

Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil *

doi: 10.5123/S1679-49742015000300002

Experiences of health service-related discrimination: Exploratory analysis in two Southern Brazilian State capitals

Alexandre Baumgarten

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre-RS, Brasil

Tamara Barcellos Peron

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre-RS, Brasil

João Luiz Bastos

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Florianópolis-SC, Brasil

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Porto Alegre-RS, Brasil

Juliana Balbinot Hilgert

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Porto Alegre-RS, Brasil

Fernando Neves Hugo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Porto Alegre-RS, Brasil

Roger Keller Celeste

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Porto Alegre-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a prevalência de discriminação relacionada aos serviços de saúde, suas motivações e fatores associados. **Métodos:** análise seccional realizada com bancos de dados oriundos de dois inquéritos realizados no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com usuários de serviços de saúde, e no município de Florianópolis, Santa Catarina, com amostra representativa de universitários, entre 2010 e 2012. **Resultados:** a prevalência de discriminação relacionada aos serviços de saúde foi de 13,6% (IC_{95%}: 10,5-17,2) em Porto Alegre-RS e de 7,4% (IC_{95%}: 5,8-9,1) em Florianópolis-SC; o principal motivo para a discriminação foi ser de baixa posição socioeconômica; em ambas as capitais, observou-se maior prevalência de discriminação entre fumantes, autoclassificados pretos/negros e indivíduos de 31 a 40 anos de idade. **Conclusão:** a prevalência de discriminação foi relativamente baixa; reforça-se a necessidade de se investigar a discriminação no âmbito dos serviços de saúde, para a provisão de cuidados adequados à população.

Palavras-chave: Discriminação Social; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Iniquidade Social; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to describe the prevalence of health service-related discrimination, as well as its motivations and associated factors. **Methods:** this is a cross-sectional analysis based on data from two population-based surveys carried out in Porto Alegre-RS with health service users and in Florianópolis-SC with a representative sample of university students, between 2010-2012. **Results:** the prevalence of discrimination related to the health services was 13.6% (CI_{95%}: 10.5-17.2) in Porto Alegre and 7.4% (CI_{95%}: 5.8-9.1) in Florianópolis; the main reason for being discriminated against was to be of low socioeconomic position; in both state capitals, the highest prevalence of discrimination was observed among smokers, self-classified blacks, and individuals between 31 and 40 years of age. **Conclusion:** the results show a relatively low prevalence of discrimination; the study reinforces the need to investigate discrimination in health services in order to provide adequate care to the population.

Key words: Social Discrimination; Health Services; Unified Health System; Social Inequity; Cross-Sectional Studies.

* Parte desta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul: Edital ARD 10/0421-6 e Edital PPSUS-FAPERGS N° 10/0285.

Endereço para correspondência:

Roger Keller Celeste – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Rua Ramiro Barcelos, 2492. Porto Alegre-RS, Brasil. CEP: 90035-003
E-mail: roger.keller@ufrgs.br

Introdução

Consideradas como manifestações concretas do preconceito,¹ as formas mais prevalentes de discriminação correspondem a tratamentos injustos e desfavoráveis,² dirigidos a determinados indivíduos ou categorias sociais, cujos impactos se expressam em diferentes dimensões da vida, como a saúde, particularmente no cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde. As formas pelas quais a discriminação pode se expressar no âmbito do cuidado em saúde incluem desde atrasos, negligência ou recusa ao tratamento, até manifestações de assédio,³ bem como no fornecimento de opções de tratamento diferenciadas ou menos conservadoras, a depender do paciente.⁴

As formas mais prevalentes de discriminação correspondem a tratamentos injustos e desfavoráveis, dirigidos a determinados indivíduos ou categorias sociais, cujos impactos se expressam em diferentes dimensões da vida, como a saúde.

Práticas discriminatórias podem estar baseadas em características como identificação étnico-racial, sexo, idade, aparência física, classe social e outras, socialmente atribuídas ou adquiridas. Estes múltiplos tipos de discriminação aparecem – com frequência – nos relatos de indivíduos e podem estar associados simultaneamente, conforme o contexto, o local e o período histórico investigado.⁵ O reconhecimento e o estudo das múltiplas formas de discriminação implica a adoção de uma perspectiva mais ampla, que leve em conta múltiplos fatores de fundo e a complexidade da discriminação, considerando-se, de modo mais nuançado, seus efeitos sobre a população.⁶

