**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PATRICIA LIMA FERREIRA SANTA ROSA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO
PERCEPÇÃO SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE (DRISS)**

**SÃO PAULO
2018**

PATRICIA LIMA FERREIRA SANTA ROSA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO
PERCEPÇÃO SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE (DRISS)**

Versão corrigida da tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutora
em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Maria de Araújo

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santa Rosa, Patricia Lima Ferreira

Desenvolvimento e validação do instrumento Percepção sobre
Discriminação Racial Interpessoal nos Serviços de Saúde (DRISS) /
Patricia Lima Ferreira Santa Rosa. São Paulo, 2018.

217 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Maria de Araújo

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Negros. 2. Psicometria. 3. Discriminação racial.
4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulín Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Patricia Lima Ferreira Santa Rosa

Título: Desenvolvimento e validação do instrumento Percepção sobre Discriminação Racial Interpessoal nos Serviços de Saúde (DRISS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE-EEUSP) – para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, meus genitores e meus grandes amores.

AGRADECIMENTOS

À Deus que, com a sua luz, me conduziu nessa caminhada.

*Ao meu pai, Regis Dias Santa Rosa, que me aconselhou a não desistir, quando as forças para
continuar estavam quase no fim.*

À minha mãe, Judir Lima Ferreira, minha preciosa, amiga para toda a vida.

*Ao meu irmão, Renato Ferreira Dias Santa Rosa, pelo apoio na divulgação da minha
pesquisa.*

Aos meus outros irmãos e sobrinhos queridos, a minha vida é melhor só por vocês existirem.

*Às minhas amigas do coração: Luanda Cardoso, Emiliane Santiago, Jucelir Lima Ferreira e
Mônica Santana.*

*Às minhas orientadoras, Dras. Ana Luiza Vilela Borges e Edna Maria de Araújo, a
qualidade alcançada neste trabalho é fruto da atenção e cuidado delas em cada detalhe.*

*Aos demais professores das disciplinas realizadas e aos membros da banca de qualificação de
doutorado. Seus ensinamentos, críticas e sugestões foram fundamentais.*

Aos membros do comitê de especialistas, que muito auxiliaram na construção deste trabalho.

*À FEUSP, docentes, funcionários e colegas de curso por todo o apoio, especialmente, aos/às
que se tornaram amigos/as!*

Osmara Alves dos Santos por toda paciência e amizade.

À Ionara Magalhães de Souza pelo auxílio com a revisão de literatura.

À Renata Ferreira Sena Gonçalves pela ajuda com a pesquisa.

Ao Bernardo dos Santos, estatístico que me auxiliou nas análises.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC).

Ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (NUDES-UEFS) por todo o apoio, em especial, às amizades que nasceram dessa interação.

À Organização Não-Governamental Educação para Afrodescendentes e Carentes (EDUCAFRO) pelo apoio na divulgação, especialmente, ao Frei Davi.

À todos os grupos do Facebook e Whatsapp que apoiaram a divulgação da pesquisa.

Às pessoas que participaram da pesquisa, dando sua contribuição voluntária ao acessar o formulário e respondê-lo, via Internet.

Às minhas colegas e aos meus colegas de trabalho do Instituto Tecnológico de Barueri, do curso técnico de enfermagem, por todo o apoio e compreensão.

Aos ex-colegas de trabalho do Pronto Atendimento de Caucaia do Alto, Cotia, pelo carinho.

Ao Marcello Pimentel pela formatação e ao Jorge de Lima pela correção gramatical.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro.

O amor é o fundamento
Quanto mais vivo, mais entendo o significado do Amor
E não adianta os poetas falarem: Camões, Vinícius, Renato...
É necessário experienciar
O amor promove sentido, transcendência, continuidade
Para a vida
Amar e amada ser
Não há poder maior do que a energia que emana do amor
Ele é suave e ao mesmo tempo forte
Delicado, mas tem alcance profundo
Ele pode vir de várias direções
Mãe, pai, outro ente querido,
Amigos, animais de estimação e
E também dos pássaros que cantam gratuitamente na nossa janela
Você simplesmente sente
A energia do amor fluindo
E não há outro caminho, a não ser
Devolver
Amor

Patricia Santa Rosa

Cotia, 28 set. 17.

Santa Rosa PLF. Desenvolvimento e validação do instrumento Percepção sobre Discriminação Racial Interpessoal nos Serviços de Saúde (DRISS) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

OBJETIVO: Desenvolver e validar um instrumento de medida das percepções sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

METODOLOGIA: Estudo do tipo metodológico conduzido com base na Teoria Clássica dos Testes para elaboração e validação psicométrica de instrumento. Para o desenvolvimento do *pool* de itens inicial, três fontes foram utilizadas: revisão de literatura sobre escalas já existentes; estudo qualitativo; e, sugestões de especialistas sobre racismo/desigualdades em saúde. O instrumento inicialmente proposto (versão 1) constava de 50 itens. Buscou-se verificar as evidências de validade de conteúdo e constructo e, para isso, a coleta de dados foi dividida em duas etapas. A primeira etapa consistiu na avaliação do instrumento proposto junto ao comitê de especialistas e a segunda etapa consistiu no preenchimento do instrumento pela população-alvo. A análise dos dados foi realizada no R e Stata 14.2. **RESULTADOS:** Na validação de face e conteúdo, a versão 1 foi submetida à avaliação por comitê de especialistas composto por um metodologista, um profissional de língua portuguesa, três especialistas em relações étnico-raciais e três membros da população-alvo. Dos 50 itens elaborados originalmente, foram excluídos 28 e restaram 22 (versão 2). O CVR (razão de validade de conteúdo) médio dos itens que restaram foi 0,74. Com relação à concordância entre os especialistas, o PABAK foi 0,30, considerado razoável. Entretanto, dos 22 itens que compuseram a versão 2, dois foram desmembrados, o que gerou a versão 3, com 24 itens. A versão 3 foi construída na plataforma digital *Research Eletronic Data Capture* (REDCap) e foi divulgada entre setembro e dezembro de 2017 por meio de um link (via redes sociais como *Facebook* e *Whatsapp*) que direcionou os respondentes para o instrumento. Ao todo, 480 pessoas acessaram o link, mas apenas 158 finalizaram o preenchimento do instrumento. A maior parte dos respondentes foi do sexo feminino (87,0%), autotclassificada como de raça/cor preta ou parda (97,5%) e pertencente ao grupo econômico A e B (61,4%). Prosseguiu-se com a avaliação da validade de constructo por meio da análise fatorial exploratória. KMO (Kaiser-Meyer-Okin) foi 0,736; o teste de esfericidade de Bartlett foi $p < 0,001$; todas as cargas fatoriais estiveram entre 0,3 e 0,9; e as comunalidades abaixo de 0,4. A avaliação do índice de confiabilidade Ômega de McDonald total foi 0,87, valor considerado bom. Dessa forma, produziu-se a versão 4, denominada DRISS, com 19 itens no total e seis dimensões, que são: sintomas somáticos, preparo, expressão emocional, percepção social, reação, consequências emocionais. Não foi observada diferença estatisticamente significativa nas médias dos escores em relação à idade, escolaridade, grupo econômico e outras variáveis sociodemográficas. **CONCLUSÕES:** Este estudo produziu uma escala que mede a 'percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde', denominada DRISS, que apresenta adequadas propriedades psicométricas. O DRISS é direcionado especificamente às/aos usuárias/os dos serviços de saúde. Em nível populacional, produzirá dados relevantes para a tomada de decisões programáticas com foco na redução da discriminação racial nos serviços de saúde e consequente diminuição das iniquidades raciais em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Negros. Psicometria. Determinantes Sociais de Saúde. Discriminação Racial. Enfermagem. Racismo. Raça. Cor da pele.

Santa Rosa PLF. Development and validity of the instrument Perception on Interpersonal Racial Discrimination in Healthcare Facilities (DRISS) [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To develop and validate an instrument to measure perceptions about interpersonal racial discrimination in Brazilian healthcare facilities context. **METHODOLOGY:** This is a methodological study based on Classical Theory of Tests. For the development of the initial items pool, three sources were used: literature review on existing scales; qualitative study; and, expert on racism health inequalities suggestions. Initially, the version 1 was composed by 50 items. In order to test content and construct validity evidence, data collection was divided into two steps. The first step consisted of the analysis of version 1 instrument to an expert committee and the second step consisted of the submission of the instrument to the target population. Data analysis was performed with R and Stata 14.2. **RESULTS:** Face and content validation of version 1 was performed by expert committee composed by a psychometrist, a Portuguese language expert, three experts in ethnic-racial relations and three members of the target population. From the 50 originally drafted items, 28 were excluded and 22 remained (version 2). The average CVR (content validity ratio) of the items was 0.74. Regarding the agreement among the experts, PABAK was 0.30, considered reasonable. Two items from version 2 were dismembered, which generated version 3, with 24 items. Version 3 was included on the Research Eletronic Data Capture (REDCap) digital platform and was released between September and December 2017 in a link (via social networks like Facebook and Whatsapp). Altogether, 480 people accessed the link, but only 158 completed the instrument. Most respondents were female (87.0%), self-classified as black or brown (97.5%) and were at economic group A and B (61.4%). We proceeded with the evaluation of construct validity through exploratory factorial analysis. KMO (Kaiser-Meyer-Okin) was 0.736; Bartlett Sphericity Test was $p < 0.001$; all factor loads were between 0.3 and 0.9; and commonalities below 0.4. The McDonald's Omega Total reliability rating was 0.87, which is considered good. In this way, version 4, named DRISS, was produced with a total of 19 items and six dimensions, that are: somatic symptoms, preparation, emotional expression, social perception, reaction, and emotional consequences. No statistically significant difference was observed in the means of the DRISS scores in relation to age, schooling, economic group and other sociodemographic variables. **CONCLUSIONS:** This study produced a scale that measures the 'perception about interpersonal racial discrimination in the healthcare facilities context', called DRISS, with adequate psychometric properties. DRISS is specifically targeted to the health services users. At the population level, it may produce relevant data for programmatic decision-making focused on reducing racial discrimination in healthcare facilities, and as a consequence, racial inequities in health.

KEYWORDS: Blacks. Psychometry. Social Determinants of Health. Racial Discrimination. Nursing. Racism. Race. Skin color.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência e proporção de respostas, para cada item, segundo o início do preenchimento do DRISS e a finalização do preenchimento. São Paulo, 2017.....	139
Tabela 2 -	Dados sociodemográficos dos respondentes do DRISS, São Paulo, 2017....	142
Tabela 3 -	Valores dos escores do DRISS, São Paulo, 2017.	154
Tabela 4 -	Média e desvio-padrão dos escores da amostra do DRISS, segundo o sexo. São Paulo, 2017.....	158
Tabela 5 -	Médias e desvios-padrão dos escores do DRISS, versão 4, segundo as características sociodemográficas. São Paulo, 2017.....	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição de artigos de revisão de literatura que exploraram instrumentos de medida de racismo/discriminação racial de interesse para o campo da saúde.	57
Quadro 2 - Principais escalas utilizadas nos referidos estudos.	62
Quadro 3 - <i>Pool</i> de itens da versão 1 do DRISS, segundo a categoria de resposta e a fonte, São Paulo, 2017.	93
Quadro 4 - Síntese da participação de especialistas no comitê de especialistas do DRISS, segundo a área de atuação, e razão para participação/não participação. São Paulo, 2017....	118
Quadro 5 - Versão 1 do instrumento DRISS com a síntese da avaliação dos especialistas segundo o item, CVR, avaliações qualitativas, item modificado segundo sugestões e decisão final. São Paulo, 2017.	119
Quadro 6 - Versão 2 do DRISS, São Paulo, 2017.	130
Quadro 7 - Versão 3 do DRISS, São Paulo, 2017.	133
Quadro 8 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, com rotação oblimim, São Paulo, 2017.	146
Quadro 9 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, na primeira AFE, método de extração AP, com rotação oblimim e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, 2017.	147
Quadro 10 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, na segunda AFE, método de extração AP, com rotação <i>oblimim</i> e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, sem os itens 14 e 23. São Paulo, 2017.	148
Quadro 11 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, na segunda AFE, método de extração AP, com rotação <i>oblimim</i> e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, sem os itens 14, 15, 16 e 23. São Paulo, 2017.	149
Quadro 12 - Síntese dos itens excluídos da escala DRISS a partir das quatro AFE conduzidas. São Paulo, 2017.	150
Quadro 13 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, versão 4, na quarta AFE, método de extração AP, com rotação <i>oblimim</i> e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, sem os itens 2, 14, 15, 16 e 23, mais os itens que restaram por extenso. São Paulo, 2017.	152
Quadro 14 - Proporções de variância retida por cada fator e acumulada do DRISS, São Paulo, 2017.	153
Quadro 15 - Correlação entre os fatores da versão final da escala DRISS, São Paulo, 2017.	153
Quadro 16 - Versão final do DRISS, contendo texto introdutório, questões e alternativas para respostas. São Paulo, 2017.	155
Quadro 17 - Fatores rotulados, segundo os grupos de itens e os respectivos escores do DRISS, São Paulo, 2017.	157

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Pilares da fundamentação teórica do DRISS.....	88
Figura 2 -	Exemplo de item presente no formulário construído no REDCap para análise de face e conteúdo do DRISS por especialistas. São Paulo, 2017.....	100
Figura 3 -	Exemplo de item (texto introdutório) presente no formulário construído no REDCap para análise de face e conteúdo do DRISS por especialistas. São Paulo, 2017.....	101
Figura 4 -	A perspectiva contemporânea dos tipos de informação relevantes para a validade de um teste (modelo adaptado – tradução livre) (Furr, 2015).	104
Figura 5 -	Fluxograma da análise fatorial exploratória do DRISS (adaptado do modelo de Furr (2015), São Paulo, 2017.	108
Figura 6 -	Questões introdutórias do DRISS, versão 2. São Paulo, 2017.	131
Figura 7 -	Página inicial do DRISS no REDCap. São Paulo, 2017.....	135
Figura 8 -	Chamada para responder a pesquisa no site da EDUCAFRO. São Paulo, 2017.....	136
Figura 9 -	Número de acessos e respostas ao DRISS. São Paulo, 2017.....	138
Figura 10 -	Gráfico contendo a matriz de correlação item-item, na versão 3 com 24 itens do DRISS, 2017.	144
Figura 11 -	Gráfico da análise paralela da matriz de correlação do DRISS, São Paulo, 2017.....	145
Figura 12 -	Distribuição dos escores do DRISS. São Paulo, 2017.....	158

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
1.1	REVISÃO DA LITERATURA	33
1.1.1	Breve histórico dos negros no Brasil	34
1.1.2	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	38
1.2	CONCEITOS DE RAÇA/COR DA PELE, ETNIA, DISCRIMINAÇÃO RACIAL, RACISMO E RACISMO INSTITUCIONAL.....	40
1.2.1	Raça e cor da pele.....	40
1.2.2	Etnia	42
1.2.3	Preconceito racial	42
1.2.4	Discriminação racial.....	43
1.2.5	Racismo.....	44
1.2.6	Racismo institucional	48
1.3	TRATAMENTO INJUSTO	50
1.4	SERVIÇOS DE SAÚDE	51
1.5	RACISMO NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	52
1.6	REVISÃO DA LITERATURA SOBRE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL	56
2	JUSTIFICATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	79
3	OBJETIVOS.....	83
3.1	OBJETIVO GERAL	83
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	83
4	METODOLOGIA.....	87
4.1	ETAPA 1 - A ELABORAÇÃO DOS ITENS DO DRISS	88
4.1.1	Fundamentação teórica	88
4.1.2	Versão 1 do DRISS – A elaboração do <i>pool</i> de itens	90
4.2	ETAPA 2 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA AS VALIDAÇÕES DE CONTEÚDO E CONSTRUCTO	96
4.2.1	Validade de conteúdo	96
4.2.2	Validação de constructo.....	103
4.2.3	Cálculo do tamanho da amostra	105
4.2.4	Preenchimento do instrumento pela população-alvo.....	105
4.2.5	Questões introdutórias ao DRISS	106
4.2.6	Instrumento para coleta de dados sociodemográficos	107
4.2.7	Avaliação da dimensionalidade	107
4.3	ETAPA 3 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A VERIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE	112

4.4	ETAPA 4 - ESCORIFICAÇÃO (CÁLCULO DE ESCORE FATORIAL).....	113
4.5	ETAPA 5 - ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA.....	114
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	114
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	114
5	RESULTADOS	117
5.1	ETAPA 1: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	117
5.1.1	Composição do comitê de especialistas	117
5.1.2	Versão 1 do DRISS	119
5.1.3	Versão 2 do DRISS	129
5.1.4	Pré-teste.....	131
5.1.5	Versão 3 do DRISS	132
5.2	ETAPA 2 - VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTO.....	134
5.2.1	Divulgação do DRISS	134
5.2.2	Análise fatorial exploratória (AFE).....	143
5.2.3	Versão 4 do DRISS	150
5.3	ETAPA 3 – VERIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE	154
5.4	ETAPA 4 – ESCORIFICAÇÃO.....	154
5.4.1	Rotulação dos fatores.....	155
5.5	ETAPA 5 - ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA.....	158
6	DISCUSSÃO.....	163
7	CONCLUSÕES.....	177
	REFERÊNCIAS.....	181
	APÊNDICES.....	193
	ANEXO.....	215

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta tese foi desenvolver e validar um instrumento de medida das percepções sobre discriminação racial interpessoal nos serviços de saúde (DRISS), levando em consideração os contextos histórico e racial do Brasil, país no qual o racismo atua, majoritariamente, de maneira velada e difícil de ser comprovada, persistindo o mito de que somos uma democracia racial (Fernandes, 2007). Apesar da população negra (pretos e pardos) compor mais da metade da população brasileira (IBGE, 2015) e de haver uma suposta tolerância racial e convivência pacífica entre os indivíduos, não há igualdade de direitos e oportunidades em termos sociais, econômicos e políticos (Fernandes, 2007). Frequentemente, as diferenças entre os grupos é vista apenas como um problema socioeconômico e sem fundamento racial (Guimarães, 2012).

Assim, esta tese buscou dar mais visibilidade à questão racial como elemento importante na determinação social do processo saúde-doença e, conseqüentemente, para o entendimento das iniquidades em saúde entre os grupos sociais no Brasil. Desse modo, partiu-se da perspectiva teórica da determinação social da saúde que assume o processo saúde-doença como um constructo de caráter social e biológico ao mesmo tempo. Assim, as condições de saúde de um grupo, quanto estudadas empiricamente, são relacionadas diretamente com as condições sociais, ou seja, trata-se de uma visão mais abrangente, que vai além do biológico nas condições de saúde (Rocha and David, 2015). Ainda,

Estabelece-se uma relação entre o processo saúde-doença do coletivo e do indivíduo, já que o processo do coletivo determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual (Rocha and David, 2015).

Além disso, este trabalho está alinhado com o objetivo geral da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2017). Em especial, este trabalho está alinhado com as diretrizes III e V, que são, respectivamente, “Incentivo à produção de conhecimento científico e tecnológico em

saúde da população negra” e “Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo”.

A inspiração para o desenvolvimento desta tese foi proveniente da dissertação *“Mulheres negras, o cuidado com a saúde a busca por assistência institucionalizada: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda”*. Nesse trabalho, houve a participação de vinte mulheres negras, moradoras de um bairro periférico da cidade de São Paulo. Um dos principais resultados foi o relato das informantes de que os profissionais de saúde tratavam usuários de maneira racialmente discriminatória. Elas relataram que se tratava de uma percepção difícil de ser comprovada, pois, frequentemente, essas situações ocorriam de maneira velada, dificultando a sua observação de forma objetiva, porém, subjetivamente era percebida (Santa Rosa, 2013). No entanto, resultados de estudos qualitativos não são generalizáveis. Desse modo, surgiu a inquietação que impulsionou a busca por um instrumento que pudesse mensurar, de alguma forma, o racismo em estudos populacionais, ou seja, verificar se a percepção de discriminação racial perpetrada por profissionais de saúde é observada em outras populações além daquela amostra pequena de mulheres.

Nessa perspectiva, buscou-se um instrumento na literatura que medisse a percepção de usuários de serviços de saúde a respeito de eventuais situações discriminatórias sofridas durante o atendimento. Foi encontrada uma revisão sistemática da literatura sobre o racismo praticado por profissionais de saúde e as formas de mensurá-lo; os autores concluíram que, apesar do crescente número de publicações sobre racismo e saúde, pouco se sabe sobre a extensão do racismo praticado por profissionais de saúde, inclusive sobre como medi-lo (Paradies et al., 2014). Além disso, os trabalhos incluídos nessa revisão eram oriundos de inquéritos realizados a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e não dos usuários dos serviços de saúde. Desse modo, os mesmos autores recomendaram novos estudos que buscassem captar e medir o racismo praticado por profissionais de saúde (Paradies et al., 2014).

Dessa maneira, tendo em vista que se trata de uma lacuna no campo de conhecimento da saúde da população negra, esta tese visou elaborar um instrumento capaz de medir as percepções de usuários sobre a discriminação racial interpessoal praticada no contexto dos serviços de saúde. Em outras palavras, o DRISS ora

proposto possibilitará a mensuração do racismo institucional pela ótica dos usuários dos serviços de saúde, sendo essa uma das inovações deste trabalho. Trata-se de uma tentativa de se entender melhor a discriminação racial no nível interpessoal, na relação profissional de saúde-paciente e, assim, produzir informações relevantes que sirvam como ferramentas estratégicas no planejamento de ações programáticas, visando a redução das iniquidades raciais em saúde.

Pelo fato dos termos *raça*, *racismo*, *discriminação racial* e *racismo institucional* serem bastante utilizados, inclusive de forma intercambiável, esta tese contempla um subcapítulo que conceitua cada um desses termos separadamente e com mais detalhes. Também contempla uma revisão de literatura sobre instrumentos para aferição de discriminação existentes em níveis nacional e internacional.

Concluindo este tópico, apresentam-se aqui as motivações para o desenvolvimento desta tese: 1) não foi encontrado, nas literaturas nacional e internacional, um instrumento que medisse a discriminação racial no contexto dos serviços de saúde, em que a população-alvo fosse composta por usuários. Além disso, os instrumentos existentes, relacionados a aspectos raciais, são, em sua maioria, provenientes dos Estados Unidos, cuja construção histórica de *raça/cor* e a experiência de racismo são bem diversas da brasileira; 2) trabalhos qualitativos (Kalckmann et al., 2007; Santa Rosa, 2013) e quantitativos (Leal et al., 2017) mostram que há racismo nos serviços de saúde, mas esse racismo é difícil de ser identificado, porque, na maioria das vezes, não é explícito; 3) o mito da democracia racial é muito presente no Brasil; 4) as repercussões do racismo nos serviços de saúde podem ocasionar danos imediatos, crônicos e até fatais na vida das pessoas. Desse modo, entende-se que o assunto mereça um foco especial; por isso, o interesse em especificar os serviços de saúde na construção do DRISS.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

Os próximos tópicos abordam a fundamentação teórica de construção desse trabalho como um todo, destacando aspectos considerados relevantes. Primeiramente, há um breve relato da história dos negros no Brasil, buscando fundamentar as justificativas para o desenvolvimento deste trabalho. Depois, é

abordada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que é a materialização do reconhecimento, pelo Estado brasileiro, da desigualdade racial como um dos determinantes sociais do processo saúde-doença de indivíduos e coletividades. Por sua vez, são abordados os conceitos de raça, etnia, discriminação racial, racismo e racismo institucional – conceitos utilizados frequentemente ao longo desse trabalho. Em seguida, a determinação social do processo saúde-doença é discutida, com foco específico no racismo. Na sequência, é discutido o termo ‘tratamento injusto’ e sua relevância como indicador indireto das discriminações. Por fim, é apresentada a revisão da literatura sobre instrumentos de mensuração de discriminação racial, informando o estado da arte das escalas de discriminação existentes em níveis nacional e internacional – principalmente as de interesse para área da saúde.

1.1.1 Breve histórico dos negros no Brasil

Este capítulo tem como objetivo abordar brevemente a história dos negros no Brasil. A finalidade é dar destaque aos aspectos históricos mais relevantes para a compreensão do atual cenário racial brasileiro, principalmente, no que diz respeito à determinação social do processo saúde-doença.

A história dos negros no Brasil inicia-se no processo escravista, quando pessoas foram trazidas do continente africano para a execução de trabalhos forçados. Estima-se que, ao longo de três séculos, foram trazidos, pelos portugueses, aproximadamente quatro milhões de africanos para serem escravizados no território brasileiro (Azevedo, 1987; Bento, 2002). Os escravos eram tratados como mercadoria, como objetos desprovidos de alma e de vontade. Não possuíam o direito de constituir família, adquirir bens ou trabalhar em troca de qualquer remuneração (Freitas, 1984). Essa informação é relevante para compreender o processo de poder-opressão de um grupo racial em relação ao outro, desde a colonização, e que se reflete ainda na sociedade atual.

No início da colonização, no século XVI, o trabalho escravo foi utilizado, principalmente, nas lavouras de cana-de-açúcar no Nordeste. A forma de utilização da mão-de-obra escrava e a localização geográfica foram se adaptando às mudanças

econômicas no transcorrer dos séculos. Assim, das lavouras de cana-de-açúcar no Nordeste, passou pela mineração de metais preciosos no Estado de Minas Gerais até as plantações de café nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Desse modo, observa-se a intensa utilização do trabalho escravo para a execução de serviços braçais no país ao longo dos séculos.

Para além das lavouras e da mineração, os escravos eram utilizados para muitas outras atividades como carregar água; executar funções domésticas e artesanais; prestação de serviços para seus senhores como, por exemplo, ser alugado para prestar serviços a terceiros; entre outros. Tanto os homens quanto as mulheres tinham suas atribuições, porém, as mulheres eram designadas mais para o labor doméstico como limpeza, cozinha e amas de leite dos filhos de seus senhores. Ainda, eram obrigadas a prestar serviços sexuais aos seus senhores e, se essa interação produzisse filhos, estes, por lei eram propriedade dos seus senhores também (Freitas, 1984). Por sua vez, os homens eram destinados principalmente às lavouras e mineração. Todo o sistema escravista era baseado na submissão e na força, desse modo, qualquer escravo, ou escrava, que desagradasse ao seu senhor, era punido de maneira exemplar! Portanto, os castigos físicos e a tortura eram frequentes.

Considera-se relevante enfatizar que toda essa barbárie do processo escravista no Brasil não transcorreu de maneira pacífica por parte dos escravos. Eram frequentes as fugas de escravos, a formação de quilombos, os suicídios e assassinato de senhores. Inclusive, houve uma revolta organizada, denominada Revolta dos Malês, no ano de 1835, na capital da Bahia. Tratou-se de um movimento de negros muçulmanos letrados, que tentaram tomar o poder na cidade, porém, foram punidos e massacrados por seus senhores na época (Reis, 2004).

O movimento abolicionista começou a ganhar força no Brasil e as elites começaram a temer que acontecesse aqui o mesmo que aconteceu no Haiti, país onde houve uma revolução promovida pelos escravos. Esse temor não era infundado, tendo em vista que, naquela época, a população negra era maior em número do que a população branca. Ainda, com a revolução industrial, era necessário ter mercado consumidor para os produtos da indústria nascente e em franco crescimento. Desse modo, era necessário estimular o crescimento de mão-de-obra assalariada, capaz de consumir o que era produzido. (Azevedo, 1987)

No entanto, os ex-escravos não foram o público eleito para ocupar as vagas da indústria crescente no Brasil. De outra maneira, houve um forte incentivo à imigração, principalmente europeia e, para atrair esses imigrantes, foi oferecido trabalho remunerado e terras para o cultivo. Milhares de pessoas brancas vieram para o Brasil atraídas pela promessa de prosperidade. Sabe-se que os imigrantes encontraram duras condições de vida e de trabalho no Brasil, porém, nunca foram submetidos à situação de extrema sujeição que caracterizou a escravidão vivida pelos negros (Gonçalves, 2017)

Por fim, em 13 de maio de 1888, houve a abolição da escravidão no Brasil, mediante a Lei Áurea. No entanto, essa libertação não ocorreu por motivação humanitária, mas sim, impulsionada por um movimento internacional crescente que vinha extinguindo a escravidão aos poucos em todas as colônias. Inclusive, o tráfico de escravos já havia sido proibido há quase três décadas anteriores à abolição. Na verdade, o Brasil foi o último país do mundo ocidental a abolir a escravidão.

Apesar da maioria dos imigrantes europeus terem condições de fazer apenas serviços braçais e serem tão analfabetos quanto os negros libertos, que perambulavam pelas ruas após serem expulsos das fazendas, foram os europeus que tiveram oportunidade de trabalhar remuneradamente, tanto no meio rural, quanto no meio urbano, ocupando as vagas da indústria nascente. Desse modo, quando novos imigrantes europeus iam chegando ao Brasil, iam encontrando um ambiente favorável e, de certo modo, familiar, tendo em vista que encontravam apoio e identificação com os outros brancos que chegaram antes e, mesmo não sendo da mesma nacionalidade, possuíam a mesma ascendência europeia. Assim, grande parte da classe média branca de hoje, é fruto desse momento migratório intenso vivido no Brasil, no início do século passado (Gonçalves, 2017)

Lembrando que, uma outra motivação por parte da elite branca brasileira do pós-abolição para atrair imigrantes europeus era baseada na teoria de que havia um tipo ideal de civilização, e este tipo ideal tinha que ser de pele branca. Tratava-se da eugenia, uma pseudociência, cujos princípios eram disseminados na época em nível internacional. Assim, a elite branca do pós-abolição preocupou-se com a grande quantidade de negros que havia no Brasil daquela época, quase cinquenta por cento da população. Dessa forma, vislumbrou-se a possibilidade de estimular a imigração europeia branca também com o objetivo de miscigenar a população. A finalidade era

diluir os traços da negritude até que se extinguissem ao longo das gerações e o ideal de uma sociedade branca fosse alcançado. Assim, durante três décadas de imigração, principalmente europeia, chegaram aproximadamente 3,99 milhões de imigrantes europeus, quantidade equivalente a de africanos trazidos ao Brasil no decorrer de três séculos (Azevedo, 1987; Bento, 2002).

Por sua vez, os ex-escravos, ditos libertos, não obtiveram qualquer auxílio da elite colonial branca, ficando reféns da falta de habitação, ausência de trabalho remunerado e total exclusão do processo de industrialização crescente no Brasil do século XX (Bento, 2002; Mattos, 2006). Ademais, os imigrantes recém-chegados também não esboçaram qualquer preocupação com as condições que os ex-escravos viviam no período pós-abolição (Azevedo, 1987). Também, explica o surgimento das favelas nos grandes centros urbanos e/ou a periferização do povo negro que, em cidades como São Paulo, por exemplo, se encontram, em sua maioria residindo em áreas afastadas do centro da cidade (Borelli, 2012; Carril, 2006).

Portanto, as raízes históricas das iniquidades socioeconômicas e demográficas, segundo a raça/cor da pele e observadas na população brasileira atual têm sua origem ainda no século XVII. Foram quase 400 anos de escravidão, seguidos de 130 anos da quase ausência de políticas públicas que buscassem reparar os danos sofridos pela população negra. E por mais contraditório que possa parecer, vivemos o mito de que não há segregação racial no Brasil, de que somos uma sociedade sem racismo! Isto acontece porque há uma convivência relativamente pacífica entre os indivíduos e uma suposta tolerância racial. Porém, não se observa igualdade de direitos e oportunidades. Segundo Fernandes (2007) “a democracia racial é apenas um mito no Brasil”.

Estudos de base populacional recentes mostram que as iniquidades raciais no Brasil são contundentes, pois a população negra possui mais baixos níveis de renda e educação, quando comparada com a população branca (IPEA, 2014). Quanto às iniquidades em saúde, os homens negros têm duas vezes mais chance de morrer devido a qualquer causa de morte (Souza et al., 2015); as mulheres negras iniciam o pré-natal mais tardiamente, necessitam peregrinar mais pelos hospitais no momento do parto (Viellas et al., 2014), relatam menos satisfação com os cuidados de saúde recebidos e menos privacidade durante os procedimentos (d’Orsi et al., 2014). Para Guimarães (2012), enquanto as discriminações tiverem relacionadas com a raça, este

conceito não deverá ser abandonado, auxiliando, inclusive, pesquisadores engajados na luta contra as iniquidades raciais em saúde.

1.1.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A PNSIPN foi aprovada por unanimidade, no Conselho Nacional de Saúde, em 2006, mas a respectiva portaria só foi publicada em 2009, pelo Ministério da Saúde (Batista et al., 2013; Brasil, 2017). Essa política pública considera o racismo como um determinante social de saúde e reconhece a existência das iniquidades raciais em saúde. Além do reconhecimento, a PNSIPN propõe a criação de políticas específicas para o enfrentamento dessas desigualdades. São os objetivos geral e específicos da PNSIPN (Brasil, 2017):

Objetivo geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Objetivos Específicos

I – Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II – Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III – Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV – Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS;

VI – Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII – Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII – Definir e pactuar, com as três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX – Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X – Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI – Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios;

XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (Brasil, 2017, p. 32).

Segundo Batista, Monteiro e Medeiros, (2013), o esforço em implementar a PNSIPN tem sido crescente e é de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS). A SGEP-MS objetiva a disseminação da PNSIPN, a sensibilização dos profissionais, a monitoração, a avaliação e o apoio técnico aos departamentos e áreas do Ministério da Saúde (Batista et al., 2013).

Alguns estados, com destaque para São Paulo, consolidaram ações no sentido de implementar a PNSIPN por meio da difusão, sensibilização de profissionais de saúde, elaboração de projetos e propostas no nível da gestão. Contudo, sua implementação ainda é um processo em construção (Batista et al., 2013), sendo necessária a produção contínua de indicadores de monitoramento e avaliação. É somente por meio de acompanhamentos dos indicadores de saúde-doença-mortalidade da população que será possível monitorar a evolução da PNSIPN no Brasil (Batista et al., 2013). Desse modo, a produção de novos conhecimentos sobre saúde da população negra pode ser útil para auxiliar na efetivação da PNSIPN, não só a partir da perspectiva dos gestores, mas também a partir da perspectiva dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Um dos marcos da luta dos gestores para a implantação da PNSIPN é a incorporação do quesito cor nos sistemas de informação oficiais (Werneck, 2016). Entretanto, esta permanece sendo uma questão desafiadora. As proporções continentais do território nacional e a cultura de que somos uma ‘democracia racial’ também se constituem como barreiras para incorporar plenamente a cor da pele nos sistemas de informação em saúde.

Um estudo de abrangência nacional foi realizado, investigando a implementação da PNSIPN. Um dos principais achados foi que esta política ainda está em processo de implementação. Além disso, discute-se o atual avanço de forças políticas ancoradas no fundamentalismo conservador e ultraliberal da economia, que atacam vários direitos sociais, afetando aqueles que atendem às populações negras,

indígenas, mulheres, comunidades gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (Batista and Barros, 2017).

Assim como a PNSIPN, este estudo também considera que o racismo é estruturante na determinação do processo saúde-doença, e, assim, determina as iniquidades em saúde da população brasileira. Também está alinhado com o objetivo geral da PNSIPN, que é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”. Por isso, este estudo contribuirá para a implementação da PNSIPN, à medida que produzirá informações relevantes à tomada de decisão programática, com vistas na redução das iniquidades raciais em saúde.

1.2 CONCEITOS DE RAÇA/COR DA PELE, ETNIA, DISCRIMINAÇÃO RACIAL, RACISMO E RACISMO INSTITUCIONAL

É relevante tratar dos conceitos de raça e cor da pele, etnia, discriminação racial, racismo e racismo institucional, com vistas a especificar o referencial teórico utilizado para a elaboração desta tese.

1.2.1 Raça e cor da pele

Nesta tese, a raça não será tratada como um conceito biológico (Arteaga, 2017). Assume-se a raça como um conceito sociológico, uma ferramenta analítica, elaborada a partir da visão do observador cientista (*etic*) (Guimarães, 2012). Desse modo, a raça é um conceito nominalista, ou seja, visa expressar algo que não existe de fato no mundo físico, mas possui realidade social efetiva (Guimarães, 1999). O conceito de raça, aqui reivindicado, dá respaldo científico aos militantes antirracistas: 1) à medida em que reconhece o peso real e efetivo da ideia de raça na sociedade brasileira, em termos de legitimar desigualdades de tratamento e oportunidades; 2) reafirma o caráter fictício de tal construção em termos físicos e biológicos; 3) identifica o conteúdo racial das “classes sociais” brasileiras (Guimarães, 2012).

