



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Leonardo Mozzaquatro Schneider

**A DISCRIMINAÇÃO SEGUNDO A PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Florianópolis
2014

Leonardo Mozzaquatro Schneider

**A DISCRIMINAÇÃO SEGUNDO A PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Schneider, Leonardo Mozzaquatro.

S358d A discriminação segundo a perspectiva de profissionais da
Atenção Básica à Saúde / Leonardo Mozzaquatro Schneider;
Orientador, João Luiz Dornelles Bastos. - Florianópolis, SC,
2014.

99 p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Discriminação Social. 2. Saúde Pública. 3. Atenção Básica
à Saúde. 4. Brasil. I. Bastos, João Luiz dornelles. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

"A discriminação segundo a perspectiva de profissionais da Atenção Básica à Saúde"

Leonardo Mozzaquatro Schneider

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Luiz Domelles Bastos (Presidente)

Prof. Dr. Fulvio Borges Nedel (Membro)

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro)

Prof. Dr. Douglas Francisco Kowaleski (Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por possibilitarem a chance da vida e a necessidade do questionamento.

A meus irmãos, por ajudarem a perceber, desde cedo, que pertencem a um coletivo maior e repleto de singularidades.

A meus professores, colegas de profissão e de ideologia, que alimentaram a chama da busca.

Aos orientadores, antes de tudo, quero reverenciar a precedência na corrente de conhecimento em Saúde Coletiva e agradecer por terem promovido o reconhecimento de minhas características e limitações como pesquisador.

As equipes de Saúde da Família pela confiança e abertura. A meus amigos e amores, pelo compartilhar do dia a dia.

SCHNEIDER, Leonardo Mozzaquatro. **A discriminação segundo a perspectiva de profissionais da Atenção Básica à Saúde**. 2014. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos

RESUMO

Este trabalho aborda o fenômeno discriminatório na perspectiva de profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde, especificamente no nível interpessoal. Foi conduzida uma pesquisa qualitativa com dois centros de saúde da grande Florianópolis (SC, Brasil), envolvendo seis Equipes de Saúde da Família e profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos centros participantes. A coleta de informações foi realizada por meio de sensibilização, seguida de grupo focal. A análise gerou categorias e subcategorias que dialogam entre si, tendo sido agrupadas em uma relativa à realidade identificada e outra, às implicações práticas. Os resultados indicaram que a discriminação é rotineiramente considerada pelos profissionais apenas em suas formas explícitas. Ao debruçar-se sobre o tema, foram reveladas angústias individuais e coletivas, bem como estratégias envidadas para lidar com o outro de maneira a manter o fluxo do processo de trabalho. Especificamente, o distanciamento em relação ao outro (seja este usuário ou profissional de saúde) promove a manifestação de discriminação. Esta, por sua vez, apresentou-se em sua forma sutil e, por isto, na maior parte dos casos, sentida, porém, desconsiderada pelos profissionais. Uma vez destacada, a discriminação contribuiu para um ambiente carregado de tensões, resistência, vergonha e revelações.

Palavras-Chave: Discriminação Social. Saúde Pública. Atenção Básica à Saúde. Brasil.

ABSTRACT

This paper addresses interpersonal discrimination from the perspective of primary health care professionals. A qualitative research was carried out into primary health care centers in Florianópolis (Southern, Brazil) with six Family Health teams and different professionals of the Supporting Family Health teams (NASF) of the participating centers. Data collection was conducted through an initial sensitization, which was followed by focus groups sessions. The analysis generated multiple categories and subcategories, which were grouped into two: *reality identified* and *practical implications*. Results indicated that only explicit discrimination is frequently considered by health professionals. When the issue was approached more closely, individual and collective anxieties, as well as strategies to deal with discrimination in order to maintain the work flow were revealed. In summary, a somewhat distant interaction between focus groups participants led to the development of mechanistic relationships, which promote expressions of discriminatory behavior. Discrimination, in turn, also appeared in its subtle form, and, therefore, was largely unnoticed by health professionals.

Keywords: Social Discrimination. Public Health. Primary Health Care. Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH	- Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
ESF	- Equipes de Saúde da Família
<i>IOM</i>	- <i>Institute of Medicine</i>
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNH	- Política Nacional de Humanização
PPGSC	- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SMS-Fpolis	- Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 PRECONCEITO, ESTEREÓTIPO, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO:PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL	19
2.2 DISCRIMINAÇÃO E SAÚDE COLETIVA	25
2.3 PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O IMPACTO DA DISCRIMINAÇÃO E DAR SUPORTE À DIVERSIDADE NO AMBIENTE INSTITUCIONAL	29
3 JUSTIFICATIVA.....	37
4 OBJETIVOS	39
4.1 OBJETIVO GERAL.....	39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5 PERCURSO METODOLÓGICO	41
6 RESULTADOS.....	45
6.1 ARTIGO - A DISCRIMINAÇÃO SEGUNDO A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	45
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE A - ROTEIRO DA SENSIBILIZAÇÃO.....	85
APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	87
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
ANEXOS	91

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC	93
ANEXO B – NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO DA REVISTA PHYSIS.....	96

1 INTRODUÇÃO

A discriminação é concebida como uma forma de tratamento diferencial, direcionada a grupos ou indivíduos de categorias sociais particulares, que resulta em diferentes oportunidades de acesso a recursos e redes de poder (PARADIES *et al.*, 2009). Atualmente, diferentes teorias convergem no que se refere a abordar a discriminação como um fenômeno complexo, multifacetado, com um importante componente afetivo, influenciado por ideologias, pautado em relações de poder, envolvendo ameaça, concorrência e desigualdade (DUCKITT, 2005).

Em particular, Jones (2000) concebe quatro níveis distintos de manifestação da discriminação. O nível institucional se refere à discriminação que se propaga por meio de políticas e normas institucionalizadas. O segundo nível corresponde ao estrutural, que considera, por exemplo, as diferenças de acesso aos serviços de saúde, bem como a locais e estilos de vida saudáveis, podendo ser facilmente observado em regiões onde ocorre segregação espacial como nos Estados Unidos da América. O nível interpessoal contempla as relações entre os indivíduos, tendo-se como referência as atitudes e os comportamentos diferenciais para com os sujeitos de categorias sociais não hegemônicas. Por último, o nível internalizado consiste na aceitação ou conflito com os rótulos imputados às categorias sociais do próprio indivíduo discriminado, bem como a forma com que os indivíduos pertencentes a grupos oprimidos lidam com a discriminação e o preconceito (JONES, 2000).

Algumas teorias se propõem explicar os mecanismos pelos quais a exposição à discriminação poderia acarretar condições e comportamentos adversos em saúde. Dentre elas, a teoria ecossocial, desenvolvida por Krieger (2012), tem como premissa que este processo se dá na vida social. Sendo assim, as doenças têm sua origem na maneira pela qual a sociedade se desenvolve, numa constante e indivisível relação entre o social e biológico, com o curso de vida e seus acontecimentos se inscrevendo na história do indivíduo. A autora destaca cinco mecanismos pelos quais a discriminação pode impactar na saúde: 1- Privação econômica e social; 2- Exposição a substâncias tóxicas ou a condições perigosas no trabalho, moradia ou vizinhança; 3-

Através de traumas socialmente infligidos, podendo ser mental, físico e sexual, nos seus diferentes tipos e intensidades; 4- Por meio da indústria de consumo e propaganda, envolvendo o estímulo ao uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas ou outras mercadorias, desde estética a alimentos; 5- Pelo atendimento inadequado por parte de prestadores de serviços de saúde, incluindo acesso, diagnóstico e tratamento.

Assim, a necessidade de investigar o fenômeno discriminatório no campo da saúde coletiva emerge historicamente da incompatibilidade entre os pressupostos e ideais éticos que governam o pensamento na área e as iniquidades em saúde potencialmente atribuídas à discriminação. Especificamente, a prestação de serviços e de cuidado em saúde de modo não discriminatório e, portanto, coerente com as necessidades de cada indivíduo e seus grupos se revela como um dos aspectos mais importantes da discussão deste tema no campo da saúde coletiva (KRIEGER, 2005).

