

Percepção de racismo em ambientes de saúde e fatores associados em mulheres negras

Perception of racism in healthcare environments and associated factors in black women

Nathielle Maria de Oliveira Cândido¹, Priscila Pavan Detoni², Shana Ginar-Silva³

DOI: 10.1590/2358-289820241438692P

RESUMO Buscou-se investigar a percepção sobre as experiências de discriminação racial nos ambientes de saúde e identificar fatores associados. Estudo transversal, realizado entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, com mulheres autodeclaradas negras residentes no Rio Grande do Sul. O inquérito foi realizado no formato on-line, com questionário estruturado e autoaplicável. A escala de percepção de discriminação em saúde foi o instrumento adotado para avaliação do principal desfecho de interesse. Como variáveis independentes, foram analisadas as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. A estatística descritiva compreendeu as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis de interesse, enquanto o teste do qui-quadrado foi utilizado para observar a distribuição do desfecho segundo variáveis independentes. Para verificar os fatores associados, foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas, por meio da Regressão de Poisson. A amostra foi composta por 511 mulheres autodeclaradas negras, com prevalência de 19,8% de alta percepção de experiências raciais discriminatórias nos ambientes de saúde. Os fatores sociodemográficos e condições de saúde associados ao desfecho principal foram religiões de matriz africana (RP = 1,73; IC95% 1,17-2,54), uso da rede pública (RP = 1,71; IC95% 1,09-2,68) e diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum (RP = 1,56; IC95% 1,07-2,27).

PALAVRAS-CHAVE Saúde das minorias étnicas. Sexismo. Mulheres. Racismo. Atenção à saúde.

ABSTRACT This study sought to investigate the perception of racial discrimination in healthcare environments and identify associated factors. This is a cross-sectional study, carried out between November 2021 and January 2022, with self-declared black women residing in Rio Grande do Sul. The survey was carried out in an online format, with a structured and self-administered questionnaire. The scale of perception of discrimination in health was the instrument adopted to assess the main outcome of interest. As independent variables, sociodemographic, behavioral and health variables were analyzed. Descriptive statistics comprised the absolute (n) and relative (%) frequencies of the variables of interest, while the chi-square test was used to observe the distribution of the outcome according to independent variables. To verify the associated factors, Prevalence Ratios (PR) were calculated, crude and adjusted using Poisson Regression. The sample consisted of 511 self-declared black women, with a prevalence of 19.8% of high perception of discriminatory racial experiences in health environments. The sociodemographic factors and health conditions associated with the main outcome were religions of African origin (PR=1.73; 95%CI 1.17-2.54), use of the public network (PR=1.71; 95%CI 1.09 -2.68) and previous diagnosis of Common Mental Disorder (PR=1.56; 95%CI 1.07-2.27).

KEYWORDS Health of ethnic minorities. Sexism. Women. Racism. Delivery of health care.

¹Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Curso de Medicina - Passo Fundo (RS), Brasil.
nathielle.oliveira21@gmail.com

²Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas (PPGCB) - Passo Fundo (RS), Brasil.

³Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Pós-Graduação em Direitos Humanos (PPGDH) - Passo Fundo (RS), Brasil.



Introdução

No Brasil, não houve a consolidação de um regime de segregação racial formal, como o Apartheid na África do Sul, de modo que, após a abolição da escravatura, em 1888, o País passou décadas sendo considerado uma ‘democracia racial’, propagando a ideologia de integração racial e romantizando essas relações de poder assimétricas. Entretanto, alguns debates no que concerne ao racismo são negligenciados, proporcionando a manutenção de práticas racistas que exercem influência sobre questões políticas, socioeconômicas e de saúde. Nesse contexto, o mito da democracia racial é uma maneira de manter as relações raciais de subalternidade, posto que propaga a percepção de miscigenação simétrica e de uma sociedade livre de racismo. Tal fato pode ser exemplificado por meio do acometimento e do desfecho desiguais da covid-19 entre as populações brancas e negras, que são acompanhados de uma fala que defende tratar-se de doença que atingiu a todos com igualdade de repercussões¹. Isso agrava o discurso negacionista relacionado ao racismo na sociedade e atrasa a implantação de políticas públicas e ações afirmativas.

No Brasil, o direito à saúde foi conquistado ao longo da década de 1980, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na consolidação da saúde como direito inerente a todo cidadão e dever do Estado, garantido na Constituição de 1988. Partindo do pressuposto de que a saúde é influenciada pelos contextos político, socioeconômico, cultural e ambiental nos quais o indivíduo está inserido, notou-se que a consolidação da saúde como bem social de toda a população não se concretizou para todos os usuários, sobretudo para os que vivenciam as disparidades raciais e de gênero em saúde². Nessa perspectiva, surgiu a necessidade de avaliar a assistência à saúde direcionada às minorias. Assim, em 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN), que, em seu texto, reconhece o racismo, as desigualdades raciais

e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde³. Entretanto, houve resistência institucional à sua efetivação, decorrente não só do desconhecimento da Política por parte de gestores e profissionais de saúde, mas, também, da ininterrupta discussão sobre a necessidade ou não da PNSIPN. Por conseguinte, a implementação dessa política ainda é incipiente².

