt et al., 2002	EUA	Transversal	Descrever os fatores associados ao tipo de tratamento segundo raça/cor e associação entre discriminação percebida por idade e raça/cor e o tratamento.	1.833, ≥ 67 anos, F
Macinko et al., 2012	BRA	Transversal	Estimar a prevalência de discriminação e seus fatores associados.	12.930, ≥ 20 anos, F e M
Kronish et al., 2013	EUA	Transversal	Identificar as principais barreiras à adesão à medicação de sobreviventes de AVC e ataque isquêmico transitório de baixa renda.	600, ≥ 40 anos, F e M
Mulumba et al., 2014	UGA	Qualitativo	Compreender as percepções e experiências de pessoas com deficiências e idosos sobre o acesso a serviços sociais e de saúde pública.	Não reportado, ≥ 60 anos, F e M
Sharek et al., 2015	IRL	Métodos mistos	Avaliar as experiências e preocupações de adultos mais velhos LGBT no uso de serviços de saúde, assim como suas preferências e sugestões de melhoria.	144 (estudo quantitativo) e 36 (estudo qualitativo), ≥ 55 anos
Becerra et al., 2015	EUA	Transversal	Avaliar a relação entre aculturação linguística e as percepções de latinos sobre a qualidade do cuidado em saúde, discriminação e acesso a informações de saúde.	4.013, ≥ 18 anos, F e M
Guruge et al., 2015	CAN	Revisão de escopo	Identificar os determinantes sociais da saúde mental de imigrantes idosos no Canadá, suas iniquidades e as barreiras de acesso aos serviços de saúde mental.	3.473, ≥ 15 anos, 1 estudo apenas F e os 19 restantes F e M
Rogers et al., 2015	EUA	Longitudinal	Avaliar a prevalência de discriminação no uso de serviços de saúde e examinar o risco de uma nova incapacidade ou a piora de uma incapacidade prévia.	6.017, ≥ 50 anos, F e M
Boccolini et al., 2016	BRA	Transversal	Avaliar os fatores associados à discriminação percebida no uso de serviços de saúde no Brasil.	60.202, ≥ 18 anos, F e M
Morgan et al., 2016	AUS	Qualitativo	Investigar a prevalência e a natureza da discriminação percebida por adultos com transtorno mental no uso de serviços de saúde, bem como as experiências de tratamento positivo.	1.381, ≥ 18 anos, F e M
Ye et al., 2016	AUS	Métodos mistos	Investigar os níveis de discriminação vivenciados por pessoas com doença mental grave e persistente e investigar a natureza da discriminação antecipada e positiva.	50, ≥ 18 anos, F e M

continua

nos últimos quatro anos¹⁷; e indivíduos com e sem transtorno mental que relataram qualquer tipo de discriminação apresentaram aumento na chance de vivenciar barreiras no cuidado²⁶.

Conforme pode ser observado no Quadro 4, seis estudos usaram o método qualitativo, sendo dois com métodos mistos. Um investigou a natureza da discriminação percebida por adultos com transtorno mental no uso de serviços de saúde,

bem como as experiências de tratamento positivo¹⁸. Os resultados indicaram que as experiências de discriminação mais comuns incluíram ser tratado com desprezo, ser julgado e não ser ouvido, principalmente no que diz respeito à história pessoal e às necessidades de tratamento¹⁸. Outro trabalho teve como objetivo compreender as percepções e vivências de pessoas com deficiências e idosos sobre o acesso a serviços sociais e de saú-