Se por um lado, fortes e consistentes associações entre experiências discriminatórias (essencialmente de motivação racial) e condições adversas de saúde vêm sendo demonstradas na literatura, incluindo piores condições de saúde mental,⁷⁻¹⁰ hipertensão arterial sistêmica,^{8,9} uso/abuso de álcool e tabaco,⁹ são ainda escassos os trabalhos que abordem, de maneira mais abrangente, o fenômeno discriminatório no âmbito dos serviços de saúde. Especificamente no Brasil, um

estudo prévio realizado em escala nacional, ao avaliar a satisfação dos usuários com o sistema público de saúde, apontou que aproximadamente 10,0% deles se sentiram vítimas de algum tipo de discriminação perpetrada por profissionais de saúde, especialmente motivada por questões de gênero, idade e classe social.¹¹

Em que pese esses resultados, outros contextos de investigação também devem ser analisados para que suas particularidades sejam evidenciadas e, assim, ofereçam maior consistência ao que está documentado no país de forma mais ampla. O presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência de discriminação relacionada aos serviços de saúde, suas motivações e fatores associados.

Métodos

Trata-se de uma análise transversal, realizada com bancos de dados oriundos de dois inquéritos epidemiológicos de base populacional distintos. Fizeram parte da primeira amostra os indivíduos residentes em áreas cobertas pela rede pública de serviços de Atenção Primária de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, que haviam utilizado o serviço de saúde nos 24 meses anteriores à pesquisa (o questionário aplicado, no entanto, não se restringiu aos últimos 24 meses). Por sua vez, a segunda amostra incluiu estudantes de graduação, regularmente matriculados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), *Campus* João David Ferreira Lima, em Florianópolis, estado de Santa Catarina. Os dados de ambas as populações foram coletados entre os anos de 2010 e 2012. A comparação entre esses dois grupos distintos é tomada neste trabalho como um aspecto positivo, pois permite analisar a influência de diferentes contextos no fenômeno estudado.

Em Porto Alegre-RS (Amostra 1), a amostra originou-se de um estudo cujo objetivo primário foi avaliar as diferenças nos atributos dos cuidados primários de saúde dispensados pelos diferentes tipos de serviços. Foram selecionadas 15 unidades de saúde de Atenção Primária, sendo seis unidades dos Serviços de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), cinco unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e quatro unidades de Saúde da Família (USF). Os critérios de inclusão das unidades no estudo foram os seguintes: possuir equipe de Saúde Bucal com cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal; e dispor de cirurgião-dentista trabalhando na unidade há, pelo menos, dois anos.

Na área de abrangência de cada unidade, foram sorteados setores censitários aleatoriamente. Em cada um desses setores, foram selecionados, por início aleatório, os 40 primeiros domicílios (ou número suficiente) para se completar a amostra mínima de 30 entrevistas. Em cada setor censitário, as quadras foram numeradas aleatoriamente e o coordenador de campo se dirigia à esquina da primeira quadra, caminhando pela esquerda até encontrar a primeira casa. Nesse momento, ele jogava uma moeda e decidia se a casa seria sorteada (cara da moeda) ou se a segunda casa da sequência seria sorteada (coroa). A partir daí, segue-se pulando uma casa de modo a abordar as casas ímpares (cara) ou pares (coroa) até finalizar a amostra mínima. Em cada domicílio, foi entrevistado um usuário que cumpria os seguintes critérios de inclusão: apresentar entre 18 e 59 anos de idade; e ter utilizado a unidade de saúde para exame ou tratamento odontológico nos últimos 24 meses. Nos domicílios com mais de um adulto elegível, apenas um foi incluído, mediante sorteio aleatório. Os usuários selecionados foram entrevistados por trabalhadores de campo previamente treinados, utilizando-se de questionários estruturados. A elegibilidade foi determinada pela aplicação de um questionário inicial, com perguntas sobre os moradores da residência, incluindo nome e idade de todos os indivíduos do domicílio, relação de parentesco entre eles, endereço completo e contato telefônico.

Por não haver, *a priori*, dados que permitissem realizar o cálculo amostral, foram conduzidas 30 entrevistas em cada unidade. As informações obtidas com essas entrevistas serviram de subsídio à realização do cálculo de tamanho amostral empregado no estudo, estimando-se os valores médios da escala *Primary Care Assessment Tool* para os três modelos de unidade de saúde em estudo: GHC, UBS e USE. Os dados coletados no estudo-piloto também foram incluídos na amostra final. O banco de dados da população de Porto Alegre-RS foi construído a partir da digitalização dos questionários, utilizando-se o *software* Teleform. Posteriormente, os dados foram submetidos a um processo de edição para corrigir inconsistências e eventuais problemas de leitura do programa ou do aparelho digitalizador.