Alguns autores manifestam perspectivas diferentes como, por exemplo, Seyferth (1986), que entende a raça como referência predominante às características fenotípicas dos indivíduos, destacando-se a cor da pele (Seyferth, 1986). Vale ressaltar que, no Brasil, a cor da pele demonstra, aparentemente, ser mais relevante do que a raça. Em geral, a população brasileira tende a se autoclassificar dentro de um *continuum* de cores que vai do tom pele mais claro até o mais escuro (Fry, 2005). Inclusive, há uma tendência de os brasileiros se classificarem como tendo cor de pele mais clara do que a que verdadeiramente possuem (Bastos et al., 2009; Brasil, 2011; Travassos and Williams, 2004). As exceções acontecem, notadamente, entre os indivíduos que possuem identificação racial ou por escolha política (Bastos et al., 2009; Brasil, 2011; Travassos and Williams, 2004). Guimarães (2012) observou que, a cada novo Censo, há menos pessoas se declarando como brancas e mais pessoas se declarando como pretas e pardas. O mesmo autor questiona se esse fenômeno se configura numa negação da branquitude ou na atribuição de importância às características culturais e origem familiar (Guimarães, 2012).

Um estudo identificou, inclusive, que a cor da pele classificada por autodeclaração pode ser diferente da cor de pele identificada por heteroclassificação; ou seja, por meio da opinião do entrevistador (Bastos et al., 2009). No entanto, estudos mais recentes têm mostrado que a volatilidade classificatória não altera os resultados sobre a existência e a extensão das iniquidades raciais em saúde (Muniz, 2016; Muniz and Bastos, 2017). Em outros contextos, a classificação racial ocorre de forma diferenciada. Nos Estados Unidos, por exemplo, vale mais a regra do *one drop* (uma gota), ou seja, o indivíduo é considerado negro se possuir em sua ascendência algum negro, mesmo tendo a pele clara (Bastos and Faerstein, 2012; Travassos and Williams, 2004).

Em relação à América Latina, estudo abrangendo Brasil, Colômbia, México e Peru mostrou as disparidades na autoavaliação de saúde segundo a cor da pele, pois quanto mais escuro o tom de pele, pior foi a autoavaliação de saúde. A cor da pele mais escura também influenciou na saúde autoavaliada, conforme aumentou-se a exposição à discriminação de classe e reduziu-se o *status* socioeconômico (Perreira and Telles, 2014). Paletas de cores vêm sendo desenvolvidas e testadas como novas estratégias de classificar a cor da pele (Monk, 2016; Telles et al., 2015; Telles and Steele, 2012).

Para a realização da classificação de raça/cor no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por autotclassificação, disponibiliza cinco opções: preto, pardo, amarelo, branco e indígena (Brasil, 2015). Recentemente, como fruto da luta do movimento negro organizado e, a título de análise de dados, os pretos e os pardos foram incluídos na mesma categoria, chamada de ‘negros’ (Werneck, 2016).

Em resumo, esta tese assume a perspectiva da raça como um constructo analítico e social, reivindicado pelas ciências sociais (Guimarães, 2003) e utiliza o critério oficial do IBGE para classificar a raça/cor dos indivíduos (Brasil, 2015). Apesar de entender que o sistema de classificação brasileiro de raça/cor está sob debate ainda inacabado, assume-se, como negros, todos os pretos e os pardos (Werneck, 2016).

1.2.2 Etnia

Com relação ao conceito de etnia, Munanga (2004) disserta que se trata do conjunto de indivíduos que possuem uma ancestralidade comum, no sentido histórico ou mitológico. Esses indivíduos compartilham mesmo idioma, religião, cosmovisão, cultura e território geográfico. O autor afirma que algumas etnias acabaram por se constituir como nações inteiras, sendo chamadas de ‘etnias nações’, exemplificando com os casos das sociedades indígenas brasileiras, africanas, asiáticas, australianas etc.

1.2.3 Preconceito racial

Após os anos 2000, os cientistas sociais parecem concordar que o preconceito passa por um novo paradigma, parecendo ser visto, cada vez mais, como um constructo multidimensional, de natureza afetiva, expressando motivações humanas básicas em nível particular e intragrupo. Entende-se o preconceito como um processo motivacional e social que elabora estereótipos e vieses relativamente moderados, sendo automaticamente provocado por categorizações e identidades sociais salientes

dentro de uma manifestação mais virulenta de preconceito e discriminação (Duckitt, 2010).

Para Nogueira (2007), o preconceito racial é:

Uma disposição (ou atitude) desfavorável, culturalmente condicionada, em relação aos membros de uma população, aos quais se têm como estigmatizados, seja devido à aparência, seja devido a toda ou parte da ascendência étnica que se lhes atribui ou reconhece (Nogueira, 2007)

Assim, Bastos e Faerstein (2012), interpretando Duckitt (2010), observam que o preconceito e o estereótipo são restritos ao campo das ideias, dos pensamentos, não se manifestando necessariamente por meio de ações, sendo, por isso também, difíceis de serem mensurados (Bastos and Faerstein, 2012; Duckitt, 2010). Trata-se, portanto, de uma manifestação individual do racismo, que é a predisposição psicológica de um indivíduo contra o outro indivíduo que não lhe seja igual em termos de cor de pele, tipos de cabelos, formas faciais e outros aspectos que denuncie alguma forma de origem familiar ou cultural (Paixão et al., 2011).

1.2.4 Discriminação racial

Segundo o dicionário *online* Dicio (2018), discriminar possui várias classificações gramaticais, porém, entre essas classificações, observa-se que as diferenças de significado são muito tênues:

Verbo transitivo direto: Excluir; tratar de forma injusta ou desigual uma pessoa ou um grupo de pessoas, por motivos relacionados com suas características pessoais específicas, como cor de pele, nível social, religião, sexualidade etc.: o Estado discriminava os deficientes;

Verbo transitivo direto: Listar; classificar tendo em conta algum motivo específico: a funcionária discriminava os produtos;

Verbo transitivo direto e bitransitivo: Discernir; aperceber-se das diferenças: o professor discriminava os alunos pelas notas; o diretor discriminou aos professores as novas regras

Verbo transitivo direto e pronominal: Construir um grupo distinto para não se misturar aos demais; distinguir-se por possuir algum tipo de preconceito étnico, religioso, sexual (Dicio, 2018).

Portanto, para a língua portuguesa, discriminar denota excluir, listar, discernir, colocar como um grupo distinto. Em se tratando de discriminação racial, esta é

entendida como um comportamento diferenciado, baseado na raça/cor, manifesto por meio de ações que podem favorecer ou causar prejuízo de um grupo em relação ao outro, produzindo vantagens ao grupo ao qual o perpetrador pertença (Bastos and Faerstein, 2012; Dovidio, 2010). Segundo os mesmos autores, a discriminação é observável por meio de tratamentos desiguais de pessoas (ou grupos) devido às suas origens, ao pertencimento, à aparência e às opiniões, sendo a diferença entre discriminação e o preconceito, a possibilidade de mensurar (Bastos and Faerstein, 2012; Taguieff, 1997). Vale lembrar que a discriminação também caracteriza-se pelo tratamento desigual atribuído não por mérito ou reciprocidade, mas sim, pelo puro pertencimento do indivíduo a um grupo socialmente definido (Allport, 1979; Bastos and Faerstein, 2012).

Na presente pesquisa, o termo discriminação racial foi adotado para compor o nome do instrumento que se pretende construir, o DRISS. Isto porque há o entendimento de que a discriminação racial é observável, sendo assim, possível de ser medida. Já o termo racismo é muito utilizado na literatura internacional, inclusive de maneira intercambiável. Para Bastos e Faerstain (2012), racismo e discriminação não são termos intercambiáveis, porque o racismo refere-se a uma ideologia, enquanto, para esses autores, a discriminação racial é a manifestação externalizada do racismo – sendo o preconceito, por sua vez, a manifestação internalizada do racismo.

A discriminação racial pode ser perpetrada nos níveis interpessoal e institucional. Quanto ao nível institucional, haverá um tópico mais adiante abordando o tema. Em relação à discriminação interpessoal, esta se refere ao ato racialmente discriminatório praticado no nível individual, de uma pessoa para a outra. Segundo Paradies, Truong e Priest (2014), o racismo interpessoal se refere às interações racistas entre indivíduos. Lembrando que os autores utilizam o termo “racismo interpessoal” (tradução livre) com o significado de “discriminação racial interpessoal”.

1.2.5 Racismo

Uma revisão sistemática da literatura traz uma definição sucinta e pertinente sobre racismo que pode ser entendido como um dos diversos tipos de opressão com

vistas a garantir o privilégio histórico de um grupo racial em relação ao outro. O conceito interligado de privilégio/opressão pode ser definido como um sistema societal em que os atores são divididos ao longo de dimensões socialmente construídas e com poder distribuído (ou produzido) de maneira desigual (Paradies, 2006a). O racismo constitui-se como fenômeno que resulta em iniquidades evitáveis e injustas de poder, recursos e oportunidades por meio dos grupos étnico/raciais. Ele pode se expressar por meio de crenças, estereótipos, preconceitos ou discriminação e pode estar profundamente arraigado nos sistemas e nas estruturas sociais (Berman and Paradies, 2010).

Assim, o grupo dos privilegiados é beneficiado por um sistema de atitudes, crenças, comportamentos, leis, normas, práticas, padrões estéticos, bens, serviços, educação, emprego, entre outros. Do outro lado, as pessoas das raças oprimidas sofrem experiências opostas (Jones, 2002, 2000; Werneck, 2016). Além disso, existe um racismo encoberto, o que significa que a atitude racista não é explicitamente feita com insultos verbais ou físicos, mas percebida por indivíduo ou grupo oprimido (Krieger, 2001). Geralmente, o racismo encoberto (*covert*, no inglês) que também pode ser entendido como velado, é percebido comparando o tratamento injusto recebido quando a raça/cor é a única diferença entre as pessoas presentes no mesmo local.

O racismo pode ocorrer em múltiplos níveis: internalizado, interpessoal ou institucionalizado. O racismo internalizado é definido como a “aceitação”, por membros das raças estigmatizadas, de mensagens negativas sobre suas próprias habilidades e valor intrínseco. Destroi a autoestima do indivíduo e o faz não acreditar nem em si mesmo, nem nos que se parecem com ele. Manifesta-se por meio da incorporação de “atitudes/comportamentos da branquitude” como utilizar cremes para alisar e clarear os cabelos; preferência por consumir produtos vendidos e fabricados por pessoas brancas; autodesvalorização (utilizando insultos como apelido, rejeição da cultura ancestral e fratericidade); resignação, desesperança, desamparo (abandono escolar, abstenção do direito ao voto e envolvimento em práticas arriscadas de saúde); dentre outros (Jones, 2000).

Já o racismo interpessoal é definido como o preconceito e a discriminação, em que o preconceito manifesta-se ao se assumir um diferencial relacionado às habilidades, motivos, intenções dos outros de acordo com a raça. A discriminação refere-se às ações diferenciais direcionadas a outras pessoas de acordo com a raça.

O racismo interpessoal pode ser intencional ou não intencional, comandado por alguém ou omissão. Manifesta-se por meio de falta de respeito (prestação de serviço de menor qualidade ou a não prestação do serviço, falha ao comunicar opções), suspeita (vigilância dos lojistas, pessoas evitando a convivência diária, incluindo travessia de rua, apertar a bolsa e se manter em lugares vazios nos transportes públicos), desvalorização (surpresa com a competência) e desumanização (brutalidade policial, esterilização abusiva de mulheres e crimes de ódio) (Jones, 2000).

Por fim, o racismo institucionalizado é definido como ações diferenciais para acessar bens, serviços e oportunidades que a sociedade dispõe, segundo a raça/cor da pele. O racismo institucionalizado é normativo, às vezes legalizado e, frequentemente, manifesta-se como desvantagem herdada. Também é estrutural e codificado em nossas instituições, práticas, leis e, portanto, o perpetrador não é necessariamente identificável (Jones, 2000).

O racismo é considerado eixo estruturante da determinação social do processo saúde-doença (Braveman et al., 2011), pois afeta as condições de saúde por meio de inúmeros caminhos: limitação do acesso de indivíduos de determinado grupo racial a recursos sociais, como emprego, habitação e educação; exposição aumentada a situações de risco (como o contato desnecessário com o sistema de justiça criminal); desencadeia processos afetivos/cognitivos e outros processos psicopatológicos; pode contribuir para a carga alostática ou outro processo fisiopatológico; induz a menor engajamento a comportamentos saudáveis (por exemplo: exercícios físicos), induz a maior adoção a comportamentos não saudáveis (por ex.: uso abusivo de substâncias) que são, muitas vezes, utilizados diretamente como estratégia de *coping* para o estresse ou indiretamente reduzindo a autorregulação; além de danos físicos diretos causados pela violência motivada por racismo (Brandolo et al., 2011; Gee et al., 2009; Harrell et al., 2011; Paradies, 2006a; Pascoe and Smart Richman, 2009; Priest et al., 2013). Seguindo esse raciocínio, pessoas que sofrem racismo têm mais risco de desenvolver problemas relacionados à saúde física e mental (Paradies et al., 2015).

1.2.5.1 Dificuldades para medir discriminação

Bastos e Faerstein (2012) problematizam os desafios metodológicos para a mensuração da discriminação interpessoal no Brasil, enfatizando a necessidade de se considerar as especificidades sociais e culturais de cada contexto. O principal desafio é o de garantir que os instrumentos captem experiências discriminatórias oriundas de diversas motivações como cor da pele, idade, obesidade, pobreza, entre outros. Os autores lançam mão de ferramentas da psicologia transcultural para discutir o assunto e apontam três dificuldades consideradas principais quando se objetiva aferir discriminação: 1) o fato da maioria dos instrumentos de aferição disponíveis serem norte-americanos; 2) o Brasil ser um país com proporções continentais e com muitas diferenças regionais em relação à classe, raça, gênero entre outros, sendo todos esses aspectos relevantes para a forma como a discriminação se manifesta e como é popularmente interpretada; 3) a intersecção dos diferentes tipos de discriminação.

Adiciona-se a isso o fato de que, para que um indivíduo assuma ter sofrido discriminação, é necessária a identificação como pertencente a um grupo. No caso da discriminação racial, o indivíduo necessita se identificar como pertencente a algum grupo racial. Assim, ao se deparar com um ato discriminatório, haverá uma percepção mais nítida de que ocorreu por motivação racial. Pois bem, esse é um dos principais desafios para estudiosos que pretendem investigar discriminação racial no Brasil, tendo em vista que nem todo brasileiro se identifica com algum grupo racial específico (Brasil, 2011). Boa parte desse fenômeno ocorre devido à grande mistura de raças que se tem no Brasil, originada, no início, pela mistura dos portugueses com as índias brasileiras, depois dos mesmos portugueses com as mulheres escravizadas. Porém, tal mistura ocorreu com maior expressividade com os imigrantes europeus que chegaram no início do século passado.

Ademais, quando o indivíduo identifica-se como pertencente a um grupo, pode acontecer também de não querer admitir ou enfrentar um assunto doloroso, como é o caso da discriminação. Para Mattos (2006), a identificação com um grupo de pertença racial é um processo e, sua construção pode ser fortemente subsidiada pela apresentação de fatos históricos e políticos. A autora disserta que é necessário reivindicar a cor, pois trata-se de uma bandeira de luta em busca de reparações.

Reivindicar ou não reivindicar “são frutos diferentes da presença difusa do racismo na sociedade brasileira em suas complexas relações com a memória do cativo” (Mattos, 2006).

1.2.6 Racismo institucional

Há meio século, o termo "racismo institucional" (RI) foi criado por Charles Hamilton e Stokely Carmichael, membros do movimento Black Power estadunidense. Esse termo pode ser intercambiado por racismo institucionalizado ou racismo sistêmico e se refere “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Ture and Hamilton, 1967). O RI é um tipo de racismo perpetrado por instituições, organizações, políticas e normas que resultam em tratamento desigual a determinados grupos (Jones, 2002, 2000; Paradies, 2006a; Werneck, 2016). O RI provoca fortes consequências, incluindo uma série de restrições a determinados grupos raciais; em contrapartida, privilegia outros grupos raciais (Feagin and Bennefield, 2014).

Discute-se que, no Brasil, o racismo não é e nem foi institucionalizado como nos Estados Unidos. Isso porque, no país norte-americano, o racismo era praticado por meio da discriminação racial mediada por todo um aparato legal, onde pessoas não brancas eram segregadas nos espaços públicos e havia a proibição do casamento inter-racial. Trata-se do conjunto de leis chamadas de Jim Crow, promulgadas principalmente em estados sulinos daquele país entre os anos de 1881 e 1964 (Tischauser, 2012). No entanto, apesar de não ter havido no Brasil um aparato segregacionista legalizado, considera-se que o racismo aqui foi e ainda é institucionalizado, uma vez que os ex-escravos foram excluídos do mercado de trabalho no início do século passado, a mão-de-obra remunerada de pessoas brancas foi importada (em detrimento da mão de obra das pessoas negras que já estavam aqui) e políticas de reparação foram praticamente inexistentes por cem anos pós-abolição (López, 2012).

Nesse sentido, somente após cem anos de abolição da escravidão no Brasil, ou seja, em 1988, foi promulgada a Constituição Brasileira, garantindo a

universalização do atendimento à saúde com a criação do SUS, por exemplo. Além de outras conquistas importantes como os benefícios da assistência social, a gratuidade e obrigatoriedade do Ensino Fundamental, entre outros (López, 2012). Vale lembrar que ações afirmativas referem-se a políticas públicas que se destinam a corrigir desigualdades e desvantagens históricas sofridas por um grupo étnico-racial frente ao Estado nacional que o discriminou negativamente (López, 2012). Assim, outras ações afirmativas podem ser listadas como:

Políticas de acesso e permanência de estudantes negros nas universidades; a aplicação de conteúdos de história e cultura afro-brasileira e africana, assim como práticas de educação antirracista nas instituições de Ensino Fundamental e Médio (Lei Federal 10639/03); a reserva de vagas para negros no mercado de trabalho; o reconhecimento étnico e a regularização fundiária de comunidades negras rurais e urbanas (chamadas na Constituição Federal de "remanescentes de quilombos"), e a própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, já mencionada. Estas políticas destinam-se a reverter a desigualdade racial em vários campos sociais (López, 2012, p. 124).

Há que se lembrar, no entanto, que essas ações não foram iniciativas espontâneas do governo e sim, ocorreram devido à forte pressão do movimento social organizado, em especial, o movimento negro. A organização não-governamental Geledés (2013), em parceria com membros da Organização das Nações Unidas e do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), entre outros, desenvolveu, por exemplo, o Guia de Enfrentamento ao RI. Trata-se de um documento importante, que teve como um dos produtos um quadro com indicadores do RI. Essa iniciativa configura-se como um documento estratégico para auxiliar gestores na direção do combate ao RI. Os principais eixos desse documento são: Visibilização do compromisso institucional; Instância de Governança; Ações Afirmativas e outras políticas de enfrentamento do Racismo Institucional; Produção de dados e informações cadastrais sobre o público; Competência cultural; Avaliação das políticas e serviços (Geledés, 2013).

Dialogando com o Guia de Enfrentamento ao RI, o DRISS foi elaborado para medir a percepção de usuários sobre discriminação racial interpessoal praticada por profissionais de saúde. Apesar de o DRISS não medir diretamente o RI, porque essa medida deve ser efetuada no nível institucional e não no nível interpessoal, o DRISS

produz dados relevantes sobre a interação profissional de saúde-usuário, pois esse profissional de saúde é o reflexo da instituição e de suas práticas – o mesmo profissional de saúde que se configura como um dos principais desafios para a equidade no SUS (Kalckmann et al., 2007)

Isso posto, o RI, numa visualização mais aprofundada, pode ser entendido como racismo estrutural. Para Feagin e Bennefield (2014), a maioria das instituições existentes (hospitais, escolas, universidades, entre outros) foi fundada por pessoas de pele branca; consequentemente, essas instituições possuem concepções e práticas baseadas em seu pertencimento racial (Feagin and Bennefield, 2014). Nesse sentido, entende-se que os profissionais compartilham a sistemática branca aprendida em sociedade (Feagin, 2010). Apesar de se tratarem de estudos que tomaram como base o contexto estadunidense, os achados mostraram-se pertinentes à realidade brasileira (Santos, 2015).

1.3 TRATAMENTO INJUSTO

Com relação ao termo ‘tratamento injusto’, usado nos enunciados dos dois primeiros grupos de itens do DRISS, observa-se, na literatura sobre discriminação em saúde, o uso, muitas vezes intercambiado, dos conceitos de "tratamento diferencial/injusto" e "tratamento discriminatório" – apesar de não haver, necessariamente, equivalência direta entre ambos os construtos.

Para melhor compreender a distinção dos conceitos, faz-se necessário abordar ‘discriminação’. Para Major e Dover (2016), a ‘discriminação atribuída’ necessita de dois componentes primários: 1. O julgamento de que o tratamento foi baseado na identidade social e no pertencimento a um determinado grupo; 2. O julgamento de que o tratamento foi injusto ou não merecido. Assim, do ponto de vista fenomenológico, o indivíduo atribui o tratamento recebido à discriminação por ter sentido que foi tratado injustamente devido ao seu pertencimento à uma categoria social ou a um grupo (Major and Dover, 2016). O mesmo estudo aponta a necessidade de estudos futuros que busquem desatrelar os efeitos da discriminação percebida (tratamento injusto atribuído à identidade social) dos efeitos do tratamento injusto percebido em geral (isto é, não rotulado como discriminação) (Major and Dover, 2016).

Nesse sentido, o DRISS buscou isolar a experiência do tratamento injusto relacionado ao pertencimento racial dos respondentes, perguntando explicitamente se esse respondente atribuía o eventual tratamento injusto percebido, em serviço de saúde, à sua raça/cor da pele. Assim, o termo ‘tratado injustamente’ – o mais usado nos estudos incluídos na revisão de literatura realizada para esta tese – foi utilizado (Bastos et al., 2010; Krieger, 1990), acrescentando-se, ao enunciado da questão, o trecho: “devido à sua raça/cor da pele”. Adicionalmente, antes de iniciar o preenchimento do DRISS, o respondente deveria indicar a sua raça/cor (o que indica identificação racial). Portanto, do indivíduo que não considerasse que a motivação do tratamento injusto tenha sido racial, esperava-se que não continuasse a responder ao formulário.

Quanto ao termo ‘tratamento diferencial’, também com base em uma identidade social ou pertencimento a um determinado grupo, optou-se por não utilizá-lo, porque pareceu mais provável que o indivíduo atribua o termo ‘tratamento injusto’ à discriminação do que o ‘tratamento diferencial’ à discriminação. O ‘tratamento diferencial’ esteve mais associado a variáveis que teoricamente podem ser controladas pelas pessoas que a possuem, por exemplo, peso corporal – o que não é o caso da raça/cor (Major and Dover, 2016).

1.4 SERVIÇOS DE SAÚDE

Considerou-se relevante explicitar o que é entendido como serviço de saúde, tendo em vista que se trata de um termo frequentemente utilizado nesta tese, inclusive no título. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, serviços de saúde são:

estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada. Serviços de Interesse à Saúde são estabelecimentos que exercem atividades que, direta ou indiretamente, podem provocar benefícios, danos ou agravos à saúde (ANVISA, 2003, p. 01).

Este estudo utiliza alguns exemplos de serviços de saúde brasileiros, comumente acessados pela população, tais como hospitais, prontos-socorros, maternidades, entre outros (Apêndice III).

1.5 RACISMO NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Revisões sistemáticas recentes da literatura têm reunido evidências que relacionam o racismo com os piores resultados na saúde de grupos étnicos considerados desfavorecidos (Paradies, 2006a; Priest et al., 2013). Nessas pesquisas, diversos grupos étnicos foram contemplados; todavia, predominaram pesquisas com negros (Bastos et al., 2010; Kressin et al., 2008; Paradies, 2006a; Paradies et al., 2014).

As evidências do cenário internacional são provenientes, majoritariamente, de estudos conduzidos nos Estados Unidos e na Europa (Paradies, 2006a). Duas revisões sistemáticas recentes encontraram associações estatisticamente significativas entre a experiência de ter sofrido racismo e os piores resultados em saúde mental (Goto et al., 2013; Paradies, 2006a). A primeira revisão, feita por Goto, Couto e Bastos (2013), incluiu 34 artigos, sendo todos americanos. Os autores relataram não ter sido possível realizar uma metanálise devido à falta de homogeneidade entre os estudos com relação à autoclassificação ou à heteroclassificação de raça/cor dos participantes, por conta dos critérios distintos de seleção de participantes e pelo fato de os estudos terem diferentes planos amostrais, muitas vezes com amostra por conveniência.

Na segunda revisão de literatura consultada, Paradies (2006) incluiu 138 estudos quantitativos de base populacional e chegou a conclusões similares ao primeiro. A novidade do estudo está na constatação de que o pertencimento a grupos, ou seja, a socialização, atenua os efeitos do racismo sobre a saúde mental. Além disso, também encontrou efeito positivo das estratégias de *coping* desenvolvidas pelos entrevistados (Paradies, 2006a).

As duas revisões sistemáticas mencionadas observaram que os efeitos do racismo na saúde física são menos expressivos do que na saúde mental, sugerindo que investigações mais refinadas devem ser realizadas por meio de estudos longitudinais por possibilitarem a avaliação dos efeitos da exposição (racismo) nos desfechos (saúde física e mental). Além disso, sugerem também que sejam realizados estudos com

amostras mais amplas e com uso de medidas objetivas do racismo, ao invés do simples autorrelato (Bastos and Faerstein, 2012; Goto et al., 2013; Paradies, 2006b).

Corroborando esse quadro, recente revisão sistemática investigou a associação entre discriminação racial e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Porém, os resultados não permitiram identificar essa associação entre os 22 estudos incluídos na revisão (Couto et al., 2012), justamente por conta dos mesmos motivos já expostos. Chama a atenção também o fato de que todos os estudos eram estadunidenses, impossibilitando-nos o entendimento de como os efeitos do racismo afetam a saúde de populações negras residentes em outras localidades, como o Brasil.

Dessa forma, independentemente de os resultados sumarizados nas revisões de literatura mostrarem que não há evidências suficientes que associem a discriminação racial aos efeitos na saúde física dos indivíduos, estudos primários encontraram, entre negros estadunidenses, maior incidência de doenças cardíacas, câncer, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, entre outras, em comparação com os brancos (Kung, 2008). Williams e Mohammed (2009) observaram que há certos aspectos, para além da questão racial, que contribuem adversamente para os efeitos na saúde de determinados grupos raciais nos Estados Unidos, como a inserção socioeconômica. Em comparação com a população branca estadunidense, negros com educação superior têm maior probabilidade de viverem a experiência do desemprego. Além disso, negros estadunidenses empregados têm maior probabilidade de exposição a riscos ocupacionais e cancerígenos, mesmo após ajustes por experiência de trabalho e educação. Os negros estadunidenses possuem *status* socioeconômico menor em todos os níveis de renda e têm menor poder de compra devido aos custos de uma ampla gama de produtos e serviços – que são mais caros nas comunidades negras (Williams and Mohammed, 2009).

As diferenças de *status* socioeconômico na infância e a adversidade psicossocial e econômica entre os diferentes grupos raciais também contribuem de maneira importante nas disparidades raciais em saúde na vida adulta (Williams and Mohammed, 2009). Os mesmos pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de se explorar os múltiplos caminhos pelos quais o racismo pode afetar adversamente a saúde das pessoas (Williams and Mohammed, 2009).

Um estudo norte-americano avaliou o índice de massa corporal (IMC) e a medida da circunferência da cintura (CC) de mulheres, fazendo a intersecção entre essas

medidas, a discriminação racial, o gênero e a vigilância, e observou que mulheres negras tinham médias maiores de IMC e CC do que qualquer outro grupo racial, assim como também maior nível de vigilância. Entre mulheres negras, foi encontrada uma associação entre vigilância e CC (Hicken et al., 2017). O estudo discute o comportamento de vigilância que está diretamente relacionado ao estresse crônico, consequentemente, aumentando os riscos para a saúde (Hicken et al., 2017, 2013).

No Brasil, da mesma forma que nos Estados Unidos (Williams and Mohammed, 2009), há forte iniquidade socioeconômica entre os grupos raciais. A população negra está muito mais exposta à pobreza, ao analfabetismo, ao desemprego e possui menos acesso aos serviços de saúde, segundo dados do IPEA (Paixão et al., 2011). Consequentemente, a população negra brasileira também tem os piores indicadores de saúde (IPEA, 2014).

Uma revisão de literatura, publicada em 2011 (Morse et al., 2011), reuniu a produção científica sobre mortalidade materna no Brasil nos últimos 30 anos e concluiu que as mulheres pretas têm risco maior de mortalidade materna em vários estados brasileiros. Quando comparadas com as mulheres brancas, as mulheres pretas apresentam risco de mortalidade materna 3,7 vezes maior na Bahia e 8,2 vezes maior no Paraná. O mesmo estudo discute que os prováveis motivos são a maior severidade da hipertensão arterial em mulheres pretas e acesso mais limitado aos serviços e práticas de saúde, como pré-natal, por exemplo. Todos esses motivos podem ser evitados com a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde (Morse et al., 2011).

Inquéritos recentes de base populacional realizados no país, como o Nascer no Brasil, apresentaram dados contundentes relativos à saúde de mulheres pretas e pardas. Viellas et al. (2014) relataram que as mulheres pretas iniciam o pré-natal mais tardiamente e são as que mais peregrinam no momento da internação para o parto, principalmente nos estados pertencentes ao Norte e ao Nordeste do país (Vrellas et al., 2014). Outro estudo derivado do mesmo inquérito apresenta percentuais maiores de relatos de violência verbal, física ou psicológica entre as mulheres pretas e pardas, com menor escolaridade, idade entre 20 e 34 anos, moradoras da região Nordeste, que tiveram parto vaginal, sem acompanhante, atendidas no setor público e que passaram por trabalho de parto (d'Orsi et al., 2014). O mesmo estudo mostra que, entre as mulheres pretas, há menor satisfação geral com o atendimento, menos privacidade

durante o atendimento, menor satisfação com o tempo de espera (d'Orsi et al., 2014) e menos aplicação de anestesia quando essa é necessária (Leal et al., 2017).

Em relação à saúde de homens negros, Batista (2005), por meio de dados extraídos do Sistema de Informação em Mortalidade, no ano de 1999, concluiu que os homens negros morrem mais do que os homens brancos. Dentre as principais causas de morte entre os homens negros, estavam os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas; doenças infecciosas e parasitárias, predominando tuberculose e HIV/Aids; e causas externas, com destaque para os homicídios (Batista, 2005).

No mesmo sentido, estudo descritivo realizado no município de Salvador, Bahia, com 9.626 registros de óbitos por causas externas, entre 1998 e 2003, revelou que há desigualdade entre os óbitos de homens por causas externas segundo a raça/cor da pele. Os resultados mostraram que os homens negros tiveram maior perda de anos potenciais de vida, maior número médio de anos não vividos e morreram em idades mais precoces por homicídios, acidentes de trânsito e demais causas externas (Araújo et al., 2009). Pesquisa realizada também em Salvador, no mesmo período, diferenciando-se quanto à abordagem de distribuição espacial, mostrou que a taxa predita de mortalidade por homicídio aumenta quando há aumento na proporção de população masculina negra com idade entre 15 e 49 anos (Araújo et al., 2010).

Outro estudo mais recente sobre a mortalidade de homens negros, publicado em 2015, comparou os dados de mortalidade entre o Sudeste e o Nordeste brasileiros e revelou que houve crescimento total de mortes de homens negros, quando consideradas praticamente todas as causas de morte, sendo que, nos estados do Nordeste, o crescimento foi mais expressivo, apresentando significância estatística para o estado da Paraíba (Souza et al., 2015).

Embora muitos indicadores de saúde sofram influência direta da pobreza e das iniquidades no acesso aos serviços de saúde de qualidade, nosso pressuposto é que o racismo exerce efeito nas condições de saúde da população negra brasileira.

Com o objetivo de conhecer o que já foi publicado sobre a temática em discussão, é apresentada uma revisão de literatura sobre escalas de medida de racismo e discriminação racial existentes – nos contextos nacional e internacional. Trata-se de uma revisão que busca apresentar o escopo do que já foi produzido sobre essa temática. Inicialmente, três revisões sistemáticas sobre instrumentos de medida

são apresentadas e sua relevância para este projeto de pesquisa é discutida no Quadro 1. Em seguida, é apresentado o Quadro 2, com as escalas mais relevantes encontradas, revelando as fontes de inspiração para a criação de alguns itens (questões) que compuseram o DRISS.

1.6 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Apesar de as revisões apresentadas terem incluído predominantemente estudos que exploravam a perspectiva do profissional de saúde sobre racismo e/ou discriminação racial, elas são abordadas por conta da proximidade temática e relevância. O Quadro 1 apresenta um resumo do conteúdo de cada artigo, traduzido de maneira literal pela autora. Na última coluna, é apresentada discussão sobre o conteúdo de cada estudo e a relevância para esta tese.

Quadro 1 - Descrição de artigos de revisão de literatura que exploraram instrumentos de medida de racismo/discriminação racial de interesse para o campo da saúde.