Quadro 1. País de realização da pesquisa, desenho, objetivos e população dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Autores/ano	País	Desenho	Objetivos	População (n, idade, sexo)
Kattari <i>et al.</i> , 2017	EUA e PUR	Transversal	Identificar a associação entre discriminação percebida no uso de serviços sociais e incapacidade (física, de aprendizagem, socioemocional e múltiplas) entre pessoas transgênero e não conformes de gênero.	6.456, ≥ 18 anos, transgêneros
Nguyen <i>et al.</i> , 2018	EUA	Longitudinal	Avaliar a tendência da discriminação autopercebida no uso de serviços de saúde, incluindo discriminação por raça/etnia.	13.897, ≥ 54 anos, F e M
Baumgarten <i>et al.</i> , 2018	BRA	Transversal	Avaliar os fatores associados à discriminação no uso de serviços de saúde e se a discriminação associada à estética dentária varia em função do sexo.	433, ≥ 18 anos, F e M
Blachnio & Bulinski, 2019	POL	Transversal	Avaliar o bem-estar, a condição de saúde e o acesso aos serviços de saúde entre adultos mais velhos, considerando o local de moradia.	459, 65-93 anos, F e M
Polacsek <i>et al.</i> , 2019	AUS	Qualitativo	Identificar as barreiras e facilitadores para buscar cuidado em saúde entre adultos mais velhos com diagnóstico de depressão.	32, ≥ 65 anos, F e M
Motsohi <i>et al.</i> , 2020	RSA	Qualitativo	Avaliar a experiência de adultos mais velhos na atenção primária à saúde, a partir de dois centros de saúde comunitários e identificar lacunas no cuidado ofertado.	33, ≥ 60 anos, F e M
Nong <i>et al.</i> , 2020	EUA	Transversal	Avaliar a prevalência de discriminação no uso de serviços de saúde no país entre adultos, sua frequência e principais tipos e comparar as prevalências de discriminação entre grupos demográficos.	2.137, ≥ 21 anos, F e M
Temple <i>et al.</i> , 2021	AUS	Transversal	Avaliar a prevalência, o contexto e os tipos de discriminação relatados por pessoas que vivem com problemas de saúde mental e a associação da exposição à discriminação com a experiência de uma barreira ao acesso à saúde.	4.967, ≥ 55 anos, F e M

AUS: Austrália; AVC: Acidente Vascular Cerebral; BRA: Brasil; CAN: Canadá; EUA: Estados Unidos da América; F: Feminino; IRL: Irlanda; LGBT: Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros; M: Masculino; n: número de participantes; POL: Polônia; PUR: Porto Rico; RSA: África do Sul; UGA: Uganda.

Fonte: Autoras.

de pública¹⁵. Os participantes reportaram falta de acesso a medicamentos e a serviços de saúde apropriados, em decorrência de experiências discriminatórias, especialmente devido à idade, no grupo de adultos mais velhos¹⁵.

A discriminação percebida devido à idade também foi uma das barreiras identificadas para buscar cuidado em saúde entre adultos mais velhos com diagnóstico de depressão²³ e entre usuários de dois centros de saúde comunitários²⁴. Na atenção primária à saúde, o etarismo estrutural foi identificado principalmente na forma como os membros da equipe se comunicam com os

adultos mais velhos. Queixas de falta de gentileza, necessidades não atendidas e muitas demandas avaliadas pelos profissionais como “questões da idade” ou não tratáveis foram frequentes²⁴. Outro estudo teve como objetivo investigar os níveis de discriminação vivenciados por pessoas com doença mental grave e persistente e investigar a natureza da discriminação antecipada¹⁹. Seus resultados demonstraram que a experiência mais comum de discriminação dos indivíduos foi ser forçado a tomar medicação contra a própria vontade¹⁹. Por fim, um trabalho observou que entre os participantes que relataram baixa qualidade de

Quadro 2. Tipologia da discriminação, instrumento de medida/pergunta utilizado(a) e principais resultados dos estudos que utilizaram a discriminação como desfecho.

Autores/ano	Tipologia da discriminação	Instrumento/pergunta	Prevalência da DUSS e fatores associados
Macinko et al., 2012	Não especificado	Não há escala. Os participantes responderam à pergunta: <i>“Have you felt yourself to be the victim of any type of discrimination [...] when seeking healthcare services?”</i> .	2,03% Associação positiva com sexo feminino, quintil inferior de riqueza e ter alguns ou muitos problemas de saúde.
Becerra et al., 2015	DCSE DL DR	Não há escala. Participantes que relataram tratamento médico de baixa qualidade, responderam à pergunta: <i>Do you think you received poor quality of medical treatment or care because: (1) [...] you were not able to pay? (2) [...] of your racial/ethnic background?; and (3) [...] of your accent?”</i>	Prevalência não estimada. Associação positiva com ser latino (DCSE, DR). Associação positiva com níveis mais baixos de aculturação (DCSE, DL). Associação negativa com maior renda (DCSE, DR).
Boccolini et al., 2016	DCSE DG DI DO DOS DR DRC DTD	Não há escala. Participantes responderam à questão: <i>“O(a) Sr(a) já se sentiu discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde”, sendo perguntados os motivos: “falta de dinheiro; classe social; raça/cor; tipo de ocupação; tipo de doença; preferência sexual; religião/crença; sexo; idade; ou por outro motivo?”</i> .	10,6% Associação positiva com morar nas regiões N, CO e DF e NE; ser homem; não ter instrução/nível fundamental incompleto; faixa etária entre 30 e 59; raça/cor não branca; e não possuir plano privado de saúde (DCSE).
Kattari et al., 2017	Não especificado	Não há escala. Participantes responderam se já haviam vivenciado experiência discriminatória devido à sua identidade ou expressão de gênero no uso de serviços de saúde.	SSM: 17,3% (usuários com incapacidade) e 6,2% (usuários sem incapacidade). SVVS: 7,8% (usuários com incapacidade) e 3,3% (usuários sem incapacidade). SDQ: 4,7% (usuários com incapacidade) e 2,0% (usuários sem incapacidade).