Isso ampara o resultado de estudos que demonstram a presença do racismo nos níveis estrutural e institucional. O primeiro nível promove a manutenção de desvantagens ao manter hierarquias raciais, ou seja, o domínio branco através das gerações e constituições identitárias e subjetivas, que produzem desigualdades cumulativas, duráveis e baseadas na raça⁴. Já o segundo pode ser entendido como fator resultante de políticas, práticas e procedimentos de instituições que fracassaram em promover o acesso à qualidade de bens, serviços e oportunidades em decorrência da cor, cultura ou origem étnica⁵. Sobre o racismo institucional, no estudo de Bittencourt, Santana e Santos¹:

Os usuários associam a estrutura inadequada, a irregularidade dos insumos, o acolhimento não orientado às suas necessidades, a rotatividade dos profissionais (que interfere no estabelecimento de vínculos) ao fato de ser um serviço público voltado para negros, de baixa renda, da periferia.

O sexismo, tal como o racismo, possui participação direta na construção de processos de saúde e doença. Isso ocorre devido a um padrão comportamental, preestabelecido culturalmente, que determina características inerentes a um gênero. Logo, ser mulher está diretamente relacionado ao dever de seguir um modelo legitimado, e aquela que não se enquadra é classificada como uma patologia social⁶. Assim, percebe-se que as práticas sexistas estão presentes, principalmente, na formação e designação do repertório binário e estigmatizado de oposição dos gêneros, o que

gera uma interseccionalidade entre racismo e sexismo (machismos, comportamentos patriarcais e LGBTfóbicos), resultando na formação de estereótipos sobre a mulher negra. Nesse sentido, conforme Amorim et al.⁷, o racismo e o sexismo se baseiam na supressão de expressões flagrantes, fazendo com que muitos indivíduos presumam que eles não existam mais, já que não são expressos abertamente, o que pode agravar as problemáticas vividas pelas mulheres negras.

No âmbito da saúde, o racismo institucional influencia o tratamento de doenças prevalentes na população negra, bem como dificulta o acesso aos serviços e o levantamento de dados epidemiológicos que poderiam melhor caracterizar o processo de saúde e doença dessa população⁸. Uma das manifestações do racismo institucional no ambiente de saúde é retratada na tentativa de muitos estudos de relacionar cor/raça aos problemas de saúde, entretanto, ainda é muito comum em documentos de saúde a ausência de um campo específico para registrar a cor/raça do usuário; ou, caso exista esse campo específico, a cor geralmente não é registrada. Nesse sentido, Sacramento et al.⁹ relatam que existe um constrangimento durante a entrevista que só se torna evidente quando o entrevistado é negro. Os autores também ressaltam que tanto perguntar sobre a cor quanto registrá-la na atenção à saúde não tem expressão significativa para os brancos. Ademais, Kalckmann et al.¹⁰ concluíram que os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade da população negra, ao revelarem uma tendência de subestimar queixas, com base em crenças como, por exemplo, a de que as pessoas negras são mais resistentes à dor ou que não adoecem.

O retrato da invisibilidade da população negra e da cultura racista existente no estado do Rio Grande do Sul (RS) pode ser observado na tese 'A invisibilidade negra na cidade de Porto Alegre', da pesquisadora Bonetto¹¹, a qual trouxe o seguinte questionamento: 'Quando você escuta falar sobre o Rio Grande do Sul, você pensa automaticamente em que grupos

culturais?'. Entre os brancos, o grupo cultural relacionado são os portugueses (37%), os italianos em segundo lugar (34%), e os 'gaúchos' em terceiro, com 13%. Somente 1% dos auto-declarados brancos respondeu que pensa na população negra como grupo cultural relacionado a esse estado. Além disso, o relatório técnico titulado 'Panorama das desigualdades de raça/cor no Rio Grande do Sul' realizou um levantamento de dados e construiu um panorama da desigualdade racial no estado, segundo o qual, em 2020, a taxa de analfabetismo foi duas vezes maior entre os negros. Nesse mesmo documento, 19,2% da população branca avaliava seu estado de saúde como 'muito bom', percentual que cai para 16,7% entre os pardos e 12,2% entre os pretos. Já no primeiro trimestre de 2020, o último antes dos maiores efeitos da pandemia da covid-19, a taxa de desemprego era de 13,5% entre a população preta e 7,2% entre os brancos¹².

No que se refere à percepção do racismo, estudo americano trouxe que a discriminação racial percebida na assistência à saúde foi de 12,3% entre os negros e de 2,3% entre os brancos, entretanto, o privilégio racial foi relatado mais comumente por brancos (14,9%), e com menor frequência entre os negros (8%)¹³. Outra pesquisa, realizada no Rio de Janeiro, construiu um índice de percepção do racismo e apontou que 44,9% da amostra têm alta percepção de racismo, sendo maior entre: os negros (58,8%), as mulheres (54,8%) e os jovens (55%)¹⁴. Tais dados apontam a existência dos estereótipos negativos associados aos negros e trazem à tona a necessidade de estudos quantitativos sobre as implicações do racismo na sociedade brasileira.