Autores/Ano/ Periódico	Título	Tipo de estudo	N.º trabalhos incluídos	Principais resultados (tradução literal do artigo)	Conclusões (tradução literal do artigo)	Discussão (feita pela autora)
(Kressin et al., 2008) J Health Care Poor Underserved. 19(3):697–730	Perceptions of race/ethnicity- based discrimination: a review of measures and evaluation of their usefulness for the health care setting	Revisão (não- sistemática)	17	a) Foco na experiência da população negra estadunidense. b) Só a metade dos instrumentos incluídos na revisão possuía propriedades psicométricas aceitáveis.	1) São necessários novos instrumentos que realizem mensuração mais detalhada sobre discriminação racial percebida em serviços de saúde. 2) Esses novos instrumentos devem ser possíveis de se aplicar em uma variedade de grupos étnicos. 3) Além disso, eles devem avaliar como o racismo/discriminação afeta o processo de decisão no cuidado à saúde e nos tratamentos oferecidos.	<p>Kressin, Raymond e Manze (2008) avaliaram a utilidade de diversas escalas na medida do racismo no contexto dos serviços de saúde. Dentre os 37 estudos incluídos, 16 tipos diferentes de escalas de mensuração de racismo foram identificados. No entanto, muitas dessas escalas não eram totalmente voltadas para a mensuração do racismo em serviços de saúde. Ao invés disso, algumas escalas possuíam perguntas sobre a experiência do racismo em diversos lugares (busca por emprego, repartições públicas, etc.), com alguma pergunta adicional sobre serviço de saúde. As autoras enfatizaram a falta de propriedades psicométricas aceitáveis dentre os estudos incluídos.</p> <p>A principal propriedade psicométrica avaliada foi o coeficiente Alpha de Cronbach, que mede a confiabilidade de um instrumento. Aparentemente, este coeficiente era usado indiscriminadamente, mesmo em situações que demandavam outros tipos de análises.</p> <p>Outras propriedades psicométricas também avaliadas foram as validades de conteúdo, construto e convergente, a confiabilidade do teste reteste. No entanto, muitos dos estudos incluídos na revisão sequer informaram se houve algum tipo de procedimento psicométrico. Além disso, observou-se que não houve padronização na forma de apresentar os resultados referentes à avaliação psicométrica dos artigos. Na tabela descritiva dos estudos contida no artigo, as autoras detalham mais alguns estudos em detrimento de outros.</p>
(Bastos et al., 2010) Soc Sci Med 70(7):1091–9	Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a	Revisão sistemática	24	a) 96% das escalas são dos EUA. b) A maioria dos estudos foi publicada nos últimos 12 anos (contados a partir da	1) O uso de terminologia racial e como ela pode influenciar experiências de discriminação autorrelatada ainda não foi exaustivamente analisado.	<p>Esta revisão enfocou especificamente as propriedades psicométricas das escalas envolvidas no estudo e considerou as seguintes propriedades como 'aceitáveis':</p> <ul style="list-style-type: none">Fundamentação teórica explícita

Autores/Ano/ Periódico	Título	Tipo de estudo	N.º trabalhos incluídos	Principais resultados (tradução literal do artigo)	Conclusões (tradução literal do artigo)	Discussão (feita pela autora)
	focus on their psychometric properties			<p>data de publicação do artigo).</p> <p>c) As propriedades psicométricas foram consideradas aceitáveis (discutido na última coluna à direita).</p> <p>d) 16 escalas apresentaram níveis de confiabilidade acima de 0,7.</p> <p>e) 19 estudos confirmaram pelo menos 75% das suas hipóteses prévias relacionadas ao construto de interesse.</p> <p>f) A estrutura conceitual das dimensões foi embasada pela análise fatorial em 17 (entre 21) escalas incluídas.</p>	<p>2) A necessidade de considerar outros tipos de tratamento injusto é igualmente importante no entendimento de exposições prejudiciais à saúde.</p> <p>3) A ideia de um instrumento universal que permita adaptações transculturais deve ser discutida entre pesquisadores neste campo emergente de investigação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esforço no emprego de evidências de qualidade consideradas como sendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Validade de conteúdo ○ Validade de construto ○ Confiabilidade <p>Dentre os 24 artigos incluídos na revisão, 23 eram americanos e um australiano. Foram avaliadas apenas escalas que exploravam a discriminação interpessoal.</p> <p>Os autores constatarem que há escassez de versões mais refinadas das mesmas escalas ou de adaptações transculturais. Além disso, observaram que, raramente, pesquisadores independentes dos desenvolvedores das escalas originais trabalharam com essas escalas. Afirma também que o uso de terminologia racial e como isso pode influenciar experiências de discriminação autorrelatada ainda não foram exaustivamente explorados. Aponta a necessidade de considerar outros tipos de tratamento injusto como igualmente importantes, como exposição de saúde-dano. Conclui que a comunidade científica deveria considerar a construção de um instrumento universal que permitisse adaptação transcultural.</p> <p>Os mesmos autores discutiram outras questões, como, por exemplo, importância de se avaliar se quem sofre discriminação também não é perpetrador; necessidade de os pesquisadores considerarem a raça/cor dos entrevistadores devido à possibilidade de viés nos resultados; a avaliação mais precisa da frequência, da intensidade e da duração da exposição (discriminação) poderia ajudar a explicar desfechos de interesse (p. ex.: doenças crônicas). Todas essas são críticas feitas pelos autores que podem ser úteis na construção de novas escalas.</p> <p>Foi possível observar que as escalas de mensuração de discriminação, na maioria das vezes, utilizam o termo <i>tratamento injusto</i> devido à raça/cor, ao invés de inferir diretamente que o tratamento foi racista. Observou-se também que elas tratam da discriminação</p>

Autores/Ano/ Periódico	Título	Tipo de estudo	N.º trabalhos incluídos	Principais resultados (tradução literal do artigo)	Conclusões (tradução literal do artigo)	Discussão (feita pela autora)
						racial percebida em diversos ambientes diferentes, como mercado de trabalho (contratações, demissões e promoções), serviços de saúde e relacionamento com a polícia. Além disso, há versões que incorporam questões relacionadas às estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos entrevistados.
(Paradies et al., 2014) J Gen Intern Med. 29(2):364–87	A Systematic Review of the Extent and Measurement of Healthcare Provider Racism	Revisão sistemática (Sem metanálise)	37	a) Foco na experiência da população negra estadunidense. b) Maioria dos estudos teve profissionais médicos como respondentes. c) Vinte e seis estudos encontraram evidência estatisticamente significativa de crenças, emoções e práticas racistas entre os profissionais de saúde direcionada a grupos minoritários. d) Várias abordagens de medida foram utilizadas, no entanto, poucos construtos foram avaliados.	1) Apesar do crescente interesse no racismo como um fator que contribui para as disparidades raciais em saúde, pouco ainda se sabe sobre a extensão do racismo praticado por profissionais de saúde e qual a melhor maneira de medi-lo. 2) Sugere que novos estudos utilizem abordagens mais sofisticadas para avaliar o racismo praticado por profissionais de saúde. 3) Esses novos estudos deverão indicar possibilidades de intervenção com vistas a reduzir as disparidades raciais em saúde.	<p>Paradies, Truong e Priest (2014) avaliaram o grau de qualidade psicométrica dos trabalhos incluídos, categorizando a maioria deles como de qualidade moderada. Os autores utilizaram uma ferramenta que possui os seguintes domínios: qualidade do estudo, clareza dos objetivos, adequação do desenho da análise dos dados, incluindo o risco de vieses e relevância dos resultados. Além disso, discute criticamente: todos os trabalhos incluídos serem do tipo transversal, limitando inferências causais; trinta, entre os 37 estudos, serem estadunidenses, impossibilitando a generalização dos resultados.</p> <p>Apona limitações: tamanhos pequenos de amostra; baixas taxas de resposta; amostras não representativas; conveniência social (limita a validade interna); não controle de fatores de confusão; uso de amostras não aleatorizadas; utilização de análises estatísticas limitadas.</p> <p>Devido à relevância desta revisão sistemática, segue um breve resumo dos resultados: Alguns estudos incluídos na revisão utilizaram tanto medições diretas quanto indiretas, mas a maioria era constituída de medições diretas e questionários autopreenchidos. Em geral, apresentaram a perspectiva de médicos sobre crenças, habilidades e características de personalidade dos pacientes. Isto foi feito através da classificação de uma série de diferenciais semânticos (inteligente/não-inteligente; falta de autocontrole/autocontrole; educado/não educado; racional/irracional etc.). Também foram medidos estereótipos de profissionais de saúde direcionados a pacientes em relação à probabilidade de um paciente apresentar: falta de suporte social, desconforto exagerado, falha em seguir</p>

Autores/Ano/ Periódico	Título	Tipo de estudo	N.º trabalhos incluídos	Principais resultados (tradução literal do artigo)	Conclusões (tradução literal do artigo)	Discussão (feita pela autora)
						<p>os aconselhamentos médicos, abuso de álcool e outras drogas etc.</p> <p>Outros questionários avaliaram tópicos relacionados à relação entre o profissional de saúde-pacientes, como: distância social, adequabilidade de tratamentos diversos, reações emocionais, crenças, privilégios da raça branca, comportamentos, atitudes, meritocracia, estereótipos e vieses. Essas avaliações foram feitas através de questionários ou vinhetas (<i>vignettes</i>). As vinhetas são pequenas histórias que encenam algum cenário clínico, consulta médica ou qualquer outra interação entre profissionais de saúde e pacientes. Podem aparecer em forma de fotonovelas ou vídeos de curta duração.</p> <p>As medições indiretas foram predominantemente feitas por meio de vinhetas por inferirem vieses em diagnósticos, recomendações de tratamento ou características de pacientes. São muito usadas em situações hipotéticas em que as condições dos pacientes são idênticas exceto pela raça/etnia. Medições indiretas também foram realizadas através de testes de computador, chamados Testes de Associação Implícita (TAI), que possuem várias versões. Os TAI envolvem comparações de dois objetos-alvo que produzem uma medida, expressando a preferência relativa a uma raça ou a outra. Os participantes devem categorizar nomes ou faces em diferentes categorias, por exemplo, raça/etnia. Os ITA exploram exhaustivamente estereótipos, crenças, atitudes, rótulos, doenças e comportamentos atribuídos como específicas de uma determinada raça etc.</p>

*Tradução livre feita pela autora desta tese.

Os três estudos apresentados no Quadro 1 facilitaram a revisão de literatura para construção do DRISS, pois trouxeram informações já selecionadas da literatura a respeito das escalas sobre racismo e discriminação racial publicadas nas últimas décadas. Esses estudos permitiram também uma visualização geral dos instrumentos de aferição de discriminação existentes, apontaram vantagens, desvantagens, fraquezas e fortalezas dos instrumentos do ponto de vista psicométrico, principalmente. Assim, foi possível selecionar os instrumentos que se alinhavam mais aos objetivos desta tese.

No Quadro 2, são apresentadas as principais escalas incluídas nas revisões de literatura e destacadas as questões que foram extraídas para compor os itens do DRISS. Algumas escalas não foram apresentadas por um ou mais dos seguintes motivos: não possuíam nenhuma questão relevante para o contexto dos serviços de saúde; não estavam presentes nos respectivos artigos; foram solicitadas aos autores, que, por sua vez, não responderam.

Quadro 2 - Principais escalas utilizadas nos referidos estudos.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
1	<p>Experiences of discrimination</p> <p>EUA</p> <p>(Krieger, 1990)</p> <p>Krieger N. Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? Soc Sci Med 1990;30:1273–81. doi:10.1016/0277-9536(90)90307-E.</p>	<p><i>If you feel you've been treated unfairly, how do you usually respond, do you:</i></p> <p>-Accept it as a fact of life?</p> <p>-Try to do something about it?</p> <p><i>And if you've been treated unfairly, do you:</i></p> <p>-Talk to other people about it?</p> <p>-Keep it to yourself?</p> <p><i>Have you ever experienced discrimination, been prevented from doing something, or been hassled or made to feel inferior in any of the following five situations because you're a woman? (Yes or No)</i></p> <p>-At school</p> <p>-Getting a job</p> <p>-At work</p> <p>-At home</p> <p>-Getting medical care</p> <p><i>Have you ever experienced discrimination, been prevented from doing something, or been hassled or made to feel inferior, in any of the following six situations because of your race or color? (Yes or No)</i></p> <p>-At school</p> <p>-Getting a job</p> <p>-At work</p> <p>-Getting housing</p> <p>-Getting medical care</p> <p>-From the police or in the courts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaques em negrito para o uso do termo 'tratamento injusto'; • Questionário genérico que pergunta sobre experiências em diversos lugares, com itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde; • Uso do termo 'por causa da sua raça ou cor'.
2	<p>Minority Status Stress Scales</p> <p>EUA</p> <p>(Smedley et al., 1993)</p>		

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	Smedley BD, Myers HF, Harrell SP. Minority-Status Stresses and the College Adjustment of Ethnic Minority Freshmen. The Journal of Higher Education.1993;64(4):434-452		
3	<p>Workplace Prejudice/Discrimination Inventory (WPDI)</p> <p>EUA</p> <p>(James et al., 1994) James K, Lovato C, Cropanzano R. Correlational and Known-Group Comparison Validation of a Workplace Prejudice Discrimination Inventory. Journal of Applied Social Psychology, 1994; 24(17):1577-1592.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Todas as questões versam sobre situações de discriminação no local de trabalho. • Não há itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde.
4	<p>Everyday discrimination scale</p> <p>EUA</p> <p>(Williams et al., 1997)</p> <p>Williams DR, Yan Yu, Jackson JS, Anderson NB. Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic</p>	<p>- <i>Everyday Discrimination Scale com coping</i></p> <p><i>How did you respond to this experience? Please tell me if you did each of the following things A LOT, SOME, or NOT AT ALL:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Tried to do something about it.</i> 2. <i>Accepted it as a fact of life.</i> 3. <i>Worked harder to prove them wrong.</i> 4. <i>Talked to someone about what to do about the situation.</i> 5. <i>Didn't let it get to you; refused to think about it too much.</i> 6. <i>Felt that you brought it on yourself.</i> 7. <i>Talked to someone about how you were feeling.</i> 8. <i>Tried to keep your feelings to yourself.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas respostas foram utilizadas para compor os itens desta pesquisa versando sobre os modos de responder às situações discriminatórias e as estratégias de <i>coping</i>.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	<p>Status, Stress and Discrimination. J Health Psychol 1997;2:335–51.</p> <p>Versão com coping</p> <p>(Clark, 2004)</p> <p>Clark R. Brief report: Initial psychometric properties of the everyday discrimination scale in black adolescents*1. J Adolesc 2004;27:363–8. doi:10.1016/S0140-1971(03)00102-7.</p>	<p>9. <i>Criticized or lectured yourself.</i> 10. <i>Increased your efforts to make things work.</i> 11. <i>Talked to someone who could do something concrete about the situation.</i> 12. <i>Went on as if nothing had happened.</i> 13. <i>Expressed anger to the person who caused the problem.</i> 14. <i>Tried to forget that it had happened.</i> 15. <i>Sought or found spiritual comfort and support.</i> Global Evaluation H7. <i>How well do you feel you have dealt up to now with this experience and any changes or problems which may have resulted from it?</i> VERY WELL QUITE WELL SOMEWHAT WELL NOT TOO WELL</p>	
5	<p>Schedule of Racist Events</p> <p>EUA</p> <p>(Klonoff et al., 1999)</p> <p>Klonoff EA, Landrine H, Ullman JB. Racial Discrimination and Psychiatric Symptoms Among Blacks. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology. 1999; 5(4):329-339.</p> <p>(Klonoff and Landrine, 1999)</p> <p>Klonoff EA, Landrine H. Cross-Validation of the Schedule of Racist Events. Journal of Black Psychology. 1999; 25(2):231-254</p>	<p>Sample Items From the Schedule of Racist Events</p> <p>Circle 1 = If the event has NEVER happened to you Circle 2 = If the event happened ONCE IN A WHILE (less than 10% of the time) Circle 3 = If the event happened SOMETIMES (10-25% of the time) Circle 4 = If the event happened A LOT (26-49% of the time) Circle 5 = If the event happened MOST OF THE TIME (50-70% of the time) Circle 6 = If the event happened ALMOST ALL OF THE TIME (more than 70% of the time)</p> <p>1. How many times have you been treated unfairly by <i>teachers and professors</i> because you are Black? How many times I N YOUR ENTIRE LIFE? 1 2 3 4 5 6 How many times I N T H E PAST YEAR? 1 2 3 4 5 6 Not at all stressful Very stressful H o w stressful w a s t h i s f o r y o u ? 1 2 3 4 5 6</p> <p>2. How many times have you been treated unfairly by <i>your employers, bosses, and supervisors</i> because you are Black?</p> <p>3. How many times have you been treated unfairly by <i>your coworkers, fellow students, and colleagues</i> because you are Black?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaques em negrito para o uso do termo 'tratamento injusto'. • Questionário genérico que pergunta sobre experiências racialmente discriminatórias em diversas situações e lugares. • Não há itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde. • Uso do termo 'por você ser negro'. • Estilos de resposta: frequência.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	<p>(Klonoff and Landrine, 2000)</p> <p>Klonoff EA, Landrine H. Is Skin Color a Marker for Racial Discrimination? Explaining the Skin Color–Hypertension Relationship. <i>Journal of Behavioral Medicine</i>. 2000; 23(4): 329-338</p>	<p>4. How many times have you been treated unfairly by <i>people in service jobs</i> (by store clerks, waiters, bartenders, bank tellers, and others) because you are Black?</p> <p>10. How many times have you been <i>accused or suspected of doing something wrong</i> (such as stealing, cheating, not doing your share of the work, or breaking the law) because you are Black?</p> <p>15. How many times have you been <i>called a racist name</i> like "nigger," "coon," "jungle bunny," or other names?</p> <p>16. How many times have you <i>gotten into an argument or a fight about something racist that was done to you or done to somebody else</i>?</p> <p>17. How many times have you been <i>made fun of, picked on, pushed, shoved, hit, or threatened with harm</i> because you are Black?</p>	
6	<p><i>The Adolescent Discrimination Distress Index (ADDI)</i></p> <p><i>The Racial Bias Preparation Scale (RBPS)</i></p> <p><i>EUA</i></p> <p>(Fisher, 2000)</p> <p>Fisher CB, Wallace SA, Fenton RE. Discrimination Distress During Adolescence. <i>Journal of Youth and Adolescence</i>. 2000;29(6):679-695</p>	<p>Apresenta uma tabela na sessão resultados com os seguintes itens:</p> <p>Institutional Discrimination Distress Subscale</p> <p>You were hassled by a store clerk or store guard People acted as if they were afraid of you People acted as if they thought you were not smart People expected less of you than they expected of others your age You were hassled by police</p> <p>You received poor service at a restaurant</p> <p>Educational Discrimination Distress Subscale</p> <p>You were discouraged from joining an advanced level class You were given a lower grade than you deserved People expected more of you than they expected others your age You were wrongly disciplined or given after-school detention</p> <p>Peer Discrimination Distress Subscale</p> <p>You were called racially insulting names Others your age did not include you in their activities You were threatened You were discouraged from joining a club People assumed your English was poor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questões sobre discriminação em diversos ambientes e situações. Mas, nenhuma de interesse para os serviços de saúde.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
7	<p>Telephone-Administered Perceived Racism Scale (TPRS)</p> <p>EUA</p> <p>(Vines et al., 2001)</p> <p>Vines et al. Development and Reliability of a Telephone-Administered Perceived Racism Scale (TPRS): A Tool for Epidemiological Use. <i>Ethn Dis.</i> 2001; 11(2): 251–262.</p>	<p>Apresenta apenas os componentes:</p> <p>Components of the telephone administered perceived racism scale</p> <p>Scales Subscales [# of items] Items</p> <p>Experience of racism Personal [15] Respondent assigned menial jobs Respondent not asked opinions Respondent watched closely Respondent assumed promoted because Black Respondent paid less Respondent has lower status jobs Respondent pressured to fit in Respondent's suggestions worth less Respondent called insulting names Respondent followed when shopping Discriminated against when getting loan Discriminated against when seeking housing Discriminated against when needing medical care Discriminated against in public place(s) Discriminated against by police</p> <p>Group Blacks assigned menial jobs Blacks not asked opinions Blacks watched closely Assumed promoted because Black Blacks are paid less Blacks have lower status jobs Blacks pressured to fit in Blacks' suggestions worth less Blacks called insulting names Blacks followed when shopping Emotional responses Passive emotions Hopeless Powerless Active emotions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário genérico sobre percepções preconceituosas. • Incluiu perguntas sobre sentimentos experimentados quando a experiência discriminatória foi sofrida. • Incluiu perguntas sobre estratégias de enfrentamento quando a experiência discriminatória foi sofrida. • Não há itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde. • Estilos de resposta: concordância.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
		Angry Frustrated Sad Anxious Behavioral responses Passive behaviors Does not speak up or try to change things Accept or keep to oneself Ignore or forget about the racist event External active behavior Working harder to prove them wrong Internal active behavior Praying Concern for child(ren) Getting poor education Being harassed by the Police Getting stopped in a white neighborhood Being punished more harshly than others in school Being discourage from trying new things Being considered less attractive Having fewer choices in life Being excluded from events or groups Past experience of racism Frequency of past experience Stress of past experience	
8	<i>Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire (PEDQ)</i> <i>EUA</i> (Contrada et al., 2001) Contrada et al. Measures of Ethnicity-Related Stress: Psychometric Properties, Ethnic Group Differences, and	Não apresenta a escala.	

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	<p>Associations With Well-Being. <i>Journal of Applied Social Psychology</i>. 2001; 31(9):1775-1820.</p> <p>Brondolo et al. The Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire: Development and Preliminary Validation of a Community Version. <i>Journal of Applied Social Psychology</i>, 2005, 35,2, pp. 335-365.</p>		
9	<p><i>Race-Related Stressor Scale for Asian American Veterans</i></p> <p>EUA</p> <p>(Loo et al., 2001)</p> <p>Loo CM et al. Measuring Exposure to Racism: Development and Validation of a Race-Related Stressor Scale (RRSS) for Asian American Vietnam Veterans. <i>Psychological Assessment</i>. 2001; 13(4):503-520</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Questionário genérico que pergunta sobre experiências racialmente discriminatórias em diversas situações e lugares. • Não há itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde. • Uso do termo 'por você ser <i>Asian American Veterans</i>. • Estilos de resposta: frequência.
10	<p><i>Asian American Racism-Related Stress Inventory (AARRSI) – (No livro)</i></p> <p>EUA</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Questões sobre discriminação em diversos ambientes e situações. Mas, nenhuma de interesse para os serviços de saúde.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	<p>(Liang et al., 2004)</p> <p>Liang CTH, Li LC, Kim BSK. The Asian American Racism-Related Stress Inventory: Development, Factor Analysis, Reliability, and Validity. Journal of Counseling Psychology. 2004;51(1):103–114.</p>		
11	<p>Experiences of Discrimination</p> <p>EUA</p> <p>(Krieger et al., 2005)</p> <p>Krieger et al. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health Social. Science & Medicine.2005;61:1576–1596</p>	<p>Experience of Discrimination (EOD) Introduction: “This next section is going to ask about how you and others like you are treated, and how you typically respond”</p> <p>Response to unfair treatment If you feel you have been treated unfairly, do you usually: (please select the best response) If you have been treated unfairly, do you usually: (please select the best response)</p> <p>Discrimination Have you ever experienced discrimination, been prevented from doing something, or been hassled or made to feel inferior in any of the following situations because of your race, ethnicity, or color? (1) At school? (2) Getting hired or getting a job? (3) At work? (4) Getting housing? (5) Getting medical care? (6) Getting service in a store or restaurant? (7) Getting credit, bank loans, or a mortgage? (8) On the street or in a public setting? (9) From the police or in the courts?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaques em negrito para o uso do termo ‘tratamento injusto’. • Questionário genérico que pergunta sobre experiências em diversos lugares, com itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora																																																																				
12	<p>General Ethnic Discrimination Scale</p> <p>EUA</p> <p>(Landrine et al., 2006)</p> <p>Landrine et al. Conceptualizing and Measuring Ethnic Discrimination in Health Research. <i>Journal of Behavioral Medicine</i>. 2006;29(1):79-94</p>	<p><i>General Ethnic Discrimination Scale</i></p> <p>(...)</p> <p>6. How often have you been treated unfairly by people in helping Jobs (by doctors, nurses, psychiatrists, case workers, dentists, school counserlors, therapists, social workers and others) because of you race/ethnic group?</p> <table><tr><td></td><td>Never</td><td>Once in a while</td><td>Sometimes</td><td>A lot</td><td>Most of the time</td><td></td></tr><tr><td>Almost all the times</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>How often in the past year?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>How often in your entire life?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> <p>Not at all stressful</p> <p>Extremely stressful</p> <p>How stressful was this you?</p> <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> <p>(...)</p> <p>14. How often have you been forced to trake drastic step (such as filing a grievance, filing a lawsuit, quitting your job, moving away, and other actions) to deal with some racist thing that was done to you?</p> <table><tr><td></td><td>Never</td><td>Once in a while</td><td>Sometimes</td><td>A lot</td><td>Most of the time</td><td></td></tr><tr><td>Almost all the times</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>How often in the past year?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>How often in your entire life?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> <p>Not at all stressful</p> <p>Extremely stressful</p> <p>How stressful was this you?</p> <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>		Never	Once in a while	Sometimes	A lot	Most of the time		Almost all the times							How often in the past year?	1	2	3	4	5	6	How often in your entire life?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6		Never	Once in a while	Sometimes	A lot	Most of the time		Almost all the times							How often in the past year?	1	2	3	4	5	6	How often in your entire life?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	<ul style="list-style-type: none">• Destaques em negrito para o uso do termo 'tratamento injusto'.• Questionário genérico que pergunta sobre experiências em diversos lugares, com um item específico sobre locais que ofereçam cuidados à saúde.• Inclui questão sobre atitudes drásticas que foram necessárias de serem tomadas. Item aproveitado no <i>pool</i> de itens desta pesquisa.
	Never	Once in a while	Sometimes	A lot	Most of the time																																																																		
Almost all the times																																																																							
How often in the past year?	1	2	3	4	5	6																																																																	
How often in your entire life?	1	2	3	4	5	6																																																																	
1	2	3	4	5	6																																																																		
	Never	Once in a while	Sometimes	A lot	Most of the time																																																																		
Almost all the times																																																																							
How often in the past year?	1	2	3	4	5	6																																																																	
How often in your entire life?	1	2	3	4	5	6																																																																	
1	2	3	4	5	6																																																																		
13	<p>Scale of Ethnic Experience</p> <p>EUA</p>	<p>Factor 1: Ethnic Identity</p> <p>Holidays related to my ethnicity are not very important to me.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Questões sobre consciência racial (o instrumento interpreta como identidade étnica); discriminação percebida;																																																																				

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	<p>(Malcarne et al., 2006)</p> <p>Malcarne VL, Chavira DA, Senaida Fernandez S, Liu P. The Scale of Ethnic Experience: Development and Psychometric Properties. Journal of Personality Assessment. 2006; 86(2), 150–161</p>	<p>Ethnicity was not important to my parents. My ethnic background plays a very small role in how I live my life. I do not feel it is necessary to learn about the history of my ethnic group. Ethnic pride is not very important to a child's upbringing. I have a strong sense of myself as a member of my ethnic group. I believe that my sense of ethnicity was strongly influenced by my parents. Being a member of my ethnic group is an important part of who I am. My parents gave me a strong sense of cultural values. I believe that it is important to take part in holidays that celebrate my ethnic group. When I was growing up, ethnicity played a very little part in our family life. I have taken time to learn about the history of my ethnic group. Internal consistency coefficient</p> <p>Factor 2: Perceived Discrimination Generally speaking, my ethnic group is respected in America. My ethnic group has been treated well in American society. My ethnic group does not have the same opportunities as other ethnic groups. I often have to defend my ethnic group from criticism by people outside of my ethnic group. Discrimination against my ethnic group is not a problem in America. My ethnic group is often criticized in this country. In America, the opinions of people from my ethnic group are treated as less important than those of other ethnic groups. In my life, I have experienced prejudice because of my ethnicity. I have not felt prejudiced against in American society because of my ethnic background.</p> <p>Factor 3: Mainstream Comfort I feel like I belong to mainstream American culture. I'm what most people think of as a typical American. I do not feel a part of mainstream American culture. I think of myself as a typical American. I understand how to get along well in mainstream America. The term "American" does not fit me. Internal consistency coefficient</p> <p>Factor 4: Social Affiliation</p>	<p>pertencimento à cultura dominante no país; e inserção social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
		<p>At a social gathering, I would feel most comfortable if the majority of the people there were members of my own ethnic group.</p> <p>I feel most comfortable talking about personal things with people from my own ethnic group.</p> <p>I think that friendships work best when people are from the same ethnic group.</p> <p>I find it easiest to trust people from my own ethnic group.</p> <p>I prefer my close friends to be from my own ethnic group.</p>	
14	<p><i>Escala de Racismo Moderno EUA (Adaptada para o português falado no Brasil)</i></p> <p>(Santos et al., 2006)</p> <p>Santos et al. Escala de racismo moderno: adaptação ao contexto brasileiro. Psicologia em Estudo, Maringá. 2006; 11(3): 637-645.</p>	<p>Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente</p> <p>Eles têm conseguido mais do que merecem</p> <p>Eles recebem muito respeito e consideração</p> <p>Eles são muito exigentes em relação aos seus direitos</p> <p>A discriminação não é um problema do Brasil</p> <p>Eles têm muita influência política</p> <p>Eles não necessitam de ajuda, apenas devem se esforçar</p> <p>Eles devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos</p> <p>Eles são mais habilidosos em trabalhos manuais</p> <p>Possuem maior habilidade culinária</p> <p>Estão em moda suas danças pela sensualidade que expressam</p> <p>Tem-se dada demasiada importância aos seus movimentos de protesto</p> <p>Parece pouco prudente dar importância às suas queixas</p> <p>Apresentam melhor desempenho em modalidades esportivas</p> <p>Possuem uma beleza diferente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário genérico sobre percepções preconceituosas. • Não há itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde. • Estilos de resposta: concordância.
15	<p><i>Measure of Indigenous Racism Experiences (MIRE)</i></p> <p><i>Austrália</i></p> <p>(Paradies and Cunningham, 2008)</p> <p>Paradies YC, Cunningham J. International Journal for Equity</p>	<p>Question 1 (Q1) How often are you treated unfairly because you are Indigenous in each of the following situations? (If the situation doesn't apply to you, please tell me)</p> <p>(a) At work or on the job?</p> <p>(b) At home, by neighbours or at somebody else's house?</p> <p>(c) At school, university or other academic setting?</p> <p>(d) While doing sporting, recreational or leisure activities?</p> <p>(e) By the police, security personnel, lawyers or in a court of law?</p> <p>(f) By doctors, nurses or other staff at hospitals or doctors' surgeries?</p> <p>(g) By staff of government agencies like Centrelink, ATSIC, etc.?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaques em negrito para o uso do termo 'tratamento injusto'. • Questionário genérico que pergunta sobre experiências em diversos lugares, com itens específicos sobre locais que ofereçam cuidados à saúde. • Uso do termo 'por você ser indígena'. • Uso de vários estilos de resposta diferentes (frequência, presença/ausência, concordância).

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora
	in Health. International Journal for Equity in Health. 2008;7:9	<p>(h) By staff at restaurants, bars, shops, banks, motels, real estate agents, in taxis or when getting any other services?</p> <p>(i) By other people on the street, at shopping centres, sporting events, concerts, nightclubs etc?;</p> <p>(j) By other Indigenous people?</p> <p>Question 2 (Q2) When you are treated unfairly because you are Indigenous how often do you:</p> <p>(a) Ignore it, forget about it or accept it as a fact of life?</p> <p>(b) Try to avoid it in the future?</p> <p>(c) Try to change the way you are or things that you do so that it won't happen again?</p> <p>(d) Try to do something about the people who did it or the situation in which it happened?</p> <p>(e) Talk to other people like family or friends about it, or write, draw, sing or paint about it?</p> <p>(f) Keep it to yourself?;</p> <p>(g) Feel ashamed, humiliated, anxious or fearful?</p> <p>(h) Feel angry, annoyed or frustrated?</p> <p>(i) Feel amused, contemptuous or sorry for the person who did it?</p> <p>(j) Feel powerless, hopeless or depressed?</p> <p>(k) Get a headache, an upset stomach, tensing of your muscles, or a pounding heart?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui itens relativos a reações e <i>coping</i> (faz referência às escalas de onde extraiu esses itens). • O texto introdutório e alguns itens do <i>pool</i> foram extraídos deste questionário.
16	<p>Explicit Discrimination Scale (EDE)</p> <p>(Bastos et al., 2012)</p> <p>Bastos JL et al. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. Rev Saúde Pública 2012;46(2):269-78</p>	<p>Questão 18</p> <p>Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destaque em negrito para o uso do termo 'tratado de maneira inferior'. • Questionário genérico que pergunta sobre experiências em diversos lugares, com um item específico sobre locais que ofereçam cuidados à saúde. Estilo de resposta - Primeiro questiona presença/ausência, depois motivação, em seguida se o respondente se sentiu incomodado e por fim se se sentiu discriminado.

N.º	Nome da escala/país de origem/referência/outras versões da mesma quando existentes	Conteúdo da escala (ou questão/questões relevantes para o contexto dos serviços de saúde)	Comentários da autora																										
		<p>C18. Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?</p> <p>☐ Não, isto nunca aconteceu comigo – pule para a questão C19, deixando os itens A, B e C abaixo em branco</p> <p>☐ Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes</p> <p>☐ Sim, isso aconteceu comigo várias vezes</p> <p>☐ Sim, isso sempre acontece comigo</p> <div><p>a) Quando isto aconteceu, qual ou quais podem ter sido os motivos para você ter sido tratado assim? Se escolher mais de uma opção, escreva 1 para a mais importante e X para as outras nas caixas de resposta.</p><table><tr><td>☐ 1 Condição econômica ou classe social</td><td>☐ 12 Religião ou culto</td></tr><tr><td>☐ 2 Cor ou raça</td><td>☐ 13 Ser gordo ou magro</td></tr><tr><td>☐ 3 Deficiência física</td><td>☐ 14 Sotaque ou forma de falar</td></tr><tr><td>☐ 4 Doença</td><td>☐ 15 Tipo de comportamento ou hábito de vida</td></tr><tr><td>☐ 5 Forma de vestir</td><td>☐ 16 Usar óculos</td></tr><tr><td>☐ 6 Idade</td><td>☐ 17 Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos</td></tr><tr><td>☐ 7 Local de moradia</td><td>☐ 18 Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?</td></tr><tr><td>☐ 8 Ser homem ou mulher</td><td></td></tr><tr><td>☐ 9 Orientação política</td><td></td></tr><tr><td>☐ 10 Orientação sexual</td><td>☐ 19 Não sei</td></tr></table><p>b) Nessas ocasiões, você se sentiu incomodado?</p><table><tr><td>☐ 1 Não</td><td>☐ 3 Sim, razoavelmente</td></tr><tr><td>☐ 2 Sim, um pouco</td><td>☐ 4 Sim, muito</td></tr></table><p>c) Ainda nessas ocasiões, você se sentiu discriminado?</p><table><tr><td>☐ 1 Não</td><td>☐ 2 Sim</td></tr></table></div> <p>C19. Por fim, é possível que alguma das situações acima não tenham acontecido com você, mas</p>	☐ 1 Condição econômica ou classe social	☐ 12 Religião ou culto	☐ 2 Cor ou raça	☐ 13 Ser gordo ou magro	☐ 3 Deficiência física	☐ 14 Sotaque ou forma de falar	☐ 4 Doença	☐ 15 Tipo de comportamento ou hábito de vida	☐ 5 Forma de vestir	☐ 16 Usar óculos	☐ 6 Idade	☐ 17 Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos	☐ 7 Local de moradia	☐ 18 Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?	☐ 8 Ser homem ou mulher		☐ 9 Orientação política		☐ 10 Orientação sexual	☐ 19 Não sei	☐ 1 Não	☐ 3 Sim, razoavelmente	☐ 2 Sim, um pouco	☐ 4 Sim, muito	☐ 1 Não	☐ 2 Sim	
☐ 1 Condição econômica ou classe social	☐ 12 Religião ou culto																												
☐ 2 Cor ou raça	☐ 13 Ser gordo ou magro																												
☐ 3 Deficiência física	☐ 14 Sotaque ou forma de falar																												
☐ 4 Doença	☐ 15 Tipo de comportamento ou hábito de vida																												
☐ 5 Forma de vestir	☐ 16 Usar óculos																												
☐ 6 Idade	☐ 17 Ter determinados valores morais, éticos ou estéticos																												
☐ 7 Local de moradia	☐ 18 Outro(s) motivo(s). Qual(is), então?																												
☐ 8 Ser homem ou mulher																													
☐ 9 Orientação política																													
☐ 10 Orientação sexual	☐ 19 Não sei																												
☐ 1 Não	☐ 3 Sim, razoavelmente																												
☐ 2 Sim, um pouco	☐ 4 Sim, muito																												
☐ 1 Não	☐ 2 Sim																												

A partir da revisão de literatura apresentada, observou-se que, dentre os 16 instrumentos considerados, nenhum contempla integralmente o construto “percepção de discriminação racial interpessoal em serviços de saúde, cuja população-alvo fosse os usuários”. Desse modo, reitera-se a justificativa para se desenvolver um novo instrumento ao invés de realizar uma adaptação transcultural de uma escala existente, elaborada em outro contexto.

Embora especialistas recomendem o uso de instrumentos já validados em outros contextos, sob o argumento de que o uso de uma mesma escala de maneira padronizada produz resultados comparáveis, o desenvolvimento de novas escalas é justificável quando o construto de interesse ainda não foi contemplado por nenhuma escala existente em determinado contexto ou se as escalas existentes possuírem limitações psicométricas graves (Bastos et al., 2014; DeVellis, 2012; Reichenheim and Moraes, 2007).

Ademais, conforme já explorado em tópicos anteriores, o Brasil possui muitas especificidades culturais, raciais e históricas que lhe imprimem um padrão diverso de outros países nos quais os instrumentos já existentes foram desenvolvidos.

Por fim, o número de ajustes necessários para a adaptação transcultural de uma escala seria tão expressivo que poderia inviabilizar o processo. Assim, considerou-se necessário desenvolver uma nova escala, com base em itens de escalas já existentes e incorporando outros provenientes do estudo qualitativo e da contribuição de especialistas, cuja sistematização do processo será detalhada na metodologia.

2 JUSTIFICATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

2 JUSTIFICATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

As justificativas para o desenvolvimento desta tese foram:

- a) Não foi encontrado na literatura nenhum instrumento que mensurasse as percepções sobre discriminação racial interpessoal, no contexto específico dos serviços de saúde, e no qual a população-alvo fosse composta por usuários desses serviços.
- b) O Brasil possui contextos histórico e racial específicos e complexos, o que, por si só, já demandaria cautela para a execução de uma adaptação transcultural.
- c) A maioria dos estudos sobre a relação entre racismo e saúde, publicados em bases de dados internacionais, é de origem estadunidense. É preciso considerar que a construção histórica de raça/cor e a experiência de racismo nos Estados Unidos operam por meio de mecanismos completamente diferentes do Brasil.
- d) No Brasil, o mito da democracia racial contribui para invisibilizar o racismo como um aspecto determinante das iniquidades em saúde da população, dificultando sua mensuração e demandando novas estratégias de identificação.
- e) O desenvolvimento do instrumento de medida DRISS poderá contribuir com a produção de indicadores importantes para o aprimoramento, o monitoramento e a implementação da PNSIPN.
- f) As repercussões do racismo nos serviços de saúde podem ocasionar danos imediatos, crônicos e até fatais na vida das pessoas. Assim, considerou-se relevante focar os serviços de saúde na construção do DRISS.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e validar um instrumento para mensurar a percepção dos usuários sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Verificar as evidências de validade de face, conteúdo e constructo.
- 2) Verificar evidências de confiabilidade.
- 3) Identificar fatores socioeconômicos e demográficos associados ao escore final da escala.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo metodológico que visou a construção e a validação psicométrica do instrumento ‘Percepção sobre Discriminação Racial Interpessoal no Contexto dos Serviços de Saúde’ (DRISS).

Segundo o Dicionário *Online* Aurélio, psicometria é a “medida dos fenômenos psíquicos” (Aurélio, 2017). Trata-se uma ciência originária da psicologia, embora não seja atribuição exclusiva dos profissionais dessa área. Visa transformar pensamentos, crenças, emoções, sentimentos e fenômenos em valor numérico, possibilitando, assim, proceder com análises estatísticas. Para Pasquali (2009), “psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada nas áreas da psicologia e da educação” (Pasquali, 2009).

Os procedimentos metodológicos deste estudo estão ancorados na Teoria Clássica dos Testes (TCT) (Sartes, Souza-Formigoni, 2013) Segundo DeVellis (2012), o ato de medir é característica fundamental da ciência, sendo que o processo de medir deve ser realizado com qualidade, que, por sua vez, é alcançada por meio de rigor metodológico (DeVellis, 2012).