continua

atendimento ao utilizar serviços de saúde (23%), 54% atribuíram essa experiência negativa ao fato de serem LGBT¹. Estudo de revisão de escopo também identificou o etarismo como barreira de acesso aos serviços de saúde mental¹⁶.

Discussão

Tanto os estudos nacionais quanto os internacionais avaliados revelaram o tratamento potencialmente discriminatório ao qual determinados grupos de adultos mais velhos podem estar sujeitos no uso dos mais variados serviços de saúde, com prevalência variando de 2% a 42%. De

maneira geral, o relato de práticas discriminatórias se mostrou associado a características como identificação étnico-racial, sexo, idade, orientação sexual, aparência física e classe social.

A literatura tem evidenciado que as experiências discriminatórias produzem estresse psicológico nos indivíduos que reportam discriminação percebida, com impactos negativos na saúde física e mental, em múltiplos contextos, culturas e grupos populacionais²⁷⁻²⁹. Associações positivas foram encontradas entre discriminação e sofrimento, transtornos mentais (ansiedade, depressão e estresse pós-traumático), hipertensão arterial, mortalidade e uma série de marcadores clínicos como gordura visceral, maior carga alos-

Quadro 2. Tipologia da discriminação, instrumento de medida/pergunta utilizado(a) e principais resultados dos estudos que utilizaram a discriminação como desfecho.

Autores/ano	Tipologia da discriminação	Instrumento/pergunta	Prevalência da DUSS e fatores associados
Kattari <i>et al.</i> , 2017			SSM: Associação positiva com se autodeclarar latino ou multirracial; orientação sexual que não se enquadrava nas definições de heterossexual/gay/lésbica/bissexual/queer/assexuado; e IF, IS, DA ou IM. Associação negativa com maior renda, idade e não viver a identidade de gênero integralmente. SVVS: associação positiva com ter pós-graduação; se autodeclarar latino; e DA ou IM. Associação negativa com maior renda e idade. SDQ: associação positiva com se autodeclarar latino ou multirracial; ser bissexual ou <i>queer</i> ; e IM. Associação negativa com maior renda e idade.
Nguyen <i>et al.</i> , 2018	DI DDF DG DR	Item da <i>Everyday Discrimination Scale</i> : “ <i>In your day-to-day life, how often have any of the following things happened to you? You receive poorer service or treatment than other people from doctors or hospitals.</i> ”	Negros: 27% (2008) e 20% (2014). Brancos: 18% (2008) e 17% (2014). Hispânicos: ≅ 16% (2008 e 2014). Associação positiva com sexo masculino e ser negro com maior nível socioeconômico. Associação negativa com idade, ter emprego e ser casado.
Baumgarten <i>et al.</i> , 2018	DCSE	Item da <i>Explicit Discrimination Scale</i> : “ <i>While visiting health centres, hospitals or other health services, have you ever been treated in an inferior manner compared to other people?</i> ”	9,7% (indivíduos com 55 anos e mais). Associação positiva com dentes desalinhados e manchados.
Nong <i>et al.</i> , 2020	DCSE DG DI DP DR	<i>Major Experiences of Discrimination e Experiences of Discrimination</i> (adaptadas). Os participantes responderam se já haviam sido discriminados, incomodados ou se já haviam se sentido inferiores ao receber atendimento médico. Em caso afirmativo eles deveriam indicar o principal motivo dessa experiência e a frequência com que sofreram essa discriminação.	21,4% Associação positiva com sexo feminino. Associação negativa com idade, renda domiciliar anual de pelo menos US\$50 mil e autoavaliação de saúde boa ou excelente.