Em Florianópolis-SC (Amostra 2), os participantes foram selecionados dentro de um universo de 19.963 estudantes, regularmente matriculados no primeiro semestre de 2012 na Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* João David Ferreira Lima, consi-

derando-se as informações sobre a associação entre experiências discriminatórias e autoavaliação da saúde geral. O procedimento de amostragem foi complexo, em duplo estágio, e o cálculo de tamanho da amostra utilizou dados (prevalência de saúde autorreferida 'muito ruim/ruim/regular' entre discriminados e não discriminados) de uma população semelhante.¹² No primeiro estágio, o qual determinou as unidades primárias de amostragem, foram selecionados os cursos de graduação, com partilha proporcional ao tamanho. Em seguida, os estudantes foram selecionados conforme estratos previamente definidos, a saber: discentes de primeira fase; matriculados no semestre médio; e discentes da última fase. Foram considerados elegíveis para o estudo os graduandos regularmente matriculados em 12 dos 70 cursos de graduação selecionados no processo de amostragem.

Foi realizado um pré-teste com 17 estudantes não pertencentes à população-alvo do estudo, seguido de um estudo-piloto com 43 graduandos, que subsidiou a elaboração de um manual de instruções com o objetivo de padronizar o trabalho de campo. Os questionários, autopreenchíveis, foram aplicados nas salas de aula; seus dados foram digitados duplamente, com posterior revisão para verificação de possíveis falhas no preenchimento, incluindo checagem automática de consistência e amplitude, pelo programa EpiData Entry versão 3.1.

As características sociodemográficas foram levantadas a partir de perguntas sobre:

a) Cor/Raça

Por meio da autoclassificação da cor da pele em: negra (para o estudo de Porto Alegre-RS)/preta (para o estudo de Florianópolis-SC); branca; parda; amarela ou indígena (indígenas e amarelos foram incluídos em uma única categoria, para fins de análise).

b) Idade

Em anos completos, posteriormente categorizada em 17 a 30, 31 a 40 e mais de 40 anos.

c) Sexo – masculino e feminino.

d) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Definido com base na posse de bens no domicílio e na escolaridade do chefe da família. As classes definidas pelo CCEB são A1, A2, B1, B2, C, D e E. Quanto mais próximo de A1, maior o poder de compra do agregado familiar ao qual pertence o indivíduo.

e) Tabagismo

Em Porto Alegre-RS, perguntou-se: '*Você fuma cigarros atualmente ou já fumou no passado?*', sendo

as opções de resposta 'sim, fumo atualmente', 'parei de fumar' e 'não, nunca fumei'. Em Florianópolis-SC, foi perguntado '*Você é fumante? É considerado fumante o indivíduo que fuma mais de um cigarro por dia há, pelo menos, um mês.*', sendo as opções de resposta 'fumante', 'experimentalador', 'nunca experimentou' e 'ex-fumante'.

Para avaliar as experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde, foram aplicadas três perguntas, retiradas de um instrumento para investigar os efeitos de experiências discriminatórias sobre condições e comportamentos em saúde.¹²

A primeira pergunta consistiu em '*Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, o(a) senhor(a) já foi tratado(a) de maneira diferente em relação às outras pessoas lá presentes?*', com as seguintes opções de resposta:

- i) 'não sei';
- ii) 'não, isso nunca aconteceu comigo';
- iii) 'sim, poucas vezes';
- iv) 'sim, algumas vezes'; e
- v) 'sim, várias vezes'.

As primeiras duas opções de resposta – i e ii – foram consideradas como 'não', e as três últimas opções de resposta – iii, iv e v –, como 'sim'.

A segunda pergunta foi '*Quando isso aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para o(a) senhor(a) ter sido tratado(a) assim?*', com as seguintes opções de resposta:

- i) 'não sei';
- ii) 'condição social ou econômica';
- iii) 'cor ou raça';
- iv) 'deficiência física';
- v) 'doença';
- vi) 'forma de vestir';
- vii) 'idade';
- viii) 'local de moradia';
- ix) 'por minha orientação sexual';
- x) 'por ser homem ou mulher';
- xi) 'orientação política';
- xii) 'religião ou culto';
- xiii) 'ser gordo ou magro';
- xiv) 'sotaque ou forma de falar'; e
- xv) 'outro motivo'.

A terceira pergunta foi '*Nessas ocasiões, o(a) senhor(a) se sentiu discriminado(a)?*', sendo as opções de resposta 'não' e 'sim'.

Foram considerados discriminados os indivíduos que relataram tratamento diferencial nos serviços de saúde

e interpretaram essa situação como discriminatória, conforme os itens correspondentes do instrumento.