A TCT é uma das teorias que fundamentam a psicometria. Refere-se a um conjunto de procedimentos que fundamentam o desenvolvimento de instrumentos de medida (DeVellis, 2006; Sartes, Souza-Formigoni, 2013). Destacam-se dois postulados importantes relacionados à TCT: o primeiro refere-se ao resultado do teste feito pelo indivíduo (X), que é resultante da soma do valor verdadeiro (V : valor real ou escore verdadeiro), mais o erro de medida associado a esse resultado (E : erro aleatório, ou seja: $X=V+E$); o segundo postulado indica que o resultado esperado é o resultado verdadeiro, o que significa que a precisão do eventual resultado aumenta conforme aumenta o número de observações. Assim, na TCT, os erros aleatórios devem ser independentes em qualquer circunstância (DeVellis, 2006; Sartes, Souza-Formigoni, 2013). Na TCT, também é necessário analisar um conjunto de itens, visando selecionar os que representarão melhor o fenômeno sob investigação. Em suma, trata-se de um processo que pode ser realizado por meio das validações conteúdo e constructo – que serão descritos com mais detalhes posteriormente.

Isto posto, os procedimentos metodológicos são apresentados em cinco etapas: 1) elaboração dos itens do DRISS; 2) procedimentos adotados para as validações, conteúdo e constructo; 3) procedimentos adotados para a verificação da confiabilidade; 4) escoreificação (cálculo do escore fatorial); 5) análise da distribuição do escore segundo os aspectos sociodemográficos da amostra.

4.1 ETAPA 1 - A ELABORAÇÃO DOS ITENS DO DRISS

Para o desenvolvimento de um instrumento de medida, foram seguidos os seguintes passos (DeVellis, 2012; Furr, 2015): 1) fundamentação teórica; 2) Versão 1 do DRISS – a elaboração do *pool* de itens; e 3) escolha do estilo de respostas.

4.1.1 Fundamentação teórica

A fundamentação teórica é o passo inicial para a construção de um novo instrumento. Deve ser baseada, primordialmente, em dois pilares: revisão de literatura e estudo qualitativo. Neste trabalho, foi adicionado mais um pilar: opinião de especialistas (DeVellis, 2012) (Figura 1).

Figura 1 - Pilares da fundamentação teórica do DRISS.

Como primeiro passo, procedeu-se à revisão de literatura para identificar se há escalas elaboradas para medir o fenômeno de interesse. Em seguida, verificou-se se o fenômeno é passível de ser observado indiretamente (Reichenheim, Moraes, 2007; DeVellis, 2012; Bastos et al., 2014). Todas essas etapas foram realizadas adequadamente e a revisão de literatura das escalas encontra-se no subcapítulo “Revisão da literatura sobre instrumentos de mensuração de discriminação racial”.

Vale lembrar que os itens (questões) que compõem o instrumento devem indicar o caminho para o entendimento da variável latente, porém, sem fazer menção direta a ela (DeVellis, 2012). Exemplificando: o DRISS visa medir ‘percepção sobre discriminação racial no contexto de serviços de saúde’. No entanto, em nenhum item, o termo ‘discriminação racial’ foi utilizado, pois se trata da variável latente que se deseja mensurar.

Quanto ao segundo pilar, para a fundamentação teórica da construção de um novo instrumento, um estudo qualitativo deve ser utilizado (Reichenheim, Moraes, 2007; DeVellis, 2012). Estudos qualitativos com o propósito de fundamentar a construção de instrumentos devem ser provenientes de dados coletados de grupo focais ou de entrevistas em profundidade. Isto porque, entende-se que o fenômeno é melhor observado por quem está diretamente relacionado a ele; ou seja, a população-alvo.

A partir dessa premissa, o estudo qualitativo utilizado nesta tese foi a dissertação de mestrado: *‘Mulheres negras, o cuidado com a saúde e a busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda’* (Santa Rosa, 2013). Trata-se de uma etnografia realizada em um bairro de baixa renda, com grande proporção de residentes autodeclarados como negros, na periferia da cidade de São Paulo. O estudo foi baseado nos discursos de vinte mulheres, autodeclaradas negras. Os discursos revelaram que as experiências das mulheres sobre discriminação racial interpessoal em serviços de saúde eram, majoritariamente, relacionadas à interação usuária-profissional de saúde. Essas vivências variavam entre experiências pessoais ou testemunhadas. As informantes do estudo, em face ao ato racialmente discriminatório perpetrado por profissionais de saúde, relataram vivenciar *sentimentos* diversos que podiam variar de ‘guardar para si mesmas’ até desenvolver sintomas físicos. Tais sentimentos culminavam em *reações* que podiam se manifestar por meio de silêncio, estratégias de *coping* ou outras *atitudes*, tais como fazer um escândalo ou denunciar às autoridades.

Dessa forma, os achados da dissertação coincidiram com outros trabalhos encontrados na literatura – inclusive, pareciam estar sintetizados em alguns itens de instrumentos já existentes e validados em outros contextos (Krieger, 1990; Paradies, Cunningham, 2008). Os achados inéditos foram usados para elaborar outros itens não vislumbrados nas escalas existentes, como a adoção de cuidados adicionais com a aparência antes de ir a um serviço de saúde (por exemplo: depilação e escolha cuidadosa das roupas), pré-disposição para não reclamar do atendimento recebido – por medo de ser negligenciada, maltratada ou abandonada, entre outros. Essas informações compuseram a elaboração de alguns itens do DRISS.

Em relação ao terceiro pilar da fundamentação teórica, a elaboração do DRISS contou com a sugestão dos membros do Grupo de Pesquisa Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Bahia, sob coordenação da Profa. Dra. Edna Maria de Araújo – co-orientadora deste trabalho. Esse grupo desenvolve pesquisas na área de desigualdades étnico-raciais em saúde. Assim, estabeleceu-se uma parceria de pesquisa, em que o projeto que originou esta tese compõe o ‘subprojeto 3’ de um projeto maior apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Em 2015, o *pool* de itens inicial foi apresentado ao NUDES, contendo os itens provenientes da revisão de literatura e do estudo qualitativo. Naquele momento, professores mestres, doutores e alunos de pós-graduação fizeram importantes contribuições para a elaboração do instrumento.

4.1.2 Versão 1 do DRISS – A elaboração do *pool* de itens

Para DeVellis (2012), o *pool* de itens é um conjunto de itens que deve ser construído, considerando a maior abrangência teórica possível sobre um determinado fenômeno a ser investigado. A criatividade do pesquisador para compor esse *pool* de itens é permitida e recomendada. Preferencialmente, o *pool* de itens deve atingir a quantidade de quatro vezes mais a quantidade de itens que se pretende manter ao final do processo de desenvolvimento do instrumento. Para o mesmo autor, se o objeto de estudo for de difícil exploração, há que se ter um *pool* de itens de, pelo menos,

50% a mais do que a quantidade total que permanecerá na versão final. A redundância é desejável nessa fase e pode se manifestar por meio de diferentes maneiras de expressar a mesma ideia – como, por exemplo, com estruturas gramaticais diferentes (DeVellis, 2012).

O *pool* de itens deve refletir o modelo teórico estabelecido e o constructo de interesse. Na construção dos itens, sugere-se que se inicie com um trecho que parafraseie o construto (DeVellis, 2012). Assim, para a construção do texto introdutório do DRISS, utilizou-se como modelo o texto introdutório de um instrumento já existente, o *Measure of Indigenous Racism Experiences* (MIRE) (Paradies, Cunningham, 2008).

Há várias outras recomendações consideradas fundamentais para a construção do *pool* de itens. Por exemplo, os itens não devem ser ambíguos, não podem gerar dilemas nos respondentes, não podem ser longos demais, deve-se evitar palavras desnecessárias, utilizar grau de dificuldade mediana de redação, evitar a inclusão de duas ou mais ideias no mesmo item, evitar múltiplas negativas no mesmo item, evitar “sujeitos genéricos” ou ambíguos e preferir formas substantivas às adjetivas (DeVellis, 2012).

Partindo desses pressupostos, foi necessário, por exemplo, dividir um item, extraído do MIRE (Paradies, Cunningham, 2008): “*Eu ignoro, esqueço ou aceito o que aconteceu como um fato que faz parte da vida*”, pois contém três ações na mesma sentença. Esse item inspirou a elaboração de três itens separadamente: a. Eu ignoro (1); b. Eu esqueço (2); c. Encaro como um acontecimento que faz parte da vida (4) (Quadro 1).

4.1.2.1 Dimensionalidade do DRISS

Antecipadamente, esperava-se que o DRISS fosse um instrumento multidimensional, devido à natureza multitemática apresentada pela teoria que versou sobre reações, experiências, sentimentos, entre outros, em face ao tratamento injusto devido à raça/cor da pele. Assim, foi solicitado aos membros do comitê de especialistas, sobre o qual será tratado mais adiante, que opinassem qualitativamente sobre a dimensionalidade que eles atribuiriam para cada item. Contudo, sabia-se que

essa dimensionalidade também poderia ser avaliada durante análises estatísticas posteriores (análise fatorial exploratória).

4.1.2.2 Escolha do estilo de resposta

Outra questão relevante é a escolha do estilo de respostas do instrumento (DeVellis, 2012). Para isso, foi necessário decidir se o instrumento iria mensurar presença/ausência, concordância/discordância ou frequência do fenômeno sob investigação. Assim, partiu-se do entendimento de que a discriminação racial ocorre no contexto dos serviços de saúde, ou seja, que o fenômeno já existe. Portanto, buscou-se mensurar a 'frequência' das experiências, dos sentimentos, das reações e das atitudes. Desse modo, optou-se pelo seguinte grupo de respostas: 1 = raramente; 2 = algumas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre. Isso posto, o *pool* de itens foi elaborado (versão 1 do DRISS – Quadro 3), inicialmente com vistas a refletir, de maneira mais abrangente possível, o fenômeno DRISS.

Quadro 3 - Pool de itens da versão 1 do DRISS, segundo a categoria de resposta e a fonte, São Paulo, 2017.

Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido a minha raça/cor da pele, eu:	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Fonte
1. Ignoro						Experiences of Discrimination e Measure of Indigenous Racism Experiences (Krieger, 1990; Paradies, Cunningham, 2008)
2. Encaro como um acontecimento que faz parte da vida						
3. Converso com alguma pessoa, como um familiar, ou amigo, sobre o que aconteceu						
4. Esqueço o que aconteceu						
5. Escrevo sobre o que aconteceu						
6. Desenho sobre o que aconteceu						
7. Canto sobre o que aconteceu						
8. Pinto sobre o que aconteceu						
9. Faço uma oração (ou rezo) pela situação.						
10. Guardo isso para mim mesma/o						
11. Reclamo em voz baixa com as pessoas que estão próximas a mim						Dissertação (Santa Rosa, 2013)
12. Reclamo em voz alta						
13. Faço um “barraco” (escândalo)						
14. Denuncio para as autoridades (por exemplo: polícia, abro um processo na justiça)						
15. Me sinto humilhada/o						Especialistas NUDES
16. Me sinto impotente						
17. Sinto raiva						
18. Sinto algum sintoma físico, como: dores de cabeça, de estômago, tensão nos músculos, ou palpitação no coração						MIRE (Paradies, Cunningham, 2008)
19. Sinto medo de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o						Dissertação (Santa Rosa, 2013)

Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido a minha raça/cor da pele, eu:	Rara-mente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Fonte
20. Sinto medo de ser humilhada/o						
21. Sinto medo de ser maltratada/o						
22. Sinto medo de não ser atendida/o						Especialistas NUDES
23. Sinto medo de receber medicamento errado						Dissertação (Santa Rosa, 2013)
24. Sinto medo de receber tratamento errado						
Com o objetivo de evitar ser tratada/o injustamente devido à minha raça/cor de pele, eu:						
25. Tomo cuidados adicionais com a aparência (higiene, depilação...)						Dissertação (Santa Rosa, 2013)
26. Vou predisposta/o a não reclamar do atendimento, mesmo se eu estiver sofrendo ou com dor						
27. Mudo o local de atendimento						Especialistas NUDES
28. Não busco mais atendimento						
Na minha opinião:						
29. Os homens brancos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						Dissertação (Santa Rosa, 2013)
30. As mulheres brancas são as que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
31. Os homens asiáticos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
32. As mulheres asiáticas são as que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
33. Os homens pardos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
34. As mulheres pardas são as que mais						

Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido a minha raça/cor da pele, eu:	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Fonte
recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
35. Os homens pretos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
36. As mulheres pretas são as que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
37. Os homens indígenas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
38. As mulheres indígenas são as que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde						
Eu costumo me sentir tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele quando, entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, atendentes etc.)						
39. Há só pessoas de raça/cor da pele brancas						Recomendação da literatura (Beard, Volcy, 2013)
40. Há só pessoas de raça/cor da pele pretos e pardos						
41. Há só pessoas de raça/cor da pele brancas e asiáticas						
42. Há só pessoas de raça/cor da pele brancas, asiáticas e pardas						
43. Há só pessoas de raça/cor da pele brancas, asiáticas, pardas e pretas						
44. Há pessoas de todas as raças e cores						
45. Eu já presenciei um/a familiar, parente ou amigo/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde?						Dissertação (Santa Rosa, 2013)
46. Eu já presenciei outras pessoas serem tratadas injustamente						

Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido a minha raça/cor da pele, eu:	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Fonte
devido à raça/cor da pele em serviços de saúde?						
47. Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde						Recomendação da literatura (Paradies, Truong, Priest, 2014)
48. Eu já vi um/a familiar, parente ou amigo/a ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde						
49. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde						

4.2 ETAPA 2 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA AS VALIDAÇÕES DE CONTEÚDO E CONSTRUCTO

Para conduzir o processo de validação do instrumento DRISS, foram contempladas estratégias de validação de conteúdo e de construto, conforme proposto por Furr (2015).

4.2.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo refere-se a um conjunto de itens que refletem adequadamente um determinado fenômeno (DeVellis, 2012). Ou seja, dentro de um universo de itens possíveis, devem permanecer no instrumento final apenas os itens que reflitam o constructo sob estudo (Polit, Beck, Hungler, 2004). Para se verificar a validade de conteúdo, podem ser considerados critérios qualitativos e quantitativos (Alexandre, Coluci, 2011). Os critérios qualitativos foram apontados por escrito pelo

comitê de especialistas e os critérios quantitativos foram análises feitas pelo pesquisador, a partir dos dados coletados do comitê de especialistas e do consenso entre juízes/concordância.

Para a validação de conteúdo, considerou-se relevante, antes de mais nada, avaliar a clareza, a relevância, a adequação da amostra e a qualidade do instrumento (Fitzpatrick, 1983; Wilson, Pan, Schumsky, 2012). Para tanto, cada um desses critérios foi avaliado pelos especialistas em todos os itens.

4.2.1.1 O comitê de especialistas

Para avaliar a validade de conteúdo, foi formado um comitê de especialistas que avaliou a versão 1 do DRISS. Não existe um consenso na literatura sobre a quantidade e a formação dos especialistas que devem compor um comitê. No entanto, parece ser consenso que, ao escolher o comitê de especialistas, é necessário considerar as características do instrumento, além da formação, da qualificação e da disponibilidade dos especialistas. Há que se escolher, também, indivíduos que tenham experiência para trabalhar na temática de estudo, indivíduos com conhecimentos relativos à construção de escalas, bem como que sejam membros da população-alvo, ou seja, leigos (Alexandre, Coluci, 2011). Decidiu-se que, para a compor o comitê de especialistas do DRISS, deveria haver, no mínimo, um metodologista, três especialistas em relações étnico-raciais, um linguista e membros da população-alvo. Considerou-se relevante também buscar indivíduos com os quais não houvesse conflito de interesse. Assim, os metodologistas e especialistas em relações étnico-raciais foram escolhidos por busca na Plataforma Lattes, com as palavras-chave psicometria, instrumentos e relações-étnico-raciais.

Os convites para os especialistas comporem o comitê de especialistas do DRISS foram enviados por e-mail em fevereiro de 2017. Conforme houvesse demora na resposta (esperavam-se 20 dias) ou quando a resposta era negativa, buscava-se outro especialista com a mesma experiência na mesma área.

Nessa fase, quando a versão 1 do DRISS (*pool de itens inicial*) estava pronta, o Formulário de Avaliação dos Especialistas foi criado e inserido no *Research*

*Electronic Data Capture (REDCap)*¹ (Harris et al., 2009). No e-mail-convite enviado aos especialistas, constava a seguinte mensagem:

Meu nome é Patricia Lima Ferreira Santa Rosa, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação das Profas. Dras. Ana Luíza Vilela Borges e Edna Maria de Araújo.

Você foi convidado/a por ser um/a especialista em uma das seguintes áreas: psicomетria, relações étnico-raciais, epidemiologia, linguística ou outra.

Obrigada por participar desta fase da minha pesquisa, intitulada 'Desenvolvimento e validação do instrumento de medida das percepções sobre discriminação racial interpessoal e institucional nos serviços de saúde brasileiros'!

A sua participação consistirá, primeiramente, em preencher o formulário com questões introdutórias gerais (nome, afiliação, especialidade). Em seguida, deverá preencher o formulário de avaliação do instrumento por especialistas.

Você deverá analisar o texto introdutório e os 49 itens propostos. Trata-se de uma escala do tipo Likert em que, excetuando o texto introdutório, todas as questões terão o seguinte estilo de resposta: raramente, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre e sempre.

A avaliação será quanto à relevância; à clareza; se deve ser mantido sem alterações, mantido com alterações, ou excluído. Caso decida por manter o item com alterações, uma caixa de texto será automaticamente aberta, onde você deverá fazer suas sugestões. Caso você escolha a opção excluir, uma caixa de texto também será automaticamente aberta, onde você precisará justificar a razão pela qual sugeriu a exclusão. Além disso, há uma caixa de texto adicional, caso deseje sugerir ou comentar algo a mais.

Após a análise do conjunto de respostas de todos os especialistas, vislumbra-se atingir uma versão pronta para ser aplicada à população. Assim, terá fim a etapa de desenvolvimento do instrumento, tornando possível a etapa de validação, ou seja, a aplicação do instrumento à população-alvo.

A população-alvo será composta por pessoas adultas, em gozo de suas faculdades mentais, dispostas a participar do estudo.

O tempo a ser gasto no preenchimento será de 20 a 30 minutos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP em 05/07/2016.

Estou muito satisfeita em poder contar com a sua colaboração e coloco-me à disposição em caso de dúvidas, por e-mail patriciasantarosa@usp.br ou telefone celular: (11) XXXXXXXXXX.

Muito obrigada!

No momento em que o especialista aceitava participar do estudo para compor o comitê de especialistas, o *link* com o Formulário de Avaliação do Instrumento por Especialistas era enviado por e-mail para ser preenchido no REDCap (exemplo na Figura 2). Adicionalmente, foram enviados o projeto de pesquisa e o comprovante de aceitação do Comitê de Ética.

¹ "REDCap é um sistema eletrônico baseado na *web*, consolidado internacionalmente e altamente seguro para coleta e gerenciamento de dados em pesquisas científicas. Esse sistema foi desenvolvido por pesquisadores da Vanderbilt University (Tennessee, Estados Unidos) e é disponibilizado para centros de pesquisas do mundo inteiro, por intermédio do estabelecimento de um contrato de afiliação com o REDCap Consortium (Harris et al., 2009).
- <https://projectredcap.org/>

Aos especialistas foi solicitado avaliar cada item segundo a relevância, a dimensão e a clareza do seguinte modo:

- Relevância
 - não relevante
 - relevante, porém, necessita de grande revisão
 - relevante, porém, necessita de pequena revisão
 - item relevante
- Clareza
 - não claro
 - pouco claro
 - muito claro
- Dimensão
 - reação
 - experiência
 - sentimento
 - outra
- Manutenção
 - mantido inalterado
 - modificado
 - excluído

Em relação à avaliação sobre a ‘dimensão’ do instrumento, foram sugeridos temas aos especialistas com base na revisão de literatura, embora já se soubesse que tais dimensões seriam definidas após a análise fatorial. Na ocasião da participação do especialista, se fosse escolhida a opção ‘outra’, em seguida, uma caixa de texto era aberta para a inclusão da crítica sugerida.

Quanto à pergunta sobre a manutenção do item, se o especialista escolhesse a opção ‘manter modificado’, uma caixa de texto se abria para que ele incluísse sua sugestão de modificação; se a opção escolhida fosse ‘excluído’, se abriria a caixa de diálogo solicitando uma justificativa.

Além disso, para todos os itens, havia uma caixa de diálogo no final para sugestões relacionadas ao item como um todo. Portanto, essas caixas de diálogo permitiram que os especialistas pudessem ter espaço para realizar críticas e sugestões sobre cada um dos itens.

Figura 2 - Exemplo de item presente no formulário construído no REDCap para análise de face e conteúdo do DRISS por especialistas. São Paulo, 2017.

2. Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido à minha raça/cor da pele, eu encaro como um acontecimento que faz parte da vida

1 () Raramente
2 () Algumas vezes
3 () Muitas vezes
4 () Quase sempre
5 () Sempre

Assinale a alternativa que considerar mais adequada para avaliar a RELEVÂNCIA desse item:

☐ não relevante
☐ relevante, porém necessita de grande revisão
☐ relevante, porém necessita de pequena revisão
☐ item relevante

Assinale a alternativa que considerar mais adequada para avaliar a CLAREZA desse item:

☐ não claro
☐ pouco claro
☐ muito claro

Você acha que este item se enquadra em qual dimensão?

☐ reação
☐ experiência
☐ sentimento
☐ outra

Qual é a sua sugestão?

Voce acha que esse item deve ser:

☐ mantido inalterado
☐ modificado
☐ excluído

De que forma?

Justifique

Gostaria de sugerir ou comentar algo mais sobre este item?

O texto introdutório também foi submetido ao julgamento dos especialistas, conforme mostra a Figura 3.

Figura 3 - Exemplo de item (texto introdutório) presente no formulário construído no REDCap para análise de face e conteúdo do DRISS por especialistas. São Paulo, 2017.

Texto introdutório do instrumento:

As seguintes questões versam sobre suas experiências nos serviços de saúde como, por exemplo UBS, hospitais, prontos-socorros, entre outros, em relação a sua raça/cor da pele. Algumas questões versam sobre sua experiência de 'ser tratada/o injustamente' nesses locais.

As pessoas podem ser tratadas injustamente por muitas razões (por serem mulheres, gordas, homossexuais, terem algum tipo de doença etc.). Por esse motivo, nós incluímos apenas questões que buscam investigar sobre as situações em que você foi tratada/o injustamente devido a sua raça/cor da pele, nos serviços de saúde.

Ser tratada/o injustamente significa ser tratada/o como se você fosse inferior, com grosseria, com desrespeito, com humilhação, ser ignorada/o, ser invisibilizada/o, insultada/o, assediada/o, estereotipada/o, discriminada/o, ser vista/o como uma pessoa suja, malculhada ou terem feito suposições injustas contra a sua pessoa.

Assinale a alternativa que considerar mais adequada para avaliar a RELEVÂNCIA desse item:

☐ não relevante
☐ relevante, porém necessita de grande revisão
☐ relevante, porém necessita de pequena revisão
☐ item relevante

Assinale a alternativa que considerar mais adequada para avaliar a CLAREZA desse item:

☐ não claro
☐ pouco claro
☐ muito claro

Você acha que esse item deve ser:

☐ mantido inalterado
☐ modificado
☐ excluído

Para a realização da análise quantitativa da validade de conteúdo, foi utilizado como parâmetro a pergunta a respeito da manutenção do item (mantido inalterado – modificado – excluído). Quando o especialista escolhesse ‘mantido inalterado’ ou ‘mantido modificado’, o item era contabilizado como um voto para manter (recebendo o código 1); quando a opção do especialista era ‘excluído’, o item era contabilizado com um voto para excluir (recebendo o código 0).

O índice utilizado para realizar a análise quantitativa concernente à validade de conteúdo foi a Razão de Validade de Conteúdo (CVR) (Alexandre, Coluci, 2011), considerado metodologicamente mais acurado (Wilson, Pan, Schumsky, 2012).

A CVR, também conhecida como Razão de Validade de Conteúdo de Lawshe (Wilson, Pan, Schumsky, 2012), consiste na seguinte fórmula:

$$CVR = \frac{n_e - (N/2)}{N/2}$$

n_e = número de especialistas que consideraram o item como essencial, ou seja, que decidiram pela manutenção do item

N = total de especialistas do comitê

Portanto, se todos os especialistas concordarem com a manutenção do item, o índice será igual a 1; se o número de especialistas que concordaram com a manutenção do item for maior do que a metade do número total de especialistas, o CVR será ficar entre zero e um; se menos da metade dos especialistas concordarem com a manutenção do item, o CVR ficará com o valor negativo. Trata-se de uma estatística linear da proporção de especialistas que concordam com a manutenção do item (Wilson, Pan, Schumsky, 2012). O ponto de corte utilizado foi de 0,75 (Wilson, Pan, Schumsky, 2012), ou seja, foram mantidos todos os itens com CVR maior ou igual a 0,75 e excluídos todos os itens com CVR menor do que esse valor.

Após a aplicação do CVR, realizou-se o teste de concordância entre os especialistas, chamado Kappa ajustado pela prevalência (PABAK) (Byrt, Bishop, Carlin, 1993; Brito, Portela, Vasconcellos, 2005; Lobão et al., 2005; Cunningham, 2009), dado pela seguinte fórmula:

$$p_i = (a-d)/N$$

$$b_i = (b-c)/N$$

$$PABAK = 2 P_o - 1$$

p_i – índice de prevalência

b_i – índice de erro

P_o – proporção de concordância

O resultado do PABAK serve para observar o nível de concordância entre os especialistas. A interpretação dos valores de PABAK é: <0 , sem concordância (caso seja menos do que zero, indica que não há concordância); 0-0,19, concordância pobre; 0,20-0,39, há concordância razoável; 0,40-0,59, concordância moderada; 0,60-0,79, concordância substancial; e 0,80-1,00, concordância quase perfeita.

4.2.1.2 Pré-teste

Inicialmente, o pré-teste foi realizado com entrevistas face-a-face, utilizando o formulário impresso. Posteriormente, as participações foram feitas diretamente no REDCap, por intermédio de um *link* enviado via e-mail, Whatsapp ou Facebook. Buscou-se observar se as questões estavam sendo bem entendidas pelos respondentes e se o formulário no REDCap estava funcionando adequadamente.

4.2.2 Validação de constructo

Segundo o Dicionário *Online* de Português, a palavra constructo é substantiva, de gênero masculino. A origem da palavra é latina (*constructos*) e é sinônimo de construto. Trata-se de um modelo criado mentalmente que estabelece um paralelo entre uma observação idealizada e uma teoria; ideia ou teoria construída a partir de elementos conceituais ou subjetivos, não baseados em evidências empíricas; [Psicologia] Ideia ou conceito que é resultado da sintetização de ideias mais simples (Dicio, 2017).

Para DeVellis (2012), a validade de constructo refere-se a uma relação teórica direta de uma variável (por exemplo: escore de uma escala) com outras variáveis. Segundo Pasquali (2009), a validade de constructo

é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos e com toda a razão, dado que ela constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes e, portanto, se coaduna exatamente com a teoria psicométrica aqui defendida (Pasquali, 2009).

Segundo Furr (2015), a validade de constructo pode ser entendida a partir de um modelo pentagonal, ou seja, deve ser baseada em 5 pilares: no conteúdo do teste, na estrutura interna, na associação com outras variáveis, nas consequências do uso e no processo de resposta (Figura 4).

Figura 4 - A perspectiva contemporânea dos tipos de informação relevantes para a validade de um teste (modelo adaptado – tradução livre) (Furr, 2015).

Quanto ao conteúdo do teste, o autor refere-se a uma validação de conteúdo bem-feita, realizada por um comitê de especialistas. O autor alerta também que a validade de conteúdo não pode ser confundida ou omitida por meio da validade de face (Furr, 2015). Em relação à estrutura interna, o autor refere-se à dimensionalidade do teste, apresentada pela análise fatorial, devendo refletir o conteúdo teórico do constructo. Concernente ao processo de resposta, o conceito diz respeito ao processo mental utilizado pelos respondentes. Finalmente, em relação às consequências do uso da escala, o autor alerta para uma reflexão necessária em termos de responsabilidade, por parte do desenvolvedor da escala, sobre o papel social e político do seu uso. Já, a associação com outras variáveis, se refere à validade de critério (Furr, 2015) – que não será possível verificar, porque não há um instrumento padrão-ouro para efetuar a comparação entre ela o DRISS.

Partindo do princípio que a validação de construto é um processo que depende dos cinco vértices apontados por Furr (2015), aqui são apresentados os procedimentos realizados antes da avaliação da dimensionalidade propriamente dita (um dos cinco vértices). Esses procedimentos são: cálculo do tamanho da amostra, preenchimento do instrumento pela população-alvo e, finalmente, avaliação da dimensionalidade (análise fatorial exploratória).

4.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

Neste estudo, adotou-se a perspectiva de Hair, Black e Babin (2014), que propuseram um mínimo aceitável de cinco observações para cada item proposto. Por exemplo, para uma escala com 24 itens, a amostra deve ser composta por, no mínimo, 120 sujeitos.

4.2.4 Preenchimento do instrumento pela população-alvo

Considerou-se população-alvo qualquer indivíduos com idade acima de 18 anos, que tivesse interesse em participar da pesquisa. A população-alvo respondeu o instrumento no REDCap após as alterações sugeridas pelo comitê de especialistas e os ajustes no número de itens, considerando o CVR. O *link* para o instrumento foi enviado por e-mail e redes sociais, como Whatsapp e Facebook.

4.2.4.1 Envio do instrumento

O instrumento foi administrado por meio de um formulário autoadministrado, via computador [do inglês: *Computerized self-administered questionnaires (CSAQ)*], no REDCap. A escolha do CSAQ deveu-se ao fato de ser uma forma de coleta de dados que reúne várias potencialidades (Fielding, Lee, Blank, 2008). Desse modo, um *link* foi enviado para os potenciais respondentes. O DRISS foi inserido no REDCap e um

link foi enviado por e-mail ou grupo de contatos em redes sociais, como Facebook e Whatsapp, contendo a seguinte mensagem:

Olá!

Sou doutoranda e pesquiso discriminação racial nos serviços de saúde.

Se devido à sua raça ou cor de pele, você sentiu que foi tratado de maneira injusta em um posto de saúde, pronto socorro, maternidade ou qualquer outro serviço de saúde, público ou privado, por favor, responda a esta pesquisa, que é do meu doutorado, clicando no link <http://j.mp/2tge2Ro>.

Vai levar apenas 10 minutos e você ajudará no reconhecimento e combate à discriminação racial dentro dos serviços de saúde brasileiros.

Obrigada!

Patricia Santa Rosa

Esta mensagem, contendo o *link*, direcionava os respondentes ao formulário no REDcap. A mensagem foi enviada para listas de e-mails de diferentes grupos da sociedade, como, por exemplo: universitários, membros de movimentos sociais, entre outros.

Segundo estudiosos sobre métodos de pesquisa pela internet, todas as formas de comunicação são válidas (Fragoso, Recuero, Amaral, 2015). Pesquisas realizadas na internet possibilitam, por exemplo, a realização de entrevistas sem a presença de entrevistadores, oferecendo vantagens tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador (Fielding, Lee, Blank, 2008). Dentre as vantagens para o entrevistado, destaca-se a possibilidade de preenchimento em qualquer momento ou lugar e a elevada sensação de privacidade. Dentre as vantagens para o entrevistador, estão a alimentação automática do banco de dados, a redução de tempo, custos e erros provenientes das transcrições e, por fim, a ausência do viés do entrevistador. Dentre as desvantagens, destaca-se a dificuldade de atingir pessoas que não tenham acesso à internet ou que não saibam utilizar o computador (Fielding, Lee, Blank, 2008) – a despeito de o Brasil ser o quarto país do mundo em número de usuários de internet, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017).

4.2.5 Questões introdutórias ao DRISS

Adicionalmente, mais três perguntas introdutórias foram incluídas. Elas versam sobre a existência ou não de experiência com tratamento injusto, devido à raça/cor de

pele, em serviços de saúde, devendo ser respondidas antes do DRISS propriamente dito (Apêndice III). Além disso, essas perguntas possibilitaram identificar e quantificar os cenários, o momento (tempo) e qual categoria profissional que perpetrrou a discriminação racial interpessoal.

4.2.6 Instrumento para coleta de dados sociodemográficos

Um questionário socioeconômico-demográfico foi elaborado para ser respondido antes do DRISS. As variáveis coletadas neste questionário foram: sexo, idade, estado de residência, região (rural ou urbana), religião, escolaridade, raça/cor, profissão, trabalho remunerado, plano de saúde (ou convênio), união estável e informações para a classificação do grupo econômico (quantidade de automóveis, empregados domésticos, eletroeletrônicos, benefícios sociais – ou previdenciários – recebidos, pavimentação, água encanada) (ABEP, 2016) (Apêndice IV).

Os três instrumentos foram disponibilizados na seguinte sequência: 1) socioeconômico-demográfico, 2) questões introdutórias ao DRISS, 3) DRISS (Apêndice I).

4.2.7 Avaliação da dimensionalidade

A análise fatorial exploratória (AFE) foi o método utilizado para a avaliação da dimensionalidade do DRISS. A AFE avaliou a correlação item-item, agrupando-os segundo a força da correlação, em uma matriz do tipo policórica (Hair, Black, Babin, 2014). O grupo de itens fortemente correlacionados é denominado fator. Quando todos os itens de uma escala estiverem fortemente correlacionados, diz-se que a escala é unidimensional e, quando a correlação é forte, porém em grupos (fatores) separados, diz-se que a escala é multidimensional.

Os itens de um fator também podem estar correlacionados com itens de outro fator. A AFE permite estimar os fatores que devem refletir o que a teoria representa, porém, é necessário o julgamento constante do pesquisador. Trata-se, pois, de um processo interativo constante em que o pesquisador deve interpretar o que a AFE

apresenta e tomar as decisões necessárias sobre a exclusão ou a permanência de um item na escala, baseado nos parâmetros pré-estabelecidos – como carga fatorial, comunalidade, entre outros (Furr, 2015). A figura 5 representa, de forma simplificada, os passos seguidos para a realização da AFE deste trabalho.

Figura 5 - Fluxograma da análise fatorial exploratória do DRISS (adaptado do modelo de Furr (2015), São Paulo, 2017.

O primeiro produto da AFE foi a matriz de correlação entre os itens que foi submetida testes para verificar se ela era passível ou não de fatoração (Pasquali, 1999; Damásio, 2012). Os testes utilizados foram o Critério de Kaiser-Meyer-Okin (KMO), conhecido também como índice de adequação da amostra, e o Teste de Esfericidade de Bartlett. O KMO é um “teste estatístico que sugere a proporção de variância dos itens que pode estar sendo explicada por uma variável latente” (Lorenzo-Seva, Ferrando, 2006; Damásio, 2012). Esse índice diz o quão adequado é aplicar a AFE – para um determinado conjunto de dados (Hair, Black, Babin, 2014).

$$KMO = \frac{\text{quadrado das correlações totais}}{\text{quadrado das correlações parciais}}$$

O valor do KMO pode variar entre zero e um: valores próximos a zero indicam que é inapropriado proceder com a análise fatorial. A interpretação dos valores do KMO é a seguinte: até 0,5, inaceitável; 0,5-0,7, medíocre; 0,7-0,8, bom e 0,8-0,9, excelente.

Por sua vez, o Teste de Esfericidade de Bartlett avalia “em que medida a matriz de (co)variância é similar a uma matriz-identidade”. Assim, os valores da diagonal da matriz serão iguais a um – isto porque é o item se correlacionando com ele mesmo. Esse teste avalia a significância geral de todas as correlações da matriz de dados (Hair, Black, Babin, 2014). Portanto, o valor de significância da matriz $p < 0,05$ indica que a matriz é fatorável (Tabachnick, Fidell, 2012), pois rejeita a hipótese nula de que a matriz seja similar a uma matriz-identidade.

Após a indicação de fatorabilidade da matriz, o próximo passo foi usar como método de extração de fatores as Análises Paralelas (AP). O método das AP tem acurácia adequada, pois é baseado na amostra e não na população (Damásio, 2012). Trata-se de um procedimento estatístico de simulação de Monte-Carlo, que constrói aleatoriamente um conjunto hipotético de matrizes de correlação de variáveis, utilizando como base a mesma dimensionalidade do conjunto de dados reais (Laros, 2004; Damásio, 2012). A matriz hipotética é fatorada, segundo a quantidade de vezes que o pesquisador determinar, podendo ser centenas ou milhares de vezes. Assim, obtém-se a média dos autovalores (do termo, em inglês, *eigenvalue*) oriundos dessa

simulação. Autovalor, ou raiz latente, se refere à ideia de que “qualquer fator individual deve explicar a variância de, pelo menos, uma variável se o mesmo há de ser mantido para interpretação; cada variável contribui com o valor 1 do autovalor total (Hair, Black, Babin, 2014). Por fim, os autovalores reais são pareados com os autovalores aleatórios, visíveis nitidamente em um gráfico de autovalor. Portanto, a leitura é feita do seguinte modo: os fatores com autovalores >1 , mas com autovalores menores do que os obtidos na AP, são excluídos.