A discriminação racial percebida é definida como uma percepção de tratamento injusto por causa da raça, sendo isso um fator de risco para a saúde que exerce relações com fatores adversos, como, por exemplo, a renúncia para os cuidados preventivos, adiamento de exames e tratamentos médicos, bem como subutilização dos serviços, que resulta, muitas vezes, em diagnósticos tardios¹³. Portanto, o presente

estudo teve como objetivo investigar a percepção sobre as experiências de discriminação racial nos ambientes de saúde e identificar fatores associados.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de delineamento epidemiológico transversal, desenvolvido entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, por meio de um inquérito online com mulheres autodeclaradas negras. Foram incluídas no estudo as mulheres autodeclaradas negras com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no estado do RS com capacidade de expressão verbal e escrita. Mulheres com dificuldades cognitivas e/ou de compreensão do questionário foram definidas como inelegíveis para participação na pesquisa.

Para a definição do tamanho da amostra, foi considerado um nível de confiança de 95%, poder do estudo de 80% e margem de erro de cinco pontos percentuais. Tendo como base uma prevalência esperada da variável de interesse de 60%, seriam necessários 369 participantes. Acrescentando-se 10% para possíveis perdas ou recusas, a amostra foi estimada em 406 participantes.

Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado e autoaplicável na plataforma Google Forms, no qual foram realizadas estratégias de divulgação do *link* contendo o instrumento on-line de coleta de dados em plataformas digitais. O desfecho estudado, percepção de discriminação em saúde, foi aferido por meio da Escala de Percepção de Discriminação em Saúde – Versão Pessoal (EPDRS-VP). O instrumento original foi desenvolvido por Bird et al.¹⁵, com o objetivo de avaliar a percepção de discriminação a partir de raça e classe social, sendo composta por 14 itens. Miranda¹⁶ adaptou e validou a EPDRS-VP para medir a experiência de racismo em adultos brasileiros. O instrumento avalia em que medida a pessoa percebe ter sido discriminada por causa da cor da sua pele ou de

sua etnia durante atendimentos em saúde. Apresenta estrutura unifatorial, composta por 13 itens, avaliados por uma escala de tipo Likert com cinco opções de resposta: 1 (nunca), 2 (quase nunca), 3 (às vezes), 4 (quase sempre) e 5 (sempre), assim, o valor mínimo do escore é 13, e o valor máximo 65. Neste estudo, para a análise dos dados, foi realizada a dicotomização utilizando-se como ponto de corte até 39 pontos para classificar como baixa percepção de discriminação, e acima de 39 pontos para denominar as mulheres com alta percepção de discriminação.

Como exposições, foram utilizadas as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: idade (medida em anos completos e categorizada em 18-24, 25-40, 41-59 e ≥ 60), escolaridade (em anos de estudo: 0-4, 5-8, 9-11 e ≥ 12), renda (medida em salários-mínimos: ≤ 1 , 1-3, 3-6 e ≥ 6), religião (matriz africana, católica, espiritismo e outros/sem religião) e participação em atividades ligadas à questão racial (sim, não).

Por fim, com relação às condições de saúde, discriminação e utilização dos serviços de saúde, foram utilizadas como exposições: diagnóstico de Transtorno Mental Comum (sim, não), utilização do serviço de saúde (categorizada em fácil vs. difícil), autoavaliação de saúde (positiva, negativa), frequência de utilização nos últimos três meses (nenhuma vez/uma vez e de duas a cinco vezes/mais de cinco), principal rede de utilização dos serviços de saúde (pública, plano de saúde/particular) e questionamento do médico sobre autodenominação racial (sim, não/não sabe/não lembra).

Uma vez coletados, os dados foram extraídos de plataforma on-line em forma de planilha eletrônica e transferidos para análise estatística no programa de análises estatísticas PSPP 1.2.0, uma alternativa de *Software* Livre, onde foi realizada a análise estatística descritiva e a analítica dos dados.

Para a análise da distribuição da variável dependente, foi utilizado o resultado da percepção de discriminação em saúde com base

na escala EPDRS-VP, de acordo com as variáveis independentes, por meio do Teste de qui-quadrado, considerando-se estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

Para análise dos fatores associados a uma maior probabilidade de alta percepção de racismo na saúde, estimaram-se as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) por meio da Regressão de Poisson. Na análise ajustada, adotou-se a modelagem hierárquica¹⁷, com modelo construído pelos autores em cinco níveis, sendo idade, religião (1º nível), renda, escolaridade (2º nível), principal rede de utilização dos serviços de saúde, diagnóstico de Transtorno Mental Comum, participação em atividades ligadas à questão racial (3º nível), autoavaliação de saúde (4º nível), utilização do serviço de saúde e questionamento do médico sobre autodenominação racial (5º nível). As variáveis foram ajustadas para as do mesmo nível e para as do nível superior. Todas as variáveis foram incluídas na análise ajustada e selecionadas pelo método *backward*, sendo mantidas aquelas com $p < 0,20$. Em todos os testes, o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas nos Programas estatísticos PSSP (distribuição

livre) e Stata, versão 12.0 (StataCorp, College Station, 195 Texas, USA).

O protocolo do projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul sob o CAAE nº 51165421.4.0000.5564 e parecer nº 5.042.435, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸.