Este estudo considerou como 'não respondentes' aqueles que se recusaram a participar do estudo em ambas as capitais ou que não estavam regularmente matriculados na instituição de ensino, durante o período do trabalho de campo em Florianópolis-SC.

O primeiro passo da análise estatística incluiu a análise das amostras investigadas conforme suas características socioeconômicas e demográficas. Em seguida, avaliou-se a associação do relato de discriminação nos serviços de saúde com variáveis socioeconômicas e demográficas, utilizando-se o teste de qui-quadrado para heterogeneidade em casos de variáveis categóricas ou para tendência linear em casos de variáveis ordinais (considerando-se o delineamento complexo das amostras, bem como os pesos amostrais, no caso de Florianópolis-SC); ou utilizando-se o teste exato de Fisher, quando pressupostos do qui-quadrado foram violados (amostra pequena). As frequências globais de discriminação foram igualmente estimadas, calculando-se seus intervalos de confiança de 95% com base em distribuição binomial. Por fim, descreveram-se as motivações mais frequentes para o relato de discriminação nos serviços de saúde, conforme as mesmas características sociodemográficas dos participantes de ambos os estudos. Todas as análises foram realizadas no *software* Stata 11.2, considerando-se valores de probabilidade bicaudais inferiores a 5% como estatisticamente significativos.

Ambos os projetos foram aprovados pelos respectivos comitês de ética em pesquisa, sob os números 10-120 (Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição) e 459.965 (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina).

Resultados

Um total de 1.943 indivíduos foram contatados para entrevistas em Porto Alegre-RS; desses, 81 recusaram e 1.445 não preencheram os critérios de inclusão (principalmente por não terem consultado com o dentista dos serviços analisados), finalizando com 428 indivíduos residentes das áreas cobertas pela rede pública de serviços de Atenção Primária de Porto Alegre-RS. Em Florianópolis-SC, 1.023 graduandos foram entrevistados (Tabela 1). A taxa de resposta em Porto Alegre-RS foi de 84,0%, e em Florianópolis-SC, de 81,0%.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e comportamentais das amostras com usuários de serviços de saúde no município de Porto Alegre-RS e com universitários no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2010 a 2012

Características		Porto Alegre-RS (2010-2012)		Florianópolis-SC (2012)	
		%	n	%	n
Sexo	Masculino	19,9	85	54,1	552
	Feminino	79,1	338	44,6	455
Idade (anos)	17-20	3,5	15	30,1	307
	21-30	14,3	61	62,3	635
	31-40	15,4	66	3,9	40
	41-50	17,3	74	1,0	10
	51-60	20,8	89	0,4	4
	>60	28,7	123	2,4	24
Cor/Raça	Preta/Negra	18,7	80	9,9	101
	Parda	15,7	67	4,9	50
	Branca	58,9	252	81,1	827
	Amarela/Indígena	3,5	15	2,3	23
Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	A1	–	–	2,8	29
	A2	1,2	5	21,0	214
	B1	5,4	23	29,0	296
	B2	21,3	91	27,3	278
	C1	39,3	168	12,2	124
	C2	24,8	106	5,4	55
	D	7,7	33	1,3	13
Fuma atualmente	Sim	25,2	108	6,1	62
	Parei	21,7	93	38,1	389
	Nunca fumei	52,8	226	55,1	562
Total		100,0	428	100,0	1.023

Nota: em virtude de alguns dados faltantes, nem todas as covariáveis somam 100%.

Entre os participantes da amostra de Porto Alegre-RS, a maioria foi do sexo feminino (79,0%), com idade superior a 51 anos (49,5%), autodeclarados de cor branca (58,9%), das categorias B2 a C2 segundo o CCEB (85,4%) e que nunca fumou (52,8%). A amostra de Florianópolis-SC constitui-se, em sua maioria, por homens (54,1%), com idade entre 21 e 30 anos (62,3%), autodeclarados de cor branca (81,1%), das categorias A2 a B2 segundo o CCEB (77,3%) e que nunca fumou (55,1%).

Dos 428 entrevistados em Porto Alegre-RS, 13,6% (IC_{95%}: 10,5-17,2) afirmaram terem sido discriminados nos serviços de saúde, enquanto entre os estudantes universitários, essa proporção foi menor, de 7,4% (IC_{95%}: 5,8-9,1) (Tabelas 2 e 3). Para Porto Alegre-RS, as categorias com maior frequência de relato de discriminação foram: idade de 31 a 40 anos (22,7%); cor/raça preta/negra (13,8%); ser homem (16,5%); encontrar-se nas categorias econômicas A1 a B2 segundo o CCEB (16,0%); e ser fumante (17,6%). Por

sua vez, em Florianópolis-SC, as maiores frequências foram: idade de 31 a 40 anos (17,5%); cor/raça preta/negra (20,0%); ser mulher (8,6%); encontrar-se na categoria C1 do CCEB (13,9%); e ser fumante (16,1%).