O passo seguinte, após a indicação do número de fatores, foi a rotação dos fatores. As rotações de fatores são técnicas que visam facilitar a interpretação dos mesmos. Trata-se de um processo de manipulação dos dados, porém, sem melhorar os resultados. Em outras palavras, não se trata de soluções estatísticas para disfarçar resultados ruins e nem apresentar soluções ótimas (Costello, Osborne, 2005; Damásio, 2012). Também é fundamental que se escolha a rotação adequada, segundo a natureza dos dados. Desse modo, as rotações oblíquas são mais adequadas para pesquisas em ciências humanas e saúde, pois avaliam comportamentos, sintomas, entre outros. As rotações oblíquas assumem *a priori* que os fatores são correlacionados, ou seja, possuem interdependência. Portanto, a rotação escolhida para esta análise foi a do tipo *oblimim*.

4.2.7.1 Interpretação e reespecificação de fatores

Após a etapa de extração de fatores (AP) e rotação, a associação entre os itens e os fatores foi examinada por meio das cargas fatoriais apresentadas. As cargas fatoriais consideradas aceitáveis foram as que estiveram entre 0,3 e 0,9. Os valores $<0,3$ foram descartados, pois indicaram baixa (ou nenhuma) colinearidade, significando que a variável não mede o constructo de interesse; e os valores $> 0,9$ podem ser indicadores de multicolinearidade, indicando que é possível que existam duas variáveis medindo constructos similares; neste caso, foram excluídos (Tabachnick, Fidell, 2012).

Logo após a exclusão de itens que não possuíam cargas fatoriais entre 0,3 e 0,9, uma nova AFE (análise paralela com rotação *oblimim*) foi realizada, possibilitando a avaliação das novas cargas fatoriais. Trata-se de um processo de limpeza e

simplificação que foi repetido até que o modelo mais parcimonioso possível fora atingido (Hair, Black, Babin, 2014).

Após a avaliação das cargas fatoriais, observava-se a comunalidade – que é a soma das cargas fatoriais ao quadrado, estimados para cada item. A interpretação das comunalidade é: entre 0,40 e 0,70, considera-se o valor de baixo a moderado (comum e aceitável em pesquisas da área das ciências sociais); $\geq 0,8$ (alta); $< 0,40$, pode indicar duas coisas: a) não estar relacionado aos outros itens ou b) sugerir um fator adicional que deve ser explorado. Itens com comunalidade $< 0,40$ foram excluídos (Costello, Osborne, 2005).

A variância acumulada é a variância explicada que é somada a cada fator e, posteriormente, acumulada. Variância explicada “refere-se à porção de variância comum que um fator, ou um conjunto de fatores, consegue extrair de um determinado conjunto de dados” (Damásio, 2012). A variância acumulada não foi utilizada como método para extrair itens ou fatores, mas sim como um parâmetro de consulta a cada nova AFE realizada, tendo em vista a recomendação de se atingir pelo menos 60% de variância acumulada (Figueiredo Filho, Silva Júnior, 2010).

A matriz de correlação entre os fatores revela quaisquer correlações existentes entre os fatores (Costello, Osborne, 2005). É esperado que os fatores estejam correlacionados, porém não podem ser muito correlacionados, pois indicariam que estavam tratando do mesmo fenômeno.

Três índices de ajuste foram utilizados: o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), o Índice de Tucker Lewis e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Quanto ao SRMR, trata-se de um indicador da média padronizada dos resíduos (discrepâncias entre a matriz observada e modelada), sendo que índices menores do que 0,10 são indicativos de bom ajuste (Hair, Black, Babin, 2014; Noronha, Pinto, Ottati, 2016). O Índice de Tucker Lewis calcula o ajuste relativo do modelo observado ao compará-lo com um modelo base, cujos valores acima de 0,95 indicam ótimo ajuste e os superiores a 0,90 indicam ajuste adequado (Bentler, 1990; Noronha, Pinto, Ottati, 2016). Por fim, o RMSEA é uma medida de discrepância. Seu valor varia entre 0 e 1, sendo esperados resultados menores do que 0,05 (Hooper, Coughlan, Mullen, 2008).

Após a avaliação dos índices de ajuste, chegou-se a um modelo final e os fatores foram rotulados, considerando a teoria (Hair, Black, Babin, 2014). Nesta etapa, foi obtida a versão final do DRISS.

4.3 ETAPA 3 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A VERIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE

A confiabilidade, como o próprio nome diz, denota o quão confiável é um instrumento. Assim, uma escala perfeitamente confiável produzirá um escore verdadeiro (*true score*), ou seja, o reflexo exato do constructo (DeVellis, 2012). Há vários métodos para se computar a confiabilidade, o que dependerá do tipo de dado que se deseja avaliar (por exemplo: variáveis contínuas, dicotômicas, entre outras). No entanto, todos os métodos de avaliação da confiabilidade possuem um ponto em comum: que a confiabilidade é a proporção de variância em um escore observado que pode ser atribuído ao verdadeiro escore da variável que está sendo avaliada (DeVellis, 2012).

Para DeVellis (2012), a consistência interna refere-se à homogeneidade de uma escala, ou seja, os itens devem estar conectados logicamente com o constructo. Uma escala é considerada internamente consistente à medida em que seus itens forem altamente intercorrelacionados. Isso pode significar duas coisas: ou os itens afetam uns aos outros (p. ex.: item A “causa” item B) ou os itens dividem uma causa comum. Assim, elevadas correlações inter-item sugerem que os itens estão todos medindo (ou são manifestações de) um mesmo fenômeno. No entanto, essa multicolinearidade é desejável somente em certa medida, pois pode indicar redundância (Hair, Black, Babin, 2014).

A medida de confiabilidade utilizada neste estudo, foi a consistência interna. Ao se avaliar a consistência interna, objetiva-se que os itens indicadores individuais da escala meçam o mesmo constructo e, assim, acabem sendo altamente correlacionados (Hair, Black, Babin, 2014). A medida mais amplamente utilizada é o Alpha de Cronbach, sendo a sua aplicação mais adequada em escalas unidimensionais (Revelle, Zinbarg, 2009; Widhiarso, Ravand, 2014). No caso de escalas multidimensionais, o Alpha de Cronbach faz sentido quando aplicado separadamente, segundo os fatores.

Portanto, neste trabalho utilizou-se o Ômega de McDonald, que vem sendo recomendado pela literatura recente como sendo mais preciso, no caso de escalas multidimensionais (Zinbarg et al., 2005, 2006; Zinbarg, Revelle, Yovel, 2007; Revelle, Zinbarg, 2009; Widhiarso, Ravand, 2014). A fórmula é a seguinte:

$$\omega = \frac{\sum_{j=1}^k \left(\sum_{i=1}^p \lambda_{ij} \right)^2}{\sum_{j=1}^k \left(\sum_{i=1}^p \lambda_{ij} \right)^2 + \sum_{i=1}^p e_i},$$

Onde:

λ_{ij} = carga fatorial de i -indicators on j -factor

e_i = variância de cada indicador

O denominador da equação é a variância da soma dos escores de todos os itens

Os resultados de ambos os testes são interpretados da seguinte forma, em relação à confiabilidade: < 0,30, muito baixa; 0,30 - 0,60, baixa; 0,60 - 0,75, moderada; 0,75 - 0,90, alta; > 0,90, muito alta.

4.4 ETAPA 4 - ESCORIFICAÇÃO (CÁLCULO DE ESCORE FATORIAL)

Após a elaboração da versão final do DRISS, considerando as etapas de validade e confiabilidade alcançadas, o escore foi construído com base na porcentagem de contribuição de cada fator ao fenômeno DRISS como um todo. Em outras palavras, o escore foi calculado, segundo a proporção de variância explicada. Assim sendo, ocorreu dos escores ficarem com números não inteiros e diferentes entre um item e outro.

4.5 ETAPA 5 - ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

Verificou-se se a distribuição dos escores da amostra obedecia a uma distribuição normal, por meio do teste de Shapiro-Wilk, ao nível de significância de 5%. Buscou-se verificar se havia diferença estatisticamente significativa entre as médias, em comparação com as características sociodemográficas.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi extraído do REDCap e trabalhado no Stata 14.2 (exclusão de recusas, perdas e duplicidades, além da análise do perfil sociodemográfico) e no Excel (cálculo do CVR). Todas as demais análises foram realizadas no R (KMO, Teste de Esfericidade de Bartlett, Análises Paralelas com rotação *oblimim*, gráfico de autovalores, comunalidade, proporção de variância acumulada e explicada, correlação entre fatores, RMSR, Tucker Lewis Index, RMSEA, Ômega de McDonald, Alpha de Cronbach) (R Core Team, 2017).

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob o número 1.622.586 (Anexo VI). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se encontrava na primeira página do instrumento *online*. A participação do respondente estava condicionada à aceitação do TCLE (Anexo I). Foram tomadas providências quanto ao sigilo das informações.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados do processo de validação da escala DRISS são apresentados em cinco etapas: a primeira é a validação de conteúdo, em que são apresentadas as etapas de análise do instrumento por comitê de especialistas, a Razão de Validade de Conteúdo (CVR) e as versões sucessivas a partir desses testes. A segunda, que é a validação de constructo, em que são apresentadas, na análise fatorial exploratória (AFE), as versões elaboradas do instrumento. A terceira é a verificação da confiabilidade. A quarta é a escoreificação. A quinta é a análise da distribuição do escore segundo os aspectos sociodemográficos da amostra.

5.1 ETAPA 1: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

5.1.1 Composição do comitê de especialistas

Ao todo, foram convidadas 18 pessoas para compor o comitê de especialistas. Os convites aos especialistas foram enviados a partir de fevereiro de 2017, de acordo com a possibilidade e em momentos diferentes. Os profissionais convidados constituíram-se em dois metodologistas, dois profissionais de língua portuguesa, sete especialistas em relações étnico-raciais e seis membros da população-alvo. Seis pessoas não responderam, uma recusou-se a participar e dois membros da população-alvo não conseguiram compreender as instruções para o preenchimento do formulário (Quadro 4). No total, oito pessoas aceitaram participar, dos quais uma era metodologista, uma profissional de língua portuguesa (foi contratado para tal), três especialistas em relações étnico-raciais e três membros da população-alvo.

Quadro 4 - Síntese da participação de especialistas no comitê de especialistas do DRISS, segundo a área de atuação, e razão para participação/não participação. São Paulo, 2017.

Área de atuação	Convidado/a	Motivo da não participação	Aceitou
Psicometria	2	1 não respondeu	1 aceitou
Profissionais língua portuguesa	3	2 não responderam	1 aceitou mediante pagamento
Especialistas em relações étnico-raciais	7	3 não responderam 1 recusou	3 aceitaram
Membros da população-alvo	6	1 não respondeu 2 tiveram dificuldade para entender as instruções	3 aceitaram
Total	18	10	8

O metodologista era pós-doutor em psicometria, com vasta experiência e inúmeras publicações na área. O profissional de língua portuguesa possuía experiência prévia em analisar instrumentos de medida e corrigir outros tipos de trabalhos acadêmicos. Os três especialistas em relações étnico-raciais eram professores doutores de universidades públicas das regiões nordeste e sudeste brasileiros.

Com relação aos membros da população-alvo, dois eram advogados e uma era enfermeira – e foram escolhidos por serem envolvidos com liderança de movimentos sociais; eles demonstraram compreensão plena do que era solicitado para avaliação do instrumento, ou seja, entendimento das instruções escritas e do conteúdo social do trabalho.

É preciso ressaltar que a escolha dos membros da população-alvo não foi simples. Inicialmente, foram incluídas duas pessoas da população geral, uma com ensino médio completo a outra com graduação completa. No entanto, observou-se que tiveram dificuldade para interpretar o que era solicitado, pois não compreenderam que sua função era avaliar o instrumento, ao invés de respondê-lo. Ou seja, que elas deveriam avaliar os itens e não os responder como sujeitos de pesquisa. Mesmo após instruções realizadas verbalmente, o conjunto de respostas foi confuso e ambíguo. Portanto, decidiu-se excluir essas contribuições.

5.1.2 Versão 1 do DRISS

A versão 1 do DRISS, justamente a que foi enviada para análise do comitê de especialistas, está no Quadro 5. Neste quadro, é apresentada a versão 1 do instrumento segundo os itens: Razão de Validade de Conteúdo (CVR), avaliações qualitativas dos especialistas e decisão final sobre a manutenção, modificação ou exclusão do item, de acordo com cada item proposto. Todas as linhas do Quadro 5 sem sombreamento indicam que o item foi mantido, ao passo que as linhas sombreadas indicam que o item foi excluído após essa etapa.

Quadro 5 - Versão 1 do instrumento DRISS com a síntese da avaliação dos especialistas segundo o item, CVR, avaliações qualitativas, item modificado segundo sugestões e decisão final. São Paulo, 2017.

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
Texto introdutório	As seguintes questões versam sobre suas experiências nos serviços de saúde como, por exemplo UBS, hospitais, prontos-socorros, entre outros, em relação à sua raça/cor da pele. Algumas questões versam sobre sua experiência de <u>'ser tratada/o injustamente'</u> nesses locais. As pessoas podem ser tratadas injustamente por muitas razões (por serem mulheres, gordas, homossexuais, terem algum tipo de doença etc.). Por esse motivo, nós incluímos apenas questões que buscam investigar sobre as situações em que você foi <u>tratada/o injustamente devido à sua raça/cor da pele.</u>	1	Reduzir; Modificar; Evitar explicação de conceitos devido ao risco de interferir nas respostas	Nesse estudo, nós incluímos apenas questões que buscam investigar as situações em que você foi tratada/o injustamente devido à sua raça/cor da pele, nos serviços de saúde.	Mantido (modificado)

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
	nos serviços de saúde. Ser tratada/o injustamente significa ser tratada/o como se você fosse inferior, com grosseria, com desrespeito, com humilhação, ser ignorada/o, ser invisibilizada/o, insultada/o, assediada/o, estereotipada/o, discriminada/o, ser vista/o como uma pessoa suja, malcuidada ou terem feito suposições injustas contra a sua pessoa.				
Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido a minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu: (Sugeriu-se trocar 'maneira injusta' por 'injustamente' e incluir 'serviços de saúde'), então, ficará assim: Quanto eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:					
1	Ignoro	1	O termo "ignoro" pode ser de difícil compreensão para alguns seguimentos da população; Pensar em um termo alternativo;	Item não modificado	Mantido
2	Encaro como um acontecimento que faz parte da vida	1	O termo "acontecimento" pode ser de difícil compreensão para alguns seguimentos da população; 'Encarar', termo questionado. Sugestões: aceitar, entender ou resignar-se; Outra sugestão: 'Encaro como um acontecimento cotidiano'.	Encaro como um acontecimento cotidiano	Mantido (modificado)
3	Converso com alguma pessoa, como um familiar, ou amigo, sobre o que aconteceu	0,75	Se ele não falar? Se não for característica dele? Especialista, sugerindo que algumas pessoas não têm hábito de se expressar verbalmente com outras pessoas.	Item não modificado	Mantido
4	Esqueço o que aconteceu	1	Sugestão de substituir "eu esqueço o que aconteceu" por eu "procuro esquecer o que aconteceu", tendo em vista que o item abarca uma das possíveis	Procuro esquecer o que aconteceu.	Mantido (modificado)

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
			reações à experiência de discriminação racial.		
5	Escrevo sobre o que aconteceu	0,25	Essa pergunta terá interferência do sexo e da faixa etária. Os homens tendem a escrever muito menos. A expressão "eu escrevo sobre o que aconteceu" pressupõe que o respondente sabe ler/escrever. A depender do domínio populacional em que se deseja aplicar o instrumento, esse item deverá ser revisto; Reação inverossímil ou pouco usual.	-	Excluído
6	Desenho sobre o que aconteceu	0	Considerações semelhantes às do item anterior	-	Excluído
7	Canto sobre o que aconteceu	0	Considerações semelhantes às do item anterior	-	Excluído
8	Pinto sobre o que aconteceu	0	Considerações semelhantes às do item anterior	-	Excluído
9	Faço uma oração (ou rezo) pela situação.	0,75	Trata-se de uma reação e não percepção; Sugestão: adicionar 'meditação/reflexão'.	Item não modificado	Mantido
10	Guardo isso para mim mesma/o	0,75	Trata-se de uma reação e não percepção;	Item não modificado	Mantido
11	Reclamo em voz baixa com as pessoas que estão próximas a mim	0,50	Trata-se de uma reação e não percepção; Sugestão: incluir nos enunciados 'serviços de saúde'. Apesar de já estar escrito no texto introdutório, isso fica perdido ao longo do instrumento; Sugestão: '(...) reclamo, calmamente, com outras pessoas que estão próximas a mim'; Não faz sentido reclamar em voz baixa.	-	Excluído
12	Reclamo em voz alta	0,75	Trata-se de uma reação e não percepção	Item não modificado	Mantido
13	Faço um "barraco" (escândalo)	0,50	Trata-se de uma reação e não percepção; O item anterior já responde a isso.	-	Excluído

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
14	Denuncio para as autoridades (por exemplo: polícia, abro um processo na justiça)	0,75	Trata-se de uma reação e não percepção; Sugestão de nova redação: (...) 'Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça)'.	Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça).	Mantido (modificado)
15	Me sinto humilhada/o	0,75	Não é percepção do fenômeno	Item não modificado	Mantido
16	Me sinto impotente	0,75	Não faz parte do objetivo do trabalho; Revisar com cuidado, pode haver amplo entendimento do que é "impotente".	Item não modificado	Mantido
17	Sinto raiva	0,75	Não faz parte do objetivo do trabalho;	Item não modificado	Mantido
18	Sinto algum sintoma físico como: dores de cabeça, de estômago, tensão nos músculos, ou palpitação no coração	0,75	Não faz parte do objetivo do trabalho; Não se colocam múltiplos fatores juntos, mesmo que sejam exemplos; Desmembrar; Sugestão de nova redação: (...) 'Desenvolvo/tenho algum sintoma físico como: dor de cabeça, de estômago, tensão nos músculos ou palpitação no coração'.	Desmembrado em questões diferentes: <ul style="list-style-type: none"> • Tenho dores de cabeça; • Tenho dores de estômago; • Tenho tensão nos músculos; • Tenho palpitação no coração. 	Mantido (modificado)
19	Sinto medo de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o	0,75	Sugestão de mudar a pergunta para percepção: "Eu percebo que espero mais do que o normal para ser atendida/o" Sugestão de outro especialista: (...) 'eu tenho receio de ter que esperar mais...'	Eu tenho receio de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o.	Mantido (modificado)
20	Sinto medo de ser humilhada/o	0	Não faz parte do objetivo do trabalho; Muito parecida com a Q15.	-	Excluído
21	Sinto medo de ser maltratada/o	0	Não faz parte do objetivo do trabalho; Confusão com os termos 'maltratado' e 'tratado injustamente'; Parecido com outras questões.	-	Excluído
22	Sinto medo de não ser atendida/o	0	Não faz parte do objetivo do trabalho; Confusão com os termos 'maltratado' e 'tratado injustamente';	-	Excluído

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
			Parecido com outras questões; Pode causar dúvida no respondente		
23	Sinto medo de receber medicamento errado	0,50	Não faz parte do objetivo do trabalho; Confusão com os termos 'maltratado' e 'tratado injustamente'; Parecido com outras questões; - Causa dilema no respondente	-	Excluído
24	Sinto medo de receber tratamento errado	0	Não faz parte do objetivo do trabalho; Confusão com os termos 'maltratado' e 'tratado injustamente'; Parecido com outras questões; Pode causar dúvida no respondente	-	Excluído
Com o objetivo de evitar ser tratada/o injustamente devido à minha raça/cor de pele, eu: Sugestão: retirar 'Para evitar' e incluir 'serviços de saúde', então, ficará: Para evitar ser tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor de pele, eu:					
25	Tomo cuidados adicionais com a aparência (higiene, depilação...)	0,75	Antecipação do evento discriminatório ou de injustiça; Qual a relação de higiene com racismo?; Sugestão: incluir 'roupas'; Desmembrar.	Desmembrado em questões diferentes: <ul style="list-style-type: none">• Tomo cuidados adicionais com a higiene.• Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba.• Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas.	Mantido (modificado)
26	Vou predisposta/o a não reclamar do atendimento, mesmo se eu estiver sofrendo ou com dor	1	Sugestão: retirar "mesmo"; Antecipação do evento discriminatório ou de injustiça. Sugere revisar bibliografia sobre "anticipatory threat"/HIV e AIDS; Sugestão de nova redação: 'Eu me programo/preparo para não reclamar do atendimento'.	Me preparo para não reclamar do atendimento.	Mantido (modificado)
27	Mudo o local de atendimento	0,50	Trata-se de uma reação e não percepção Antecipação do evento discriminatório ou de injustiça;	-	Excluído
28	Não busco mais atendimento	0,25	Trata-se de uma reação e não percepção; Muito semelhante à anterior.	-	Excluído

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
Na minha opinião: Sugestão: incluir 'serviços de saúde', então, ficou: Na minha opinião, em serviços de saúde:					
29	Os homens brancos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	A estrutura da pergunta é indutiva. É necessário excluir a palavra "mais". Esse "mais" ou "menos" será obtido na quantificação dos dados. As questões de 29 a 38 tratam de sujeitos (homens, mulheres brancas, negros, etc). Como isso pontuaria na escala? Em que dimensão? Eu estou colocando da dimensão experiência, mas... Você está avaliando o sistema, se você coletar dados em que as pessoas já têm pré-disposição a estrutura das questões vão gerar tendências de respostas sem que o sistema de saúde seja avaliado; Não tenho sugestão para esse item, mas entendo que o mesmo foge do objetivo do instrumento, que aborda experiências de discriminação racial em nível interpessoal ou institucional. Uma pergunta genérica como essa não abrange claramente, em minha opinião, essas dimensões de manifestação da discriminação; Não reflete o construto de interesse do instrumento em suas dimensões pretendidas.	-	Excluído
30	As mulheres brancas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	Idem ao anterior	-	Excluído
31	Os homens asiáticos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,50	Idem ao anterior; Uniformizar para 'amarelo'; Os russos e hindus também são asiático; Sugestão de redação: (...) 'os homens amarelos ("orientais", japoneses, chineses etc.)'	-	Excluído

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
32	As mulheres asiáticas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	Idem	-	Excluído
33	Os homens pardos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	Idem	-	Excluído
34	As mulheres pardas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	Idem	-	Excluído
35	Os homens pretos são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	Idem	-	Excluído
36	As mulheres pretas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,25	Idem Se só negros responderão o questionário, isso vai gerar um enviesamento das respostas	-	Excluído
37	Os homens indígenas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,75	Idem Se só negros responderão o questionário, isso vai gerar um enviesamento das respostas; Apesar do valor de CVR justificar a permanência do item, este só faz sentido no conjunto de itens do mesmo bloco. Portanto, foi excluído.	-	Excluído
38	As mulheres indígenas são os que mais recebem tratamento injusto nos serviços de saúde	0,75	Idem; Se só negros responderão o questionário, isso vai gerar um enviesamento das respostas Apesar do valor de CVR justificar a permanência do item, este só faz sentido no conjunto. Portanto, será excluído.	-	Excluído

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
Eu costumo me sentir tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele quando entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, atendentes etc.) Sugestão: incluir 'serviços de saúde', então, ficou: Eu costumo me sentir tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor da pele quando, entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, atendentes etc.):					
39	Há só pessoas de raça/cor da pele brancas	0,75	Dos itens 39 a 44: Os respondentes serão apenas negros? Se for há um enviesamento do estudo. Se for não estará avaliando a injustiça do sistema. Os problemas apontados pelos negros podem também ser apontados pelos brancos, o que retiraria do pano primário o racismo e focaria sobre a inabilidade do sistema para o atendimento como um todo. Outra forma de olhar é que há um racismo/preconceito por parte do paciente, já que ele considera a cor/raça do corpo técnico que irá atendê-lo e isto já levaria-o a se sentir injustiçado??!!!! (metodologista) Resposta: Pessoas de todas as raças/cor deverão responder ao instrumento; Sugestão de nova redação: (...) 'Só há pessoas de raça/cor da pele branca'.	Só há pessoas de raça/cor da pele branca	Mantido (modificado)
40	Há só pessoas de raça/cor da pele pretos e pardos	0,75	Isso antecede a qualquer ato de injustiça/discriminação; O item não evoca injustiça; Sugestão de nova redação: (...) 'Só há pessoas de raça/cor da pele preta ou parda'. Sugestão de outro especialista: (...) 'Só há pessoas negras'.	Só há pessoas de raça/cor da pele negra	Mantido (modificado)
41	Há só pessoas de raça/cor da pele brancas e asiáticas	0,50	Isso antecede a qualquer ato de injustiça/discriminação; O item não evoca injustiça. Item potencialmente redundante com ou anterior, que abordava apenas profissionais brancos; Sugestão: 'amarelas'.	-	Excluído
42	Há só pessoas de raça/cor da pele brancas,	0	Idem ao anterior	-	Excluído

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
	asiáticas e pardas				
43	Há só pessoas de raça/cor da pele brancas, asiáticas, pardas e pretas	0	Item provoca dúvida no respondente; Isso antecede a qualquer ato de injustiça/discriminação; O item não evoca injustiça. Item potencialmente redundante com ou anterior, que abordava apenas profissionais brancos	-	Excluído
44	Há pessoas de todas as raças e cores	0,50	Idem ao anterior; + Esse conjunto de perguntas (39 a 44) em nenhum momento avalia a injustiça do sistema. Veja se o corpo técnico não tiver a cor/raça que agrada o paciente, significa injustiça do sistema? (metodologista) Resposta: uma leitura possível: racismo estrutural.	-	Excluído
45	Eu já presenciei um/a familiar, parente ou amigo/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde	1	-	Item não modificado	Mantido
46	Eu já presenciei outras pessoas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde	1	-	Item não modificado	Mantido
47	Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde	0,75	Se ele se sentir privilegiado, a escala segue a mesma normatização de quando ele sente que parente/amigos foram tratados injustamente? Eles tendem a ter sentido de resposta inversas na escala, o que geraria correlações negativas na validação de construto, considerando que estas perguntas pressupõem-se tratarem de injustiça e, portanto, do mesmo fenômeno. Elas não		Mantido

Item	Descrição	CVR	Resumo das avaliações qualitativas	Item modificado segundo as sugestões	Decisão final
			poderiam gerar correlações negativas; O instrumento aborda discriminação ou tratamento injusto e, portanto, não deve incluir itens que captem a situação oposta, de privilégio.		
48	Eu já vi um familiar, parente ou amigo ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde.	0,50	O instrumento aborda discriminação ou tratamento injusto e, portanto, não deve incluir itens que captem a situação oposta, de privilégio.	-	Excluído
49	Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde.	0,75	O instrumento aborda discriminação ou tratamento injusto e, portanto, não deve incluir itens que captem a situação oposta, de privilégio; Sugestão de nova redação: 'Eu já vi um/a desconhecida/o ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele.	Eu já vi uma/m desconhecida/o ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele	Mantido

Nesta etapa, dois critérios foram utilizados para avaliar o DRISS, o critério qualitativo e o critério quantitativo. O critério qualitativo se referiu à contribuição por escrito dada por cada especialista do comitê, contendo críticas e sugestões. Essas contribuições eram feitas por meio caixas de texto digitáveis disponibilizadas para cada item a ser avaliado. Além disso, também foram feitas contribuições qualitativas por e-mail, falando do instrumento no geral. Assim, foi possível verificar a parte qualitativa da validade de conteúdo, ou seja, se os itens estavam refletindo, de fato o melhor conjunto de itens possíveis para medir o DRISS. Desse modo, por meio das avaliações qualitativas, 9 itens foram modificados, além do texto introdutório; os itens foram: 2, 4, 14, 18, 19, 25, 26, 39 e 40 (Quadro 6).

Quanto ao critério quantitativo, os itens que apresentaram $CVR \geq 0,75$ foram mantidos, enquanto os itens que não atingiram esse valor foram excluídos; são eles os itens: 5, 6, 7, 8, 11, 13, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44 e 48. Portanto, dos 50 itens elaborados originalmente, restaram apenas 22. O CVR médio dos itens que restaram foi 0,74.

Com relação à concordância entre os especialistas, o PABAK foi 0,30 – valor considerado razoável.

5.1.3 Versão 2 do DRISS

Após as avaliações do comitê de especialistas, foi elaborada a versão 2 do DRISS, que pode ser observada no Quadro 6. A versão 2 foi submetida a pré-teste junto aos membros população-alvo.

Quadro 6 - Versão 2 do DRISS, São Paulo, 2017.

Item	Opções de resposta				
	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Texto introdutório:					
Nesse estudo, nós incluímos apenas questões que buscam investigar as situações em que você foi tratada/o injustamente devido à sua raça/cor da pele, nos serviços de saúde.					
Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:					
1. Ignoro					
2. Encaro como um acontecimento cotidiano					
3. Converso com alguma pessoa, como um familiar, ou amigo, sobre o que aconteceu					
4. Procuro esquecer o que aconteceu					
5. Faço uma oração (ou rezo) pela situação.					
6. Guardo isso para mim mesma/o					
7. Me sinto humilhada/o					
8. Me sinto impotente					
9. Sinto raiva					
10. Tenho dores de cabeça					
11. Tenho dores de estômago					
12. Tenho tensão nos músculos					
13. Tenho palpitação no coração					
14. Tenho receio de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o					
15. Reclamo em voz alta					
16. Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça)					
Para evitar ser tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor de pele, eu:					
17. Tomo cuidados adicionais com a higiene					
18. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba					
19. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas					
20. Me preparo para não reclamar do atendimento					
Responda as próximas perguntas pensando em situações que ocorreram com outras pessoas					
21. Eu já presenciei um/a familiar, parente ou amigo/a ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde?					
22. Eu já presenciei outras pessoas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde?					
Responda as próximas perguntas pensando em situações em que você observou privilégio					
23. Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde					
24. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde.					

5.1.4 Pré-teste

O pré-teste ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2017. No primeiro momento, foram realizadas três entrevistas com registro em papel junto aos membros da população-alvo. Estas entrevistas possibilitaram compreender a necessidade de incluir mais perguntas introdutórias que estimulasse as pessoas a focarem nos objetivos da pesquisa e na especificidade dos serviços de saúde. Assim, foram inseridas, entre as perguntas introdutórias, exemplos de tipos de serviços de saúde e nove exemplos de tratamento injusto, com possibilidade de incluir por escrito alguma 'outra' situação (Figura 6).

Figura 6 - Questões introdutórias do DRISS, versão 2. São Paulo, 2017.

Confidential
Page 8 of 15

QUESTÕES INTRODUTÓRIAS DO INSTRUMENTO: PERCEPÇÕES SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Alguma vez na sua vida, você foi tratada/o injustamente, em relação a outras pessoas presentes, devido à sua raça/cor da pele em alguma dessas instituições?

Se SIM, responda lembrando da ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu.

☐ Não (Escolhendo esta opção, o programa direcionará você para o final do formulário. Agradecemos pela sua participação. Gentileza clicar em 'End the survey now' da caixa de diálogo que aparecerá).

☐ Posto de saúde
☐ Hospital
☐ Pronto-socorro
☐ Ambulatório
☐ Consultório odontológico
☐ Maternidade
☐ SAMU
☐ Farmácia da unidade
☐ Laboratório
☐ Central de regulação
☐ Outro

Qual?

Qual foi o tratamento injusto que você recebeu devido à sua raça/cor da pele? Lembre-se que, segundo a sua percepção, a única diferença que havia entre você e as demais pessoas presentes era a sua raça/cor.

☐ Algum funcionário te olhou com uma cara de desprezo
☐ Foi deixada/o para trás em uma fila
☐ Recebeu medicamento menos potente
☐ Recebeu medicamento de menor qualidade
☐ Foi maltratada/o verbalmente
☐ Foi submetida/o a um procedimento médico ou de enfermagem mais doloroso do que o que devia ser
☐ O profissional de saúde não te examinou direito
☐ O profissional pareceu não querer tocar em você
☐ Foi maltratado fisicamente pelo/a profissional de saúde
☐ Outro

Por favor, descreva resumidamente o que aconteceu:

Além disso, observou-se que os respondentes estavam tendo dificuldade de compreender o item 24, pois se tratava de um item que questionava sobre terceiros: *“Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde”*. Assim, decidiu-se incluir o termo “DA PESSOA”, com letra maiúscula, para facilitar a compreensão do respondente (Quadro 7).

No segundo momento, esses três formulários preenchidos em papel foram digitados no REDCap. A partir daí, solicitou-se auxílio de colegas de curso, das orientadoras deste trabalho e de membros da população-alvo para que respondessem ao instrumento diretamente no REDCap, por meio do *link* disponibilizado. Foram apontados pequenos problemas nos saltos entre um item e outro, que foram resolvidos. No total, o pré-teste recebeu 40 acessos, tendo 21 instrumentos preenchidos por completo.

Após essas modificações e a inserção de mais duas questões introdutórias, foi elaborada a versão 3 do DRISS, que foi disponibilizado para que a população-alvo respondesse.

Portanto, o pré-teste mostrou que o DRISS que era viável para ser respondido *online* via REDCap e que estava pronto para ser disponibilizado para a população-alvo.

5.1.5 Versão 3 do DRISS

A versão 3 do DRISS encontra-se no Quadro 7. Essa versão foi disponibilizada no REDCap e constitui a versão utilizada para analisar a validade de constructo.

Quadro 7 - Versão 3 do DRISS, São Paulo, 2017.

Item	Opções de resposta				
Texto introdutório: Nesse estudo, nós incluímos apenas questões que buscam investigar as situações em que você foi tratada/o injustamente devido à sua raça/cor da pele, nos serviços de saúde.	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:					
1. Ignoro					
2. Encaro como um acontecimento cotidiano					
3. Converso com alguma pessoa, como um familiar, ou amigo, sobre o que aconteceu					
4. Procuro esquecer o que aconteceu					
5. Faço uma oração (ou rezo) pela situação.					
6. Guardo isso para mim mesma/o					
7. Me sinto humilhada/o.					
8. Me sinto impotente.					
9. Sinto raiva					
10. Tenho dores de cabeça;					
11. Tenho dores de estômago;					
12. Tenho tensão nos músculos;					
13. Tenho palpitação no coração					
14. Tenho receio de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o.					
15. Reclamo em voz alta					
16. Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça).					
Para evitar ser tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor de pele, eu:					
17. Tomo cuidados adicionais com a higiene.					
18. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba.					
19. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas.					
20. Me preparo para não reclamar do atendimento					
Responda as próximas perguntas pensando em situações que ocorreram com outras pessoas					
21. Eu já presenciei um/a familiar, parente ou amigo/a ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde?					
22. Eu já presenciei outras pessoas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde?					
Responda as próximas perguntas pensando em situações em que você observou privilégio					
23. Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde					
24. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratado/a com privilégios devido à raça/cor da pele DA PESSOA, em serviços de saúde					

Com a finalização da versão 3, observou-se que a verificação da validade de conteúdo foi concluída, utilizando critérios qualitativos e quantitativos que mostraram resultados adequados.

5.2 ETAPA 2 - VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTO

Este capítulo apresenta resultados da validação de constructo do DRISS em sua versão 3 (Apêndice I), que foi disponibilizada *online* para a população-alvo no REDCap. Os resultados oriundos das respostas da população-alvo ao DRISS possibilitaram conduzir a análise estatística para proceder a validação de constructo. Portanto, este capítulo contém informações sobre: divulgação do DRISS, fluxo de respondentes, dados sociodemográficos da amostra, análise fatorial, rotulação de fatores, escores e associações entre escores e variáveis sociodemográficas.

5.2.1 Divulgação do DRISS

O DRISS foi divulgado por e-mail e em redes sociais a partir de 16/09/2017, tendo permanecido até 05/12/2017, totalizando 80 dias ativo, por meio do *link*: <http://j.mp/2tge2Ro>. Ao clicar no *link*, o respondente era direcionado para a primeira página do DRISS, que continha o TCLE (Figura 7). No caso de aceitar participar da pesquisa, o respondente clicava em “aceito” e era direcionado para as páginas subsequentes, que continham o questionário sociodemográfico, as questões introdutórias ao DRISS e o DRISS, propriamente dito.

Figura 7 - Página inicial do DRISS no REDCap. São Paulo, 2017.

PERCEPÇÕES SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Por gentileza, você deve responder todos os itens!

Ao terminar, clique no botão 'Submit'.

Caso você prefira terminar de preencher em outro momento, salve suas respostas e retorne depois, clicando no botão 'Save & Return Later'

Obrigada!

Page 1 of 8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada "Desenvolvimento e validação do instrumento de medida das percepções sobre discriminação racial interpessoal nos serviços de saúde brasileiros", da enfermeira Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, do curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação das professoras doutoras Ana Luíza Vilela Borges e Edna Maria de Araújo.

O objetivo deste estudo é desenvolver e validar um instrumento para mensurar a percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

A sua participação na pesquisa consiste em responder perguntas online sobre suas percepções a respeito da discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros. Esclarecemos que a sua participação até o final desse questionário online vai gerar um arquivo que será salvo pelas pesquisadoras e seu preenchimento durará aproximadamente 15 minutos.