Resultados

A amostra foi composta por 511 mulheres autodeclaradas negras. A percepção de discriminação em saúde, de acordo com a Escala de percepção de discriminação em saúde – versão pessoal (EPDRS-VP), apontou que 19,6% das mulheres negras têm uma alta percepção de racismo na saúde. No que tange às características sociodemográficas da amostra, os dados apresentados na *tabela 1* evidenciam o predomínio de participantes com idade entre 25 e 40 anos (43,6%), 12 anos ou mais de estudo (84,9%), renda familiar de 3 a 6 salários-mínimos (38,4%), sem cônjuge (60,1%), de religião de matriz africana (38,1%) e com participação em atividades ligadas à questão racial (60,9%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
Faixa etária		
18 - 24 anos	56	11
25 - 40 anos	223	43,6
41 - 59 anos	197	38,6
≥ 60 anos	35	6,8
Escolaridade (anos de estudo)		
0 - 4	2	0,4
5 - 8	6	1,2
9 - 11	69	13,5
≥12	434	84,9
Renda (salários-mínimos)		
≤1	32	6,2
1 - 3	135	26,4

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
3 - 6	196	38,4
≥ 6	148	29
Situação conjugal		
Solteira / divorciada / viúva	307	60,1
União estável / casada	204	39,9
Religião (n = 431)		
Matriz africana	164	38,1
Católica	94	21,8
Espiritismo	83	19,3
Outras / sem religião	90	20,9
Participação em atividades ligadas à questão racial		
Não	200	39,1
Sim	311	60,9

Fonte: elaboração própria.

Quanto às condições de saúde, observaram-se que 85,3% declararam uma autopercepção positiva da saúde, e 60,3% referiram não ter diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum. Ainda, a utilização do serviço de saúde foi considerada regular (48,7%), a maioria

utilizou os serviços de saúde nos últimos três meses de duas a cinco vezes (43,8%), sendo que 51,3% utilizaram, principalmente, o plano de saúde, e 63,4% não foram questionadas sobre autodenominação racial pelo(a) médico(a) durante o atendimento (*tabela 2*).

Tabela 2. Condições de saúde, discriminação e utilização dos serviços da amostra estudada. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
Autoavaliação de saúde		
Negativa	75	14,7
Positiva	436	85,3
Diagnóstico de transtorno mental comum		
Não	308	60,3
Sim	203	39,7
Utilização do serviço de saúde		
Muito fácil	30	5,9
Fácil	125	24,5
Regular	249	48,7
Difícil	81	15,9
Muito difícil	26	5,1
Frequência de utilização nos últimos três meses		
Nenhuma vez	92	18

Tabela 2. Condições de saúde, discriminação e utilização dos serviços da amostra estudada. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	n	%
Uma vez	147	28,8
De duas a cinco vezes	224	43,8
Mais de cinco vezes	48	9,4
Principal utilização dos serviços de saúde (n = 505)		
Rede pública	217	43
Plano de saúde	259	51,3
Particular	29	5,7
Médico questionou sobre autodenominação racial (n = 508)		
Não	322	63,4
Sim	142	28
Não sabe / não lembra	44	8,7

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 3* apresenta a análise bivariada da prevalência de percepção de racismo segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde e discriminação. As variáveis que mostraram relação estatisticamente significativa com o desfecho foram: religiões de matriz

africana ($p = 0,003$), diagnóstico de Transtorno Mental Comum ($p = 0,010$), rede pública como principal meio de utilização dos serviços de saúde ($p = 0,003$), difícil utilização do serviço de saúde ($p = 0,043$) e participação em movimentos ligados à questão racial ($p = 0,021$).

Tabela 3. Prevalência de percepção de racismo em ambientes de saúde segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	Baixa Percepção		Alta Percepção		p
	n	%	n	%	
Idade					0,754
18 - 40 anos	223	79,1	56	20,1	
> 40 anos	188	81	44	19	
Escolaridade (anos de estudo)					0,575
0 - 4	2	100	0	0	
5 - 8	6	100	0	0	
9 - 11	55	79,7	14	20,3	
≥ 12	348	80,2	86	19,8	
Renda (salários-mínimos)					0,282
≤ 1	26	81,2	6	18,8	
1 - 3	101	74,8	34	25,2	
3 - 6	163	83,2	33	16,8	
≥ 6	121	81,8	27	18,2	

Tabela 3. Prevalência de percepção de racismo em ambientes de saúde segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	Baixa Percepção		Alta Percepção		p
	n	%	n	%	
Religião (n = 431)					0,003
Matriz africana	120	73,2	44	26,8	
Outros	227	85	40	15	
Médico questionou sobre autodenominação racial (n = 508)					0,463
Sim	117	82,4	25	17,6	
Não / não sabe / não lembra	291	79,5	75	20,5	
Principal utilização dos serviços de saúde (n = 505)					0,003
Rede pública	161	74,2	56	25,8	
Plano de saúde ou Particular	244	84,7	44	15,3	
Frequência de utilização nos últimos três meses					0,536
Nenhuma vez / uma vez	195	81,6	44	18,4	
De duas a cinco vezes / mais de cinco vezes	216	79,4	56	20,6	
Diagnóstico de transtorno mental comum					0,010
Sim	152	74,9	51	25,1	
Não	259	84,1	49	15,9	
Autoavaliação de saúde					0,464
Positiva	353	81	83	19	
Negativa	58	77,3	17	22,7	
Utilização do serviço de saúde					0,043
Fácil	133	85,8	22	14,2	
Difícil	278	78,1	78	21,9	
Participação em atividades ligadas à questão racial					0,021
Sim	240	77,2	71	22,8	
Não	171	85,5	29	14,5	

Fonte: elaboração própria.