Em Porto Alegre-RS, observou-se diferença estatisticamente significativa quanto à idade ($p=0,04$), evidenciando-se que os indivíduos entre 31 e 40 anos relataram mais discriminação. Em Florianópolis-SC, por sua vez, os resultados significativos quanto ao tratamento diferencial percebido pelos entrevistados foram apontados também em relação à idade ($p=0,01$), além da cor/raça ($p=0,01$), da classificação econômica ($p=0,01$) e do tabagismo ($p=0,02$).

Entre as motivações relatadas, a discriminação por motivação social foi a mais frequente, tanto em Porto Alegre-RS (34,5%; ou 20 de 58 casos) quanto em Florianópolis-SC (26,7%; ou 20 de 75 casos). Em ambas as amostras, somente a variável cor/raça esteve estatisticamente associada ao tipo de discriminação relatada (Tabelas 4 e 5). Em Porto Alegre-RS, nenhum

Tabela 2 – Descrição da amostra de usuários de serviços de saúde e seus relatos de discriminação relacionados a esses serviços no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010 a 2012

Características		Discriminados nos serviços de saúde				p-valor ^a
		Sim		Não		
		%	n	%	n	
Sexo	Masculino	16,5	14	83,5	71	0,37
	Feminino	12,7	43	87,3	295	
Idade (anos)	17-30	17,1	13	82,9	63	0,04
	31-40	22,7	15	77,3	51	
	>40	10,5	30	89,5	256	
Cor/Raça	Preta/Negra	13,8	11	86,3	69	0,88
	Parda	11,9	8	88,1	59	
	Branca	13,5	34	86,5	218	
	Amarela/Indígena	6,7	3	93,3	12	
Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	A1-B2	16,0	19	84,0	100	0,37
	C1	13,1	22	86,9	146	
	C2-E	12,1	17	87,9	124	
Fuma atualmente	Sim	17,6	19	82,4	89	0,33
	Parei	10,8	10	89,3	83	
	Nunca fumei	12,8	29	87,2	197	
Total		13,6	58	86,5	370	

a) Teste do qui-quadrado para heterogeneidade e para tendência linear (em variáveis ordinais)
 Nota: em virtude de alguns dados faltantes, nem todas as colunas somam 100%.

Tabela 3 – Descrição da amostra de universitários e seus relatos de discriminação relacionados aos serviços de saúde no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2012

Características		Discriminados nos serviços de saúde				p-valor ^a
		Sim		Não		
		%	n	%	n	
Sexo	Masculino	6,2	34	93,84	518	p=0,14
	Feminino	8,6	39	91,43	416	
Idade (anos)	17-30	6,6	62	93,4	880	p<0,01
	31-40	17,5	7	82,5	33	
	>40	15,8	6	84,2	32	
Cor/Raça	Preta/Negra	20,0	10	80,0	40	p<0,01
	Parda	6,9	7	93,1	94	
	Branca	6,5	54	93,5	773	
	Amarela/Indígena	4,4	1	95,7	22	
Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	A1-B2	6,0	49	94,0	768	p<0,01
	C1	13,9	11	86,1	68	
	C2-E	12,1	15	87,9	109	
Fuma atualmente	Sim	16,1	10	83,87	52	p=0,02
	Parei	7,2	28	92,8	361	
	Nunca fumei	6,6	37	93,42	525	
Total		7,4	75	92,7	945	

a) Teste do qui-quadrado para heterogeneidade e para tendência linear (em variáveis ordinais)
 Nota: em virtude de alguns dados faltantes, nem todas as covariáveis somam 100%.

Tabela 4 – Descrição dos motivos informados pelos indivíduos que relataram discriminação (12 indivíduos relataram mais de um motivo) no município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010 a 2012

Características		Não sei/ outros	Social	Raça	Idade	Total	p-valor (teste exato de Fisher)
		n	n	n	n	n	
Sexo	Masculino	6	3	3	2	14	0,30
	Feminino	20	17	2	4	43	
Idade (anos)	17-30	7	4	1	1	13	0,22
	31-40	5	6	4	-	15	
	>40	14	10	1	5	30	
Cor/Raça	Preta/Negra	5	2	4	-	11	0,03
	Parda	4	3	1	-	8	
	Branca	15	13	-	6	34	
	Amarela/Indígena	-	1	-	-	1	
Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	A1-B2	10	3	3	3	19	0,53
	C1	9	9	2	2	22	
	C2-E	7	8	1	1	17	
Fuma atualmente	Sim	9	8	1	1	19	0,55
	Parei	6	4	-	-	10	
	Nunca fumei	11	8	5	5	29	
Total		26	20	6	6	58	

Nota: em virtude de alguns dados faltantes, nem todas as covariáveis somam 58 casos.