Essa pesquisa não oferece risco, mas é possível que alguma lembrança de sua história de vida traga algum desconforto imediato. O estudo trará benefício à população uma vez que, ao reconhecermos situações de discriminação racial nos serviços de saúde, podemos elaborar estratégias para reduzir desigualdades étnico-raciais no atendimento em serviços de saúde.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, anônima e o (a) Sr. (a) tem total liberdade de recusar e interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo agora ou no futuro. Os resultados serão analisados em conjunto com os resultados de outras pessoas e seu nome não constará nos registros.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. É garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas:

Coordenadora da pesquisa: Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, que pode ser encontrada no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP. Telefone: (11) 95963-0686 - Email: patriciaalfsantarosa@gmail.com

Orientadora: Professora Ana Luíza Vilela Borges, telefone: 3061-7652, email: alvilela@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira César - São Paulo/SP CEP - 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail - cep@usp.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

* must provide value

☐ Não aceito participar deste estudo (Escolhendo esta opção, o programa direcionará você para o final do formulário. Agradecemos pela sua participação. Gentileza clicar em 'End the survey now' da caixa de diálogo que aparecerá).

☐ Sim, aceito participar deste estudo (Você deverá clicar abaixo em "Next Page" e proceder assim até a penúltima página).

reset

Next Page >>

No primeiro mês, entre os dias 17 de setembro e 16 de outubro, houve pouca adesão à pesquisa, a despeito da divulgação realizada, inclusive com chamada para a pesquisa publicada no *site* da Organização Não-Governamental Educação para Afrodescendentes e Carentes (EDUCAFRO) (Figura 8), uma entidade que trata de assuntos voltados para interesses educacionais de pessoas negras e carentes. Por essa razão, a divulgação foi intensificada nos mesmos meios, mas com outras três estratégias.

Figura 8 - Chamada para responder a pesquisa no site da EDUCAFRO. São Paulo, 2017.

A primeira estratégia foi a divulgação de um vídeo caseiro de 34 segundos, convidando o público para responder a pesquisa, cujo *link* foi <https://www.youtube.com/watch?v=gpUa5EFHOkw> (Apêndice II). O vídeo abordava resumidamente os objetivos da pesquisa e quais pessoas eram elegíveis para participar do estudo, tendo sido divulgado por Whatsapp, Facebook e e-mail. O vídeo continha a seguinte mensagem, que foi disponibilizada no dia 22 de outubro de 2017:

Olá!

Se devido à sua raça ou cor de pele, você sentiu que foi tratado de maneira injusta em um posto de saúde, pronto socorro, maternidade ou em qualquer outro serviço de saúde público ou privado, por favor, responda a esta pesquisa clicando no link abaixo. Vai demorar de 10 a 15 minutos e você ajudará no reconhecimento e combate à discriminação racial dentro dos serviços de saúde brasileiros. Obrigada!

Após esta iniciativa, observou-se aumento considerável de respostas, sendo 87 acessos e 54 formulários respondidos completamente, no segundo mês, ou seja, o dobro do primeiro mês.

A segunda estratégia foi uma divulgação ainda mais intensa do vídeo nas redes sociais, principalmente, Whatsapp e Facebook (Grupos: Fala Guerreira, Negras, UNEGRO, Preta & Acadêmica), buscando grupos ligados a movimentos sociais que pudessem auxiliar na divulgação, listas de e-mails da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mails foram enviados para algumas ONG,

que, no entanto, não responderam. As ONG eram de movimentos sociais ligados ao feminismo, ativismo de atores asiáticos, feminismo negro, entre outros. Não é possível estimar a quantidade de pessoas que tiveram acesso à divulgação da pesquisa. Coincidentemente, a divulgação da pesquisa no mês de novembro foi importante para aumentar o número de acessos e respostas, possivelmente por conta de a população estar mais sensibilizada às questões relacionadas ao racismo, justamente por ser o mês da consciência negra no Brasil.

A terceira estratégia foi divulgar o DRISS em reuniões, manifestações e atos culturais ligados às atividades do mês da consciência negra. Quando estive nesses espaços, solicitava permissão para falar e divulgava rapidamente a pesquisa. Uma estratégia fundamental foi permanecer no recinto, mesmo que ao fim das atividades ou reuniões, permitindo assim realizar troca de contatos com as pessoas. Esses contatos eram consolidados depois por telefone, e-mail, mensagens de texto do tipo SMS, Whatsapp e Facebook. As pessoas aproveitavam a oportunidade para tirar dúvidas, elogiar, criticar, fazer sugestões.

Ao fim do mês de novembro, 480 pessoas tinham acessado o *link* e visualizado a primeira página do DRISS. Destas, seis recusaram a participação por meio da resposta ‘não’ ao TCLE; 423 pessoas responderam ‘sim’ e 51 pessoas não responderam nada – e acabaram abandonando a pesquisa.

A primeira pergunta após a aceitação do TCLE versava sobre o sexo dos respondentes. Já neste item, 73 pessoas desistiram de responder ao instrumento, restando 350 respostas.

Ao final do questionário sociodemográfico, que constava de 33 perguntas, estavam as questões introdutórias do DRISS, em que a primeira pergunta era se a pessoa havia ou não sofrido tratamento injusto devido à raça/cor dentro de um serviço de saúde. Nessa etapa momento, 108 pessoas responderam ‘não’ e 71 pessoas desistiram de responder. Assim, 171 pessoas iniciaram o preenchimento do DRISS, mas somente 158 responderam todos os itens, ou seja, 13 pessoas desistiram. Nitidamente, essas desistências ocorreram a partir do item 17, que é “Tomo cuidados adicionais com a higiene”. O número de acessos e respostas ao DRISS pode ser observado na Figura 9.

Figura 9 - Número de acessos e respostas ao DRISS. São Paulo, 2017

Verificou-se se havia duplicidade de respostas e, dentre os respondentes, foram observados dois com as mesmas datas de nascimento. Porém, todas as demais informações preenchidas eram diferentes. Portanto, descartou-se a possibilidade de respostas duplicadas e eles foram mantidos na amostra final de 158 respondentes.

Na Tabela 1, são apresentadas as frequências absolutas e proporções de respostas, segundo o item, comparando todos os respondentes que iniciaram (171) com os respondentes que, de fato, foram até o fim e preencheram todo o instrumento (158). Observa-se que, no caso do item 16, este teve número de resposta 'muitas vezes' e 'quase sempre' muito pequeno, enquanto, no item 23, as alternativas 'quase sempre' e 'sempre' não tiveram nenhuma resposta. Porém, no geral, houve frequência de respostas para todas as alternativas em todos os demais itens.

Tabela 1 - Frequência e proporção de respostas, para cada item, segundo o início do preenchimento do DRISS e a finalização do preenchimento. São Paulo, 2017.

Item	Indivíduos que iniciaram o preenchimento do DRISS		Indivíduos que finalizaram o preenchimento do DRISS	
	n	%	n	%
Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:				
1. Ignoro (n=171)				
Raramente	60	35,1	57	36,1
Algumas vezes	54	31,6	49	31,0
Muitas vezes	15	8,8	15	9,5
Quase sempre	22	12,9	20	12,7
Sempre	20	11,7	17	10,8
2. Encaro como um acontecimento cotidiano				
Raramente	77	45,0	73	46,2
Algumas vezes	45	26,3	40	25,3
Muitas vezes	18	10,5	18	11,4
Quase sempre	18	10,5	16	10,1
Sempre	13	7,6	11	7,0
3. Converso com alguma pessoa, como um familiar, ou amigo, sobre o que aconteceu				
Raramente	32	18,7	29	18,4
Algumas vezes	23	13,5	20	12,7
Muitas vezes	21	12,3	19	12,0
Quase sempre	18	10,5	18	11,4
Sempre	77	45,0	72	45,6
4. Procuro esquecer o que aconteceu				
Raramente	72	42,1	68	43,0
Algumas vezes	38	22,2	33	20,9
Muitas vezes	16	9,4	16	10,1
Quase sempre	24	14,0	22	13,9
Sempre	21	12,3	19	12,0
5. Faço uma oração (ou rezo) pela situação				
Raramente	107	62,9	101	63,9
Algumas vezes	25	14,7	23	14,6
Muitas vezes	12	7,1	9	5,7
Quase sempre	7	4,1	6	3,8
Sempre	19	11,2	13	12,0
6. Guardo isso para mim mesma/o				
Raramente	95	55,6	90	57,0
Algumas vezes	38	22,2	36	22,8
Muitas vezes	13	7,6	10	6,3
Quase sempre	12	7,0	12	7,6
Sempre	13	7,6	10	6,3
7. Me sinto humilhada/o				
Raramente	28	16,4	24	15,2
Algumas vezes	35	20,5	33	20,9
Muitas vezes	24	14,0	23	14,6
Quase sempre	19	11,1	17	10,8
Sempre	65	38,0	61	38,6
8. Me sinto impotente				
Raramente	30	17,7	27	17,1
Algumas vezes	36	21,2	34	21,5
Muitas vezes	23	13,5	23	14,6
Quase sempre	23	13,5	23	14,6
Sempre	58	34,1	51	32,3
9. Sinto raiva				
Raramente	15	8,8	11	7,0
Algumas vezes	20	11,7	19	12,0
Muitas vezes	24	14,0	23	14,6
Quase sempre	19	11,1	18	11,4
Sempre	93	54,4	87	55,1

Item	Indivíduos que iniciaram o preenchimento do DRISS		Indivíduos que finalizaram o preenchimento do DRISS	
	n	%	n	%
Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:				
10. Tenho dores de cabeça (n=171)				
Raramente	73	42,7	67	42,4
Algumas vezes	39	22,8	37	23,4
Muitas vezes	19	11,1	19	12,0
Quase sempre	7	4,1	6	3,8
Sempre	33	19,3	29	18,4
11. Tenho dores de estômago				
Raramente	82	48,0	77	48,7
Algumas vezes	36	21,1	35	22,2
Muitas vezes	14	8,2	13	8,2
Quase sempre	13	7,6	12	7,6
Sempre	26	15,2	21	13,2
12. Tenho tensão nos músculos				
Raramente	37	21,6	33	20,9
Algumas vezes	38	22,2	36	22,8
Muitas vezes	28	16,4	27	17,1
Quase sempre	20	11,7	20	12,7
Sempre	48	28,1	42	26,6
13. Tenho palpitação no coração (n=171)				
Raramente	53	31,0	50	31,7
Algumas vezes	44	25,7	40	25,3
Muitas vezes	27	15,8	25	15,8
Quase sempre	14	8,2	14	8,9
Sempre	33	19,3	29	18,4
14. Tenho receio de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o				
Raramente	35	20,5	31	19,6
Algumas vezes	46	26,9	43	27,2
Muitas vezes	33	19,3	30	19,0
Quase sempre	26	15,2	25	15,8
Sempre	31	18,1	29	18,4
15. Reclamo em voz alta				
Raramente	71	41,5	66	41,8
Algumas vezes	43	25,2	38	24,1
Muitas vezes	21	12,3	19	12,0
Quase sempre	16	9,4	16	10,1
Sempre	20	11,7	19	12,0
16. Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça)				
Raramente	129	75,4	121	76,6
Algumas vezes	22	12,9	20	12,7
Muitas vezes	4	2,3	1	1,9
Quase sempre	4	2,3	4	2,5
Sempre	12	7,0	10	6,3
Para evitar ser tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor de pele, eu:				
17. Tomo cuidados adicionais com a higiene (n=168)				
Raramente	23	13,7	22	13,9
Algumas vezes	16	9,5	16	10,1
Muitas vezes	22	13,1	21	13,3
Quase sempre	16	9,5	15	9,5
Sempre	91	54,2	84	53,2
18. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba				
Raramente	38	22,6	36	22,8
Algumas vezes	14	8,3	14	8,9
Muitas vezes	14	8,3	14	8,9

Item	Indivíduos que iniciaram o preenchimento do DRISS		Indivíduos que finalizaram o preenchimento do DRISS	
	n	%	n	%
Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:				
Quase sempre	21	12,5	21	13,3
Sempre	81	48,2	73	46,2
19. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas				
Raramente	17	10,1	16	10,1
Algumas vezes	23	13,7	23	14,6
Muitas vezes	22	13,1	22	13,9
Quase sempre	19	11,3	19	12,0
Sempre	87	51,8	78	49,4
20. Me preparo para não reclamar do atendimento				
Raramente	66	39,3	63	39,9
Algumas vezes	40	23,8	38	24,1
Muitas vezes	20	11,9	19	12,0
Quase sempre	15	8,9	15	9,5
Sempre	27	16,1	23	14,6
Responda as próximas perguntas pensando em situações que ocorreram com outras pessoas.				
21. Eu já presenciei um/a familiar, parente ou amiga/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde? (n=164)				
Raramente	36	22,0	35	22,2
Algumas vezes	65	39,6	62	39,2
Muitas vezes	33	20,1	33	20,9
Quase sempre	20	12,2	18	11,4
Sempre	10	6,1	10	6,3
22. Eu já presenciei outras pessoas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde? (n=163)				
Raramente	16	9,8	16	10,1
Algumas vezes	41	25,2	39	24,7
Muitas vezes	56	34,4	55	34,8
Quase sempre	28	17,2	28	17,7
Sempre	22	13,5	20	12,7
Responda as próximas perguntas pensando em situações em que você observou privilégio.				
23. Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde (n=158)				
Raramente	144	91,1	144	91,1
Algumas vezes	8	5,1	8	5,1
Muitas vezes	6	3,8	6	3,8
Quase sempre	-	-	-	-
Sempre	-	-	-	-
24. Eu já vi um desconhecido ser tratada/o com privilégios devido à raça/cor da pele em serviços de saúde.				
Raramente	29	18,4	29	18,4
Algumas vezes	27	17,1	27	17,1
Muitas vezes	37	23,4	37	23,4
Quase sempre	28	17,7	28	17,7
Sempre	37	23,4	37	23,4
Total	171	100,0	158	100,0

5.2.1.1 Perfil sociodemográfico dos respondentes

Dentre os 158 respondentes que finalizaram o preenchimento do DRISS, a maior parte era do sexo feminino (87,0%), entre 18 e 30 anos de idade (38,6%) e residente em São Paulo (42,4%). A idade média foi 35,9 anos ($dp=12,65$). Quanto ao local de residência, 98,1% viviam em meio urbano. Quanto ao grupo econômico de pertencimento, 61,4% eram dos grupos A e B. Todos os respondentes possuíam pelo menos o ensino fundamental completo e mais do que a metade possuía curso superior completo. Quanto à raça/cor autodeclarada, a maioria declarou-se preta (81,6%). No que concerne ao emprego, 63,9% exerciam atividade remunerada. Quase a metade possuía convênio médico. Em relação ao *status* marital, 56,3% das pessoas não eram casadas nem estavam em uma união estável (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos respondentes do DRISS, São Paulo, 2017.

Dados sociodemográficos	N	%
Sexo		
Masculino	21	13,0
Feminino	137	87,0
Idade		
18-30	61	38,6
31-40	43	27,2
41-50	33	20,9
51 e mais	21	13,3
Estado		
São Paulo	67	42,4
Outros	26	16,5
Bahia	25	15,8
Rio de Janeiro	24	15,2
Rio Grande do Sul	16	10,1
Local de residência		
Urbano	153	98,1
Rural	3	1,9
Religião		
Afro-brasileira (candomblé e umbanda)	35	22,2
Evangélica	28	17,7
Católica	25	15,8
Espírita	16	10,1
Nenhuma	45	8,5
Outras	9	5,7
Escolaridade		
Superior completo	87	55,1
Médio completo/superior incompleto	63	39,9
Fundamental completo	8	5,1

Dados sociodemográficos	N	%
Raça/cor		
Preto	129	81,7
Pardo	25	15,8
Branco	3	1,9
Indígena	1	0,6
Trabalho remunerado		
Sim	101	63,9
Não	57	36,1
Possui convênio médico		
Não	84	53,2
Sim	74	46,8
União estável		
Sim	89	56,3
Não	69	43,7
Grupo econômico		
3 (AB)	97	61,4
2 (C)	57	36,1
1 (DE)	7	2,5
Total	158	100,0

5.2.2 Análise fatorial exploratória (AFE)

Para conduzir a AFE, foram realizados os seguintes procedimentos: elaboração de uma matriz de correlação item-item; verificação da fatorabilidade dessa matriz (cálculo dos testes Kaiser-Meyer-Okin e Teste de Esfericidade de Bartlett); método de extração de fatores (Análises Paralelas - AP); identificação do número de fatores por meio do gráfico de *scree plot*; rotação de fatores (*oblimim*); exame de cargas fatoriais (limpeza e simplificação da estrutura); análise da associação entre fatores; obtenção da estrutura final da escala multidimensional com seis fatores; rotulação qualitativa dos fatores; e, por fim, criação dos escores, segundo a carga fatorial.

A matriz de correlação (correlações policóricas) entre os itens é apresentada na Figura 10. Quanto mais próximo da cor azul, maior a correlação positiva entre os itens. Quanto mais próximo da cor vermelha, maior a correlação inversa entre os itens. Por exemplo, é possível observar que entre os itens 7 e 14 do eixo Y e os itens 7 e 13 do eixo X, a cor azul é mais forte, indicando maior correlação; o que é observado, também, entre os itens 17 e 20 dos dois eixos. Em contrapartida, observam-se dois quadradinhos, em especial, que estão com a cor vermelha forte: são as correlações entre o item 6, no eixo Y, e 4, no eixo X, e vice-e-versa, indicando correlação negativa ou, em outras palavras, o que um diz, o outro contradiz.

Figura 10 - Gráfico contendo a matriz de correlação item-item, na versão 3 com 24 itens do DRISS, 2017.

O KMO foi 0,736, indicando que é adequado proceder a AFE com esse conjunto de dados. Por sua vez, o Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$), indicando também que a matriz é fatorável.

A AP mostrou que a escala possui seis fatores (Figura 11). Para interpretar o gráfico, deve-se considerar que a linha azul mostra os autovalores e a linha vermelha mostra os autovalores da AP. Assim, consideraram-se os seis fatores que ficaram acima da linha vermelha da AP.

Figura 11 - Gráfico da análise paralela da matriz de correlação do DRISS, São Paulo, 2017.

5.2.2.1 Primeira AFE

A matriz de correlação dos itens-fatores, conduzida com a rotação do tipo *oblimim*, encontra-se no Quadro 8. Observa-se que as correlações abaixo de 0,3 indicaram carga fatorial muito baixa (em negrito). Também, são apresentadas as comunalidades.

Quadro 8 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, com rotação *oblimim*, São Paulo, 2017.

	item	Fator 1	Fator 3	Fator 2	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Comunalidade
Item10	10	0,779	0,051	0,043	0,015	-0,054	0,063	0,631
Item11	11	0,708	-0,034	-0,026	0,112	-0,036	0,019	0,569
Item12	12	0,695	-0,119	0,025	0,059	-0,006	-0,024	0,510
Item13	13	0,596	0,002	0,133	0,126	0,166	-0,117	0,534
Item15	15	0,391	0,140	-0,339	-0,220	0,071	-0,111	0,303
Item23	23	0,203	0,085	-0,072	-0,159	-0,035	0,093	0,058
Item18	18	0,040	0,854	-0,040	-0,056	-0,021	0,082	0,752
Item17	17	-0,058	0,839	0,005	0,014	0,038	0,022	0,712
Item19	19	-0,037	0,761	0,113	0,159	-0,021	-0,089	0,636
Item6	6	0,071	0,069	0,758	0,121	0,016	0,005	0,650
Item3	3	-0,046	-0,017	-0,727	0,245	-0,004	-0,017	0,554
Item4	4	-0,065	0,054	0,450	0,041	-0,045	0,234	0,333
Item16	16	0,123	0,109	-0,307	-0,179	0,080	-0,001	0,140
Item7	7	0,122	0,187	-0,076	0,716	0,004	-0,051	0,679
Item8	8	0,104	-0,017	0,087	0,699	0,085	0,155	0,648
Item9	9	0,195	-0,036	-0,114	0,545	-0,091	-0,124	0,435
Item22	22	-0,005	0,013	0,070	-0,010	0,847	-0,078	0,716
Item21	21	-0,022	-0,035	-0,169	-0,007	0,642	0,190	0,464
Item24	24	-0,107	0,026	-0,012	0,255	0,367	-0,160	0,214
Item14	14	0,273	0,000	-0,097	0,143	0,280	0,265	0,321
Item20	20	0,167	0,269	0,127	-0,041	0,109	0,550	0,563
Item5	5	-0,062	0,170	-0,064	-0,049	-0,108	0,529	0,336
Item1	1	-0,135	-0,154	0,151	0,178	-0,074	0,478	0,317
Item2	2	-0,073	-0,105	0,221	0,113	0,112	0,379	0,261

O Quadro 9 mostra a mesma matriz de correlação do Quadro 6, no entanto, com a omissão de cargas fatoriais menores do que 0,3. Ressalta-se que todos os itens mantiveram carga fatorial menor do que 0,9, sugerindo ausência de multicolinearidade. Ressalta-se também que os itens 14 e 23 não carregaram em nenhum fator, portanto, também foram excluídos.

Quadro 9 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, na primeira AFE, método de extração AP, com rotação *oblimin* e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, 2017.

	item	Fator 1	Fator 3	Fator 2	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Comunalidade
Item10	10	0,779						0,6305
Item11	11	0,708						0,5686
Item12	12	0,695						0,5095
Item13	13	0,596						0,5335
Item15	15	0,391		-0,339				0,3034
Item23	23							0,0582
Item18	18		0,854					0,7521
Item17	17		0,839					0,7121
Item19	19		0,761					0,6361
Item6	6			0,758				0,6495
Item3	3			-0,727				0,5539
Item4	4			0,450				0,3334
Item16	16			-0,307				0,1399
Item7	7				0,716			0,6791
Item8	8				0,699			0,6478
Item9	9				0,545			0,435
Item22	22					0,847		0,7159
Item21	21					0,642		0,4644
Item24	24					0,367		0,2135
Item14	14							0,3211
Item20	20						0,550	0,5633
Item5	5						0,529	0,3361
Item1	1						0,478	0,3165
Item2	2						0,379	0,2614

Para a primeira AP, a variância acumulada foi 47,2%.

5.2.2.2 Segunda AFE

A segunda AFE foi conduzida sem os itens 23 e 14. Os dados mostram que o item 16 apresentou comunalidade muito baixa e que o item 15 apresentou comunalidade baixa, passando a carregar em dois fatores (1 e 2) – porém, com cargas fatoriais muito similares, impedindo, a distinção de qual fator pertencia. Por esses

motivos, os dois itens foram excluídos. Os demais itens se demonstraram estáveis (Quadro 10).

Quadro 10 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, na segunda AFE, método de extração AP, com rotação *oblimin* e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, sem os itens 14 e 23. São Paulo, 2017.

	Item	Fator 1	Fator 3	Fator 2	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Comunalidade
Item10	10	0,751						0,602
Item11	11	0,710						0,571
Item12	12	0,698						0,506
Item13	13	0,620						0,542
Item15	15	0,407		-0,348				0,320
Item18	18		0,848					0,756
Item17	17		0,842					0,713
Item19	19		0,762					0,638
Item6	6			0,769				0,660
Item3	3			-0,720				0,558
Item4	4			0,429				0,335
Item16	16			-0,320				0,145
Item7	7				0,708			0,688
Item8	8				0,641			0,598
Item9	9				0,544			0,443
Item22	22					0,875		0,770
Item21	21					0,631		0,446
Item24	24					0,356		0,199
Item5	5						0,594	0,394
Item20	20						0,547	0,546
Item1	1						0,442	0,305
Item2	2						0,358	0,258

Para a segunda AP, a variância acumulada foi 50%.

5.2.2.3 Terceira AFE

A terceira AFE foi conduzida sem os itens 15 e 16. Os dados mostraram que o item 2 apresentou comunalidade baixa, o que ocasionou sua exclusão. Na verdade, esse item foi fortemente criticado, desde a análise de conteúdo, pelos especialistas (Quadro 11).

Quadro 11 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, na segunda AFE, método de extração AP, com rotação *oblimin* e omissão das cargas fatoriais menores do que 0,3, sem os itens 14, 15, 16 e 23. São Paulo, 2017.

	item	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Comunalidade
Item18	15	0,867						0,776
Item17	14	0,831						0,701
Item19	16	0,758						0,634
Item10	10		0,801					0,642
Item11	11		0,753					0,607
Item12	12		0,651					0,470
Item13	13		0,600					0,533
Item6	6			0,824				0,721
Item3	3			-0,669	0,312			0,518
Item4	4			0,470				0,362
Item7	7				0,729			0,690
Item9	9				0,614			0,475
Item8	8				0,592			0,558
Item22	19					0,856		0,742
Item21	18					0,656		0,480
Item24	20					0,352		0,209
Item5	5						0,582	0,389
Item20	17						0,522	0,534
Item1	1						0,457	0,291
Item2	2						0,360	0,252

Para a terceira AP, a variância acumulada foi 52,9%

5.2.2.4 Quarta AFE

A quarta AFE foi conduzida sem os itens 2, 14, 15, 16 e 23. O resultado pode ser visto no Quadro 12. A síntese de todas as AFE realizadas está no quadro 10. Com as decisões tomadas a partir delas, foi possível construir a versão 4 do DRISS.

Quadro 12 - Síntese dos itens excluídos da escala DRISS a partir das quatro AFE conduzidas. São Paulo, 2017.

AFE	Número do item na versão 1 do DRISS	Item excluído	Motivo
2ª	14	Tenho receio de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o	Não carregou em nenhum fator
	23	Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde	Não carregou em nenhum fator
3ª	16	Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça).	Comunalidade baixa (<0,4)
	15	Reclamo em voz alta	Comunalidade baixa (<0,4); Carregou em dois fatores com cargas similares.
4ª	2	Encaro como um acontecimento cotidiano	Comunalidade baixa (<0,4);

5.2.3 Versão 4 do DRISS

No Quadro 13, é apresentada a AFE realizada com os itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 24 – que gerou a versão 4 do DRISS. Observa-se que o item 3 apresentou carga fatorial negativa em dois fatores (3 e 6), porém, foi mantido. A decisão foi tomada com base no fato de que, aparentemente, espera-se que o respondente que pontue mais neste item, coerentemente, pontue menos nos demais itens pertencentes ao mesmo fator. Isto porque ele possui carga fatorial negativa. Em outras palavras, nossa hipótese é que a pessoa que sofreu tratamento injusto em um serviço de saúde e costuma *conversar com algum familiar sobre o fato ocorrido (item 3)*, não é uma pessoa que *guarda para si (item 6)* ou que *procura esquecer (item 4)*. Outra razão para manter o item 3 é que, apesar de ter

carregado em dois fatores, ele pertence nitidamente ao fator 3, pois a carga fatorial apresentada é mais que o dobro do valor da carga fatorial apresentada pelo fator 6.

Apesar de os itens 1 e 24 terem ficado com comunalidade abaixo de 0,4, observou-se que, ao retirá-los, a escala se desestabilizava; ou seja, comprometia as cargas fatoriais e a comunalidade de outros itens – o que podia gerar uma escala que não atendia mais aos objetivos da pesquisa.

A partir dessa análise, considerou-se que a escala estava satisfatória do ponto de vista da validade de constructo e a versão 4 é a versão proposta para a mensuração das *percepções sobre discriminação racial interpessoal nos serviços de saúde*.

Quadro 13 - Matriz de correlação item-fator do DRISS, versão 4, na quarta AFE, método de extração AP, com rotação *oblimim* e omissão das cargas fatoriais menores do 0,3, sem os itens 2, 14, 15, 16 e 23, mais os itens que restaram por extenso. São Paulo, 2017.

	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 6	Fator 4	Fator 5	Comuna- lidade	Item por escrito
Item18	0,855						0,768	18. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba
Item17	0,846						0,715	17. Tomo cuidados adicionais com a higiene
Item19	0,768						0,641	19. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas
Item10		0,814					0,652	10. Sinto dores de cabeça
Item11		0,757					0,611	11. Sinto dores de estômago
Item12		0,644					0,466	12. Sinto tensão nos músculos
Item13		0,593					0,525	13. Sinto palpitação no coração
Item6			0,849				0,752	6. Guardo isso para mim mesma/o
Item3			-0,651	0,319			0,492	3. Converso com alguma pessoa sobre o que aconteceu (familiar ou amiga/o)
Item4			0,513				0,382	4. Procuro esquecer o que aconteceu
Item7				0,758			0,707	7. Me sinto humilhada/o.
Item8				0,606			0,555	8. Me sinto impotente.
Item9				0,605			0,468	9. Sinto raiva
Item22					0,902		0,823	22. Eu presenciei outras pessoas desconhecidas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde
Item21					0,625		0,422	21. Eu presenciei um/a familiar, parente ou amiga/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde
Item24					0,341		0,202	24. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratado/a com privilégios devido à raça/cor da pele DA PESSOA, em serviços de saúde
Item5						0,756	0,586	5. Faço uma oração (ou rezo) pela situação.
Item20						0,475	0,493	20. Me preparo para não reclamar do atendimento
Item1						0,336	0,192	1. Ignoro

O Quadro 14 refere-se às proporções de variância retida por cada fator e acumulada da escala DRISS, em sua versão 4, ou seja, a versão final. Os fatores apresentaram cargas na seguinte ordem decrescente: Fator 1 = 12%, Fator 2 = 11,6%, Fator 6 = 9,1%, Fator 3 = 8,7%, Fator 4 = 7,4% e Fator 5 = 6,2%. Todos os fatores juntos somam uma proporção de variância acumulada de 55%, o que significa que os seis fatores representam 55,0% do fenômeno DRISS.

Quadro 14 - Proporções de variância retida por cada fator e acumulada do DRISS, São Paulo, 2017.

	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 6	Fator 4	Fator 5
Carga fatorial	2,206	2,278	1,648	1,733	1,408	1,177
Proporção de variância	11,6%	12,0%	8,7%	9,1%	7,4%	6,2%
Variância acumulada	11,6%	23,6%	32,3%	41,4%	48,8%	55,0%
Proporção explicada	21,1%	21,8%	15,8%	16,6%	13,5%	11,3%
Proporção cumulativa	21,1%	42,9%	58,7%	75,3%	88,7%	100,0%

O Quadro 15 mostra a correlação entre os fatores, composta pelos itens de acordo com a AFE 4. Observou-se que a correlação entre os fatores foi baixa, o que é considerado adequado, tendo em vista que, quando alta (próxima de 1), os diferentes fatores podem estar medindo o mesmo fenômeno.

Quadro 15 - Correlação entre os fatores da versão final da escala DRISS, São Paulo, 2017.

	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 6	Fator 4	Fator 5
Fator 2	1	0,146	0,189	0,183	0,092	0,278
Fator 1	0,146	1	0,124	0,504	0,149	-0,022
Fator 3	0,189	0,124	1	0,084	0,074	0,188
Fator 6	0,183	0,504	0,084	1	0,129	-0,046
Fator 4	0,092	0,149	0,074	0,129	1	-0,002
Fator 5	0,278	-0,022	0,188	-0,046	-0,002	1

As medidas de adequação da amostra e os indicadores de resíduos foram todos considerados aceitáveis: O *root mean square of the residuals* (RMSR) foi 0,025; o índice de confiabilidade da fatoração de Tucker Lewis foi 1,0067 e o *root mean square error of approximation* (RMSEA) foi 0,0161, com intervalo de confiança de 90%.

5.3 ETAPA 3 – VERIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE

Quanto às análises de confiabilidade, o Ômega de McDonald total foi 0,87 – valor considerado bom.

5.4 ETAPA 4 – ESCORIFICAÇÃO

A Tabela 3 apresenta a porcentagem de contribuição de cada fator ao fenômeno DRISS como um todo. Os valores dos escores foram extraídos obedecendo a essas proporções. Assim, obtiveram-se os valores máximo e mínimo de cada escore. Os escores intermediários foram construídos a partir da soma do próprio número na casela seguinte. O menor escore possível de se atingir do DRISS é 20 pontos, enquanto o maior é 100 pontos.

Tabela 3 - Valores dos escores do DRISS, São Paulo, 2017.

Proporção de variância explicada (%)	Fator	Núm. de itens no fator	Valor máximo atribuído a cada item	Valor mínimo atribuído a cada item	Pontuação mínima	Pontuação máxima
21,8	1	4	5	1,1	4	22
21,1	2	3	7	1,4	4	21
16,6	6	3	6	1,1	3	17
15,8	3	3	5	1,1	3	16
13,5	4	3	5	0,9	3	14
11,3	5	3	4	0,8	2	11
100,0		19			20	100

O quadro 17 apresenta valores dos escores para todas as possibilidades de resposta. O Quadro 16 apresenta a versão final do DRISS após a conclusão das verificações das validades de face, conteúdo e confiabilidade e a escorificação.

Quadro 16 - Versão final do DRISS, contendo texto introdutório, questões e alternativas para respostas. São Paulo, 2017.

DRISS					
Texto introdutório:					
Nesse estudo, nós incluímos apenas questões que buscam investigar as situações em que você foi tratada/o injustamente devido à sua raça/cor da pele, nos serviços de saúde.					
Item	Rara-Mente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu:					
1. Ignoro					
2. Converso com alguma pessoa sobre o que aconteceu (familiar ou amiga/o)					
3. Procuro esquecer o que aconteceu					
4. Faço uma oração (ou rezo) pelo que aconteceu					
5. Guardo isso para mim mesma/o					
6. Me sinto humilhada/o					
7. Me sinto impotente					
8. Sinto raiva					
9. Sinto dores de cabeça					
10. Sinto dores no estômago					
11. Sinto tensão nos músculos					
12. Sinto palpitação no coração					
Para evitar ser tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor da pele, eu:					
13. Tomo cuidados adicionais com a higiene					
14. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba					
15. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas					
16. Me preparo para não reclamar do atendimento					
Responda as próximas perguntas pensando em situações que ocorreram com outras pessoas					
17. Eu presenciei um/a familiar, parente ou amiga/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde					
18. Eu presenciei outras pessoas desconhecidas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde					
Responda à próxima pergunta pensando em situações em que você observou privilégio.					
19. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratado/a com privilégios, devido à raça/cor da pele DA PESSOA, em serviços de saúde					

5.4.1 Rotulação dos fatores

Após a escorificação, procedeu-se uma avaliação qualitativa sobre os fatores apontados na AFE, com vistas a rotular cada fator. Ao observar os agrupamentos de

itens (fatores) apresentados pela AFE, buscaram-se termos que sintetizassem qualitativamente o que cada fator representava. Assim, chegou-se aos seguintes rótulos, na ordem em que são apresentados no quadro 15: Fator 1 – Sintoma somático; Fator 2 – Preparo; Fator 6 – Consequências emocionais; Fator 3 – Expressão emocional; Fator 4 – Percepção social; Fator 5 – reação.

Quadro 17 - Fatores rotulados, segundo os grupos de itens e os respectivos escores do DRISS, São Paulo, 2017.

Fatores	Item	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Fator 1 Sintoma somático	10. Sinto dores de cabeça	1	2	3	4	5
	11. Sinto dores de estômago	1	2	3	4	5
	12. Sinto tensão nos músculos	1	2	3	4	5
	13. Sinto palpitação no coração	1	2	3	4	5
Fator 2 Preparo	18. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba	1,4	2,8	4,2	5,6	7
	17. Tomo cuidados adicionais com a higiene	1,4	2,8	4,2	5,6	7
	19. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas	1,4	2,8	4,2	5,6	7
Fator 6 Consequências emocionais	7. Me sinto humilhada/o	1,2	2,4	3,6	4,8	6
	8. Me sinto impotente	1,2	2,4	3,6	4,8	6
	9. Sinto raiva	1,2	2,4	3,6	4,8	6
Fator 3 Expressão emocional	6. Guardo isso para mim mesma/o	1	2	3	4	5
	3. Converso com alguma pessoa sobre o que aconteceu (familiar ou amiga/o)	1	2	3	4	5
	4. Procuro esquecer o que aconteceu	1	2	3	4	5
Fator 4 Percepção social	22. Eu presenciei outras pessoas desconhecidas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde	1	2	3	4	5
	21. Eu presenciei um/a familiar, parente ou amiga/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde	1	2	3	4	5
	24. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratado/a com privilégios devido à raça/cor da pele DA PESSOA, em serviços de saúde	1	2	3	4	5
Fator 5 Reação	5. Faço uma oração (ou rezo) pela situação.	0,8	1,6	2,4	3,2	4
	20. Me preparo para não reclamar do atendimento	0,8	1,6	2,4	3,2	4
	1. Ignoro	0,8	1,6	2,4	3,2	4
Total		20,2	40,4	60,6	80,8	101

5.5 ETAPA 5 - ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE SEGUNDO OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

A somatória dos escores da versão 4 do DRISS revelou que a pontuação mínima foi 23,8 e a máxima foi 90,6, com média igual a 59,6 pontos ($dp=12,9$) e mediana igual a 60,1. A distribuição dos escores pode ser observada na Figura 12.

Figura 12 - Distribuição dos escores do DRISS. São Paulo, 2017.