No âmbito dos serviços de saúde, as estratégias para diminuir o impacto da discriminação e dar suporte à diversidade geralmente são realizadas sob a forma de treinamentos para os profissionais. Estes treinamentos diferem em cada contexto em que são aplicados, levando em consideração as características da população abordada, bem como as peculiaridades da instituição. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, país de onde se originaram a maior parte destas intervenções, os treinamentos são centrados na história da escravidão e, mais recentemente, na migração de cidadãos latino-americanos. No caso da Austrália, por outro lado, a maioria das intervenções tem seu foco nos aborígenes Australianos (TRENERRY; FRANKLIN; PARADIES, 2010). A natureza dos treinamentos sobre diversidade varia expressivamente; entretanto, existe consenso de que tais intervenções impactam no campo cognitivo, na aprendizagem de habilidades e na aprendizagem emocional (HILL; AUGUSTINOS 2001; JOHNSTONE; KANITSAKI, 2008; KULIK; ROBERSON, 2008). Tamkin *et al.*, (2002) categorizam os treinamentos, segundo o que visam abordar: o cognitivo; o afetivo; e o comportamental. Pesquisadores da área concordam que uma maior eficácia nos treinamentos envolve estratégias que combinam estes diferentes aspectos simultaneamente (DOVIDIO, 2012).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, o acesso ao sistema de saúde torna-se legalmente um direito de todo o cidadão e dever do Estado, de maneira indiscriminada. Entretanto, a efetivação do direito à atenção integral à saúde passa, assim, a depender do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY,

2011). Regido pelos princípios organizativos, legitimados pela lei 8. 080 de 1990, dentre eles a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas e a igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, o SUS apresenta uma avançada construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais, ao lado de uma institucionalidade precária, que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida das necessidades da cidadania (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

Alguns estudos apontam que a alta demanda e a dificuldade dos serviços de saúde em abranger toda a população subjazem apenas parcialmente as diferenças de acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, estudo de Neri e Soares (2002) aponta que as chances de utilização dos serviços de saúde estão fortemente associadas a variáveis socioeconômicas e demográficas, tais como cor/raça, anos de estudo, ocupação, acesso a serviços públicos, entre outras. Castro, Silva e Vicentin (2005) investigaram a importância da oferta dos serviços de saúde na produção de iniquidades, tendo como referência as taxas de internações hospitalares. O estudo concluiu que 97% a 99% da variação na chance de internação são explicadas por características do indivíduo, sendo que somente 1% a 3% da variação nas internações pôde ser atribuída a diferenças na oferta. Outro estudo sobre o acesso e utilização dos serviços do SUS introduziu o conceito de racismo institucional para explicar determinadas iniquidades. No caso, o racismo institucional foi definido como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (KALCKMAN et al., 2007).

Além de constarmos princípios organizativos do SUS o tema da discriminação é contemplado na Política Nacional de Humanização (PNH). O primeiro princípio norteador da política se refere à “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização”. Nas diretrizes gerais para a implantação da PNH, prioriza-se sensibilizar as equipes de saúde em relação à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) no momento da recepção e dos encaminhamentos dos usuários (PNH, 2007).

Considerando as iniquidades supracitadas, o importante papel que os serviços de saúde têm na perpetuação ou superação destas e os objetivos da PNH, este trabalho se propõe a analisar a discriminação sob a perspectiva de profissionais da Atenção Básica à Saúde, com especial

atenção para: (i) o impacto da discriminação nas relações entre profissionais e usuários; (ii) seus efeitos sobre as relações estabelecidas entre os próprios profissionais; (iii) analisar o impacto da discriminação no processo de trabalho das equipes; e (iv) analisar a necessidade e o possível impacto de uma estratégia de educação permanente sobre o tema da discriminação no âmbito do serviço de saúde. Cabe destacar, que este estudo não restringe a algum tipo particular de discriminação (raça, classe, gênero etc.), procurando contemplá-la de maneira mais ampla e interseccional possível.

Neste contexto, o presente projeto está estruturado da seguinte forma. A revisão de literatura inicia com um breve histórico do conhecimento produzido sobre o fenômeno da discriminação, culminando nas definições atuais do fenômeno e de conceitos correlatos, como preconceito, estereótipo e estigma. No segundo capítulo, aborda-se a relação entre discriminação e saúde e, no terceiro, as estratégias e intervenções para combater a discriminação, descritas na literatura. Na sequência descreve-se o percurso metodológico, e por último os resultados e discussão são apresentados na forma de artigo (Anexo B).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PRECONCEITO, ESTEREÓTIPO, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL

O estudo sistemático do fenômeno da discriminação teve início há pouco mais de um século (DOVIDIO 2010, DUCKIT 2010). Dentre as áreas de conhecimento e disciplinas científicas que se debruçaram sobre o tema, as ciências sociais e humanas, mais especificamente a sociologia e psicologia social foram as que apresentaram interesse mais expressivo sobre o assunto (GUIMARÃES, 2008). Duckitt (2010) ao estudar o desenvolvimento histórico do conhecimento sobre a discriminação e conceitos correlatos, como preconceito e o estereótipo, lembra que cada definição do fenômeno deriva de uma forma particular de explicá-lo, o que implica em ações e políticas sociais coerentes com o paradigma dominante nos diferentes períodos históricos. As circunstâncias sociais e os eventos históricos, em interação com o desenvolvimento dos estudos sobre a temática, direcionaram a atenção para diferentes temas e questionamentos em cada período.

No período anterior 1920, o racismo científico apregoava a ideia de existência de raças humanas e de superioridade/inferioridade entre as supostas raças como algo natural e inquestionável (DUCKITT, 2010). Por meio do uso de testes de inteligência criados no início desta década, os pesquisadores confirmavam experimentalmente suas crenças sobre a superioridade branca, respaldando assim atos explícitos de exploração e dominação.

No período entre 1920 a 1950, a ênfase dos estudos se caracterizou pela intenção de medir e descrever o problema da discriminação com intuito de conhecê-lo e evidenciá-lo. A produção do conhecimento se deu no sentido de afastar as crenças de superioridade branca até então propagadas. Alguns fatos históricos podem explicar tal mudança de paradigma, como o advento da Primeira Grande Guerra e o movimento pelos direitos civis dos negros nos Estados Unidos da América. Com a propagação da ideia de igualdade entre as raças, o olhar sobre o tema se direcionou ao estudo das atitudes racistas que determinados grupos poderiam apresentar. Isto resultou na compreensão

do preconceito e da discriminação como algo irracional, injustificável e como fenômenos subjacentes à interação negativa entre categorias sociais. Em decorrência disso, predominou, neste período, uma percepção otimista entre os estudiosos do assunto e a sociedade de modo mais amplo, pois, se acreditava que através da superação deste estado de desconhecimento da discriminação e do preconceito, as injustiças entre os grupos seriam superadas.

Entretanto, com o passar dos anos, as pesquisas demonstraram que o preconceito permeava diversos contextos e se apresentava muito resistente à transformação. Os pesquisadores, então, passaram a investigar suas origens. A teoria psicodinâmica concebeu o preconceito como parte de processos psíquicos universais, associados a mecanismos de defesa. Estes processos operariam no campo do inconsciente e estariam associados ao aumento de tensão do indivíduo. Segundo a mesma teoria, o preconceito teria origem em frustrações sociais crônicas, sendo que o ataque a grupos minoritários era visto como uma espécie de válvula de escape para tais tensões (DOLLARD *et al.*, 1939). Estas explicações tiveram importante impacto nas políticas sociais. Uma vez que o fenômeno era visto como inerente à condição humana e direcionado aos grupos minoritários, assim, a estratégia adotada para lidar com a discriminação foi conhecida como “melting pot” ou “cadinho de raças”. Esta estratégia postulava que, à medida que os grupos minoritários se aproximassem da cultura e dos costumes das categorias sociais hegemônicas, a distância entre eles diminuiria e, assim, o preconceito e a discriminação seriam superados gradualmente.

Após os horrores do holocausto, ocorridos na Segunda Guerra Mundial, o paradigma explicativo do fenômeno do preconceito e da discriminação sofreu uma ruptura. Ao invés de ser concebido como processo intrapsíquico universal, o preconceito passou a ser definido como processo psicopatológico. Consequentemente, buscou-se identificar e descrever as estruturas de personalidade e as características que supostamente levavam aos indivíduos a adotarem posturas rígidas e autoritárias contra grupos minoritários. Theodor Wiesengrund Adorno, membro da escola de Frankfurt, inspirado por princípios da psicanálise de Freud, foi um dos principais responsáveis pela elaboração da teoria da personalidade autoritária. Sinteticamente, segundo Adorno (1950), a postura preconceituosa teria origem numa criação familiar repressiva, punitiva e rígida, que seria reforçada na vida adulta, quando em contato com ideologias igualmente rígidas. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, depositava-se nos valores liberais e democráticos uma esperança contra o autoritarismo, culminando em políticas sociais que

serviriam para combater a personalidade autoritária.