As RP bruta e ajustadas da associação entre alta percepção de racismo em ambientes de saúde e estratos sociodemográficos e condições de saúde são apresentadas na *tabela 4*. Após ajuste para potenciais fatores de confusão, observou-se que a variável religião é a que possui as maiores RP para o desfecho, particularmente, a religião de matriz africana (RP = 1,73; IC95% 1,17-2,54). Usuárias da rede

pública apresentam 71% maior probabilidade de perceberem o racismo em ambientes de saúde, quando comparadas com usuárias de plano de saúde ou particular (RP = 1,71; IC95% 1,09-2,68). A maior probabilidade de perceber o racismo em ambientes de saúde está potencialmente associada com diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum (RP = 1,56; IC95% 1,07-2,27).

Tabela 4. Análise bruta e ajustada de alta percepção de racismo em ambientes de saúde segundo estratos sociodemográficos, condições de saúde. RP = Razão de Prevalência. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021 (n = 511)

	Bruta			Ajustada ^a		
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Idade			0,023			0,056
18 - 50	1,88	1,09-3,24		1,73	0,98-3,05	
> 50 anos	1	-		1	-	
Religião (n = 431)			0,003			0,005
Matriz africana	1,79	1,26-2,62		1,73	1,17-2,54	
Outros	1	-		1	-	
Escolaridade			0,741			
<12	1	-			-	
≥ 12	1,03	0,87-1,22				
Renda (salários-mínimos)			0,080			0,160
≤ 3	1	-		1	-	
> 3	0,73	0,51-1,04		0,76	0,51-1,11	
Principal utilização dos serviços de saúde (n = 505)			0,004			0,018
Rede pública	1,69	1,19-2,41		1,71	1,09-2,68	
Plano de saúde ou Particular	1	-		1	-	
Autoavaliação de saúde			0,458			0,722
Positiva	1	-		1	-	
Negativa	1,06	0,91-1,24		0,96	0,81-1,14	
Diagnóstico de transtorno mental comum			0,011			0,021
Não	1	-		1	-	
Sim	1,58	1,11-2,24		1,56	1,07-2,27	
Participação em atividades ligadas à questão racial			0,024			0,088
Não	1	-		1	-	
Sim	1,57	1,06-2,33		1,46	0,94-2,27	
Utilização do serviço de saúde			0,050			0,059
Fácil	1	-		1	-	
Difícil	1,24	1,00-1,54		1,24	0,99-1,56	
Médico questionou sobre autodenominação racial (n = 508)			0,467			
Sim	1	-			-	
Não / Não sabe / Não Lembra	1,16	0,77-1,75				

Fonte: elaboração própria.

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança.

^a ajustado para idade, religião (1º nível), renda, escolaridade (2º nível), principal rede de utilização dos serviços de saúde, diagnóstico de transtorno mental comum, participação em atividades ligadas à questão racial (3º nível), autoavaliação de saúde (4º nível), utilização do serviço de saúde e questionamento do médico sobre autodenominação racial (5º nível).

Discussão

No estudo apresentado, observou-se que 19,6% da amostra têm alta percepção de discriminação racial em ambientes de saúde. Assim, essa porcentagem é preocupante, porque indica que um quinto da amostra, em algum momento, sofreu com o racismo no sistema de saúde. Tendo esse desfecho como principal, o estudo apresentou associação estatisticamente significativa, após ajustes para os possíveis fatores de confusão, com as variáveis religiões de matriz africana, diagnóstico prévio de Transtorno Mental Comum e uso da rede pública como principal meio de utilização dos serviços de saúde.

Miranda¹⁶, ao investigar o racismo nos atendimentos em saúde a partir da percepção dos seus usuários, realizou, primeiramente, a adaptação e a validação da Escala de Percepção de Discriminação Racial em Saúde – versões pessoal e geral. Em seguida, utilizou as escalas para investigar as representações dos participantes acerca da temática. Assim, essa pesquisa identificou, na EPDRS-VP, que 30% dos participantes negros tiveram a pontuação para percepção de racismo alta, estando em consonância com o percentual obtido neste trabalho. Além disso, o percentual, referido anteriormente, de 19,6% de alta percepção de discriminação racial em ambientes de saúde, reafirma a situação de maior vulnerabilidade das mulheres negras no acesso aos serviços de saúde, estando essa realidade relacionada com as desigualdades cumulativas – raciais, de gênero e de classe, e com o racismo institucional percebido nos ambientes públicos de saúde, reforçando vulnerabilidades e gerando agravos ao processo de saúde.