CO: Centro-oeste; DA: incapacidade de aprendizagem; DCSE: discriminação por condição socioeconômica; DDF: discriminação por deficiência física; DF: Distrito Federal; DG: discriminação por gênero; DI: discriminação por idade/ageísmo; DL: discriminação linguística; DO: discriminação por tipo de ocupação; DOS: discriminação por orientação sexual; DP: discriminação por peso; DR: discriminação racial; DRC: discriminação devido à religião/crença; DTD: discriminação por tipo de doença; DUSS: discriminação no uso de serviços de saúde; IF: incapacidade física; IM: incapacidade múltipla; IS: incapacidade socioemocional; N: Norte; NE: Nordeste; SDQ: serviços para dependentes químicos; SSM: serviços de saúde mental; SVVS: serviços para vítimas de violência sexual.

Fonte: Autoras.

tática e aumento do estresse oxidativo^{27,29}. Além disso, cabe ressaltar que a discriminação percebida no uso de serviços de saúde é uma força promotora de iniquidades no plano da atenção aos

usuários, e não apenas um determinante social de condições adversas de saúde³⁰. Ela expressa relações de poder intencionalmente desiguais entre grupos sociais, em que indivíduos de um de-

Quadro 3. Tipologia da discriminação, instrumento de medida/pergunta utilizado(a) e principais resultados dos estudos que utilizaram a discriminação como variável explicativa.

Autores/ano	Tipologia da discriminação	Instrumento/pergunta	Prevalência da DUSS e fatores associados
Mandelblatt et al., 2002	DI DR	<i>Ageism scale</i>	Negras: 8,6% (DI) e 8,9% (DR); Branças: 7,6% (DI) e 7,8% (DR). Associação positiva entre o segundo, terceiro e quarto quartil de DI e mastectomia.
Kronish et al., 2013	DCSE DR	Não há escala. Participantes responderam com que frequência se sentiram discriminados por médicos ou profissionais de saúde no uso de serviços de saúde devido à sua raça/etnia e à sua escolaridade ou renda.	Total: 30%. Participantes com adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso: 21,6%. Participantes sem adesão satisfatória: 42,2%. Associação positiva entre DR e DCSE e não adesão ao tratamento medicamentoso, na amostra total e entre hispânicos.
Rogers et al., 2015	DDF DG DI DR	Item da <i>Everyday Discrimination Scale</i> : “ <i>In your day-to-day life, how often have any of the following things happened to you? You receive poorer service or treatment than other people from doctors or hospitals.</i> ”	18,6%. Associação positiva entre discriminação e maior risco de novas incapacidades ou piora de uma incapacidade prévia nos últimos 4 anos.
Temple et al., 2020	DDF DG DI DO DR	Não há escala. Os participantes que relataram experiências discriminatórias nos últimos 12 meses responderam à pergunta “ <i>In the past 12 months, do you feel that you have experienced discrimination or have been treated unfairly [...] dealing with people involved in healthcare?</i> ”	Participantes com transtorno mental: 23,1 a 28,1%. Participantes sem transtorno mental: 9,4 a 10,4%. Associação positiva entre discriminação e a vivência de barreiras no cuidado em saúde, para indivíduos com e sem transtorno mental.

DCSE: discriminação por condição socioeconômica; DDF: discriminação por deficiência física; DG: discriminação por gênero; DI: discriminação por idade/ageísmo; DO: discriminação por tipo de ocupação; DR: discriminação racial; DUSS: discriminação no uso de serviços de saúde.

Fonte: Autoras.

terminado grupo oprimem e excluem indivíduos pertencentes a outros grupos, atribuindo-lhes características de menor valor moral, inferioridade ou desvio^{28,31}. Nos serviços de saúde, essa assimetria pode fomentar processos discriminatórios que repercutirão na oferta, na procura, no acesso e na qualidade do cuidado, resultando em piores condições de saúde desses grupos populacionais e perpetrando iniquidades.