Tabela 5 – Descrição dos motivos informados pelos indivíduos que relataram discriminação (41 indivíduos relataram mais de um motivo) no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil, 2012

Características		Não sei/ outros	Social	Raça	Idade	Total	p-valor (teste exato de Fisher)
		n	n	n	n	n	
Sexo	Masculino	15	13	2	4	34	0,17
	Feminino	23	7	1	8	39	
Idade (anos)	17-30	33	16	1	12	62	0,03
	31-40	2	4	1	-	7	
	>40	5	-	1	-	6	
Cor/Raça	Preta/Negra	2	3	3	2	10	0,02
	Parda	4	2	-	1	7	
	Branca	31	14	-	9	54	
	Amarela/Indígena	-	1	-	-	1	
Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	A1-B2	22	16	2	9	49	0,18
	C1	9	4	-	2	15	
	C2-E	9	-	1	1	11	
Fuma atualmente	Sim	7	3	-	-	10	0,53
	Parei	17	5	1	5	28	
	Nunca fumei	16	12	2	7	37	
Total		40	20	3	12	75	

Nota: em virtude de alguns dados faltantes, nem todas as covariáveis somam 75 casos.

indivíduo branco ou indígena relatou discriminação por motivação racial, enquanto 36,0% (4 de 11 casos) dos negros relataram discriminação por esse motivo ($p=0,03$). Em Florianópolis-SC, 30,0% (3 de 10 casos) dos pretos relataram discriminação por motivação racial, não havendo esse relato entre indivíduos brancos, pardos ou indígenas ($p=0,02$). A posição socioeconômica não esteve associada à discriminação por motivação social em qualquer das duas capitais ($p>0,05$). A idade jovem esteve associada à discriminação por idade ($p=0,03$) na amostra de universitários: 19,3% (12 de 62 casos) relataram discriminação por esse motivo, enquanto idades maiores não relataram haver sofrido esse tipo de discriminação.

Discussão

Entre os indivíduos investigados, a prevalência de discriminação nos serviços de saúde foi de 13,6% em Porto Alegre-RS e de 7,4% em Florianópolis-SC. Tais resultados aproximam-se do que foi verificado, tanto por estudo nacional sobre experiências discriminatórias em serviços de saúde, com 9% de prevalência (11% entre usuários do SUS),¹¹ quanto por estudos realizados nas cidades de Belo Horizonte-MG (2,3%)¹³ e São Paulo-SP (12,0%).¹⁴ Estudo realizado em uma população adulta do estado do Rio de Janeiro mostrou uma prevalência global de discriminação de 34,7%;¹⁵ porém, uma população de universitários relatou uma proporção da ordem de 77,6%.¹⁰ Algumas dessas diferenças podem ser explicadas pelo fato de cada estudo ter-se utilizado de instrumentos com um número distinto de itens, para avaliar discriminação (instrumentos com mais itens com maior prevalência); além disso, há diferenças regionais entre os estados, em termos de amostragem, bem como diferenças na janela temporal de mensuração de discriminação (discriminação no último ano *versus* discriminação ao longo da vida, por exemplo), que podem diminuir a comparabilidade entre essas frequências.

Cabe ressaltar que a prevalência de relato de discriminação em serviços de saúde não esteve estatisticamente associada a qualquer variável na amostra de Porto Alegre-RS. Em Florianópolis-SC, contudo, indivíduos com idade superior a 30 anos, economicamente mais pobres, pretos e fumantes relataram maior prevalência de discriminação nos serviços de saúde. Resultado semelhante a Porto Alegre-RS foi observado em Belo

Horizonte-MG.¹³ Pode-se especular que a ausência de tal associação seja explicada pelo fato de a amostra de Porto Alegre-RS ser composta de usuários do sistema público de saúde,¹³ o qual possui políticas estabelecidas de humanização.