A partir do gráfico, pode-se perceber que a distribuição da pontuação do DRISS lembra uma distribuição normal. O teste de Shapiro-Wilk indicou um valor de $p=0,379$, ou seja, ao nível de significância de 5%, pode-se afirmar que a amostra de pontuação do DRISS teve uma distribuição normal.

Foi realizada a comparação das médias pela análise de variância das mesmas. Comparando as médias dos escores entre os grupos, por exemplo, em relação ao sexo, os homens alcançaram a média de 55,5 pontos no DRISS, ao passo que a média das mulheres foi um pouco maior, 60,2 (Tabela 4). No entanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,126$).

Tabela 4 - Média e desvio-padrão dos escores da amostra do DRISS, segundo o sexo. São Paulo, 2017.

Sexo	Média	Desvio padrão	Frequência
Homens	55,50	13,9	21
Mulheres	60,10	12,7	137
Total	59,57	12,9	158

Não foi observada diferença estatisticamente significativa em nenhuma média quando comparadas as características sociodemográficas, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Médias e desvios-padrão dos escores do DRISS, versão 4, segundo as características sociodemográficas. São Paulo, 2017.

Dados sociodemográficos	Média	Desvio-padrão	p
Sexo			
Masculino	55,5	13,9	0,125
Feminino	50,2	12,7	
Idade			
18-30	60,7	12,6	0,714
31-40	59,9	12,2	
41-50	58,2	13,8	
51 e mais	57,5	14,3	
Estado			
São Paulo	61,9	13,0	0,217
Outros	60,0	10,6	
Bahia	57,3	14,0	
Rio de Janeiro	54,6	13,2	
Rio Grande do Sul	58,2	13,2	
Local de residência			
Urbano	59,3	12,9	0,077
Rural	72,7	15,8	
Religião			
Afro-brasileira (candomblé e umbanda)	59,7	10,3	0,099
Evangélica	65,0	13,6	
Católica	56,0	12,2	
Espírita	58,1	13,1	
Nenhuma	57,6	13,5	
Outras	67,2	15,4	
Escolaridade			
Superior completo	59,2	12,5	0,873
Médio completo/superior incompleto	59,9	12,8	
Fundamental completo	61,3	18,9	
Raça/cor			
Preto	59,7	12,3	0,833
Pardo	59,8	14,4	
Branco	57,7	13,5	
Indígena	48,0	0,0	
Trabalho remunerado			
Sim	58,8	12,37	0,333
Não	60,9	13,9	
Possui convênio médico			
Não	61,0	12,4	0,125
Sim	57,9	13,4	
União estável			
Sim	59,2	11,8	0,722
Não	60,0	14,4	
Grupo econômico			
D e E	70,6	13,2	0,219
C	59,7	13,0	
A e B	59,0	12,8	
Total	158,0	100,0	

O DRISS pareceu não discriminar a percepção de discriminação racial nos serviços de saúde entre pessoas que diferem entre si quanto a sexo, idade, raça/cor, escolaridade e demais dados sociodemográficos.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo desenvolver e validar uma escala para mensurar a percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde. Após o seguimento de todas as estratégias metodológicas ancoradas na Teoria Clássica dos Testes, é apresentado o DRISS. Trata-se do primeiro instrumento construído e que validado – tendo como constructo a percepção sobre discriminação racial nos serviços de saúde – em que os contextos histórico e racial, específicos do Brasil, foram considerados.

Ao contrário do que ocorre nos países onde a maior parte dos instrumentos sobre racismo foi desenvolvida, em que os indivíduos possuem identificação racial muito determinada e, por isso, são mais atentos em situações racialmente discriminatórias, no Brasil, ainda prevalece o mito da democracia racial (Fernandes, 2007). Esta, que é desmascarada ao se explicitarem dados estatísticos revelando iniquidades raciais na área da saúde da população brasileira (Paixão et al., 2011) – cuja maioria é negra (IBGE, 2015). Onde, por exemplo: homens negros têm duas vezes mais chances de morrer por qualquer causa de morte; enquanto as mulheres pretas iniciam o pré-natal mais tardiamente, têm que peregrinar mais na hora do parto (Viellas et al., 2014) e reportam menos satisfação com o atendimento e menos privacidade na hora dos procedimentos médico-hospitalares (d’Orsi et al., 2014).

O DRISS busca captar a percepção sobre discriminação racial das pessoas que possuem identificação racial definida e têm a percepção de que a raça/cor influencia na forma em que o profissional de saúde exerce seu trabalho. Essa percepção pode ter sido motivada por uma experiência racialmente discriminatória vivida, porém, difícil de ser comprovada, devido ao fato de ser velada.

Desse modo, o indivíduo que já se percebeu vítima de discriminação racial nos serviços de saúde informa, ao longo do instrumento, quais os sentimentos vivenciados durante ou após o ato discriminatório (expressos em sintomas somáticos e psíquicos), sua percepção social (a forma como terceiros são tratados), as estratégias de enfrentamento, tanto subjetivas quanto objetivas, adotadas frente ao episódio, bem como suas reações posteriores ao evento.

É justamente esse conjunto de sentimentos, reações e estratégias que compõe a percepção de discriminação racial nos serviços de saúde, segundo os achados deste estudo, o que está em consonância com o estudo qualitativo tomado como base da elaboração do DRISS (Santa Rosa, 2013), assim como com demais estudos internacionais (Paradies, 2006a; Kressin, Raymond, Manze, 2008; Bastos et al., 2010).

O DRISS avança em relação aos demais instrumentos já disponíveis em âmbito internacional (Paradies, Cunningham, 2008) à medida em que identifica e distingue os sintomas ocasionados na experiência da discriminação racial interpessoal em itens diferentes, que, contudo, permanecem compondo um mesmo fator, no caso, o Fator 1 *Sintoma Somático*. Por exemplo, no instrumento MIRE (Paradies, Cunningham, 2008), que contém o item: “Quando eu sou tratada/o de maneira injusta devido a minha raça/cor da pele, eu sinto algum sintoma físico como: dores de cabeça, de estômago, tensão nos músculos, ou palpitação no coração”. O DRISS também é inovador, pois inclui itens que versam sobre o preparo (Fator 2), que se constitui nas medidas que os indivíduos tomam para se antecipar ao ato discriminatório – o que pode se configurar em preocupação ou estresse por antecipação. Por fim, também estão incluídas informações sobre o que os respondentes já observaram no que concerne à discriminação observada em relação a terceiros (Fator 4) – o que parece significar que a percepção pode ser incrementada com a experiência de ver outros serem discriminados.

Ao apresentar uma escala válida e confiável para mensurar a percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde, que é o DRISS, é necessário enfatizar que ela poderá ser utilizada em estudos populacionais ou epidemiológicos que pretendam medir a percepção de usuários de serviços de saúde, públicos ou privados, sobre a discriminação racial perpetrada por profissionais de saúde. Isso é importante, porque possibilitará a mensuração do racismo institucional por um ângulo diferente do institucional, que é o dos usuários dos serviços de saúde.

Em geral, os instrumentos relacionados ao racismo, construídos e validados em outros contextos, além de não terem foco específico em serviços de saúde, consideram, em sua maior parte, o ponto de vista dos profissionais de saúde, e não dos usuários que sofrem com a discriminação racial e, consequentemente, com o tratamento injusto. A injustiça no atendimento pode ser preterir, negligenciar, executar

procedimentos mais dolorosos do que o usual (Santa Rosa, 2013), não utilizar anestesia, quando essa é necessária (Burgess et al., 2008; Kreling, Pimenta, Garanhani, 2014; Dickason et al., 2015; Leal et al., 2017), entre outros. O tratamento injusto motivado, aparentemente, pela raça/cor da pele, leva usuários e usuárias a buscarem assistência em outras unidades de atendimento à saúde, quando disponíveis. Porém, para algumas pessoas, isso pode acarretar em desistência do tratamento e, em casos mais extremos, pode até ser fatal (Batista, Escuder, Pereira, 2004; Martins, 2006a; Leal et al., 2017).

O DRISS é uma escala multidimensional (seis fatores), com 19 itens ao todo, cujas categorias de resposta são *raramente, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre e sempre*. Seu escore varia entre 20 e 100 pontos, sendo que 20 pontos significam a menor percepção possível de DRISS e 100 pontos a maior percepção possível de DRISS. A validação foi executada com a participação de homens e mulheres, maiores de 18 anos. Apesar de o nome da escala conter o termo “serviços de saúde”, a coleta de dados não deve ser realizada dentro dos serviços de saúde, para se evitarem eventuais vieses ocasionados pela proximidade com os profissionais de saúde.

Partindo de uma pesquisa qualitativa – conduzida com mulheres negras residentes em áreas periféricas da cidade de São Paulo que relataram ter vivenciado situações de discriminação racial em serviços de saúde e a forma como reagiram a essas situações e para evitar a vivência de outras situações semelhantes no futuro (Santa Rosa, 2013); de vasta busca bibliográfica, que mostrou a existência de poucos instrumentos construídos para mensurar a discriminação racial nos serviços de saúde, sendo todos eles validados em contextos diferentes do Brasil (Paradies, 2006a; Kressin, Raymond, Manze, 2008; Bastos et al., 2010); e, por fim, de sugestões e recomendações de um grupo de pesquisa com experiência na condução de estudos sobre saúde da população negra, a primeira versão do instrumento ora apresentado foi elaborada, inicialmente com 50 itens.

Na etapa de validação de conteúdo, houve a exclusão de 28 itens, enquanto diversos outros sofreram modificações. Isso já era esperado, tendo em vista a quantidade de itens similares que, se mantidos, poderiam confundir e/ou cansar os respondentes, mas que faziam parte do processo de elaboração de novos instrumentos, cabendo aos especialistas decidirem pela manutenção ou exclusão

(Alexandre, Coluci, 2011; DeVellis, 2012). Desse modo, modificou-se o texto introdutório para uma versão menor, simples e objetiva, especificando que os respondentes deveriam levar em consideração apenas percepções sobre discriminação racial vivenciadas em serviços de saúde e não em outros lugares/contextos.

Os itens que se referiam a *escrever, desenhar, cantar e pintar*, como possíveis reações ao ato discriminatório, foram excluídos sob o argumento principal de que não se tratavam de ações comuns aos brasileiros. Da mesma forma, os itens *reclamar em voz baixa* e *fazer escândalo* foram excluídos em meio a diversas críticas do comitê de especialistas, o que causou surpresa, pois o estudo qualitativo que fundamentou esses itens vislumbrou esse aspecto de maneira contundente (Santa Rosa, 2013). O conjunto de itens sobre *se sentir humilhado, maltratado, medo de não ser atendido, de receber medicamento errado e tratamento errado* foram avaliados como sendo itens muito parecidos uns com os outros, tendo recebido vários votos para serem excluídos. *Mudar o local de atendimento e não buscar mais atendimento*, curiosamente, eram itens que o grupo de pesquisa consultado entendeu como sendo assuntos importantes a serem abordados, porém, foram itens que receberam votos suficientes para serem excluídos também. Todos os itens sobre diversidade étnica entre os profissionais de saúde foram excluídos, provavelmente porque a maioria dos especialistas julgou como irrelevantes para o instrumento. *Eu já vi um familiar ser tratado com privilégio* foi um item em que os juízes entenderam não fazer parte dos objetivos da pesquisa, embora fosse um item que tenha tentado captar o testemunho em relação ao que aconteceu com terceiros, assunto recomendado pela literatura (Paradies, Truong, Priest, 2014).

A etapa de pré-teste conduzida com 40 indivíduos mostrou que era necessário incluir mais questões introdutórias, pois os respondentes consideraram situações que perceberam discriminação racial em outros ambientes diferentes dos serviços de saúde, como em busca por emprego, presença em lojas, repartições públicas, entre outros. Essas questões exemplificam possíveis situações de tratamento injusto ocorridas no contexto dos serviços de saúde, de acordo com dados provenientes de estudos anteriores (Santa Rosa, 2013; d'Orsi et al., 2014; Viellas et al., 2014; Hall et al., 2015; Dehon et al., 2017; Leal et al., 2017). A inclusão dessas questões

introdutórias adicionais surtiu o efeito desejado, não sendo mais observada dúvida em relação ao foco específico nos serviços de saúde.

A partir das modificações e das exclusões descritas acima, a validação de face e conteúdo do instrumento foi alcançada e permitiu prosseguir com a validação de construto – a partir de uma versão com 24 itens. Essa versão foi disponibilizada para o público-alvo por meio de um *link* no REDCap.

O uso do REDCap para o gerenciamento dos dados foi estratégico e apresentou inúmeras vantagens. A primeira é que se trata de um *software* com elevada credibilidade nos meios acadêmicos, em nível internacional, cuja utilização é gratuita, desde que o usuário tenha vínculo institucional com alguma das instituições colaboradoras (Harris et al., 2009). A segunda é que possibilitou a participação tanto dos membros do comitê de especialistas quanto da população-alvo de várias partes do país, sem que houvesse dispêndio financeiro e em tempo rápido. A utilização do REDCap suprime a necessidade de digitar os dados, o que também permitiu a economia de tempo e recursos financeiros. Adicionalmente, a elaboração do DRISS no REDCap permite sua utilização em qualquer parte do país por outros pesquisadores, em *tablets* ou celulares, tanto *online* quanto *offline*.

No entanto, foi observada uma desvantagem no seu uso: o fato de não possuir tradução para a língua portuguesa, por exemplo, pois pode dificultar a compreensão dos respondentes, uma vez que algumas caixas de diálogo podem aparecer e, quando aparecem, estão em inglês. Desse modo, foi necessário incluir instruções em português para que as respostas fossem adequadas. Por exemplo, na primeira página do formulário, quando o respondente escolhia a opção ‘Não aceito participar’, aparecia uma caixa de diálogo com a opção *End the survey now* – o que gerou a necessidade de se instruir o participante em português.

A divulgação do *link* para o preenchimento do instrumento surpreendeu pela dificuldade em se alcançar o número de respostas que permitisse a validação psicométrica adequada; ou seja, deixar o DRISS *online* não garantiu que as pessoas o respondessem. Um dos motivos para a não adesão pode ter sido a divulgação insuficiente, pois, com a intensificação da divulgação de um vídeo caseiro, convidando as pessoas para participar, mais pessoas acessaram o *link* e responderam ao instrumento.

Em relação ao grande número de abandonos no preenchimento do instrumento, pois somente um terço dos acessos gerou formulários respondidos integralmente, pode ter sido por vários motivos, por exemplo: as dificuldades com acesso e/ou estabilidade da internet; o fato do instrumento ser longo, o que pode desestimular seu preenchimento; a temática do DRISS ter desencorajado algumas pessoas, devido ao assunto trazer memórias que possam causar desconforto emocional; a falta de nitidez quanto ao aspecto tenha motivado o tratamento injusto, como grupo econômico, gênero, peso corporal, entre outros; a não identificação de pertencimento a um determinado grupo racial.

Com relação à suposta dificuldade do respondente em distinguir se foi a raça/cor da pele que motivou o tratamento injusto ou se foi a interseccionalidade de aspectos (grupo econômico, gênero, peso corporal, entre outros), tem sido objeto de vários estudos que, na verdade, consideram difícil isolar uma única variável interveniente na produção das desigualdades (Bastos et al., 2017; Hogan et al., 2017).

Quanto à não identificação de pertencimento a um determinado grupo racial, isso invisibiliza a percepção de discriminação devido à raça/cor, caso ela tenha ocorrido, e impede a possibilidade de quantificar essa problemática. Nesse contexto, Bastos et al. (2017) reuniram estudos que argumentam que a mistura das raças no Brasil e o mito da democracia racial (com sua relativa harmonia nas relações sociais) desencorajam os brasileiros a classificarem suas experiências de tratamento diferencial como discriminação (Bastos et al., 2017).

As dimensões que compõem o construto percepção sobre discriminação racial nos serviços de saúde são *Sintoma Somático*, *Preparo*, *Consequências Emocionais*, *Expressão Emocional*, *Percepção Social* e *Reação*. Essas dimensões emergiram das análises estatísticas e apresentaram-se ligeiramente diferentes do que foi considerado na etapa de fundamentação teórica. Segundo a revisão de literatura, seriam três as principais dimensões que comporiam o DRISS: experiência, reação e sentimento (subcapítulo “Fundamentação Teórica” desta tese). Porém, foi possível observar seis fatores, com nítida interligação entre os itens de um mesmo fator. No Fator 1, denominado *Sintoma Somático*, todos os itens continham sintomatologia somatizada, que se distinguia nitidamente do Fator 6, denominado *Consequências Emocionais*, cujos itens se referiam também a sintomas, porém no nível psíquico. Na perspectiva adotada para a elaboração inicial da escala, ainda na fundamentação teórica para a

construção do *pool* de itens, os itens dos Fatores 1 e 6 pertenciam todos à mesma dimensão, ou seja, 'sentimentos'.

No Fator 2, *Preparo*, todos os itens faziam menção às situações em que o respondente tomava alguma iniciativa no sentido de reduzir o risco de ser discriminado, configurando-se como um possível fator estressante por antecipação. Esse fator contém itens que foram extraídos da dissertação de mestrado da autora desta tese (Santa Rosa, 2013). O estresse antecipado pode resultar em danos à saúde física e mental, conforme explica o estudo norte-americano que encontrou associação entre o aumento da circunferência da cintura e o comportamento de vigilância. O mesmo estudo disserta sobre o risco da vigilância crônica e sua toxicidade para a saúde física e mental (Hicken, Lee, Hing, 2017).

O Fator 3, *Expressão emocional*, é composto por itens que indicam se há verbalização ou não da situação racialmente discriminatória eventualmente vivenciada, podendo se configurar como um aspecto relevante à medida em que o acúmulo de estresse pode gerar danos à saúde física e mental. Revisões sistemáticas da literatura vêm mostrando o risco do estresse crônico relacionado ao racismo sobre a saúde física e, especialmente, sobre a saúde mental (Paradies, 2006a; Goto, Couto, Bastos, 2013)

Fator 4, *Percepção social*, refere-se a momentos em que o respondente testemunhou situações de tratamento injusto devido à raça/cor. Trata-se de uma questão relevante, tendo em vista que testemunhar situações que ocorreram com terceiros pode significar compreensão mais nítida do que o que acontece consigo mesmo. Exemplificando, Venturi (2006), em um estudo realizado com mais de cinco mil pessoas de todo o Brasil, identificou que 90% admitiram existir racismo, porém 19% admitiram manifestar seu preconceito (Venturi, 2006).

O Fator 5, *Reação*, contém itens que revelam reações ou atitudes das pessoas frente a uma situação racialmente discriminatória. São itens que podem ser vistos também como estratégias de *coping* adotadas a fim de reduzir o estresse emocional. Para Paradies (2006), as estratégias de *coping* podem, inclusive, reduzir os efeitos nocivos do racismo na vida das pessoas (Paradies, 2006a).

Portanto, o DRISS ficou com 19 itens distribuídos em seis dimensões e apresentou boas propriedades psicométricas – segundo os parâmetros adotados. Vale lembrar que, apesar de todos os itens apresentarem cargas fatoriais dentro dos

limites estabelecidos como aceitáveis, dois itens (1 e 24) ficaram com as comunalidade menores do que 0,4 – limite estabelecido para exclusão do item. No entanto, quando eles eram retirados, a escala se desestabilizava, comprometendo as cargas fatoriais e a comunalidade de outros itens, gerando uma escala que não atendia mais aos objetivos da pesquisa, pois se fazia necessário excluir vários outros itens. Esse julgamento por parte do pesquisador é aceitável e recomendado, a fim de gerar uma escala com significado teórico (Hair, Black, Babin, 2014)

Há que se destacar outro ponto: a despeito de a variância acumulada não ter sido utilizada como indicador de maior importância na AFE, observou-se que ela foi aumentando, conforme os itens problemáticos foram sendo retirados. No entanto, mesmo com a melhora da porcentagem total de variância explicada, o DRISS só explica 55% do fenômeno ‘percepção sobre discriminação racial interpessoal nos serviços de saúde’. Todavia, isso não é um problema, pois, do ponto de vista psicométrico, nenhum fenômeno psicológico e/ou social será entendido por um constructo hipotético, de maneira que a variância total nunca será 100% (O’Grady, 1982; Damásio, 2012). Uma revisão de literatura avaliou os níveis de variância explicada de 568 estudos que utilizaram AFE e encontrou a média de variância total explicada de 56,6%. Apesar de o autor não propor um ponto de corte para um bom valor de variância total explicada, ele sugere certa diretriz para um valor aceitável (Peterson, 2000; Damásio, 2012). Desse modo, o DRISS encontra-se muito perto desse valor médio aceitável.

Quanto às características sociodemográficas dos respondentes do DRISS, a maior parte foi do sexo feminino, com idade média de 35,9 anos de idade, residentes em áreas urbanas, pertencentes aos grupos econômicos A e B e mais da metade com curso superior completo. Quanto à raça/cor autodeclarada, a maioria se declarou de cor preta. Quase a metade possuía convênio médico. Portanto, trata-se de uma amostra de brasileiros bem distinta da média nacional, pois, segundo dados do IBGE (IBGE, 2015), em 2014, 51,6% eram mulheres; a proporção de pessoas que viviam em áreas urbanas era de 85,1%; a escolaridade média da população de 25 anos ou mais de idade era de 7,8 anos de estudo completos, o que não equivale nem ao ensino fundamental completo; 53,6% das pessoas se declaravam como de raça/cor da pele preta ou parda. Quanto à renda, segundo a ABEP (2016) (ABEP, 2016), a média de renda estimada dos grupos A e B era, respectivamente, R\$ 20.888,00 e R\$ 4.852,00

– porém, a média de renda nacional em 2014, segundo o IBGE, foi R\$ 1.245,00 (IBGE, 2015). Ainda: 67% do usuários do SUS são negros (Paixão et al., 2011).

De fato, tal participação de respondentes do DRISS predominantemente de indivíduos de alta escolaridade, grupos socioeconômicos mais favorecidos e auto-declarados pretos pode ser uma limitação deste estudo, principalmente ao se analisar a distribuição dos escores do DRISS segundo as características sociodemográficas, pois a amostra mostrou-se bastante homogênea. No entanto, é preciso ressaltar que não houve qualquer restrição à participação de outros grupos raciais, embora a participação de indivíduos brancos tenha sido mínima, mesmo com o esforço na divulgação. É possível que tenha havido uma certa solidariedade para responder ao DRISS por parte de acadêmicos, membros de movimentos sociais, entre outros, pois a divulgação foi mais intensa nesses grupos. Ainda, entre pessoas desses grupos pretos e pardos, a identificação racial é mais nítida, possibilitando assim um maior senso crítico em relação às experiências diárias de vida, inclusive as discriminatórias.

Foi investigado se o DRISS possuía validade discriminante para algumas das características sociodemográficas investigadas neste estudo (Furr, 2015). Os achados mostraram que não foi observada diferença estatisticamente significativa dos valores médios dos escores do DRISS – quando comparadas as características sociodemográficas; ou seja, o DRISS pareceu não possuir validade discriminante para nenhuma das variáveis investigadas.

Tendo em vista que se tratou de uma amostra predominantemente de negros com elevada renda e escolaridade, mas com presença de indivíduos de baixa renda e baixa escolaridade, os resultados parecem indicar que a percepção de discriminação racial nos serviços de saúde é similar para indivíduos de alta e baixa rendas, muito ou pouco escolarizados; ou seja, não dependeu de sua inserção social. Em outras palavras, apesar de a inserção social determinar diferentes indicadores entre negros e brancos em relação à educação e ao acesso à moradia, aos serviços de saúde e ao emprego (IPEA, 2014), a percepção sobre discriminação racial nos serviços de saúde é similar. Assim, entende-se que, talvez, a percepção de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros seja similar entre os grupos, ainda que as consequências dessa discriminação possam variar e ser mais deletérias entre os grupos mais vulneráveis. No entanto, é preciso avançar no entendimento

dessa questão por meio da aplicação do DRISS em grupos com características sociodemográficas diferentes do grupo participante desta validação.

Ainda, futuros estudos poderão testar a validade discriminante do DRISS em função das diferentes cores de pele, pois a percepção de discriminação racial pode ser maior quanto mais escura for a cor da pele. Também, recomenda-se a testagem do escore do DRISS em função de outras características que possam indicar o estado de saúde da pessoa, como depressão, ansiedade, doenças crônicas, entre outros.

Embora o instrumento elaborado e validado para mensurar as percepções sobre discriminação racial em serviços de saúde seja válido e confiável, este estudo apresenta limitações. Uma delas é que não foi possível realizar a análise fatorial confirmatória, que é fortemente recomendada e possibilita acrescentar mais uma evidência de validade ao instrumento (DeVellis, 2012; Furr, 2015). Tampouco foi possível criar pontos de corte para o escore – o que permitiria classificar a amostra como tendo, por exemplo, baixa, média ou alta percepção de DRISS.

Uma outra limitação foi o predomínio de respondentes do sexo feminino, o que, de certa forma, era esperado devido à natureza cultural do cuidado da saúde e o fato que a presença em serviços de saúde ser majoritariamente feminina (Hoga, 2008; Santa Rosa et al., 2014). Apesar de não ter havido restrição à participação de nenhum grupo racial, predominou a participação de negros (pretos e pardos), o que limita o processo de validação às percepções desse grupo racial. Provavelmente, a maior quantidade de respondentes do grupo dos negros refira-se à maior demanda por justiça no sistema de saúde brasileiro, mesmo porque, são os negros que compõem a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde e também são os mais insatisfeitos com o atendimento (Paixão et al., 2011). Possivelmente, entre as pessoas que acessaram o *link* para o REDCap, havia muitas de outras raças/cores. No entanto, como elas não sofreram discriminação ou não perceberam que sofreram, elas podem ter abandonado ou respondido ‘não’ a essa pergunta.

No Brasil, não é ainda comum outros grupos raciais, além de pretos e pardos, relatarem racismo. Entretanto, estudo qualitativo desenvolvido com 30 médicos, residentes das regiões sul e sudeste do Brasil, mostrou que pessoas da cor amarela (asiáticos) são estereotipadas, mas esse estereótipo é positivado de forma a abrir mais oportunidades, sem necessariamente precisar se esforçar ou demonstrar competência (Santos, 2012). Em outros países, como Estados Unidos e Austrália,

outros grupos étnico-raciais – como latinos, asiáticos, aborígenes – são, frequentemente, objeto de estudo devido à discriminação racial que sofrem (Paradies, 2006a; Kressin, Raymond, Manze, 2008; Bastos et al., 2010).

O fato de o DRISS ser autopreenchido pode se configurar também como um fator limitador, tendo em vista que dificulta o preenchimento por pessoas analfabetas e pouco escolarizadas, necessitando de novo processo de validação caso se tenha a intenção de aplicá-lo por meio de entrevista face-a-face.

Não foi possível verificar a validade de critério do DRISS em função de outros instrumentos, pois não há nenhum instrumento que meça o mesmo constructo, com características aproximadas para ser considerado padrão-ouro em termos de comparação.

Finalizando, a assistência enviesada e injusta, conforme a diferença de raça/cor da pele dos indivíduos, por parte dos profissionais de saúde, originou a demanda pela produção deste trabalho. Essa assistência enviesada e injusta, segundo a raça/cor, reflete o racismo estrutural (Feagin, Bennefield, 2014), profundamente enraizado nas instituições de saúde brasileiras (UN, 2014). O DRISS investigou as percepções de discriminação racial no nível interpessoal, na relação profissional de saúde-usuário, sendo capaz de produzir informações relevantes e estratégicas para auxiliar no planejamento de ações programáticas visando à redução das iniquidades raciais em saúde.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Foi produzida a escala multidimensional Percepções sobre Discriminação Racial Interpessoal nos Serviços de Saúde, cuja abreviação é DRISS. Essa escala é composta de questões introdutórias, mais 19 itens com as categorias de resposta *raramente, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre e sempre*. É composta por seis dimensões, a saber: *Sintoma Somático, Preparo, Consequências Emocionais, Expressão Emocional, Percepção Social e Reação*. Seu escore varia entre 20 e 100 pontos, sendo que 20 pontos significam a menor percepção possível de DRISS e 100 pontos a maior percepção possível de DRISS. O processo de validação da escala foi executado com a participação de homens e mulheres, maiores de 18 anos. Apesar de o nome da escala conter o termo “serviços de saúde”, a coleta de dados não foi realizada dentro dos serviços de saúde, para se evitarem eventuais vieses ocasionados pela proximidade com os profissionais de saúde.

Criado para ser utilizada em estudos epidemiológicos com vistas a medir a percepção de usuários de serviços de saúde, públicos ou privados, sobre a discriminação racial interpessoal perpetrada por profissionais de saúde, o DRISS inova pelos seguintes aspectos: ser específico para os serviços de saúde; a população-alvo constar de usuários dos serviços de saúde; conter itens que versam sobre preparo (Fator 2) e também sobre observação em relação a terceiros (Fator 4); e, por fim, de um modo geral, avalia o racismo institucional por um ângulo diferente do institucional – que é o dos usuários dos serviços de saúde.

As validades de conteúdo e constructo foram verificadas e apresentaram bons indicadores.

Aparentemente, o DRISS não possui validade discriminante para as variáveis sociodemográficas investigadas, que foram sexo, idade, estado, local de residência, religião, escolaridade, raça/cor, trabalho remunerado, convênio médico, união estável e grupo econômico. Isso parece mostrar que a percepção de discriminação racial perpassa os grupos sociais independentemente do grupo socioeconômico ou da escolaridade. Recomendam-se estudos futuros para testar o escore do DRISS em função das diferentes cores de pele de outras características que possam indicar o estado de saúde – como, por exemplo, doenças crônicas, depressão e ansiedade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. 2016.
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet* 2011;16:3061–8. doi:10.1590/S1413-81232011000800006.
- Allport GW. *The nature of prejudice*. Cambridge: Perseus Books; 1979.
- ANVISA. Conceito de serviços de saúde. Agência Nac Vigilância Sanitária Tecnol Da Organ Dos Serviços Saúde 2003. <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/organiza/index.htm> (accessed January 16, 2018).
- Araújo EM de, Costa M da CN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM de, Oliveira NF de. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saude Publica* 2009;43:405–12. doi:10.1590/S0034-89102009005000021.
- Araújo EM de, Costa M da CN, Oliveira NF de, Santana F dos S, Barreto ML, Hogan V, et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13:549–60. doi:10.1590/S1415-790X2010000400001.
- Arteaga JS. Biological Discourses on Human Races and Scientific Racism in Brazil (1832–1911). *J Hist Biol* 2017;50:267–314. doi:10.1007/s10739-016-9445-8.
- Aurélio. *Psicometria, significado*. Dicionário Online Aurélio 2017. <https://dicionariodoaurelio.com/psicometria>.
- Azevedo C. *Onda negra medo branco: o negro no imaginário das elites do século XIX*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc Sci Med* 2010;70:1091–9. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.020.
- Bastos JL, Dumith SC, Santos RV, Barros AJD, Del Duca GF, Gonçalves H, et al. Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers' and interviewees' "color/race" in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25. doi:10.1590/S0102-311X2009001000003.
- Bastos JL, Duquia RP, González-Chica DA, Mesa JM, Bonamigo RR. Field work I: selecting the instrument for data collection. *An Bras Dermatol* 2014;89:918–23. doi:10.1590/abd1806-4841.20143884.
- Bastos JL, Faerstein E. *Discriminação e saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- Bastos JL, Faerstein E, Celeste RK, Barros AJD. Explicit discrimination and health : development and psychometric properties of an assessment instrument Discriminação explícita e saúde : desenvolvimento e propriedades psicométricas de um instrumento. *Rev Saude Publica* 2012;46:269–78.
- Bastos JL, Harnois CE, Bernardo CO, Peres MA, Paradies YC. When Does Differential Treatment Become Perceived Discrimination? An Intersectional Analysis

- in a Southern Brazilian Population. *Sociol Race Ethn* 2017;3:301–18. doi:10.1177/2332649216681167.
- Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien Saude Colet* 2005;10:71–80. doi:10.1590/S1413-81232005000100013.
- Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2017;33. doi:10.1590/0102-311x00090516.
- Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saude Publica* 2004;38:630–6. doi:10.1590/S0034-89102004000500003.
- Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde : o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde Em Debate* 2013;37:681–90. doi:10.1590/S0103-11042013000400016.
- Beard K V, Volcy K. Increasing minority representation in nursing. *Am J Nurs* 2013;113:11. doi:10.1097/01.NAJ.0000426668.44751.f8.
- Bentler PM. Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychol Bull* 1990;107:238–46.
- Bento MAS. Branqueamento e branquitude no Brasil. *Psicol. Soc. do Racismo, Vozes*; 2002, p. 32.
- Berman G, Paradies Y. Racism, disadvantage and multiculturalism: towards effective anti-racist praxis. *Ethn Racial Stud* 2010;33:214–32. doi:10.1080/01419870802302272.
- Borelli E. Vulnerabilidades sociais e juvenil nos mananciais da zona sul da cidade de São Paulo. *Rev Katálisis* 2012;15:62–9. doi:10.1590/S1414-49802012000100006.
- Brandolo E, Brady N, Libby D, Pencelle M. Racism as a psychological stressor. *Annu Rev Public Heal* 2011;32:381–98.
- Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS. 3a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.
- Brasil. Indicadores Sociais Mínimos - conceitos (raça/cor). Inst Bras Geogr e Estatística 2015. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm> (accessed June 3, 2015).
- Brasil. Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça - 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
- Braveman P, Egerter S, Williams DR. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu Rev Public Health* 2011;32:381–98. doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101218.
- Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL de. Avaliação da concordância de dados clínicos e demográficos entre Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade Oncológica e prontuários de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005;21:1829–35. doi:10.1590/S0102-311X2005000600032.
- Burgess DJ, Crowley-Matoka M, Phelan S, Dovidio JF, Kerns R, Roth C, et al.

- Patient race and physicians' decisions to prescribe opioids for chronic low back pain. *Soc Sci Med* 2008;67:1852–60. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.009.
- Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *J Clin Epidemiol* 1993;46:423–9. doi:10.1016/0895-4356(93)90018-V10.1016/0895-4356(93)90018-V.
- Carril L. O negro em São Paulo: da senzala à periferia. Quilombo, favela e Perif. a longa busca por Cid., São Paulo: Annablume; Fapesp; 2006.
- Clark R. Brief report: Initial psychometric properties of the everyday discrimination scale in black adolescents*1. *J Adolesc* 2004;27:363–8. doi:10.1016/S0140-1971(03)00102-7.
- Contrada R, Ashmore R, Gary ML, Coups E, Egeth J, Sewell a, et al. Measures of ethnicity-related stress: Psychometric properties, ethnic group differences, and associations with well-being. *J Appl Soc Psychol* 2001;31:1775–820. doi:10.1111/j.1559-1816.2001.tb00205.x.
- Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Pract Assessment, Res Eval* 2005;10:1–9.
- Couto PF, Goto JB, Bastos JL. Pressão arterial e discriminação interpessoal: revisão sistemática de estudos epidemiológicos. *Arq Bras Cardiol* 2012;99:956–63. doi:10.1590/S0066-782X2012005000090.
- Cunningham M. More than Just the Kappa Coefficient: A Program to Fully Characterize Inter-Rater Reliability between Two Raters. *SAS Glob. Forum 2009 - Stat. Data Anal.*, 2009, p. 1–7.
- d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* 2014;30:S154–68. doi:10.1590/0102-311X00087813.
- Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval Psicol* 2012;11:213–28.
- Dehon E, Weiss N, Jones J, Faulconer W, Hinton E, Sterling S. A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. *Acad Emerg Med* 2017;24:895–904. doi:10.1111/acem.13214.
- DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 3a ed. SAGE Publications, Inc; 2012.
- DeVellis RF. Classical Test Theory. *Med Care* 2006;44:S50–9. doi:10.1097/01.mlr.0000245426.10853.30.
- Dicio. Dicionário Online de Português. Significado de discriminar. Dicionário Online Port 2018. <https://www.dicio.com.br/discriminar/>.
- Dicio. Dicionário Online de Português. Significado de construto 2017. <https://www.dicio.com.br/construto/>.
- Dickason R, Chauhan V, Mor A, Ibler E, Kuehnle S, Mahoney D, et al. Racial Differences in Opiate Administration for Pain Relief at an Academic Emergency Department. *West J Emerg Med* 2015;16:372–80. doi:10.5811/westjem.2015.3.23893.