Inicialmente, tipos particulares de discriminação, como a racial, tinham centralidade nos estudos e discussões sobre o tema³⁰. Este trabalho evidencia que, hoje, há uma multiplicidade de questões e características identitárias sob análise, com destaque para a discriminação devido a idade, raça, gênero, condição socioeconômica e

orientação sexual. No contexto do envelhecimento populacional, as análises e discussões relacionadas à discriminação por idade vêm ganhando destaque. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que ao menos uma a cada duas pessoas tem atitudes etaristas em relação aos adultos mais velhos, com maiores prevalências nos países de baixa e média renda³². Em seu relatório global sobre o tema (*Global report on ageism*), a OMS destaca que as experiências discriminatórias devido à idade podem reduzir o tempo de vida dos adultos mais velhos, prejudicar sua saúde física e mental, dificultar a recuperação funcional, acelerar o declínio cognitivo e exacerbar o isolamento social e a solidão, além de reduzir o acesso ao emprego, à educação e ao cuidado em saúde³².

Quadro 4. Tipologia da discriminação, instrumento de medida/pergunta utilizado(a) e principais resultados dos demais estudos incluídos na revisão integrativa.

Autores/ ano	Tipologia da discriminação	Instrumento/pergunta	Prevalência/proporção e principais resultados
Mulumba <i>et al.</i> , 2014	DI	Não especificado.	Os participantes reportaram falta de acesso a medicamentos e a serviços de saúde apropriados, em decorrência das experiências discriminatórias, especialmente DI no grupo de adultos mais velhos.
Sharek <i>et al.</i> , 2015	DOS	Não especificado.	Entre os participantes que reportaram baixa qualidade de atendimento ao utilizarem serviços de saúde, 54% atribuíram essa experiência à DOS. 22% dos participantes não revelariam sua identidade LGBT aos profissionais de saúde por temerem reações negativas.
Guruge <i>et al.</i> , 2015	DI	Não especificado.	Os participantes reportaram DI como barreira de acesso aos serviços de saúde mental.
Morgan <i>et al.</i> , 2016	DTM	Não há escala. Os participantes responderam à pergunta <i>“Have you been discriminated against by a health professional because of the emotional or mental health problems that you told me about, for example, by a GP, counsellor, dentist, or nurse?”</i> e <i>“Have you been treated more positively by a health professional because of these problems?”</i> .	11,8%. Os participantes reportaram que suas experiências mais comuns de discriminação foram ser tratado com desprezo, ser julgado e não ser ouvido, principalmente no que diz respeito à história pessoal e às necessidades de tratamento.
Ye <i>et al.</i> , 2016	DG DI DOS DR	<i>Discrimination and Stigma Scale</i> versão 12 (DISC-12)	SSG: 18%. SSM: 42%. Os participantes que reportaram discriminação pelos profissionais de saúde relataram que sua experiência mais comum de discriminação foi ser forçado a tomar medicação contra a sua vontade.
Blachnio & Bulinski, 2019	Não especificado	Não especificado. Participantes responderam se já haviam sofrido discriminação pelos profissionais médicos.	Residentes em vilas: 21%. Residentes em cidades pequenas: 24%. Residentes em cidades grandes: 33%.
Polacsek <i>et al.</i> , 2019	DI	Não há escala. Os participantes responderam à pergunta: <i>“What effect, if any, do you think a health professional’s perception of your age might have on their beliefs about your ability or capacity to manage your depression?”</i>	Os participantes reportaram DI como barreira para a busca de cuidado em saúde.
Motsohi <i>et al.</i> , 2020	DI	Não especificado.	Os participantes reportaram DI nos serviços de saúde avaliados, principalmente na forma como a equipe se comunica com os adultos mais velhos. Queixas de falta de gentileza e necessidades não atendidas, além de muitas demandas avaliadas pelos profissionais como “questões da idade”, não tratáveis.

DG: discriminação por gênero; DI: discriminação por idade/ageísmo; DOS: discriminação por orientação sexual; DR: discriminação racial; DTM: discriminação por transtorno mental; GP: *general practitioner*; LGBT: lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros; SSG: serviços de saúde geral; SSM: serviços de saúde mental.