No plano internacional, há poucos relatos de prevalência de discriminação nos serviços de saúde. Na Nova Zelândia, por exemplo, verificou-se que a experiência de discriminação racial perpetrada por um profissional da saúde e percebida pelos usuários variou de 1,2 a 7,1% entre os diferentes grupos estudados. Os resultados do estudo neozelandês apontaram que essa discriminação pode levar à subutilização de serviços de saúde, além de alterar a forma como o aconselhamento médico é interpretado e posto em prática pelos usuários.¹⁶

Quanto aos motivos da discriminação relatada no contexto das amostras investigadas, ainda que os indivíduos afirmem ter vivenciado a experiência discriminatória, um número expressivo dos entrevistados (44,9% em Porto Alegre-RS e 53,3% em Florianópolis-SC) não soube informar o motivo para tal discriminação e não apontou outra razão para o fato. A identificação desse motivo seria importante, na medida em que permitiria caracterizar se a experiência foi injusta e discriminatória ou não.¹⁷

Assim, merece destaque, entre os principais resultados apresentados, o fato de nas duas capitais, a maior parcela dos indivíduos não saber identificar o motivo da discriminação, corroborando estudo prévio realizado no Rio de Janeiro.¹⁰ No presente estudo, o motivo mais relatado para discriminação nos serviços de saúde foi a posição socioeconômica (20 indivíduos em Porto Alegre-RS e 20 em Florianópolis-SC).¹¹ A maior prevalência dos relatos de discriminação foi observada entre pretos/negros, fumantes e indivíduos na idade de 31 a 40 anos.

Ao verificar a frequência de cada motivo de discriminação, conforme os grupos específicos das amostras, cabe destacar o fato de os indivíduos autodeclarados como pretos/negros ou pardos identificarem a discriminação nos serviços de saúde como sendo de motivação racial. Outro estudo nacional também encontrou essa associação.¹⁸ Apesar disso, estudos brasileiros (o estudo de Minas Gerais¹³ e outro estudo, este representativo do conjunto da população do país¹⁹) não verificaram discriminação por motivo racial nos serviços de saúde. A cor da pele, no Brasil como em outros países, também está relacionada a classe so-

cial, escolaridade, renda e localização geográfica,^{20,21} fazendo-se necessário examinar como esses eixos de desigualdade atuam simultaneamente, na manifestação do fenômeno discriminatório.

Em relação ao tabagismo, há de se considerar que os atuais fumantes se defrontam com a discriminação daqueles que não fumam, podendo resultar em um sentimento de exclusão motivado pelo fato de ser fumante.²² O tratamento injusto motivado pela idade é uma forma de discriminação que, geralmente, se manifesta contra os grupos mais jovens ou mais idosos.²³ Outras motivações relatadas para as experiências discriminatórias também chamam a atenção. A maior frequência entre pessoas de posição socioeconômica mais alta em Porto Alegre-RS sugere que essa posição também possa constituir aspecto importante para as formas de tratamento estabelecidas nas unidades de saúde. Em conjunto, todos esses resultados reforçam a necessidade de se investigar outros tipos de discriminação no âmbito dos serviços de saúde, e não apenas os tipos classicamente explorados do ponto de vista socioantropológico, como a discriminação de classe, raça e gênero.²⁴

As populações estudadas apresentam características diferentes: o perfil dos residentes nas áreas cobertas pela rede pública dos serviços de saúde de Porto Alegre-RS difere do perfil dos estudantes de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis-SC. Essa diferença possibilitou uma avaliação mais ampla do fenômeno, comparando-se os resultados observados entre os dois grupos.

Não obstante, algumas limitações para o desenvolvimento deste estudo devem ser destacadas. O fato de ambas as amostras referirem-se a grupos sociais específicos dificulta a extrapolação dos resultados para a população geral dos dois municípios. Trata-se de grupos socialmente homogêneos internamente, o que pode reduzir a magnitude das associações, influenciando a significância estatística dos resultados para cada grupo.

Outro aspecto a considerar refere-se à discriminação relatada, representativa da experiência vivida dos indivíduos, possível de ser afetada por vieses de minimização ou vigilância.¹³ Dessa forma, alguns casos de discriminação podem ter sido amplificados ou diminuídos, mais além ou aquém de suas existências objetivas.²⁵

Entre os usuários dos serviços públicos de saúde de Porto Alegre-RS, selecionou-se aqueles que procuraram esses serviços nos últimos dois anos, apresentando, provavelmente, uma estimativa menor de discriminação pelos serviços de saúde. Os indivíduos não participantes, caso tivessem sido discriminados com significativa intensidade e frequência, possivelmente não usariam os serviços no período considerado e portanto, não seriam incluídos na pesquisa.