A pesquisa de Santos¹⁹, realizada com usuários do SUS, em São Paulo, também utilizou a escala EPDRS-VP, desenvolvida por Miranda¹⁶. O autor teve como objetivo analisar a experiência de racismo institucional no atendimento em saúde sexual e reprodutiva junto às mulheres e aos homens que procuram o atendimento em saúde, para o acompanhamento pré-natal. Nos resultados, os participantes

negros (71,54%) relataram que quase nunca, ou às vezes, perceberam discriminação racial nos serviços de saúde, sendo esse valor distribuído entre 53,66% de mulheres negras e 17,89% de homens negros; e 8,13% relataram ter percebido a discriminação racial quase sempre e sempre, dos quais, as mulheres (7,32%) tiveram maior percepção quando comparadas aos homens (0,81%). Assim como este trabalho, a pesquisa de Santos¹⁹ não apresentou associação estatisticamente significativa entre percepção de racismo e faixa etária, escolaridade e renda, fato que pode estar associado com o formato da coleta de dados. Todavia, no presente estudo, foi observado que a idade teve associação limítrofe ($p = 0,056$) após ajustes de possíveis fatores de confusão, apontando que mulheres com menos de 50 anos apresentaram 73% maior probabilidade de perceberem o racismo em ambientes de saúde do que mulheres com idade acima de 50 anos (RP = 1,73; IC95% 0,98-3,05).

Em uma outra produção nacional que realizou uma análise da prática de racismo institucional nos serviços de saúde com base na percepção dos usuários negros, declararam ter sofrido racismo em serviços públicos de saúde cerca de 63,6% dos participantes²⁰. Já em pesquisa de caráter exploratório, realizada em 2005, em São Paulo, 43,3% dos entrevistados já perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde, sendo mais frequente entre os de cor preta (60%)¹⁰. Na pesquisa de Lages et al.²¹, em Belo Horizonte, na questão direcionada ao preconceito recebido nos serviços de saúde pública, entre os negros, 24,3% responderam ‘sim’, que já foram vítimas de discriminação nos centros de saúde pública. Nesse contexto, ressalta-se que a PNSIPN pode ser considerada um exemplo da manutenção do racismo institucional decorrente da desvalorização das demandas em saúde que afetam a população negra, pois o que se espera de qualquer política é que, após a sua formalização, seja executada, enquanto processo de implementação e êxito, através de resultados esperados, condição essa que, quando

não alcançada, torna-se fator importante na perpetuação das vulnerabilidades em saúde²².

O perfil sociodemográfico deste estudo difere do de outras pesquisas similares com mulheres negras, posto que, aproximadamente, 85% da amostra referiram alta escolaridade (maior ou igual a 12 anos de estudo) e mais de 65% reportaram ganhar uma renda igual ou superior a três salários-mínimos. Logo, não se pode desconsiderar que a amostra do presente estudo é diferenciada quando comparada à população negra local, em termos de escolaridade e renda. No Rio Grande do Sul, 16,4% dos brancos tinham ensino superior completo em 2019, contra 6,3% dos negros. Além disso, a taxa de conclusão de curso entre as mulheres brancas era de 61,5% versus 46,5% para as pretas¹². Trevilato et al.²³ mostrou que, entre as mulheres negras, apenas 6,6% têm 12 ou mais anos de estudo. Um estudo realizado pelo IBGE mostrou que, em 2021, o rendimento médio mensal de pessoas ocupadas brancas (R\$ 3.099) foi bastante superior ao de pretas (R\$ 1.764) e pardas (R\$ 1.814), além do que, mesmo com ensino superior completo ou mais, pessoas brancas ganharam, aproximadamente, 50% a mais do que as de cor preta²⁴. Nessa conjuntura, salienta-se que o método utilizado na pesquisa (inquérito on-line) possa ter influenciado a caracterização sociodemográfica, visto que é necessário possuir aparelhos (*notebook*, *smartphone*) e acesso à internet. Logo, isso também pode explicar parte das diferenças encontradas na comparação com outros estudos.

O diagnóstico de Transtorno Mental Comum foi um dos fatores que permaneceu estatisticamente associado com a alta percepção de racismo na saúde após ajustes para possíveis fatores de confusão ($p = 0,021$). Ao avaliar o efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras, o estudo de Martins et al.²⁵ encontrou que a frequência de microagressões apresenta uma relação inversa e significativa com a saúde mental, de modo que os resultados indicaram que a alta frequência de microagressões prediz

piores níveis de saúde mental. Uma metanálise realizada por Pieterse et al.²⁶ revisou estudos publicados entre janeiro de 1996 e abril de 2011 sobre as associações entre racismo e saúde mental entre negros americanos, a qual encontrou uma associação positiva entre racismo percebido e sofrimento psicológico. Assim sendo, o presente estudo está em consonância com a literatura e indica que uma maior percepção de racismo está associada a maior sofrimento psicológico.

Nessa conjuntura, destaca-se que, no presente estudo, 14,7% das mulheres negras avaliaram negativamente a autopercepção de saúde, estando de acordo com o já evidenciado na literatura. O estudo de Domingues²⁷, realizado na Bahia, trouxe que, entre as mulheres negras, a prevalência da autoavaliação negativa do estado de saúde foi de 54,5%, sendo que a associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor foi positiva e estatisticamente significativa. O trabalho de Camelo et al.²⁸, realizado com dados de 14.386 participantes da linha de base (2008-2010) do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil), que tinha a finalidade de investigar a associação entre racismo e autoavaliação de saúde, mostrou que entre brancos, pardos e pretos a prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 15%, 24% e 28%, respectivamente. Assim, mesmo sem a presença de uma relação estatisticamente significativa, o presente estudo mostra que existe interferência das desigualdades raciais e de gênero na autopercepção de saúde, ou seja, esses marcadores se interseccionam, retratando, neste trabalho, uma avaliação negativa da saúde, mesmo perante uma amostra com nível de escolaridade e renda superior ao da população negra do estado do RS.