Na década de 1960, a ênfase sobre as explicações individuais para a origem do preconceito e da discriminação foi gradualmente perdendo força e o interesse se direcionou para aspectos sociais e culturais da discriminação. Um estudo realizado por Pettigrew's (1958) appud Duckitt, encontrou altos níveis de preconceito em sociedades Sul Americanas, nas quais não havia predomínio de posturas autoritárias. O preconceito passou a ser explicado em termos de mecanismos de socialização, em relação direta com aspectos normativos, ou seja, os indivíduos que apresentassem características distintas das normas tradicionalmente aceitasserm segregados (PETTIGREW, 1958). Estas linhas de pensamento propuseram intervir sobre o fenômeno, através da mudança das normas sociais, entre as quais a abolição de leis segregacionistas existentes nos Estados Unidos da América, por exemplo.

Entretanto, em decorrência das revoltas urbanas ocorridas na metade da década de 1960 no norte dos Estados Unidos da América, pesquisadores passaram a compreender que o preconceito não estava exclusivamente associado a normas segregacionistas. Até então, se pensava que o Sul do país, região onde a história de escravidão foi mais evidente, era o foco de existência do fenômeno, uma vez que possuía leis segregacionistas, especialmente nas escolas, no mercado de trabalho e no sistema de transporte. Todavia as manifestações urbanas no norte enfatizaram a insatisfação dos trabalhadores negros frente às iniquidades de condições de vida que diferenciavam brancos e negros no contexto urbano não segregacionista (FAIRCHILD; GURIN, 1978).

Na década de 1970, a pesquisa sobre o tema continuou enfatizando aspectos socioculturais envolvidos na discriminação, porém, o olhar passou do estudo das normas para o escrutínio das relações de dominação e manutenção das estruturas de poder entre brancos e negros. Para superar as iniquidades de acesso às estruturas de poder, foram criadas as ações afirmativas, incluindo as cotas nas universidades, visando facilitar o acesso aos meios de poder por parte de minorias étnicas e raciais (CROSBY, 2004).

Na década de 1980, diante das evidências acerca da persistência e da difusão do preconceito, compreendeu-se que este não poderia ser atribuído unicamente a interesses de grupos, relações de poder e estrutura social, mas também a outros fatores, incluindo processos psicológicos fundamentais. Os estudos constataram que muitos brancos aparentemente não-preconceituosos se opunham à implantação de políticas para reduzir as desigualdades (HUDDY; SEARS, 1995). Com

a ampliação de tecnologias empregadas na investigação do fenômeno, aspectos sutis do preconceito e da discriminação passaram a ser investigados, como o tom de voz ou o distanciamento físico no comportamento de brancos abertamente amigáveis com negros (FAZIO; OLSON, 2003).

Estes achados levaram os estudiosos a distinguir entre formas explícitas e implícitas do fenômeno (GREENWALD; BANAJI, 1995). As formas explícitas do fenômeno operariam no nível consciente, enquanto que as formas sutis e modernas de comportamento discriminatório e seus aspectos implícitos se dariam no nível inconsciente e automático. Uma variedade de instrumentos de mensuração passou a ser utilizada para estudar as formas implícitas, como, por exemplo, o Teste de Associação Implícita (GREENWALD; MCGHEE; SCHWARTZ, 1998).

Além disso, estudos experimentais, realizados na Europa, impactaram no paradigma dominante à época. Ao observar as relações entre participantes de pesquisas, que eram separados em grupos seguindo um critério aleatório e socialmente irrelevante, os pesquisadores identificaram manifestação de atitudes discriminatórias e postura competitiva a favor dos indivíduos que pertenciam a seus grupos (TAJFEL; TURNER, 1979). Estes trabalhos contribuíram para situar o fenômeno discriminatório como processo cognitivo normal, natural e universal, que tem por função simplificar a complexidade da realidade social (HAMILTON, 1981).

Duas formas de abordar a relação entre cognição e discriminação se destacaram: uma abordagem cognitiva pura, e uma abordagem cognitivo-motivacional. A abordagem cognitiva pura focava no conceito de estereótipo, como uma estrutura cognitiva determinada pela categorização que organiza e dá significado às informações provenientes da realidade social. A segunda abordagem acrescenta que o grau de positividade com que o indivíduo se posiciona em relação ao outro se baseia nas motivações e expectativas que este tem de seu par (TAJFEL; TURNER, 1979).

Este novo paradigma cognitivo conflitou com as políticas assimilacionistas e cegas às questões raciais, pois seus estudos apontavam que tais estratégias deixariam os grupos minoritários em desvantagem, uma vez que estes teriam que assimilar a cultura das categorias sociais hegemônicas (SCHOFIELD, 1986). Em contrapartida, as propostas de intervenções baseadas no multiculturalismo ganharam força. O multiculturalismo busca valorizar a diversidade com o intuito de motivar o contato com as diferentes culturas e etnias, reforçando uma

atitude positiva frente aos grupos minoritários. As críticas referentes a esta forma de intervenção se basearam em achados de maior resistência e reforço de barreiras intergrupais por meio da evidência das diferenças entre os grupos (BREWER, 1999).

A última tendência no estudo do preconceito e da discriminação, identificada por Duckitt (2010), refere-se ao período pós anos 2000, embora suas características ainda não estejam totalmente claras para este autor. Neste período, as teorias convergem no que se refere a abordara discriminação como fenômeno complexo, multifacetado, com importante componente afetivo, motivacionalmente dirigido e enraizado em ideologias, fortemente influenciado por diferenças individuais e entre grupos sociais, pautado nas relações de poder e envolvendo, particularmente, ameaça, concorrência e desigualdade (DUCKITT, 2010).

Atualmente, a discriminação pode ser definida como prática social, que ordena relações sociais formal ou informalmente, promovendo segregação de grupos sociais ou categorias estigmatizadas por preconceito coletivo (TURNER, 2006). Outras definições ampliam o conceito de discriminação para uma forma de tratamento diferencial voltado a grupos ou indivíduos de categorias sociais particulares, considerando, também, que o fenômeno discriminatório favorece determinados grupos (RITZER, 2007). Cientistas sociais sublinham que, no interior das diversas instituições sociais, como família, estado e organizações de trabalho, a relação entre os indivíduos depende da posição ou de atribuições que ocupam e dispõem no grupo e, dependendo da rigidez comportamental, pode ser considerada discriminatória ou não por um observador (BANTON, 1994).

Por sua vez, o preconceito pode ser definido como uma avaliação constantemente desfavorável de membros de grupos específicos (TURNER, 2006). Allport (1954) o definiu como “uma antipatia, baseada numa generalização errônea ou inflexível”. Obra recente de Dovidio *et al.*, (2010) define o preconceito como uma “atitude individual, subjetivamente tanto positiva quanto negativa, contra grupos e seus membros, que cria ou mantém relações hierárquicas entre categorias sociais”. A atitude preconceituosa pode ser consciente ou inconsciente (TURNER, 2006) e possui representações cognitivas e afetivas, pois frequentemente envolve sentimentos (DOVIDIO, 2010). Fiske *et al.*, (2000) constatam que, em consequência das diferentes estratégias para abolir cognitivamente o preconceito no decorrer da história, o mesmo assumiu uma forma mais sutil de manifestação. Esta, por sua vez, revelando-se de maneira indireta, ambígua, inconsciente, autônoma e ambivalente (BLANK, 2004).

A discriminação sutil é automática quando, de maneira inconsciente, um indivíduo relaciona-se com o outro por meio de um comportamento repetitivo e mecânico. É ambivalente, pois, os sentimentos em relação ao outro não são exclusivamente de antipatia, mas sim uma mistura de sentimentos, como desgosto e pena, por exemplo. É indireta, quando o indivíduo ou grupo discriminador culpa o discriminado por sua condição de desvantagem, como, por exemplo, rotulando-o de preguiçoso ou irresponsável. Por fim, a manifestação sutil é ambígua quando, ao invés de desfavorecer os indivíduos de outros grupos, favorece membros do próprio grupo perpetrador de discriminação (BLANK, 2004).

Ademais, investigadores apontam algumas funções sociais do preconceito, entre elas, de fortalecer a identidade e auto-estima dos indivíduos pertencentes ao grupo preconceituoso (FEIN; SPENCER, 1997). O preconceito também é visto como um importante componente nas dinâmicas sociais, favorecendo a manutenção de ordem e hierarquias (BOBO, 1999; BOBO; TUAN, 2006).

Em seu turno, o termo estereótipo deriva etimologicamente da conjunção de duas palavras gregas, *stereos*, que significa rígido e *túpos*, que corresponde a traço. O termo foi utilizado inicialmente por Lippman (1922), ao se referir a uma figura típica que vem à mente, quando se pensa sobre um grupo social específico. Estereótipos podem ser definidos como esquemas cognitivos, utilizados por observadores para processar a informação sobre os outros (HILTON; VON HIPPEL, 1996). Vale salientar que o estereótipo não envolve apenas crenças sobre as características e qualidades dos indivíduos pertencentes a um determinado grupo, como também expectativas sobre seu comportamento (PAYNE, 2001).