O combate ao etarismo é uma das quatro áreas de ação que integra a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), proposta pelas Nações Unidas, em conjunto com o desenvolvimento de comunidades amigáveis aos adultos mais velhos, a oferta de cuidado integral e resolutivo centrado na pessoa e a prestação de cuidados de longa duração, quando for necessário³³. Entretanto, cabe ressaltar que os estudos que avaliaram a discriminação como desfecho e cuja amostra incluía diferentes faixas etárias reportaram associação negativa entre idade e discriminação, evidenciando que o etarismo também é vivenciado por jovens.

As características identitárias são múltiplas e qualquer indivíduo carrega consigo uma variedade de atributos que evidencia seu pertencimento a diferentes grupos sociais. Quando a presença desses atributos determina o pertencimento desses indivíduos a mais de um grupo vulnerável ou marginalizado, essa sobreposição, denominada interseccionalidade, usualmente potencializa as experiências discriminatórias e as desvantagens vivenciadas por eles³⁴. Apesar de sua relevância, nenhum dos estudos que integra essa revisão avaliou o efeito da interseccionalidade no relato de experiências discriminatórias.

A compreensão das origens da discriminação e suas implicações no cuidado em saúde são fundamentais para a definição das formas de enfrentamento desse fenômeno³⁵. No âmbito macro institucional, a construção e implementação de políticas públicas de atenção à saúde são estratégias que podem contribuir para garantir o acesso à saúde por grupos vulneráveis e marginalizados, na busca pela promoção da equidade por meio do cuidado integral em saúde, humanizado e mais inclusivo. A investigação científica do preconceito e das formas de discriminação é considerada prioritária atualmente, uma vez que a promoção da equidade é um dos princípios norteadores do SUS³⁶ e tem relação direta com a garantia do cuidado integral à saúde e da justiça social, como formas de combater as iniquidades³⁷. Apesar dessas garantias legais, os estudos realizados no Brasil demonstraram a reprodução de comportamentos discriminatórios nos serviços de saúde públicos e privados perante os usuários mais velhos, não obstante sua função de garantir os direitos humanos fundamentais e reduzir as iniquidades em saúde.

O enfrentamento das práticas discriminatórias na prestação de serviços pressupõe compreender que as formas de discriminação contra a pessoa idosa têm vários focos de produção e de

reprodução: (a) sua expressão estrutural, reflexo da desigualdade social, naturalizada nas manifestações de vulnerabilidade social e etária; (b) sua expressão interpessoal, que se manifesta nas formas de comunicação e de interação cotidiana; e (c) suas expressões institucionais, evidenciadas na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, reproduzindo relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo, de discriminação e de negligências. Diversos exemplos de insensibilidade e desrespeito têm sido notificados aos órgãos que recebem denúncias, evidenciando que os serviços públicos de saúde (juntamente com os da saúde suplementar) e previdência são os que provocam maiores sofrimentos à pessoa idosa, pela forma como os atendem ou negligenciam atenção³⁸.

O Brasil conta tanto com políticas gerais como específicas do setor saúde, nas quais são firmados compromissos sociais e definidas diretrizes para garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde sem qualquer tipo de discriminação. De forma ampla, o Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, prevê o direito ao respeito e à dignidade da pessoa idosa, com punição para qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão³⁹. Um dos princípios básicos da Política Nacional do Idoso é que o “idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza”, prevenindo, inclusive a capacitação e reciclagem dos recursos humanos para a prestação de serviços, com o objetivo de garantir a assistência à saúde nos diversos níveis de atenção do SUS³⁸.

Especificamente em relação às políticas públicas de saúde, o SUS possui uma legislação que prevê a garantia de um aparato assistencial para atender a todas as demandas da população idosa, de forma adequada, acolhedora e resolutiva. A Política Nacional de Humanização (PNH), vigente desde 2003, visa efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão a partir da humanização⁴⁰. A PNH prevê a valorização dos usuários no processo de produção de saúde e o estabelecimento de vínculos solidários, reconhecendo a diversidade e a garantia da atenção à saúde sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual⁴⁰. Portanto, todas as formas de discriminação nos serviços de saúde violam os direitos humanos e as garantias legais asseguradas à pessoa idosa.

