

AUTOPERCEPÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

PAULO VICTOR CESAR DE ALBUQUERQUE¹; MARIA DEL PILAR FLORES
QUISPE²; ELAINE TOMASI³

1 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. - albuquerque.pvc@gmail.com

2 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. - marialdelpilarfloresq@hotmail.com

3 Departamento de Medicina Social (DMS), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. - tomasiet@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 trata a saúde como direito do cidadão e dever do estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Indicadores de saúde podem revelar a relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde, reconhecendo as desigualdades sociais como fatores que geram, em diferentes segmentos sociais, diferentes processos de adoecimento e morte. (SOUTO et al., 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, removendo a exclusão formal, mas não a iniquidade persistente mesmo em sistemas universais, que subsiste em decorrência de fatores que ainda se fazem presentes como os privilégios e a discriminação (BARROS e SOUSA, 2016). Em 2003, uma pesquisa nacional de base populacional identificou situações de discriminação nos serviços de saúde junto dos seus fatores associados (GOUVEA et al., 2005).

A discriminação percebida tem sido definida como a percepção de um indivíduo de ser tratado injustamente por outra pessoa ou população devido a algum atributo pessoal ou quaisquer outras características que possam ser usadas para diferenciação entre grupos populacionais (AYALON e GUM, 2011).

Os autorrelatos de tratamento injusto surgem como um fator de risco a ser avaliado como preditor para problemas de saúde (CUEVAS e WILLIAMS, 2018). Usuários de serviços de saúde que já foram discriminados ou pertencentes a estratos populacionais mais vulneráveis às ações discriminatórias podem postergar a busca pelos serviços de saúde até que os sintomas se tornem mais graves (EDWARDS, 2008).

A investigação da discriminação em estabelecimentos de saúde pode subsidiar o fortalecimento do princípio constitucional da equidade em relação ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde no Brasil (MASSIGNAM et al., 2015). A compreensão da relação entre saúde e determinantes sociais é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas de saúde pública voltados para o combate às desigualdades (SOUTO et al., 2016).

2. METODOLOGIA

Estudo transversal, com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), estudo de base populacional com amostragem em três estágios: setor censitário, domicílio e morador. A coleta ocorreu de agosto de 2013 a fevereiro de 2014 e foram obtidos registros de 60.202 indivíduos, de 18 anos ou mais, entrevistados sobre

estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. O detalhamento dos procedimentos de amostragem pode ser obtido através do relatório técnico da pesquisa (BRASIL, 2013). A discriminação por médicos ou outros profissionais nos serviços de saúde foi aferida por meio de dez perguntas sequenciais onde o entrevistado respondeu “sim” ou “não” para dez motivos relacionados à questão: “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 por algum desses motivos?”. Os dez itens foram agrupados gerando uma resposta binária: “nunca sofreu discriminação” e “já sofreu discriminação”. Após, foram estimadas a prevalência de discriminação autopercebida e a razão de prevalência nas variáveis sociodemográficas, com intervalo de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata 15 (Statcorp, College Station, Texas, TX, EUA), considerando as ponderações necessárias para o desenho amostral. O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e obedeceu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Percepção de discriminação ou tratamento pior do que as outras pessoas no serviço de saúde por algum médico ou outro profissional, conforme características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variável	n	%	Discriminação autopercebida (%)	Razão de Prevalência (IC95%)	Valor-p
Região					
Norte	12.536	7,4%	12,5%	1	-
Nordeste	18.305	26,6%	9,1%	0,73 (0,63 – 0,83)	0,000
Centro-oeste	7.519	7,4%	12,5%	1,00 (0,86 – 1,15)	0,970
Sudeste	14.294	43,8%	8,3%	0,66 (0,57 – 0,77)	0,000
Sul	7.548	14,8%	10,1%	0,80 (0,68 – 0,95)	0,009
Sexo					
Masculino	25.920	47,10%	8,5%	1	-
Feminino	34.282	52,90%	10,2%	1,20 (1,11 – 1,30)	0,000
Cor da pele					
Branca	24.106	47,5%	8,2%	1	-
Preta	5.631	9,2%	11,5%	1,40 (1,22 – 1,61)	0,000
Parda	29.512	42,0%	10,2%	1,24 (1,12 – 1,37)	0,000
Outra	950	1,3%	13,1%	1,59 (1,15 – 2,19)	0,005
Idade					
18-30	15.750	28,4%	8,3%	1	-
31-40	14.139	21,2%	10,5%	1,27 (1,14 – 1,43)	0,000
41-55	15.787	26,2%	10,8%	1,30 (1,15 – 1,47)	0,000
56 ou mais	14.526	24,2%	8,2%	0,99 (0,87 – 1,14)	0,920
Escolaridade					
Ensino Superior	7.310	13,8%	6,2%	1	-
Ensino Médio	23.492	45,4%	9,0%	1,64 (1,22 – 2,20)	0,001
Ensino Fundamental	19.820	38,4%	10,6%	1,71 (1,45 – 2,02)	0,000
Alfabetização	1.479	2,4%	10,2%	1,45 (1,23 – 1,72)	0,000
Renda em quintis					
Quintil mais pobre	15.003	18,3%	11,8%	1	-
Quintil 2	12.413	18,4%	10,0%	0,85 (0,75 – 0,95)	0,005
Quintil 3	11.487	19,4%	10,5%	0,89 (0,78 – 1,01)	0,062
Quintil 4	10.699	20,5%	9,3%	0,79 (0,69 – 0,90)	0,001
Quintil mais rico	10.600	23,4%	6,2%	0,52 (0,46 – 0,61)	0,000



Em 2013, 9,1% dos entrevistados referiram já ter sofrido algum tipo de discriminação por médicos ou qualquer outro profissional de saúde. A região norte, junto da região centro-oeste, foram as regiões que apresentaram a maior prevalência de discriminação (12,5%), enquanto a menor prevalência foi observada na região sudeste (8,3%).