O estigma, por sua vez, refere-se à atributos que a sociedade ou os indivíduos possuem, e que por isso são alvos de discriminação por parte dos demais (KUSOW, 2004). Goffman (1963), em sua obra, “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, refere-se ao estigma como uma “marca de uma desgraça social”. Esta marca, segundo o autor, atrai a atenção e preocupação dos outros, tornando difícil para o indivíduo portador da mesma estabelecer relações suaves e prazerosas com os demais. Goffman (1988) constatou que determinados atributos tinham tendência a gerar um olhar estigmatizado sobre os indivíduos. Em primeira instância, considerou os indivíduos portadores de anormalidades ou deficiências físicas ou sensoriais. Em seguida, incluiu indivíduos vistos socialmente com sinais de caráter falho, como alcoólatras, usuários de drogas, desempregados, com histórico de roubo

e abuso ou com desejos considerados incomuns. Por último, identificou os indivíduos pertencentes a grupos oprimidos, dentre eles grupos étnicos, raciais, religiosos ou políticos.

Indivíduos estigmatizados, frequentemente cientes dos rótulos imputados a seu grupo, tendem a apresentar um alto grau de apreensão, quando entram em contato com outros indivíduos, pois temem que seu comportamento espontâneo acabe por confirmar as ideias a eles associadas. Greenberg (1988), ao estudar os indivíduos estigmatizados, observou algumas formas como os mesmos lidam com o estigma, dentre elas estão o ato de se rotular, a rejeição dos rótulos imputados ou a negociação de quais rótulos devem ser aplicados.

2.2 DISCRIMINAÇÃO E SAÚDE COLETIVA

A necessidade de investigar o fenômeno discriminatório no campo da saúde coletiva emerge da incompatibilidade entre os pressupostos e ideais éticos que governam o pensamento em saúde coletiva e as iniquidades em saúde potencialmente atribuídas à discriminação. Ou seja, antes mesmo da verificação empírica dos efeitos prejudiciais da discriminação sobre a saúde, os estudos, a avaliação e a intervenção na área devem superar as iniquidades de saúde, proporcionando um serviço coerente com as necessidades de cada indivíduo e grupos, sem distinção (KRIEGER, 2005).

Devido à complexidade e à profundidade do fenômeno, o impacto da discriminação na saúde é algo de difícil mensuração (BASTOS; FAERSTEIN, 2012). Diversos estudiosos consideram o fenômeno discriminatório importante responsável por iniquidades em saúde entre grupos, incluindo maior mortalidade (BARNES, 2008); menor uso de serviços de rastreamento para câncer (MOUTON, 2010); pressão arterial elevada (LEWIS, 2009; MCCLURE, 2010); níveis elevados de proteína C-reativa (LEWIS, 2010); abuso de substâncias (OKAMOTO, 2009; MCLAUGHLIN, 2010); saúde mental (PASCOE, 2009; SEATON, 2010), como ansiedade, estados de humor e patologias psiquiátricas (MCLAUGHLIN, 2010); aumento de sintomas de depressão (LAMBERT, 2009); ganho de peso (COZIER, 2009) e consumo de tabaco (NGUYEN, 2010).

Todavia, estes resultados são considerados evidências indiretas do impacto da discriminação sobre a saúde. Isto, pois existe uma considerável dificuldade teórica e metodológica no exercício acadêmico de se isolar o fenômeno discriminatório dos demais fatores associados

aos agravos de saúde investigados como, por exemplo, a posição socioeconômica. Ainda assim, as evidências neste campo de estudo são robustas o suficiente para se concluir que a discriminação contribui para dar forma à distribuição desigual de saúde e doença na população, bem como estar implicada na determinação social do processo saúde-doença (KRIEGER, 2005).

Jones (2000) descreve quatro níveis distintos de influência da discriminação. O nível institucional se refere à discriminação que se propaga por meio de políticas e normas institucionalizadas. O nível estrutural, que considera as diferenças de acesso aos serviços de saúde, bem como a locais e estilos de vida saudáveis, podendo ser facilmente observado em locais onde ocorre segregação espacial, por exemplo. O nível interpessoal contempla as relações entre os indivíduos, considerando as atitudes e os comportamentos diferenciais para com os indivíduos de grupos minoritários. Por último, o nível internalizado leva em consideração a aceitação ou conflito com os rótulos imputados à categoria social do próprio indivíduo discriminado, bem como a forma com que os indivíduos pertencentes a grupos oprimidos lidam com a discriminação e o preconceito (JONES, 2000).

Algumas teorias se propõem explicar os mecanismos pelos quais a exposição à discriminação pode levar a condições e comportamentos adversos em saúde. Dentre elas, a teoria ecossocial, desenvolvida por Krieger (2004), tem como premissa que este processo se dá na vida social. Sendo assim, a doença tem sua origem na maneira pela qual a sociedade se desenvolve, numa constante e indivisível relação entre o social e biológico, com o curso da vida e seus registros na história do indivíduo. A autora destaca cinco mecanismos pelos quais a discriminação pode impactar a saúde:

1. Privação econômica e social, seja no âmbito do trabalho, moradia, vizinhança ou outros ambientes;
2. Exposição a substâncias tóxicas ou a condições perigosas no trabalho, moradia ou vizinhança;
3. Através de traumas infligidos socialmente, podendo ser mental, físico e sexual, nos seus diferentes tipos e intensidades;
4. Por meio da indústria de consumo e propaganda, envolvendo o estímulo ao uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, ou outras mercadorias, desde estética a alimentos; e
5. Pelo atendimento inadequado por parte de prestadores deserviços coletivos de saúde, incluindo acesso, diagnóstico e tratamento.

Especificamente, o último mecanismo tem especial relevância para o presente trabalho, uma vez que a intervenção a ser apresentada se propõe a abordar a questão da discriminação em meio a profissionais da atenção básica à saúde. Estudo realizado pelo *Institute of Medicine* (IOM), nos Estados Unidos da América, concluiu que as iniquidades em saúde estão fortemente relacionadas com as diferenças encontradas nos cuidados à saúde recebidos por negros e brancos, tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos. O estudo também apontou que o preconceito, o estereótipo e a discriminação assumem uma parte importante na manutenção destas iniquidades em saúde (SMEDLEY, 2003).

A maior parte dos estudos sobre o fenômeno da discriminação na saúde refere-se à discriminação racial/étnica. Chen *et al.*, (2005) constataram diferenças na interação entre pacientes brancos e negros com o sistema de saúde. Segundo este estudo, a frequência com que pensamentos e sentimentos discriminatórios eram ativados nos profissionais prestadores da assistência à saúde, era maior em relação a negros do que brancos. Ao estudar a percepção do fenômeno sob o ponto de vista dos pacientes, Johnson *et al.*, (2004) constataram que os pacientes negros acreditam que sua aparência fenotípica influi negativamente na receptividade do sistema de saúde. Outro estudo apontou que negros têm menor confiança em seus médicos (BOULWARE *et al.*, 2004; HALBERT *et al.*, 2006). Segundo La Veist (2003), pacientes negros se mostraram mais satisfeitos quando atendidos por médicos de mesma cor.

Penner (2007) considera que os profissionais do campo da saúde rejeitam abertamente formas explícitas de discriminação, tanto em seu trabalho como em suas vidas pessoais. Entretanto, tendo em vista que o fenômeno discriminatório assume atualmente formas sutis de manifestação, estas costumam se fazer implicitamente presentes na conduta destes profissionais. Segundo o pesquisador, a discriminação sutil pode ser observada em dois contextos: (a) através de seu impacto no diagnóstico e em tratamentos recomendados às populações subordinadas; e (b) na qualidade da interação entre pacientes e profissionais.

Em relação aos diagnósticos e tratamentos recomendados, Penner *et al.*, (2007) observaram que existe uma diferença mais acentuada de conduta em relação a brancos e negros, quando inexitem protocolos já consolidados para encaminhamento e tratamento da demanda. Reforçando estes achados, La Veist *et al.*, (2003) relataram uma frequência maior de encaminhamento para exames complementares para

diagnóstico de patologias cardíacas em brancos do que em negros. Entretanto, quando estabelecido o diagnóstico, a conduta não apresentou diferenças significativas. Shavers *et al.*, (2004) constataram que pacientes negros classificados em estado de alerta clínico receberam menor número de visitas de acompanhamento do que pacientes brancos em mesmas condições. Tais estudos dão suporte ao modelo social cognitivo proposto por Ryn e Williams (2003), segundo o qual gênero, idade, posição socioeconômica e raça/etnia podem influenciar as crenças dos trabalhadores da saúde sobre os pacientes de maneira independente de outros fatores importantes para uma decisão e conduta clínica.