Como já citado, as diversas formas de discriminação estão fortemente relacionadas aos processos de exclusão social que originam e reproduzem iniquidades. De maneira adicional, a

discriminação no uso de serviços de saúde pode evidenciar falhas na competência cultural dos profissionais, expressas pela inabilidade em lidar com pessoas de diferentes perfis socioeconômicos, étnicos e culturais, além da falta de compromisso com a integralidade da atenção à saúde de cada cidadão ou grupo social, independentemente de seus atributos individuais. Contudo, dada a dificuldade de alterar estruturas macrossociais no curto prazo, torna-se imprescindível o investimento em ações no âmbito local/regional. A criação de canais de comunicação entre usuários e gestores – como ouvidoria –, serviços gratuitos de orientação e informação pelo telefone ou internet e a sensibilização dos conselhos locais e municipais de Saúde são estratégias que podem contribuir para o enfretamento da discriminação no uso de serviços de saúde. Além disso, a criação de espaços de formação permanente para os trabalhadores da saúde pode estimular os profissionais a refletirem sobre seu papel na perpetração de práticas discriminatórias e de desigualdades em saúde evitáveis³⁵. As ações e políticas não asseguram o fim da discriminação no uso de serviços de saúde, mas, ao criar barreiras e constrangimentos para esses atos, podem conferir maior visibilidade para as necessidades de determinados grupos³⁵.

Limitações e vantagens

A revisão integrativa, ao incorporar evidências experimentais e não experimentais, teóricas e empíricas, permite maior abrangência e profundidade na construção de sínteses e pode contribuir com uma variedade de perspectivas sobre o fenômeno de interesse, em contraponto às revisões sistemáticas e meta-análises cuja ênfase está na hierarquia das evidências e na inclusão de en-

saio clínicos randomizados¹¹. Entretanto, a complexidade inerente à combinação de metodologias pode acarretar a introdução de vieses. Nesse sentido, acreditamos que o uso de estratégias padronizadas e independentes de busca e extração dos dados, conforme realizado neste estudo, contribuiu para a minimização dessas ocorrências.

Além disso, é recomendado que as revisões integrativas incluam a busca em bases eletrônicas diversificadas, a análise das referências bibliográficas apresentadas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado. Embora a diversidade de bases eletrônicas e a análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos tenham sido critérios adotados nesta revisão, não houve contato com pesquisadores nem utilização de material não publicado. Entretanto, nenhum material adicional sobre o tema, sem publicação, foi identificado, e acreditamos que a síntese crítica das evidências não sofreria alterações substanciais diante do contato com pesquisadores que tradicionalmente expõem seus achados em publicações científicas. Outra limitação a ser considerada diz respeito à ausência de avaliação da qualidade dos artigos incluídos nesta revisão. Contudo, foi priorizado o aprofundamento do tema por meio do acesso a fontes diversas.

Por fim, cabe ressaltar as principais contribuições do presente estudo: dar visibilidade ao tema e estimular pesquisas e ações a respeito dos processos de discriminação contra adultos mais velhos no âmbito da atenção à saúde, na tentativa de interromper as cadeias de perpetração de iniquidades. Novos trabalhos poderiam investigar, por exemplo, o efeito da interseccionalidade no relato de experiências discriminatórias e se fatores contextuais influenciam a ocorrência dessas experiências.

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção e desenho do estudo, aprovaram a versão final a ser publicada e se responsabilizam por todos os aspectos deste trabalho. LS Braga, CT Vaz, DNM Silva e EL Machado trabalharam na análise e interpretação dos dados. LS Braga, CT Vaz e EL Machado atuaram na redação do artigo. DNM Silva e AAL Friche foram responsáveis pela revisão crítica.