Outro fator que permaneceu estatisticamente associado, após ajustes para os possíveis fatores de confusão, foi a rede pública como principal forma de utilização dos serviços de saúde ($p = 0,018$), tendo um percentual amostral de 43% entre as mulheres pesquisadas. No estudo de Dantas et al.²⁹, realizado a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

de 2013, foi observado que a prevalência da discriminação por raça/cor praticada por prestadores de cuidados de saúde teve associação com ser usuário exclusivo do serviço público de saúde (RP = 1,33; IC95% 1,02-1,73). Logo, isso pode estar relacionado a uma percepção de uma posição inferior na hierarquia social e/ou com frequentes episódios de discriminação racial em ambiente de saúde, sendo esses, também, possíveis fatores contribuintes para a alta percepção de racismo pelos usuários da rede pública.

Ainda, a utilização do serviço de saúde foi considerada regular (48,7%), difícil (15,9%) e muito difícil (5,1%) pelas mulheres negras pesquisadas. Salienta-se, na presente pesquisa, que as mulheres que consideraram difícil a utilização do serviço de saúde têm 24% maior probabilidade de perceber o racismo em ambientes de saúde, quando comparadas com as que consideraram fácil a utilização do serviço (RP = 1,24; IC95% 0,99-1,56); entretanto, essa associação apresentou valor limítrofe ($p = 0,059$) após ajustes para possíveis fatores de confusão. Um estudo estimou, a partir de três pesquisas nacionais realizadas em 2008, 2013 e 2019, que a percepção de dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi constante ao longo dos três anos de estudo – cerca de 3% da amostra relatou esse resultado³⁰. Na pesquisa de Chehuen et al.³¹, foram realizadas entrevistas estruturadas com 391 indivíduos negros, usuários do SUS, da cidade de Juiz de Fora. Na ocasião, quando indagados sobre o acesso da população negra à saúde, teve-se que as pessoas negras consideraram tal acesso mais difícil (OR = 20%).

Com relação à religião, aproximadamente 40% da amostra são adeptas da matriz africana. Esse fator apresentou associação significativa com o desfecho após ajustes para possíveis fatores de confusão ($p = 0,005$). Não foram corroboradas na literatura analisada associações entre a religião e o racismo percebido, contudo, os praticantes de matriz africana sofrem há décadas copiosas violências, também conhecidas como intolerância religiosa, com destaque para a área da saúde, na medida em que as

atividades provenientes dessas religiões (realizadas por curandeiros, rezadeiras, raizeiras) são desqualificadas em prol da ‘verdade’ obtida pelas descobertas científicas, que, ao longo da história, teve a finalidade de combater os crimes perpetrados contra a saúde pública³². Logo, a alta percepção de racismo na saúde entre as praticantes dessa religião, na presente pesquisa, pode ser explicada pelo maior histórico de vivências discriminatórias e pela conscientização racial.

Por se tratar de um estudo que utiliza uma escala validada que avalia a percepção de mulheres negras acerca do racismo presente em ambientes de saúde no RS, este trabalho se mostra relevante para o processo de reconhecimento dos atravessamentos do racismo institucional e estrutural e seus impactos negativos. Cabe, portanto, a construção de conhecimentos em saúde desse público, a fim de criar ações afirmativas que proporcionem melhores condições de acesso aos serviços, bem como melhorias na saúde, de forma equitativa, para amparar as mulheres negras.

Cita-se como limitação desta pesquisa sua natureza transversal, com possibilidade de viés de causalidade reversa para algumas variáveis. Também, o viés de memória, pois as usuárias podem ter sub ou superestimado algum dado; e, ainda, o viés de informação, devido à não comprovação de respostas, como, por exemplo, do diagnóstico médico autorreferido de Transtorno Mental Comum. Por fim, o viés de seleção, por tratar-se de um questionário on-line e autoaplicado. No entanto, os objetivos do trabalho foram alcançados, haja vista ter investigado a percepção de mulheres negras sobre as experiências de discriminação racial nos ambientes de saúde, bem como ter identificado os fatores sociodemográficos e de saúde associados, no estado do RS.

Conclusões

O estudo mostrou uma prevalência de 19,6% de alta percepção de discriminação racial em

saúde. Diante dos resultados, destaca-se que, aproximadamente, um quinto da amostra tem alta percepção de discriminação racial em ambientes de saúde. Logo, a efetivação do direito à saúde é prejudicada pelo racismo e pelo sexismo, o que significa que, se mulheres negras mencionam a sua existência no ambiente de saúde, torna-se preciso que as políticas públicas intervencionistas se concentrem nos fatores estruturais e sistêmicos para reconhecer e reduzir essa problemática intrínseca ao corpo social.