Para avaliar a qualidade da interação entre pacientes e profissionais da saúde, alguns pesquisadores adotaram a estratégia metodológica de analisar comparativamente os dados provenientes de interações entre clínico e paciente da mesma raça/etnia ou de raças/etnias distintas. Desta forma, Cooper *et al.*, (2003) observaram um tempo de consulta significativamente menor entre indivíduos de raças/etnias distintas, quando comparado com aqueles de mesma raça/etnia. Johnson *et al.*, (2004) concluíram que as consultas foram menos centradas no paciente e com menor presença de afeto positivo entre as partes no grupo composto por paciente e clínico de diferentes raças/etnias. Outros estudos apontaram menor intenção de estabelecimento de vínculo (SIMINOFF *et al.*, 2006) e menor participação do paciente na tomada de decisão nestas situações (KOERBER *et al.*, 2004).

Em relação ao conteúdo da fala, as pesquisas apontaram uma dominância verbal mais evidente dos médicos, menor informação para os pacientes, menor tempo despendido com condutas educativas, oferta de informações em saúde, bem como de conversas informais e esclarecimento sobre dúvidas em interações entre médico e paciente de diferentes raças/etnias (JOHNSON *et al.*, 2004; GORDON *et al.*, 2006; PENNER *et al.*, 2007). Médicos brancos empregaram mais tempo, versando sobre seus prognósticos e avaliando o abuso de drogas e medicamentos com negros do que com brancos (OLIVER *et al.*, 2001).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, o acesso ao sistema de saúde torna-se legalmente um direito de todo o cidadão e dever do Estado, de maneira indiscriminada. Entretanto, a efetivação do direito à atenção integral à saúde passa, assim, a depender do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2011). Regido pelos princípios organizativos de universalidade do acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas e igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou

privilégios de qualquer espécie, o SUS apresenta uma avançada construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais, ao lado de uma institucionalidade precária, que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida das necessidades da cidadania (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

A alta demanda e a dificuldade dos serviços de saúde em abranger toda a população subjazem, apenas em parte, as iniquidades em saúde. Neri e Soares (2002) encontram que as chances de utilização dos serviços de saúde estão mais fortemente associadas a variáveis socioeconômicas e demográficas, tais como cor/raça, anos de estudo, ocupação, acesso a serviços públicos que questões relativas à demanda ou sobrecarga do serviço e saúde. Castro, Silva e Vicentin (2005) investigaram a importância da oferta dos serviços de saúde na produção de iniquidades, tendo como referência as taxas de internações hospitalares. O estudo concluiu que 97% a 99% da variação na chance de internação são explicadas por características do indivíduo, sendo que somente 1% a 3% da variação nas internações pôde ser atribuída a diferenças na oferta. Outro estudo sobre o acesso e utilização dos serviços do SUS introduziu o conceito de racismo institucional para explicar determinadas iniquidades. No caso, o racismo institucional foi definido como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (KALCKMAN *et al.*, 2007).

Além de constar nos princípios organizativos do SUS o tema da discriminação é contemplado na Política Nacional de Humanização (PNH). O primeiro princípio norteador da política se refere à “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização”. Nas diretrizes gerais para a implantação da PNH, prioriza-se sensibilizar as equipes de saúde em relação à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) no momento da recepção e dos encaminhamentos dos usuários (PNH, 2007).

2.3 PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O IMPACTO DA DISCRIMINAÇÃO E DAR SUPORTE À DIVERSIDADE NO AMBIENTE INSTITUCIONAL

Uma organização é definida como uma “entidade social,

conscientemente coordenada, com fronteiras delimitadas, que funcionam de modo relativamente contínuo, tendo em vista o alcance de objetivos comuns” (BILHIM, 2006). Segundo Montana (2003), organizar se refere ao processo de reunir recursos físicos, dispor ou categorizar os diversos objetos e, principalmente, os recursos humanos, essenciais à consecução dos propósitos coletivos. Para tanto, grupos de duas ou mais pessoas estabelecem entre eles relações de cooperação (coordenação), em ações formalmente coordenadas em funções diferenciadas e interdependentes.

O contexto organizacional, como o ambiente de trabalho nas instituições de saúde, proporciona um contato direto entre grupos diversos e, ao mesmo tempo, constitui um ambiente no qual normas sociais são construídas e reforçadas. Assim, a forma como as instituições se organizam exerce um importante papel na construção e manutenção de posturas discriminatórias (PARADIES *et al.*, 2009). Além disso, o ambiente de trabalho proporciona um meio pelo qual relações de companheirismo e reconhecimento da realidade do outro são favorecidas de maneira indireta, por meio do convívio diário e compartilhamento de objetivos comuns, possibilitando a aproximação entre grupos (PARADIES *et al.*, 2009).

As propostas de intervenção no contexto do trabalho são realizadas sob a forma de treinamentos para os profissionais. A natureza dos treinamentos de diversidade varia expressivamente. Entretanto, existe consenso de que tais intervenções impactam no campo cognitivo, na aprendizagem de habilidades e na aprendizagem emocional (HILL; AUGOUSTINOS, 2001; JOHNSTONE; KANITSAKI 2008; KULIK; ROBERSON 2008). Cabe ressaltar que as estratégias de intervenção diferem em cada contexto em que são aplicadas, levando em consideração as características da população abordada. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, onde se originaram a maior parte das intervenções neste campo, os treinamentos são centrados na história da escravidão e, mais recentemente, na migração de cidadãos latino-americanos para o país. No caso da Austrália, por outro lado, a maioria das intervenções tem seu foco nos aborígenes Australianos (TRENERRY; FRANKLIN; PARADIES; 2010).

Tamkin *et al.*, (2002) categorizam os treinamentos, segundo os resultados esperados. A primeira categoria trata das intervenções, que visam aprimorar o conhecimento cognitivo sobre o tema da discriminação ou assuntos correlacionados, o qual pode ter impacto na perspectiva do profissional. A segunda categoria contempla as estratégias, que objetivam a mudanças de atitudes. Estatem como

pressuposto o aprendizado emocional e trabalha com as preferências e motivações os profissionais (KRAIGER, FORD; SALAS, 1993). A última categoria contempla estratégias específicas e diretas, visando trabalhar o comportamento dos profissionais. O método adotado nesta última categoria consiste no desenvolvimento de habilidades, como comunicação, escuta, trabalho em equipe e gerenciamento de conflitos (KULIK; ROBERSON 2008).

A abordagem cognitiva inclui o conhecimento sobre fatos, regras, princípios e procedimentos, bem como sobre aspectos culturais de grupos diversos (KRAIGER, FORD; SALAS, 1993). Os aspectos culturais incluem história, saúde, crenças, conhecimento e práticas sobre nutrição, dor, morte, fertilidade, nascimento e educação (JOHNSTONE; KANITSAKI, 2008). Outros tópicos abordados são as experiências vividas de discriminação ou os mecanismos pelos quais o fenômeno da discriminação influenciam as atitudes e comportamentos (KULIK; ROBERSON, 2008). Estas estratégias comungam com a premissa de que a ignorância sobre os grupos minoritários é a raiz do fenômeno discriminatório (STEPHAN; STEPHAN, 2001).

Os treinamentos cognitivos, também conhecidos por treinamentos de informação ou multiculturais, são os mais utilizados no campo organizacional (BEACH, 2006). Segundo Bhawuk e Brislin (2000), esta estratégia é de simples condução e se adapta a diversos contextos. Estudo conduzido por Roberson (2003) encontrou que as estratégias cognitivas se mostraram mais fáceis de ser implementadas, quando comparadas com abordagens que visam mudanças de atitudes e comportamentos.

Dovidio *et al.*, (2004) aponta três maneiras pelas quais considera que as abordagens cognitivas podem influir no fenômeno da discriminação:

- 1- Com mais informação sobre os grupos minoritários, as pessoas têm maior facilidade de observá-los como seres humanos;
- 2- Maior conhecimento sobre os outros pode diminuir as incertezas frente às suas atitudes, diminuindo a ansiedade nas interações; e
- 3- Maior conhecimento histórico e sobre o fenômeno discriminatório pode facilitar o reconhecimento de injustiças.