Espera-se que os resultados apresentados aqui possam subsidiar pesquisadores, gestores e profissionais na elaboração e implementação de políticas públicas cujo objetivo seja melhorar o cuidado prestado pelos serviços de saúde, buscando-se amenizar desigualdades sociais, neles refletidas, e injustiças decorrentes. Sugere-se que as discussões sobre a discriminação relacionada aos serviços de saúde, ocorra ela dentro ou fora do contexto do Sistema Único de Saúde, sejam conduzidas pela abordagem das múltiplas formas e diferentes motivos – possivelmente combinados ou experimentados simultaneamente – da discriminação de que são alvo usuários do SUS.

Contribuição dos autores

Baumgarten A contribuiu com a redação do manuscrito, análise e interpretação dos dados e revisão de literatura.

Peron TB contribuiu com a coleta de dados (Porto Alegre-RS) e redação do manuscrito.

Bastos JL contribuiu com o desenho do estudo e realização da coleta de dados (Florianópolis-SC), interpretação dos resultados e redação do manuscrito.

Toassi RFC contribuiu com a análise e interpretação dos dados, revisão de literatura e redação do manuscrito.

Hilgert JB e Hugo FN contribuíram com o desenho do estudo e realização da coleta de dados (Porto Alegre-RS), interpretação dos resultados e redação do manuscrito.

Celeste RK contribuiu com o desenho do estudo (Porto Alegre-RS e Florianópolis-SC) e coleta de dados, análise e interpretação dos dados, revisão de literatura e redação do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Oliveira CLP, Barreto PCS. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. *Estud Afro-Asiat*. 2003 jan;25(2):183-213.
2. Dovidio JE, Hewstone M, Glick P, Esses VM. Prejudice, stereotyping and discrimination: theoretical and empirical overview. In: Dovidio JE, Hewstone M, Glick P, Esses VM, editors. *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*. London: SAGE; 2010. p. 3-28.
3. European Union Agency for Fundamental Rights. *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights; 2013.
4. Cabral ED, Caldas Jr AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Dec;33(6):461-6.
5. Bastos JL, Goncalves H, Faerstein E, Barros AJ. Experiências de discriminação entre universitários do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2010 fev;44(1):28-38.
6. European Commission. *Tackling multiple discrimination: practices, policies and laws*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007.
7. Shavers VL, Fagan P, Jones D, Klein WM, Boyington J, Moten C, et al. The state of research on racial/ethnic discrimination in the receipt of health care. *Am J Public Health*. 2012 May;102(5):953-66.
8. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009 Jul;135(4):531-54.
9. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009 Feb;32(1):20-47.
10. Bastos JL, Barros AJ, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saude Publica*. 2014 Jan;30(1):175-86.
11. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PR, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21 Suppl 1:109-18.
12. Bastos JL, Faerstein E, Celeste RK, Barros AJ. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Rev Saude Publica*. 2012 Apr;46(2):269-78.
13. Macinko J, Mullachery P, Proietti FA, Lima-Costa ME. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. *Int J Equity Health*. 2012 Dec;11(80):1-11.
14. Barata RB, Ribeiro MC, Cassanti AC. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cad Saude Publica*. 2011;27 Suppl 2:S164-75.
15. Celeste RK, Goncalves LG, Faerstein E, Bastos JL. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pro-Saude study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013 Dec;41(6):509-16.
16. Harris R, Cormack D, Tobias M, Yeh LC, Talamaivao N, Minster J, et al. Self-reported experience of racial discrimination and health care use in New Zealand: results from the 2006/07 New Zealand Health Survey. *Am J Public Health*. 2012 May;102(5):1012-9.
17. Jamieson LM, Steffens M, Paradies YC. Associations between discrimination and dental visiting behaviours in an Aboriginal Australian birth cohort. *Aust N Z J Public Health*. 2013 Feb;37(1):92-3.
18. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005 set-out;21(5):1586-94.
19. Travassos C, Laguardia J, Marques PM, Mota JC, Szwarcwald CL. Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil. *Int J Equity Health*. 2011 Aug;10(35):1-8.
20. Leal MC, Gama SG, Cunha CB. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev Saude Publica*. 2005 Jan;39(1):100-7.
21. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JR. Black and non-black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007;41 Suppl 2:39-46.
22. Spink MJP. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saude Soc*. 2010 jul-set;19(3):481-96.
23. Palmore EB. Ageism in Canada and the United States. *J Cross Cult Gerontol*. 2004 Mar;19(1):41-6.
24. Cecchetto F, Monteiro S. Discriminação, cor e intervenção social entre jovens na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): a perspectiva masculina. *Rev Estud Fem*. 2006 jan-abr;14(1):199-218.
25. Pager D. Medir a discriminação. *Tempo Soc*. 2006;18(2):65-88.

Recebido em 29/04/2014
Aprovado em 03/11/2014