Referências

- Sharek DB, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs* 2015; 10(3):230-240.
- Brotman S, Ryan B, Cormier R. The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *Gerontologist* 2003; 43(2):192-202.
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PR, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Suppl.):S109S118.
- Boccolini CS, Boccolini PMM, Damacena GN, Ferreira APS, Szwarcwald CL. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):371-378.
- Braga LS, Caiaffa WT, Ceolin APR, de Andrade FB, Lima-Costa MF. Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil). *BMC Geriatr* 2019; 19(1):67.
- Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Suppl. 1):5s.
- Kronish IM, Diefenbach MA, Edmondson DE, Phillips LA, Fei K, Horowitz CR. Key Barriers to medication adherence in survivors of strokes and transient ischemic attacks. *J Gen Intern Med* 2013; 28(5):675-682.
- Nguyen TT, Vable AM, Glymour MM, Nuru-Jeter A. Trends for reported discrimination in health care in a national sample of older adults with chronic conditions. *J Gen Intern Med* 2018; 33(3):291-297.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 1.100.
- Becerra D, Androff D, Messing JT, Castillo J, Cimino A. Linguistic acculturation and perceptions of quality, access, and discrimination in health care among Latinos in the United States. *Soc Work Health Care* 2015; 54(2):134-157.
- Whittemore R, Knaff K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5):546-553.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein São Paulo* 2010; 8(1):102-106.
- Mandelblatt JS, Kerner JF, Hadley J, Hwang YT, Eggert L, Johnson LE, Gold K, OPTIONS (Outcomes and Preferences for Treatment in Older Women Nationwide Study). Variations in breast carcinoma treatment in older medicare beneficiaries: is it black and white? *Cancer* 2002; 95(7):1401-1414.
- Macinko J, Mullachery P, Proietti FA, Lima-Costa MF. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. *Int J Equity Health* 2012; 11:80.
- Mulumba M, Nantaba J, Brolan CE, Ruano AL, Brooker K, Hammonds R. Perceptions and experiences of access to public healthcare by people with disabilities and older people in Uganda. *Int J Equity Health* 2014; 13:76.
- Guruge S, Thomson MS, Seifi SG. Mental health and service issues faced by older immigrants in Canada: a scoping review. *Can J Aging Rev Can Vieil* 2015; 34(4):431-444.
- Rogers SE, Thrasher AD, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Discrimination in healthcare settings is associated with disability in older adults: health and retirement study, 2008-2012. *J Gen Intern Med* 2015; 30(10):1413-1420.
- Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF, Beatson R. Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: a national survey of adults with mental health problems. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50(8):754-762.
- Ye J, Chen TF, Paul D, McCahon R, Shankar S, Rosen A, O'Reilly CL. Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *Int J Soc Psychiatry* 2016; 62(6):532-541.
- Kattari SK, Walls NE, Speer SR. Differences in experiences of discrimination in accessing social services among transgender/gender nonconforming individuals by (dis)ability. *J Soc Work Disabil Rehabil* 2017; 16(2):116-140.
- Baumgarten A, Bastos JL, Toassi RFC, Hilgert JB, Hugo FN, Celeste RK. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 46(1):24-29.
- Błachnio A, Buliński L. Wellbeing and older adults in primary health care in Poland. *Ann Agric Environ Med* 2019; 26(1):55-61.
- Polacsek M, Boardman GH, McCann TV. Help-seeking experiences of older adults with a diagnosis of moderate depression. *Int J Ment Health Nurs* 2019; 28(1):278-287.
- Motsohi T, Namane M, Anele AC, Abbas M, Kalula SZ. Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment. *BJGP Open* 2020; 4(3):bjgpopen20X101048.
- Nong P, Raj M, Creary M, Kardias SLR, Platt JE. Patient-reported experiences of discrimination in the US Health Care System. *JAMA Netw Open* 2020; 3(12):e2029650.
- Temple JB, Brijnath B, Enticott J, Utomo A, Williams R, Kelaher M. Discrimination reported by older adults living with mental health conditions: types, contexts and association with healthcare barriers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56(6):1003-1014.
- Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 135(4):531-554.
- Krieger N. Discrimination and Health Inequities. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editor. *Social epidemiology*. London: Oxford University Press; 2014. p. 63-125.

29. Lewis TT, Cogburn CD, Williams DR. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annu Rev Clin Psychol* 2015; 11:407-440.
30. Bastos JL, Garcia LP. Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(3):351-352.
31. Bastos JL, Faerstein E. *Discriminação e saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
32. World Health Organization (WHO). *Global report on ageism*. Geneva: WHO; 2021.
33. United Nations (UN). United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). Resolution A/75/L.47. 2020.
34. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev* 1991; 43(6):1241-1299.
35. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(3):544-541.
36. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
37. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado; 1988.
38. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Diário Oficial da União* 1994; 5 jan.
39. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 2 out.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: MS; 2009.

Artigo apresentado em 06/06/2022

Aprovado em 25/07/2022

Versão final apresentada em 27/07/2022

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