Os estudos sobre os resultados provenientes das intervenções cognitivas apontam tanto para efeitos positivos quando para consequências negativas em relação ao fenômeno discriminatório. Duas meta-análises conduzidas por Smith *et al.*, (2006) mostraram que as

intervenções que incluíam a apresentação de seus modelos teóricos para os participantes tiveram duas vezes mais benefícios do que as intervenções que não o faziam. Dos 82 estudos revisados, não foi encontrado nenhum efeito negativo proveniente destes treinamentos. Revisão sistemática realizada por Chipps *et al.*, (2008) apontou que a resposta mais recorrente deste tipo de abordagem foi o ganho de conhecimento, sendo que apenas um em cinco estudos não relatou tal efeito. Em revisão realizada por Kulik (2008), este mesmo número foi de 3 em 12 estudos e Beach *et al.*, (2006) encontrou apenas 2 em 19 que não apresentaram ganho de conhecimento dentre os benefícios gerados pela intervenção. Estudo realizado com 114 profissionais da saúde encontrou ganho de conhecimento e melhorias nos atendimentos no grupo submetido ao treinamento, quando comparado com o grupo controle (MAJUNDAR, 2004). Trabalho realizado com médicos generalistas, conduzido pela Royal Australian College of General Practitioners (2004) apontou que os treinamentos resultaram no aumento do conhecimento e da atenção à discriminação, bem como na satisfação dos pacientes.

Em contrapartida, Barlow *et al.*, (2008) argumentaram que, apesar de a oferta de informações ter proporcionado uma redução de falsas crenças, isto não teve impacto nos níveis de preconceito registrados. Reimann *et al.*, (2004) constatou que o aumento do conhecimento intelectual sobre os grupos minoritários, por si só, não teve impacto na qualidade do serviço prestado. Segundo o pesquisador, a melhora no serviço se deu, quando o profissional reconheceu e se manteve mais atento aos seus próprios vieses. Uma série de estudos indica que o conhecimento cognitivo, quando isolado, pode aumentar o sentimento de separação entre o “nós” e os “outros” (HOLLINSWORTH, 2006a; COLVIN-BURQUE; ZUGAZUGA; DAVIS-MAYE, 2007). Outro risco encontrado nesta abordagem é o de cultivar nos profissionais um senso exacerbado de domínio do “conhecimento cultural” e, desta forma, levar os profissionais, convictos de tal concretude do saber, a compreender os pacientes de maneira muito superficial e inadequada (FREDERICKS, 2008).

Além dos conteúdos centrados na cultura e origem dos grupos minoritários, dois outros temas também são bem referenciados na literatura. A temática conhecida como “colour blindness” busca lidar com a questão da discriminação por meio da evidência das questões comuns entre os grupos. Estudos mostraram que tal estratégia acaba gerando uma falsa igualdade, aumento do racismo, generalizações e estereótipos (NORTON; SOMMERS, 2006; RICHESON;

NUSSBAUM, 2004; VORAUER *et al.*, 2009). Por último, está a temática do “privilegio branco”. Esta fundamentação busca tornar evidentes as diferenças de oportunidades entre os grupos no intuito de mobilizar os profissionais, através do sentimento de responsabilidade pelo combate às injustiças observadas (MILLER; HARRIS, 2005).

A segunda categoria de estratégias de intervenções para o fenômeno da discriminação agrupa os treinamentos que objetivam as mudanças de atitude. É sabido que a oferta de informações proporciona mudanças de atitude (PEDERSEN; BARLOW, 2008). Entretanto, a discriminação, como já foi exposta, se refere a um fenômeno afetivo, influenciado por experiências e emoções, que podem dificultar a mudança de atitude, quando abordado apenas cognitivamente (TERRENY, 2010). Os treinamentos que visam à mudança de atitude procuram abordar tanto os aspectos conscientes, quanto os inconscientes.

Existem quatro estratégias bem documentadas na literatura. A primeira procura evidenciar para os trabalhadores como formas sutis de crenças historicamente construídas permeiam culturas e sistemas de trabalho (PARADIES *et al.*, 2009). A segunda se dá por meio de exercício de autorreflexão e visa encontrar e trabalhar o sentimento de desconforto proveniente do que se chama de “discrepância de valor”, que se refere ao desconforto proveniente da percepção das incoerências entre os estereótipos e preconceitos dos indivíduos e seus valores e princípios (PARADIES *et al.*, 2009). A terceira trata de discussões sobre temas, como o “privilegio branco”. Vale lembrar que estas discussões são permeadas por fortes reações afetivas por parte dos participantes. (LUCAL, 1996; MIO; BARKER-HACKETT, 2003). A última estratégia, bastante popular de treinamento é a que se conhece por exercício do “*blue eyes/brown eyes*”. Este consiste em fazer com que os profissionais se coloquem no lugar dos grupos oprimidos; a ideia é que, uma vez em contato com a perspectiva do outro, o próprio sentimento do participante na posição de oprimido o levaria a mudanças de atitude.

Mais uma vez, as pesquisas que avaliaram os resultados destas intervenções apontaram tanto resultados positivos quanto efeitos não esperados. Uma série de estudos documentou importante melhora nas atitudes raciais pós-intervenção (CHOI-PEARSON; CASTILLO; MAPLES, 2004; HILL; AUGUSTINOS, 2001; JOHNSON 2009), outros encontraram efeitos positivos na mudança de atitude, mesmo após três meses da intervenção (MEUSE *et al.*, 2006; THOMAS; COHN, 2006). Outro achado bastante recorrente foi o sentimento de culpa relatado durante e após os treinamentos (PINTERITS; POTEAT;

SPANIERMAN, 2009; BRANSCOMBE; SCHMITT; SCHIFFHAURER, 2007; CASE, 2007). Ao se aprofundar no estudo deste sentimento, pesquisadores encontraram consequências positivas, como a associação entre a culpa e redução do preconceito (HALLORAN, 2007; MCGARTY *et al.*, 2005; POWELL, BRANSCOMBE; SCHMITT, 2008) e aumento da empatia por parte dos profissionais (POTEAT; SPANIERMAN, 2008). Em contrapartida, Stewart *et al.*, (2003), ao acompanharem os participantes por mais tempo, observaram que, quando os indivíduos não conseguem superar o sentimento de culpa em direção à empatia ou mudança de atitude, acabam por cair em maior identificação e defesa de sua posição de privilégio.

Na última categoria de estratégias de intervenção aplicadas ao fenômeno da discriminação constam os treinamentos que objetivam mudança de comportamento. Estes se desenvolveram em decorrência do aumento de críticas e resultados negativos provenientes das intervenções puramente cognitivas (ROBERSON, 2003). As estratégias agrupadas aqui são norteadas pela noção de “segurança cultural” e têm enfoque direto no aprendizado de habilidades aplicáveis e eficazes no dia a dia do profissional (FARRELLY; LUMBY, 2009). Segundo a Organização Nacional Canadense de Saúde Aborígine (2006), existem dois objetivos que direcionam os treinamentos de segurança cultural. Primeiramente, preconiza-se a identificação das atitudes conscientes ou inconscientes em relação os grupos distintos. Após esta etapa, objetiva-se transformar tais atitudes por meio da investigação de suas origens e pelo desenvolvimento de habilidades que facilitem o movimento constante de reflexão e ação na prática do profissional.

Thomas e Cohn (2006), ao estudarem as experiências por parte de enfermeiras que participaram de um treinamento de segurança cultural, encontraram relatos recorrentes de desenvolvimento de habilidades relacionais, escuta ampliada, desenvolvimento de empatia, formas de realizar uma abordagem sem julgamentos, habilidades para difundir uma postura de atenção ao fenômeno discriminatório, bem como o desenvolvimento de percepção sobre comunicação não verbal. Uma revisão sistemática conduzida por Beach *et al.*, (2005) encontrou evidências de que os treinamentos desenvolvem as habilidades dos profissionais e que este fato estava associado a melhorias na qualidade do serviço e o aumento das habilidades dos profissionais. O achado mais recorrente sobre o impacto dos treinamentos na perspectiva dos profissionais foi o aumento da segurança em lidar com situações de difícil comunicação (REATH; POW, 2008). Williams (2005) observou

que este sentimento de segurança persistiu, mesmo após três meses da realização de um treinamento de três horas. Sanchez e Medkik (2004) encontraram efeitos negativos de um treinamento que conduziram, e alertaram que tais efeitos tinham forte associação com o fato de este treinamento ter sido obrigatório.