Ainda, nesta pesquisa, houve associação estatisticamente significativa do desfecho, prevalência de percepção de racismo com religiões de matriz africana, diagnóstico de Transtorno Mental Comum e rede pública como principal meio de utilização dos serviços de saúde. Portanto, este trabalho possui relevância para subsidiar ações afirmativas que proporcionem melhores condições de saúde a essa população vulnerabilizada e estigmatizada. Do mesmo modo, pode contribuir para a efetiva implementação da PNSIPN no SUS ao retratar, por meio de dados quantitativos, aos gestores e trabalhadores da saúde, a

necessidade e importância da execução dessa política no combate às vulnerabilidades decorrentes do processo histórico e social que ainda embasam a discriminação racial e de gênero, sobretudo na saúde pública.

Agradecimentos

As autoras agradecem os investimentos em pesquisa da FAPERGS e UFFS, e, principalmente, às participantes desta pesquisa.

Colaboradoras

Cândido NMO (0000-0002-7219-9704)* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, e elaboração do manuscrito. Detoni PP (0000-0002-7436-2229)* e Ginar-Silva S (0000-0003-1504-6936)* contribuíram para orientação da pesquisa, análise dos dados, redação, revisão crítica, metodológica e ética do projeto de pesquisa e escrita conjunta do manuscrito. ■

Referências

1. Bittencourt LJ, Santana KSO, Santos DSM. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. *Saúde debate*. 2023;47(137):31-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>
2. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(12):3831-3840. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde de Integral da População Negra [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
4. Siqueira JS, Fernandes RD. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: iniquidades segundo raça/cor. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4737-4748. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.19982020>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Oliveira BM, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate*. 2019;43(122):939-948. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>
6. Silva IP, Chai CG. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. *Rev Pol Públ*. 2018;22:987-1006. DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v22nep987-1006>
7. Amorim AK, Barbosa LH, Vione KC, et al. Preconceitos que se cruzam: a relação entre o racismo, sexismo e valores. *Psico USF*. 2021;26(2):253-263. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260205>
8. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535-549. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>
9. Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1142-1149. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500016>
10. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc*. 2007;16(2):146-155. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902007000200014>
11. Bonetto H. A invisibilidade negra na cidade de Porto Alegre: uma pesquisa sobre imaginários urbanos [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. 236 p.
12. Augustin AC, Menezes DB, Oliveira LS, et al. Panorama das desigualdades de raça/cor no Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão; 2021 [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/estudo-mostra-panorama-da-desigualdade-racial-no-rs>
13. Stepanikova I, Oates GR. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. *Am J Prev Med*. 2017;52(1):S86-S94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.024>
14. Oliveira CL, Barreto PC. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. *Estud Afro Asiat*. 2003;25(2):183-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0101-546x2003000200001>
15. Bird ST, Bogart LM, Delahanty DL. Health-Related Correlates of Perceived Discrimination in HIV Care. *AIDS Patient Care STDs*. 2004;18(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.1089/108729104322740884>
16. Miranda RS. Racismo no contexto da saúde: um estudo psicossociológico [tese na Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015 [acesso em 2023 abr 10]. 193 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7688?locale=pt-BR>
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiology*. 1997;26(1):224-227. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
18. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
19. Santos MV. Análise do racismo institucional em saúde sexual e reprodutiva em um município no interior de São Paulo [dissertação na Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2020 [acesso em 2023 abr 10]. 127 p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17032021-144409/pt-br.php>
20. Loduvico GD, Martins MM, Rocha TI, et al. Racismo institucional: percepção sobre a discriminação racial nos serviços de saúde. *Arq Medicos Dos Hosp Fac Cienc Medicas St Casa São Paulo*. 2021;66(1u):1. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.008>
21. Lages SRC, Silva AM, Silva DP, et al. O preconceito racial como determinante social da saúde – a in-

- visibilidade da anemia falciforme. *Gerai*s, *Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 abr 10];10(1):109-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100011&lng=pt
22. Oliveira LGF, Magalhães M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2022;39:1-13. DOI: <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0214>
 23. Trevilato GC, Riquinho DL, Mesquita MO, et al. Anomalias congênitas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00037021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037021>
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2023 abr 10]. 35 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>
 25. Martins TV, Lima TJ, Santos WS. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Cienc Amp Saúde Coletiva*. 2020;25(7):2793-2802. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.29182018>
 26. Pieterse AL, Todd NR, Neville HA, et al. Perceived racism and mental health among Black American adults: A meta-analytic review. *J Couns Psychol*. 2012;59(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0026208>
 27. Domingues PM. Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados [tese na Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013 [acesso em 2023 abr 10]. 88 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12133?mode=full>
 28. Camelo LV, Coelho CG, Chor D, et al. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00341920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X000341920>
 29. Dantas MN, Aiquoc KM, Santos EG, et al. Prevalência e fatores associados à discriminação racial percebida nos serviços de saúde do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:1-11. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9764>
 30. Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cienc Amp Saúde Coletiva*. 2021;26(9):3981-3990. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.47412020>
 31. Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Cienc Amp Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1909-1916. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
 32. Mota EG. Diálogos sobre religiões de matrizes africanas: racismo religioso e história. *Rev Calundu*. 2018;2(1):23-48. DOI: <https://doi.org/10.26512/revistacalundu.v2i1.9543>

Recebido em 14/06/2023

Aprovado em 05/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a primeira autora foi bolsista de Iniciação Científica - Edital nº 717/GR/UFS/2022, sendo a bolsa concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Editora responsável: Ana Maria Costa