- Dovidio JF. Prejudice, stereotyping and discrimination: theoretical and empirical overview. In: Dovidio JF, editor. *Sage Handb. Prejud. stereotyping Discrim.*, London: Sage; 2010.
- Duckitt J. Historical overview. In: Dovidio JF, editor. *Handb. Prejud. Stereotyping Discrim.*, London: Sage; 2010, p. 29–44.
- Feagin J, Bennefield Z. Systemic racism and U.S. health care. *Soc Sci Med* 2014;103:7–14. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.006.
- Feagin JR. *Racist America. Revised.* New York: Routledge; 2010.
- Fernandes F. Aspectos da questão racial. *O negro no mundo dos brancos. 2a ed rev.*, São Paulo: Global; 2007.
- Fielding NG, Lee RM, Blank G. *Handbook of Online Research Methods.* London: SAGE Publications; 2008.
- Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública* 2010;16:160–85. doi:10.1590/S0104-62762010000100007.
- Fisher CB. Discrimination Distress During Adolescence. *J Youth Adolesc* 2000;29:679–95. doi:10.1023/A:1026455906512.
- Fitzpatrick AR. The meaning of content validity. *Applied Psychological Measurement*; 1983.
- Fragoso S, Recuero R, Amaral A. *Métodos de pesquisa para a Internet. 3ª reimpre.* Porto Alegre: Sulina; 2015.
- Freitas D. *Palmares, a guerra dos escravos.* Porto Alegre: 1984.
- Fry P. *A persistência da raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
- Furr RM. *Scale Construction and Psychometrics for social and personality psychology.* Washington D. C.: Sage; 2015.
- Gee GC, Ro A, Shariff-Marco S, Chae D. Racial Discrimination and Health Among Asian Americans: Evidence, Assessment, and Directions for Future Research. *Epidemiol Rev* 2009;31:130–51. doi:10.1093/epirev/mxp009.
- Geledés. *Guia de enfrentamento do racismo institucional.* São Paulo: Trama Design; 2013.
- Gonçalves PC. Escravos e imigrantes são o que importam: fornecimento e controle de obra para a economia agroexportadora Oitocentista. *Almanack* 2017;307–61. doi:10.1590/2236-463320171710.
- Goto JB, Couto PFM, Bastos JL. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *Cad Saude Publica* 2013;29:445–59. doi:10.1590/S0102-311X2013000300004.
- Guimarães ASA. *Classes, raças e democracia.* 2nd ed. São Paulo: 34; 2012.
- Guimarães ASA. Como trabalhar com “raça” em sociologia. *Educ e Pesqui* 2003;29:93–107. doi:10.1590/S1517-97022003000100008.
- Guimarães ASA. Combatendo o racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos. *Rev Bras Ciências Sociais* 1999;14:103–15. doi:10.1590/S0102-69091999000100006.

- Hair J f., Black WC, Babin BJ. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. Harlow, USA: Pearson; 2014.
- Hall W, Chapman M, Colby R, Coyne-Beasley T, Day S, Eng E, et al. A systematic review to understand what we know about implicit racial/ethnic bias and healthcare outcomes. 143rd APHA Annu. Meet. Expo., 2015.
- Harrell CJP, Burford TI, Cage BN, Nelson TM, Shearon S, Thompson A, et al. MULTIPLE PATHWAYS LINKING RACISM TO HEALTH OUTCOMES. *Du Bois Rev Soc Sci Res Race* 2011;8:143–57. doi:10.1017/S1742058X11000178.
- Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* 2009;42:377–81. doi:10.1016/j.jbi.2008.08.010.
- Hicken MT, Lee H, Ailshire J, Burgard SA, Williams DR. “Every Shut Eye, Ain’t Sleep”: The Role of Racism-Related Vigilance in Racial/Ethnic Disparities in Sleep Difficulty. *Race Soc Probl* 2013;5:100–12. doi:10.1007/s12552-013-9095-9.
- Hicken MT, Lee H, Hing AK. The weight of racism: Vigilance and racial inequalities in weight-related measures. *Soc Sci Med* 2017;1–10. doi:10.1016/j.socscimed.2017.03.058.
- Hoga LAK. Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008;16:115–21. doi:10.1590/S0104-11692008000100018.
- Hogan VK, de Araujo EM, Caldwell KL, Gonzalez-Nahm SN, Black KZ. “We black women have to kill a lion everyday”: An intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil. *Soc Sci Med* 2017. doi:10.1016/j.socscimed.2017.07.008.
- Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit Daire. *Electron J Bus Res Methods* 2008;6:53–60.
- IBGE IB de G e E. Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: 2015.
- IPEA I de PE e A. Retratos das desigualdades de gênero e raça 2014. <http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores.html> (accessed January 1, 2017).
- James K, Lovato C, Cropanzano R. Correlational and Known-Group Comparison Validation of a Workplace Prejudice/Discrimination Inventory. *J Appl Soc Psychol* 1994;24:1573–92. doi:10.1111/j.1559-1816.1994.tb01563.x.
- Jones CP. Confronting Institutionalized Racism. *Phylon* (1960-) 2002;50:7. doi:10.2307/4149999.
- Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener’s tale. *Am J Public Health* 2000;90:1212–5. doi:10.2105/AJPH.90.8.1212.
- Kalckmann S, Santos CG dos, Batista LE, Cruz VM da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Soc* 2007;16:146–55. doi:10.1590/S0104-12902007000200014.
- Klonoff E a., Landrine H. No Title. *J Behav Med* 2000;23:329–38. doi:10.1023/A:1005580300128.

- Klonoff E a., Landrine H. Cross-Validation of the Schedule of Racist Events. *J Black Psychol* 1999;25:231–54. doi:10.1177/0095798499025002006.
- Klonoff E a., Landrine H, Ullman JB. Racial discrimination and psychiatric symptoms among Blacks. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 1999;5:329–39. doi:10.1037/1099-9809.5.4.329.
- Kreling MCGD, Pimenta CA de M, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. *Rev Dor* 2014;15. doi:10.5935/1806-0013.20140049.
- Kressin NR, Raymond KL, Manze M. Perceptions of race/ethnicity-based discrimination: a review of measures and evaluation of their usefulness for the health care setting. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19:697–730. doi:10.1353/hpu.0.0041.
- Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Heal* 2001;55:693–700. doi:10.1136/jech.55.10.693.
- Krieger N. Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Soc Sci Med* 1990;30:1273–81. doi:10.1016/0277-9536(90)90307-E.
- Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination : Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health 2005;61:1576–96. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.006.
- Kung H-C. Deaths: Final data for 2005. *Natl Vital Stat Reports* 2008;56:4–26.
- Landrine H, Klonoff EA, Corral I, Fernandez S, Roesch S. Conceptualizing and Measuring Ethnic Discrimination in Health Research. *J Behav Med* 2006;29:79–94. doi:10.1007/s10865-005-9029-0.
- Laros J. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L, editor. *Análise fatorial para Pesqui.*, Petrópolis: Vozes; 2004.
- Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017;33. doi:10.1590/0102-311x00078816.
- Liang CTH, Li LC, Kim BSK. The Asian American Racism-Related Stress Inventory: Development, Factor Analysis, Reliability, and Validity. *J Couns Psychol* 2004;51:103–14. doi:10.1037/0022-0167.51.1.103.
- Lobão JSB, Washington de Jesus Sant’anna da F-R, Ardemório de Barros S. Aplicação dos Índices KAPPA & PABAK na validação da classificação automática de imagem de satélite em Feira de Santana-BA. *An. XII Simpósio Bras. Sensoriamento Remoto*, Goiânia, Bras., 2005, p. 1207–14.
- Loo CM, Fairbank JA, Scurfield RM, Ruch LO, King DW, Adams LJ, et al. Measuring exposure to racism: Development and validation of a Race-Related Stressor Scale (RRSS) for Asian American Vietnam veterans. *Psychol Assess* 2001;13:503–20. doi:10.1037/1040-3590.13.4.503.
- López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ* 2012;16:121–34. doi:10.1590/S1414-32832012005000004.
- Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behav Res Methods* 2006;38:88–91.

doi:10.3758/BF03192753.

Major B, Dover TL. Attributions to discrimination: Antecedents and consequences. In: TD N, editor. *Handb. Prejud. stereotyping, Discrim.* 2nd ed., New York: Psychology Press; 2016, p. 213–34.

Malcarne VL, Chavira DA, Fernandez S, Liu P-J. The Scale of Ethnic Experience: Development and Psychometric Properties. *J Pers Assess* 2006;86:150–61. doi:10.1207/s15327752jpa8602_04.

Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saude Publica* 2006;22:2473–9. doi:10.1590/S0102-311X2006001100022.

Mattos H. “Remanescentes das comunidades dos quilombos”: memória do cativo e políticas. *Rev USP* 2006;68:104–11.

Monk EP. The Consequences of “Race and Color” in Brazil. *Soc Probl* 2016;63:413–30. doi:10.1093/socpro/spw014.

Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saude Publica* 2011;27:623–38. doi:10.1590/S0102-311X2011000400002.

Muniz JO. Inconsistências e consequências da variável raça para a mensuração de desigualdades. *Civ - Rev Ciências Sociais* 2016;16:62. doi:10.15448/1984-7289.2016.2.23097.

Muniz JO, Bastos JL. Volatilidade classificatória e a (in)consistência da desigualdade racial. *Cad Saude Publica* 2017;33:1–12. doi:10.1590/0102-311x00082816.

Nogueira O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. *Tempo Soc* 2007;19. doi:10.1590/S0103-20702007000100015.

Noronha APP, Pinto LP, Ottati F. Análise fatorial confirmatória da Escala de Aconselhamento Profissional. *Arq Bras Psicol* 2016;68:62–71.

O’Grady KE. Measures of explained variance: Cautions and limitations. *Psychol Bull* 1982;92:766–77. doi:10.1037/0033-2909.92.3.766.

ONU O das NU. ONU: era digital deve garantir prosperidade para todos. Notícias e Mídia - Rádio ONU 2017. <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2017/10/onu-era-digital-deve-garantir-prosperidade-para-todos/#.WILHTqinHIU>.

Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010 - Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: 2011.

Paradies Y. Defining, conceptualizing and characterizing racism in health research. *Crit Public Health* 2006a;16:143–57. doi:10.1080/09581590600828881.

Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006b;35:888–901. doi:10.1093/ije/dyl056.

Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015;10:e0138511. doi:10.1371/journal.pone.0138511.

Paradies Y, Cunningham J. Development and validation of the Measure of

- Indigenous Racism Experiences (MIRE). *Int J Equity Health* 2008;7:9. doi:10.1186/1475-9276-7-9.
- Paradies Y, Truong M, Priest N. A Systematic Review of the Extent and Measurement of Healthcare Provider Racism. *J Gen Intern Med* 2014;29:364–87. doi:10.1007/s11606-013-2583-1.
- Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009;135:531–54. doi:10.1037/a0016059.
- Pasquali L. *Psicometria. Rev Da Esc Enferm Da USP* 2009;43:992–9. doi:10.1590/S0080-62342009000500002.
- Pasquali L. *Análise fatorial: um manual teórico-prático*. Brasília: UNB; 1999.
- Perreira KM, Telles EE. The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Soc Sci Med* 2014;116:241–50. doi:10.1016/j.socscimed.2014.05.054.
- Peterson RA. A Meta-Analysis of Variance Accounted for and Factor Loadings in Exploratory Factor Analysis. *Mark Lett* 2000;11:261–75. doi:10.1023/A:1008191211004.
- Polit D, Beck C, Hungler B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5th ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Priest N, Paradies Y, Trenerry B, Truong M, Karlsen S, Kelly Y. A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Soc Sci Med* 2013;95:115–27. doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.031.
- R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for 2017.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Desenvolvimento de instrumentos de aferição epidemiológicos. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, editors. *Epidemiol. Nutr.*, Rio de Janeiro: ABRASCO/Editora Atheneu; 2007, p. 227–43.
- Reis J. *Rebelião escrava no Brasil: a história do levante dos Malês*. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
- Revelle W, Zinbarg RE. Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika* 2009;74:145–54. doi:10.1007/s11336-008-9102-z.
- Rocha PR da, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev Da Esc Enferm Da USP* 2015;49:129–35. doi:10.1590/S0080-623420150000100017.
- Santa Rosa PLF. *Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Dissertação), 2013.
- Santa Rosa PLF, Hoga LAK, Santana MF, Silva PAL. Uso de plantas medicinais por mulheres negras: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda. *Rev Da Esc Enferm Da USP* 2014;48:45–52. doi:10.1590/S0080-623420140000600007.
- Santos GA dos. *Racismo institucional: uma análise a partir da perspectiva dos*

estudos pós-coloniais e da Ética. *Ensaio Filosóficos* 2015;11:1–21.

Santos MOP. Médicos e pacientes tem sexo e cor? A perspectiva de médicos sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.

Santos WS dos, Gouveia V V., Navas MS, Pimentel CE, Gusmão EÉ da S. Escala de racismo moderno: adaptação ao contexto brasileiro. *Psicol Em Estud* 2006;11:637–45. doi:10.1590/S1413-73722006000300020.

Sartes LMA, Souza-Formigoni MLO De. Avanços na Psicometria : Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item Advances in Psychometrics : From Classical Test Theory to Item Response Theory. *Psicol Reflexão e Crítica* 2013;26:241–50. doi:10.1590/S0102-79722013000200004.

Seyferth G. A estratégia do branqueamento. *Ciência Hoje* 1986;5:54–6.

Smedley B, Myers H, Harrell S. Minority-status stresses and the college adjustment of ethnic minority freshmen. *J Higher Educ* 1993;64:434–52. doi:10.2307/2960051.

Souza IM de, Araújo EM de, Nery FS. Mortalidade masculina segundo a raça/cor da pele em estados do nordeste e sudeste do Brasil, 2009-2011. *Rev Da Assoc Bras Pesqui Negros* 2015;7:154–67.

Tabachnick B, Fidell L. Using multivariate Statistics. 6ª. Pearson; 2012.

Taguieff PA. O racismo. Lisboa: Instituto Piaget; 1997.

Telles E, Flores RD, Urrea-Giraldo F. Pigmentocracies: Educational inequality, skin color and census ethnoracial identification in eight Latin American countries. *Res Soc Stratif Mobil* 2015;40:39–58. doi:10.1016/j.rssm.2015.02.002.

Telles E, Steele L. Pigmentocracy in the Americas: how is educational attainment related to skin color? *Lat Am Public Opin Proj Insights Ser* 2012;73:1–8.

Tischauser LV. Jim Crow Laws. Denver: Greenwood; 2012.

Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Publica* 2004;20:660–78. doi:10.1590/S0102-311X2004000300003.

Ture K, Hamilton C V. Black power: politics of liberation in America. New York: Vintage; 1967.

UN. United Nations. Statement by the United Nations' Working Group of Experts on People of African Descent, on the conclusion of its official visit to Brazil, 3- 13 December 2013. United Nations 2014.

<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14159&LangID=E%23sthash.1o4dXOaj.dpuf> (accessed December 22, 2018).

Venturi G. Entrevista: Gustavo Venturi comenta dados relevantes sobre a pesquisa “Discriminação racial e preconceito de cor no Brasil.” Fundação Perceus Abramo Partido Dos Trab 2006. <https://fpabramo.org.br/2006/05/09/entrevista-gustavo-venturi-comenta-dados-relevantes-sobre-a-pesquisa-discriminacao-racial-e-preconceito-de-cor-no-brasil/?storytopic=736> (accessed December 20, 2018).

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014;30:S85–100. doi:10.1590/0102-311X00126013.

Vines AI, McNeilly MD, Stevens J, Hertz-Picciotto I, Baird M, Baird DD. Development and reliability of a Telephone-Administered Perceived Racism Scale (TPRS): a tool for epidemiological use. *Ethn Dis* 2001;11:251–62.

Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc* 2016;25:535–49. doi:10.1590/S0104-129020162610.

Widhiarso W, Ravand H. Estimating reliability coefficient for multidimensional measures: A pedagogical illustration. *Rev Psychol* 2014;21:111–21.

Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009;32:20–47. doi:10.1007/s10865-008-9185-0.

Williams DR, Yan Yu, Jackson JS, Anderson NB. Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *J Health Psychol* 1997;2:335–51. doi:10.1177/135910539700200305.

Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. *Meas Eval Couns Dev* 2012;45:197–210. doi:10.1177/0748175612440286.

Zinbarg RE, Revelle W, Yovel I. Estimating ω_h for Structures Containing Two Group Factors: Perils and Prospects. *Appl Psychol Meas* 2007;31:135–57. doi:10.1177/0146621606291558.

Zinbarg RE, Revelle W, Yovel I, Li W. Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* 2005;70:123–33. doi:10.1007/s11336-003-0974-7.

Zinbarg RE, Yovel I, Revelle W, McDonald RP. Estimating Generalizability to a Latent Variable Common to All of a Scale's Indicators: A Comparison of Estimators for ω_h . *Appl Psychol Meas* 2006;30:121–44. doi:10.1177/0146621605278814.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (POPULAÇÃO-ALVO)

Confidential

Page 1 of 15

PERCEPÇÕES SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Por gentileza, você deve responder todos os itens!

Ao terminar, clique no botão 'Submit'.

Caso você prefira terminar de preencher em outro momento, salve suas respostas e retorne depois, clicando no botão 'Save & Return Later'

Obrigada!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada "Desenvolvimento e validação do instrumento de medida das percepções sobre discriminação racial interpessoal nos serviços de saúde brasileiros", da enfermeira Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, do curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação das professoras doutoras Ana Luíza Vilela Borges e Edna Maria de Araújo.

O objetivo deste estudo é desenvolver e validar um instrumento para mensurar a percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

A sua participação na pesquisa consiste em responder perguntas online sobre suas percepções a respeito da discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros. Esclarecemos que a sua participação até o final desse questionário online vai gerar um arquivo que será salvo pelas pesquisadoras e seu preenchimento durará aproximadamente 15 minutos.

Essa pesquisa não oferece risco, mas é possível que alguma lembrança de sua história de vida traga algum desconforto imediato. O estudo trará benefício à população uma vez que, ao reconhecermos situações de discriminação racial nos serviços de saúde, podemos elaborar estratégias para reduzir desigualdades étnico-raciais no atendimento em serviços de saúde.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, anônima e o (a) Sr. (a) tem total liberdade de recusar e interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo agora ou no futuro. Os resultados serão analisados em conjunto com os resultados de outras pessoas e seu nome não constará nos registros.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. É garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso às pesquisadoras responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas:

Coordenadora da pesquisa: Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, que pode ser encontrada no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP. Telefone: (11) 99963-0886 - Email: patriciafsantarosa@gmail.com

Orientadora: Professora Ana Luíza Vilela Borges, telefone: 3061-7652, email: alvilela@usp.br
Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira Cesar - São Paulo/SP CEP - 05403-000 Telefone: (11) 30618858 e-mail - cepee@usp.br

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Confidential

Page 2 of 15

- ☐ Não aceito participar deste estudo (Escolhendo esta opção, o programa direcionará você para o final do formulário. Agradecemos pela sua participação. Gentileza clicar em 'End the survey now' da caixa de diálogo que aparecerá).
- ☐ Sim, aceito participar deste estudo (Você deverá clicar abaixo em "Next Page" e proceder assim até a penúltima página).

Confidential

Page 3 of 15

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Qual é o seu sexo?

- ☐ Masculino
☐ Feminino
☐ Outro

Qual é a sua outra opção de pertencimento em termos de sexo?

Data de nascimento

(Dia-mês-ano (Exemplo: 30-03-1976); menores de 18 anos não poderão participar.)

Qual é a sua idade?

(Anos completos.)Estado
(Estado onde mora atualmente)

- ☐ Acre
☐ Alagoas
☐ Amapá
☐ Amazonas
☐ Bahia
☐ Ceará
☐ Distrito Federal
☐ Espírito Santo
☐ Goiás
☐ Maranhão
☐ Mato Grosso
☐ Mato Grosso do Sul
☐ Minas Gerais
☐ Pará
☐ Paraíba
☐ Paraná
☐ Pernambuco
☐ Piauí
☐ Rio de Janeiro
☐ Rio Grande do Norte
☐ Rio Grande do Sul
☐ Rondônia
☐ Roraima
☐ Santa Catarina
☐ São Paulo
☐ Sergipe
☐ Tocantins

A cidade onde você mora fica em área urbana ou rural?

- ☐ Urbana
☐ Rural

Confidential

Page 4 of 15

Qual é a sua religião?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Católica
- ☐ Evangélica
- ☐ Espírita
- ☐ Afro-brasileira (candomblé, umbanda)
- ☐ Outra

Qual é a sua escolaridade?

- ☐ Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto
- ☐ Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto
- ☐ Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto
- ☐ Médio Completo/ Superior Incompleto
- ☐ Superior Completo

Como você classifica a sua raça/cor?

- ☐ Branca
- ☐ Parda
- ☐ Preta
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

Qual é a sua profissão?

Você trabalha?

(Trabalho remunerado, com ou sem registro em carteira)

- ☐ Não
- ☐ Sim

Está procurando emprego atualmente?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Você tem plano de saúde ou convênio?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Atualmente está casada/o ou em união estável com alguém?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Confidential

Page 5 of 15

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Na residência em que você mora há quantos banheiros?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantas empregadas/os domésticas/os mensalistas, quer dizer, que trabalhe em sua casa de modo permanente por cinco ou mais dias por semana, incluindo babás, motoristas, cozinheiras etc.?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantos automóveis/carros para uso pessoal ou da família (não considerar taxis, vans ou caminhonetes usadas para fretes, ou qualquer veículo usado para atividade profissional)?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantos microcomputadores?
(Considerar também notebooks.)

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar louças?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantas geladeiras?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantos freezers?
Considerar aparelho independente ou 2.ª porta externa da geladeira duplex.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 ou +

Confidential

Page 6 of 15

Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar roupa?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de DVD?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de microondas?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantas motocicletas?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou +

Na residência em que você mora, há quantas máquinas de secar roupa?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou +

Quem é a/o chefe da sua família?

- ☐ Eu
- ☐ Meu companheiro ou minha companheira
- ☐ Minha mãe
- ☐ Meu pai
- ☐ Outra pessoa

Quem?

Qual é a escolaridade do/a chefe da sua família?

- ☐ Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto
- ☐ Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto
- ☐ Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto
- ☐ Médio Completo/ Superior Incompleto
- ☐ Superior Completo

Confidential

Page 8 of 15

QUESTÕES INTRODUTÓRIAS DO INSTRUMENTO: PERCEPÇÕES SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Alguma vez na sua vida, você foi tratada/o injustamente, em relação a outras pessoas presentes, devido à sua raça/cor da pele em alguma dessas instituições?

Se SIM, responda lembrando da ÚLTIMA VEZ em que isso aconteceu.

- ☐ Não (Escolhendo esta opção, o programa direcionará você para o final do formulário. Agradecemos pela sua participação. Gentileza clicar em 'End the survey now' da caixa de diálogo que aparecerá).
- ☐ Posto de saúde
- ☐ Hospital
- ☐ Pronto-socorro
- ☐ Ambulatório
- ☐ Consultório odontológico
- ☐ Maternidade
- ☐ SAMU
- ☐ Farmácia da unidade
- ☐ Laboratório
- ☐ Central de regulação
- ☐ Outro

Qual?

Qual foi o tratamento injusto que você recebeu devido à sua raça/cor da pele? Lembre-se que, segundo a sua percepção, a única diferença que havia entre você e as demais pessoas presentes era a sua raça/cor.

- ☐ Algum funcionário te olhou com uma cara de desprezo
- ☐ Foi deixada/o para trás em uma fila
- ☐ Recebeu medicamento menos potente
- ☐ Recebeu medicamento de menor qualidade
- ☐ Foi maltratada/o verbalmente
- ☐ Foi submetida/o a um procedimento médico ou de enfermagem mais doloroso do que o que devia ser
- ☐ O profissional de saúde não te examinou direito
- ☐ O profissional pareceu não querer tocar em você
- ☐ Foi maltratado fisicamente pelo/a profissional de saúde
- ☐ Outro

Por favor, descreva resumidamente o que aconteceu:

Há quanto tempo isso aconteceu?

- ☐ No último ano
- ☐ Há mais de 1 ano, mas menos que 5 anos
- ☐ Há mais de 5 anos

Confidential

Page 9 of 15

Qual foi o/a profissional que te tratou injustamente devido à sua raça/cor da pele?

- ☐ Porteiro/a
- ☐ Recepcionista
- ☐ Enfermeira/o
- ☐ Técnica/o de enfermagem
- ☐ Auxiliar de enfermagem
- ☐ Médico/a
- ☐ Psicólogo/a
- ☐ Dentista
- ☐ Nutricionista
- ☐ Assistente social
- ☐ Agente comunitário de saúde
- ☐ Outro/a

Quem?

Qual era o sexo da/o profissional que te tratou injustamente?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Outro

Qual era o sexo de pertencimento da/o profissional?

Qual era a raça/cor da pele da/o profissional que te tratou injustamente?

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

Confidential

Page 10 of 15

PERCEPÇÕES SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE, DEVIDO À RAÇA/COR DA/O USUÁRIA/O

Quando eu sou tratada/o injustamente devido à minha raça/cor da pele, em serviços de saúde, eu

1. Ignoro

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

2. Encaro como um acontecimento cotidiano

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

3. Converso com alguma pessoa sobre o que aconteceu (familiar ou amiga/o)

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

4. Procuro esquecer o que aconteceu

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

5. Faço uma oração (ou rezo) pela situação.

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

6. Guardo isso para mim mesma/o

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Confidential

Page 11 of 15

7. Me sinto humilhada/o.

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

8. Me sinto impotente.

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

9. Sinto raiva

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

10. Sinto dores de cabeça

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

11. Sinto dores de estômago

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

12. Sinto tensão nos músculos

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

13. Sinto palpitação no coração

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Confidential

Page 12 of 15

14. Tenho receio de ter que esperar mais do que o normal para ser atendida/o

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

15. Reclamo em voz alta

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

16. Denuncio para as autoridades (por exemplo: registro uma ocorrência na polícia ou abro um processo na justiça).

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Confidential

Page 13 of 15

Para evitar ser tratada/o injustamente, em serviços de saúde, devido à minha raça/cor de pele, eu:

17. Tomo cuidados adicionais com a higiene

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

18. Tomo cuidados adicionais com a depilação/barba

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

19. Tomo cuidados adicionais com as minhas roupas

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

20. Me preparo para não reclamar do atendimento

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Confidential

Page 14 of 15

Responda as próximas perguntas pensando em situações que ocorreram com outras pessoas.

21. Eu presenciei uma/m familiar, parente ou amiga/o ser tratada/o injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

22. Eu presenciei outras pessoas desconhecidas serem tratadas injustamente devido à raça/cor da pele em serviços de saúde

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Confidential

Page 15 of 15

Responda as próximas perguntas pensando em situações em que você observou privilégio.

23. Eu já me senti tratada/o com privilégios devido à minha raça/cor da pele em serviços de saúde

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

24. Eu já vi um/a desconhecido/a ser tratado/a com privilégios devido à raça/cor da pele DA PESSOA, em serviços de saúde

- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

Caso tenha interesse e disponibilidade para responder este instrumento novamente em 15 dias, por favor, escreva seu e-mail abaixo:

Você gostaria de fazer algum comentário, crítica ou sugestão sobre este instrumento ou sobre algum item específico?

APÊNDICE II - TRECHO DO VÍDEO CONVIDANDO O PÚBLICO-ALVO PARA RESPONDER AO DRISS

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=gpUa5EFHOkw>

APÊNDICE III - QUESTÕES INTRODUTÓRIAS À APLICAÇÃO DO DRISS

N	Questões introdutórias à aplicação do DRISS																																															
1	<p>Alguma vez na sua vida, você já foi tratada/o injustamente, em relação a outras pessoas presentes, devido à sua raça/cor da pele em alguma dessas instituições? Se sim, responda lembrando da <u>última</u> vez em que isso aconteceu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Postos de saúde ☐ Hospitais ☐ Prontos-socorros ☐ Ambulatórios ☐ Consultório odontológico ☐ Maternidade ☐ SAMU ☐ Farmácia da unidade ☐ Laboratórios ☐ Centrais de regulação ☐ Outros _____ 																																															
2	<p>Há quanto tempo isso aconteceu?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ No último ano ☐ Há mais de 1 ano, mas menos que 5 anos ☐ Há mais de 5 anos 																																															
3	<p>Qual foi o/a profissional que te tratou de maneira injusta devido à sua raça/cor da pele? (Sim ou não para cada opção)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Profissional</th><th colspan="2">Sexo</th><th>Raça/cor (da/o profissional)</th></tr> <tr> <th></th><th>Masc</th><th>Fem</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Porteiro/a</td><td>☐</td><td>☐</td><td rowspan="5"> ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena </td></tr> <tr> <td>☐ Recepcionista</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Enfermeira/o</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Técnica/o de enfermagem</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Auxiliar de enfermagem</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Médico/a</td><td>☐</td><td>☐</td><td rowspan="6"></td></tr> <tr> <td>☐ Psicólogo/a</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Dentista</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Nutricionista</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Assistente social</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Agente comunitário de saúde</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>☐ Outro/a. Quem? _</td><td>☐</td><td>☐</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Profissional	Sexo		Raça/cor (da/o profissional)		Masc	Fem		☐ Porteiro/a	☐	☐	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	☐ Recepcionista	☐	☐	☐ Enfermeira/o	☐	☐	☐ Técnica/o de enfermagem	☐	☐	☐ Auxiliar de enfermagem	☐	☐	☐ Médico/a	☐	☐		☐ Psicólogo/a	☐	☐	☐ Dentista	☐	☐	☐ Nutricionista	☐	☐	☐ Assistente social	☐	☐	☐ Agente comunitário de saúde	☐	☐	☐ Outro/a. Quem? _	☐	☐	
Profissional	Sexo		Raça/cor (da/o profissional)																																													
	Masc	Fem																																														
☐ Porteiro/a	☐	☐	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena																																													
☐ Recepcionista	☐	☐																																														
☐ Enfermeira/o	☐	☐																																														
☐ Técnica/o de enfermagem	☐	☐																																														
☐ Auxiliar de enfermagem	☐	☐																																														
☐ Médico/a	☐	☐																																														
☐ Psicólogo/a	☐	☐																																														
☐ Dentista	☐	☐																																														
☐ Nutricionista	☐	☐																																														
☐ Assistente social	☐	☐																																														
☐ Agente comunitário de saúde	☐	☐																																														
☐ Outro/a. Quem? _	☐	☐																																														

APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

N.º	Item sócio-econômico-demográfico
1.	Identificação do questionário: (numerado automaticamente pelo Software Redcap)
2.	Qual é o seu sexo? 1 Masculino 2 Feminino 3 Outro. Qual é a sua outra opção de pertencimento em termos de sexo? _____
3.	Data de nascimento (Dia-mês-ano (Exemplo: 30-03-1976); menores de 18 anos não poderão participar.) Obs.: O Redcap, automaticamente, não permitia a participação de menores de 18 anos)
4.	Qual é a sua idade? _____ (Anos completos.)
5.	Estado (Estado onde mora atualmente) 1 Acre 2 Alagoas 3 Amapá 4 Amazonas 5 Bahia 6 Ceará 7 Distrito Federal 8 Espírito Santo 9 Goiás 10 Maranhão 11 Mato Grosso 12 Mato Grosso do Sul 13 Minas Gerais 14 Pará 15 Paraíba 16 Paraná 17 Pernambuco 18 Piauí 19 Rio de Janeiro 20 Rio Grande do Norte 21 Rio Grande do Sul 22 Rondônia 23 Roraima 24 Santa Catarina 25 São Paulo 26 Sergipe 27 Tocantins
6.	A cidade onde você mora fica em área urbana ou rural? 1 Urbana 2 Rural
7.	Qual é a sua religião? 1 Nenhuma 2 Católica 3 Evangélica 4 Espírita 5 Afro-brasileira (candomblé, umbanda) 6 Outra
8.	Qual é a sua escolaridade? 1 Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto 2 Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto 3 Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto 4 Médio Completo/ Superior Incompleto 5 Superior Completo

N.º	Item sócio-econômico-demográfico												
9.	Como você classifica a sua raça/cor? 1 Branca 2 Parda 3 Preta 4 Amarela 5 Indígena												
10.	Qual é a sua profissão? _____												
11.	Você trabalha? (Trabalho remunerado, com ou sem registro em carteira) 1 Não 2 Sim												
12.	Está procurando emprego atualmente? 1 Não 2 Sim												
13.	Você tem plano de saúde ou convênio? 1 Não 2 Sim												
14.	Atualmente está casada/o ou em união estável com alguém? 1 Não 2 Sim												
15.	Na residência em que você mora há quantos banheiros? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>	Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente												
1	0												
2	1												
3	2												
4	3												
5	4 ou +												
16.	Na residência em que você mora, há quantas empregadas/os domésticas/os mensalistas, quer dizer, que trabalhe em sua casa de modo permanente por cinco ou mais dias por semana, incluindo babás, motoristas, cozinheiras etc.? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>	Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente												
1	0												
2	1												
3	2												
4	3												
5	4 ou +												
17.	Na residência em que você mora, há quantos automóveis/carros para uso pessoal ou da família (não considerar taxis, vans ou caminhonetes usadas para fretes, ou qualquer veículo usado para atividade profissional)? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>	Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente												
1	0												
2	1												
3	2												
4	3												
5	4 ou +												
18.	Na residência em que você mora, há quantos microcomputadores? (Considerar também notebooks.) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3		
Código	Valor requerido do respondente												
1	0												
2	1												
3	2												
4	3												

N.º	Item sócio-econômico-demográfico													
	5	4 ou +												
19.	<p>Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar louças?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
20.	<p>Na residência em que você mora, há quantas geladeiras?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
21.	<p>Na residência em que você mora, há quantos freezers? Considerar aparelho independente ou 2.ª porta externa da geladeira duplex.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
22.	<p>Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar roupa?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
23.	<p>Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de DVD?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
24.	<p>Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de microondas?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>4 ou +</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
25.	<p>Na residência em que você mora, há quantas motocicletas?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th><th>Valor requerido do respondente</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1						
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													

N.º	Item sócio-econômico-demográfico													
	3	2												
	4	3												
	5	4 ou +												
26.	<p>Na residência em que você mora, há quantas máquinas de secar roupa?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Valor requerido do respondente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4 ou +</td> </tr> </tbody> </table>		Código	Valor requerido do respondente	1	0	2	1	3	2	4	3	5	4 ou +
Código	Valor requerido do respondente													
1	0													
2	1													
3	2													
4	3													
5	4 ou +													
27.	<p>Quem é a/o chefe da sua família?</p> <p>1 Eu</p> <p>2 Meu companheiro ou minha companheira</p> <p>3 Minha mãe</p> <p>4 Meu pai</p> <p>5 Outra pessoa</p> <p>Quem? _____</p>													
28.	<p>Qual é a escolaridade do/a chefe da sua família?</p> <p>1 Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto</p> <p>2 Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto</p> <p>3 Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto</p> <p>4 Médio Completo/ Superior Incompleto</p> <p>5 Superior Completo</p>													
29.	<p>Você ou alguém do seu domicílio recebe algum tipo de benefício social?</p> <p>1 Não</p> <p>2 Seguro-desemprego</p> <p>3 Bolsa-família</p> <p>4 Bolsa-escola</p> <p>5 Pensão</p> <p>6 Aposentadoria</p> <p>7 Outro</p> <p>Qual outro benefício social? _____</p>													
30.	<p>Na rua em que você mora, tem água encanada?</p> <p>1 Não</p> <p>2 Sim</p>													
31.	<p>A rua em que você mora é pavimentada?</p> <p>1 Não</p> <p>2 Sim</p>													

ANEXO

ANEXO

ANEXO I -PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DAS PERCEPÇÕES SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL INTERPESSOAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS

Pesquisador: Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55713316.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.622.586

Apresentação do Projeto:

O projeto é bastante relevante no âmbito social, econômico e demográfico. O projeto pretende desenvolver e validar um instrumento para mensurar a percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros (PEDIRSS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver e validar um instrumento para mensurar a percepção sobre discriminação racial interpessoal no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

Objetivos Secundários: 1) Verificar as evidências de validade de face, conteúdo e constructo.

2) Verificar evidências de confiabilidade;

3) Identificar fatores sócio-econômicos e demográficos associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa não oferece risco, segundo a pesquisadora, mas é possível que alguma lembrança

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.622.586

da história de vida traga algum desconforto imediato, ainda segundo a mesma.

Benefícios:

Para a pesquisadora, "O estudo trará benefício à população uma vez que, ao reconhecermos situações de discriminação racial nos serviços de saúde, podemos elaborar estratégias para reduzir desigualdades étnico-raciais no atendimento em serviços de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos exigidos para a análise do projeto foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi inserido no TCLE a referência ao item "Indenização" relacionado ao respondente da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_709033.pdf	20/06/2016 20:24:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Formulario_avalicao_especialistas_Patricia_Santa_Rosa.pdf	20/06/2016 20:21:03	Patricia Lima Ferreira Santa Rosa	Aceito
Outros	Carta_convite_Projeto_Patricia_Lima_Ferreira_Santa_Rosa_20_jun_2016.docx	20/06/2016 20:13:21	Patricia Lima Ferreira Santa Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Patricia_Lima_Ferreira_Santa_Rosa_20_junho_2016.docx	20/06/2016 20:12:07	Patricia Lima Ferreira Santa Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Patricia_Lima_Ferreira_Santa_Rosa_20_jun_2016.docx	20/06/2016 20:07:21	Patricia Lima Ferreira Santa Rosa	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.622.586

Investigador	Projeto_Patricia_Lima_Ferreira_Santa_Rosa_20_jun_2016.docx	20/06/2016 20:07:21	Patricia Lima Ferreira Santa Rosa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	02/05/2016 21:05:55	Patricia Lima Ferreira Santa Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Julho de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419**Bairro:** Cerqueira Cesar**CEP:** 05.403-000**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)3061-8858**E-mail:** cepee@usp.br