Os estudiosos da área concordam que uma maior eficácia nos treinamentos envolve estratégias múltiplas (DOVIDIO, 2012). Com suficientemotivação, conhecimento, habilidade e recursos cognitivos, as pessoas podem controlar a expressão de preconceito e estereótipos em suas ações (DASGUPTA; RIVERA, 2006). Dovidio (2012) sugere etapas para se alcançar a autorregulação como forma de superação do preconceito, principalmente no que se refere aos aspectos inconscientes. Primeiramente os profissionais precisam reconhecer que a discriminação, em suas diferentes formas, repercute na qualidade do prestação de serviço de saúde. Apenas 55% dos médicos brancos concordam que “pacientes pertencentes a grupos minoritários geralmente recebem atendimento de pior qualidade que os pacientes brancos”, mesmo com a presença de evidências contrárias. Os profissionais de saúde, devido a sua posição ideológica, podem ser motivados a subjugar seu próprio viés discriminatório; desta forma, o trabalho de auto investigação necessita ser conduzido criticamente (VAN RYN; DOVIDIO, 2011). Outra forma que este autor sugere de intervir no fenômeno da discriminação é reforçar os objetivos comuns dos grupos de trabalho, desta forma aumentar o vínculo e o sentimento de pertencimento entre os trabalhadores e por consequência entre a equipe e os usuários (DOVIDIO, 2012).

Segundo revisão realizada por Trenerry *et al.*, (2010), os pontos que devem ser considerados ao se propor estratégias de intervenção para reduzir a discriminação e promover a diversidade nas organizações, mais especificamente no ambiente de trabalho, são:

- 1- Desenvolvimento de empatia;
- 2- Oferecer informações corretas;
- 3- Aumentar a atenção à manifestação da discriminação;
- 4- Reconhecer crenças incompatíveis;
- 5- Aumento da responsabilidade pessoal;
- 6- Diminuir/quebrar barreiras entre grupos;
- 7- Aumentar responsabilidade organizacional; e
- 8- Promover normas sociais positivas.

No Brasil, estratégias para se abordar o fenômeno da discriminação no contexto dos serviços de saúde são escassas, apesar de

sua reconhecida importância, referendada na lei orgânica da saúde e na Política Nacional de Humanização.

3 JUSTIFICATIVA

Diversos estudiosos consideram o fenômeno discriminatório como responsável por iniquidades em saúde entre grupos, incluindo maior mortalidade (BARNES, 2008); menor uso serviços de rastreamento para câncer (MOUTON, 2010); pressão arterial elevada (LEWIS, 2009; MCCLURE, 2010); níveis elevados de proteína C-reativa (LEWIS, 2010); abuso de substâncias (OKAMOTO, 2009; MCLAUGHLIN, 2010); saúde mental (PASCOE, 2009; SEATON, 2010), como ansiedade, estados de humor e patologias psiquiátricas (MCLAUGHLIN, 2010); aumento de sintomas de depressão (LAMBERT, 2009); ganho de peso (COZIER, 2009) e consumo de tabaco (NGUYEN, 2010).

Todavia, estes resultados são considerados evidências indiretas do impacto da discriminação sobre a saúde. Isto, pois existe uma considerável dificuldade teórica e metodológica no exercício acadêmico de se isolar o fenômeno discriminatório dos demais fatores associados aos agravos de saúde investigados como, por exemplo, a posição socioeconômica. Ainda assim, as evidências neste campo de estudo são robustas o suficiente para se concluir que a discriminação contribui para dar forma à distribuição desigual de saúde e doença na população, bem como estar implicada na determinação social do processo saúde-doença (KRIEGER, 2005).

Segundo a teoria ecossocial, desenvolvida por Krieger (2012), uma das formas que a discriminação tem impacto na saúde dos diferentes grupos é pelo atendimento inadequado por parte de prestadores de serviços de saúde, incluindo acesso, diagnóstico e tratamento. Estudo realizado pelo Institute of Medicine (IOM), nos Estados Unidos da América, concluiu que as iniquidades em saúde estão fortemente relacionadas com as diferenças encontradas nos cuidados à saúde recebidos por negros e brancos, tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos. O estudo também apontou que o preconceito, o estereótipo e a discriminação assumem uma parte importante na manutenção destas iniquidades em saúde (SMEDLEY, 2003).

No Brasil, o SUS, regido pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, apresenta uma avançada

construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais a efetivação do direito à atenção integral à saúde (CARNEIRO; SILVA, 2003). Entretanto devido às proporções e as profundas desigualdades sociais do país, a efetivação do SUS passa a depender de seu processo institucionalização (FLEURY, 2011). Segundo Carneiro e Silva (2003), o SUS vive uma institucionalidade precária, que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida das necessidades da cidadania.

Neste sentido, estudo de Neri e Soares (2002) aponta que as chances de acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil estão fortemente associadas a variáveis socioeconômicas e demográficas, tais como cor/raça, anos de estudo, ocupação, acesso a serviços públicos, entre outras. Castro; Silva e Vicentin (2005) investigaram a importância da oferta dos serviços de saúde na produção de iniquidades, tendo como referência as taxas de internações hospitalares. O estudo concluiu que 97% a 99% da variação na chance de internação são explicadas por características do indivíduo, sendo que somente 1% a 3% da variação nas internações pôde ser atribuída a diferenças na oferta. Outro estudo sobre o acesso e utilização dos serviços do SUS introduziu o conceito de racismo institucional para explicar determinadas iniquidades. No caso, o racismo institucional foi definido como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (KALCKMAN *et al.*, 2007).

Com o intuito de enfrentar a questão da discriminação no SUS, o Ministério da Saúde têm proposto a Política Nacional de Humanização (PNH). O primeiro princípio norteador da política se refere à “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização”. Nas diretrizes gerais para a implantação da PNH, prioriza-se sensibilizar as equipes de saúde em relação à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) no momento da recepção e dos encaminhamentos dos usuários (PNH, 2004).

Este trabalho se justifica considerando as iniquidades supracitadas, o importante papel que os serviços de saúde têm na perpetuação ou superação destas e os objetivos da PNH.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o fenômeno da discriminação sob a perspectiva de profissionais da Atenção Básica à Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (i) Analisar a repercussão do fenômeno da discriminação nas relações entre profissionais e usuários;
- (ii) Analisar os efeitos do fenômeno da discriminação nas relações entre os próprios profissionais;
- (iii) analisar as influências da discriminação no processo de trabalho das equipes; e
- (iv) analisar a necessidade e a possível repercussão de uma estratégia de educação continuada sobre o tema da discriminação no âmbito do serviço de saúde segundo os profissionais.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista o contexto dos centros de saúde e a importância de aspectos cognitivos, atitudinais e comportamentais relacionados, o processo de produção de informações será dividido em dois momentos, tal como preconiza a literatura sobre o assunto (TRENERRY *et al.*, 2010). O primeiro deles consistirá em uma sensibilização em grupo (Apêndice A) voltada ao tema da discriminação, e, o segundo, refere-se à produção de dados por meio da técnica de grupos focais (KRUEGER; CASEY, 2000). A pesquisa será realizada em dois centros de saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, um deles selecionado em razão da relação que o pesquisador principal dispunha com os profissionais a ele vinculados e o outro, conforme indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS-Fpolis), devido ao fato de estar situado em uma comunidade com muitos de centros de cultura religiosa de matriz africana e queixas de discriminação encaminhadas à SMS-Fpolis. O critério de inclusão dos participantes, tanto na sensibilização (Apêndice A) quanto nos grupos focais (Apêndice B), será ser profissional das Equipes de Saúde da Família (ESF) ou dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo também os profissionais de serviços gerais, que estiverem presentes em todas as reuniões.

Os encontros de sensibilização serão realizados com duração aproximada de 45min em cada centro, os quais serão organizados para ocorrer no mesmo dia da reunião geral das equipes de saúde. A sensibilização procurará estimular os pontos considerados por Trenerry *et al.*, (2010), a saber: 1- Desenvolvimento de empatia; 2- Oferta de informações corretas; 3- Atenção à manifestação da discriminação; 4- Reconhecimento de crenças incompatíveis; 5- Aumento da responsabilidade pessoal; 6- Diminuição/quebra de barreiras entre grupos.

Cada sensibilização (Apêndice A) iniciará com uma introdução ao tema e uma apresentação de detalhes sobre os métodos a serem empregados, incluindo a estratégia de produção de dados. Este momento será cuidadosamente conduzido para que houvesse abertura por parte dos profissionais à proposta apresentada. Em seguida, realizar-se-á uma sessão de relaxamento, visando transcender a reflexão puramente

cognitiva sobre o assunto. O relaxamento foi conduzido de maneira a direcionar a percepção dos participantes às sensações provenientes de seus próprios corpos, abrindo a possibilidade de se obter um feed-back centrado na observação de respostas autonômicas como, por exemplo, frequência cardíaca, respiratória, tensão ou relaxamento corporal como preconiza Levine (1999). Após, os participantes serão convidados a visualizar situações no contexto de trabalho que considerem relacionadas ao tema da discriminação. Durante todo o processo, o facilitador manterá a condução lenta e voz monótona e, ao longo das visualizações, reforçando o contato dos participantes com as informações provenientes das sensações corporais. No trecho final da sensibilização, serão esclarecidas dúvidas e será realizado um diálogo sobre as impressões dos participantes.