Em relação à idade, os mais jovens (8,3%) e os mais velhos (8,2%) apresentam as menores prevalências de discriminação percebida, enquanto que a faixa etária entre 41 e 55 anos completos apresentou a maior (10,8%). Para COUTO et al. (2009), a partir da percepção que se tem da idade de uma pessoa, são feitas inferências sobre suas competências sociais e cognitivas. O que pode então interferir na forma que essa pessoa será tratada pelo profissional de saúde.

Quando vistas de maneira isolada, a discriminação por sexo e cor da pele somam menos de 2% dos casos de discriminação, entretanto, vale ressaltar que utilizando uma variável única de discriminação, sendo ela a soma de todos os motivos percebidos como fatores desencadeantes do episódio discriminatório, as mulheres têm uma prevalência, em média, 20% maior de discriminação autopercebida em relação aos homens.

Quanto à cor da pele, não ter a cor branca aumenta, em média, 24% a probabilidade de discriminação para pardos, 40% para negros e 59% para outra cor de pele, entre elas os indígenas. Esse quadro de desigualdade entre pessoas observada pela cor da pele pode estar relacionado a fatores estruturais como escolaridade e renda (DOMINGUES et al., 2013).

No que se refere à escolaridade, o mais alto nível de educação tem a menor taxa de discriminação observada no estudo (6,2%). Pessoas que não possuem ensino superior tem maior probabilidade de serem discriminadas nos serviços de saúde. Contudo, a escolaridade deve ser analisada em um contexto, junto de outros indicadores sociodemográficos e não de forma isolada. No Brasil, antes de políticas afirmativas, a probabilidade de um branco chegar ao ensino superior (19,0%) era quase três vezes maior que a probabilidade de um negro (6,6%) (SOARES; FONTOURA; PINHEIRO, 2007).

Por fim, avaliando a discriminação autopercebida pelos quintis de renda, podemos observar que os quintis mais pobres referem maior discriminação que os quintis mais ricos. O menor quintil de renda apresenta a maior prevalência de discriminação (11,8%), enquanto o maior quintil apresenta a menor (6,2%), este quintil apresenta uma probabilidade, em média, 48% menor de referir algum tipo de discriminação quando comparados aos mais pobres. Na Pesquisa Mundial de Saúde, realizada em 2003, ter baixo nível socioeconômico também esteve relacionado como as razões mais comuns para a ocorrência de discriminação (TRAVASSOS et al., 2011).

4. CONCLUSÕES

Ainda que a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, seja um dos princípios do nosso Sistema Único de Saúde, na prática dos serviços de saúde ainda existem desigualdades que tangenciam o direito à saúde conferido pela Constituição Cidadã de 1988. A discriminação nos serviços de saúde, seja por sexo, cor, idade, escolaridade ou renda, deve ser vista como um problema de saúde pública que necessita, além de políticas inclusivas, ações que confirmem acesso e garantam a qualidade da atenção à saúde de grupos vulneráveis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYALON, L.; GUM, A. M. The relationships between major lifetime discrimination, everyday discrimination, and mental health in three racial and ethnic groups of older adults. **Aging Ment Health**, v. 15, p. 587–594, 2011.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equity: concepts, meanings and implications for the Brazilian National Health System. **Saude soc**, v. 25, n. 1, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 2013.

COUTO, M. C. P. P. et al. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro – ageismo. **Psic.: Teor. e Pesq**, v. 25, n. 4, 2009.

CUEVAS, A. G.; WILLIAMS, D. R. Perceived Discrimination and Health: Integrative Findings. In: RYFF, Carol D. & KRUEGER, Robert F. (Orgs). **The Oxford Handbook of Integrative Health Science**. United Kingdom: Oxford University Press, 2018.

DOMINGUES, P. M. L. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, p. 285-92, 2013.

EDWARDS, R. R. The association of perceived discrimination with low back pain. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 31, n. 5, p. 379–389, 2008.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cad Saude Publica**, v. 21, p. 109-118, 2005.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F.B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol Serv Saude**, v. 24, n. 3, p. 541-544, jul-set. 2015.

SOARES, S. S. D.; FONTOURA, N. D. O.; PINHEIRO, L. “Tendências recentes na escolaridade e no rendimento de negros e de brancos”. In: BARROS. R. P. D.; FOGUEL. M. N.; ULYSSEA. G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. **Ipea**, v. 2, p. 401-415, 2007.

SOUTO, K. M. B.; SENA, A. G. N.; PEREIRA, V. O. M.; SANTOS, L. I. M. State and Equity Policies in Health: Participatory Democracy? **Saúde debate**, rio de janeiro, v. 40, n. especial, p. 49-62, dez. 2016.

TRAVASSOS, C. et al. Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil. **Int J Equity Health**, 2011.