O segundo contato com os profissionais consistiu em um grupo focal (KRUEGER; CASEY, 2000) com duração aproximadamente 40-50min, realizado com cada equipe que participou da sensibilização, separadamente. Krueger e Casey (2000) definem grupo focal como uma série de discussões destinadas a obter percepções sobre uma área de interesse definida e em um ambiente permissivo, não ameaçador. Este ambiente permite observar tanto o senso comum sobre o assunto, como as discordâncias e as questões referentes ao tema que não são vistas como discriminação encontrando-se naturalizadas na conduta das equipes. O grupo focal procurará investigar se e como a discriminação tem impacto na relação entre os próprios profissionais, se e como repercute no processo de trabalho e no serviço prestado aos usuários, além de questionar quais seriam os possíveis benefícios de um treinamento voltado ao tema no âmbito deste nível de atenção.

Para preservar a identidade dos profissionais, os centros de saúde serão apresentados como A e B. Os profissionais serão identificados por letras, ou seja, profissional “J” pertencente ao centro A, equipe 2, será apresentado como JA2. Em todos os momentos, haverá a participação de três pesquisadores de campo. Um pesquisador será o moderador e os outros dois registrarão suas impressões e auxiliarão na condução dos depoimentos. Além dos três grupos focais (Apêndice B), os dados provenientes da sensibilização (Apêndice A) também serão utilizados, com o consentimento livre e esclarecido dos participantes (Apêndice C). Este estudo teve seu protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 374.198 (Anexo A).

Os dados serão registrados por meio de gravação digital de áudio. A análise será realizada por meio do método de interpretação de

sentidos (GOMES, 2007). Inicialmente, realizando-se uma leitura compreensiva do material selecionado, visando à impregnação dos depoimentos, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material. O produto desta etapa será uma estrutura de análise, composta por categorias ancoradas na fundamentação teórica e especificidades do material (GOMES, 2007).

Para efetivar a implantação da proposta serão cumpridas as seguintes etapas, sendo que as duas primeiras já foram concluídas até o presente momento:

- 1- Apresentação inicial para a secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis por meio do Departamento de Integração entre Serviço e Ensino. Neste primeiro momento realizou-se a as devidas adequações às necessidades do serviço sem interferir na qualidade do serviço prestado a população;
- 2- Seleção dos Centros de Saúde mediante acordo com a secretaria Municipal de Saúde;
- 3- Apresentação do projeto de pesquisa para o coordenador de Centro;
- 4- Divulgação para equipe por meio de folder;
- 5- Explicação inicial e consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) para a realização da sensibilização (Apêndice A) e coleta de dados para a pesquisa de forma voluntária no início da reunião de centro.

6 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados a seguir em forma de artigo científico, conforme exigido pelo Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFSC.

6.1 ARTIGO - A DISCRIMINAÇÃO SEGUNDO A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Leonardo Mozzaquatro Schneider¹
João Luiz Bastos²
Carla Zanelatto³
Fernando Mendes Massignam⁴

Resumo: Este trabalho aborda o fenômeno discriminatório na perspectiva de profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde, especificamente no nível interpessoal. Foi conduzida uma pesquisa qualitativa com dois centros de saúde da grande Florianópolis (SC, Brasil), envolvendo seis Equipes de Saúde da Família e profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos centros participantes. A coleta de informações foi realizada por meio de sensibilização, seguida de grupo focal. A análise gerou categorias e subcategorias que dialogam entre si, tendo sido agrupadas em uma relativa à *realidade identificada* e outra, às *implicações práticas*. Os resultados indicaram que a discriminação é rotineiramente considerada pelos profissionais apenas em suas formas explícitas. Ao debruçar-se sobre o tema, foram reveladas angústias individuais e coletivas, bem como estratégias envidadas para lidar com o outro de maneira a manter o fluxo do

¹ Pós-graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço eletrônico: leonardomozza@gmail.com

² Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço eletrônico: joao.luiz.epi@gmail.com

³ Pós-Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço eletrônico: carlaz_nutri@hotmail.com

⁴ Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço eletrônico: fmassignam@gmail.com

processo de trabalho. Especificamente, o distanciamento em relação ao outro (seja este usuário ou profissional de saúde) promove a manifestação de discriminação. Esta, por sua vez, apresentou-se em sua forma sutil e, por isto, na maior parte dos casos, sentida, porém, desconsiderada pelos profissionais. Uma vez destacada, a discriminação contribuiu para um ambiente carregado de tensões, resistência, vergonha e revelações.

Palavras-Chave: Discriminação Social. Saúde Pública. Atenção Básica à Saúde. Brasil.

INTRODUÇÃO

A discriminação é concebida como uma forma de tratamento diferencial, direcionada a grupos ou indivíduos de categorias sociais particulares, que resulta em diferentes oportunidades de injusto acesso a recursos e redes de poder (PARADIES *et al.*, 2009). Atualmente, múltiplas correntes teóricas convergem no que se refere a abordar a discriminação como um fenômeno complexo, multifacetado, com um importante componente afetivo, influenciado por ideologias e pautado em relações de poder, envolvendo ameaça, concorrência e desigualdade (DUCKITT, 2005).

Em particular, Jones (2000) concebe quatro níveis distintos de manifestação da discriminação. O nível institucional se refere à discriminação que se propaga por meio de políticas e normas institucionalizadas. O segundo nível corresponde ao estrutural, que considera, por exemplo, as diferenças injustas de acesso aos serviços de saúde, bem como a locais e estilos de vida saudáveis, podendo ser facilmente observada em regiões onde ocorre intensa segregação espacial, como nos Estados Unidos da América (EUA). O nível interpessoal contempla as relações entre os indivíduos, tendo-se como referência as atitudes e os comportamentos diferenciais e injustos para com os sujeitos de categorias sociais não hegemônicas. Por último, o nível internalizado consiste na aceitação ou conflito com os rótulos imputados às categorias sociais do próprio indivíduo discriminado, bem como a forma com que os indivíduos pertencentes a grupos oprimidos lidam com a discriminação e o preconceito manifestado contra eles mesmos (JONES, 2000).

Algumas teorias se propõem explicar os mecanismos pelos quais a exposição à discriminação poderia acarretar condições e

comportamentos adversos em saúde. Dentre elas, a teoria ecossocial, desenvolvida por Krieger (2012), tem como premissa que este processo se dá na vida social. Sendo assim, as doenças têm sua origem na maneira pela qual a sociedade se desenvolve, numa constante e indivisível relação entre o social e biológico, com o curso de vida e seus acontecimentos se inscrevendo na história do indivíduo. A autora destaca cinco mecanismos pelos quais a discriminação pode impactar na saúde: 1- Privação econômica e social; 2- Exposição a substâncias tóxicas ou a condições perigosas no trabalho, moradia ou vizinhança; 3- Através de traumas socialmente infligidos, podendo ser mental, físico e sexual, nos seus diferentes tipos e intensidades; 4- Por meio da indústria de consumo e propaganda, envolvendo o estímulo ao uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas ou outras mercadorias, desde estética a alimentos; 5- Pelo atendimento inadequado por parte de prestadores de serviços de saúde, incluindo acesso, diagnóstico e tratamento.

Assim, a necessidade de investigar o fenômeno discriminatório no campo da saúde coletiva emerge historicamente da incompatibilidade entre os pressupostos e ideais éticos que governam o pensamento na área e as iniquidades em saúde potencialmente atribuídas à discriminação. Especificamente, a prestação de serviços e de cuidado em saúde de modo não discriminatório e, portanto, coerente com as necessidades de cada indivíduo e seus grupos se revela como um dos aspectos mais importantes da discussão deste tema no campo da saúde coletiva (KRIEGER, 2005).

No âmbito dos serviços de saúde, as estratégias para diminuir o impacto da discriminação e oferecer suporte à diversidade geralmente são realizadas sob a forma de treinamentos para os profissionais. Estes treinamentos diferem em cada contexto em que são aplicados, levando em consideração as características da população abordada, bem como as peculiaridades da instituição. Nos EUA, por exemplo, país de onde se originam a maior parte destas intervenções, os treinamentos são centrados na história da escravidão negra e, mais recentemente, na migração de cidadãos latino-americanos. No caso da Austrália, por outro lado, a maioria das intervenções tem seu foco nos aborígenes Australianos (TRENERRY; FRANKLIN; PARADIES; 2010). A natureza dos treinamentos sobre diversidade varia expressivamente; entretanto, existe consenso de que tais intervenções impactam no campo cognitivo, na aprendizagem de habilidades e na aprendizagem emocional (HILL; AUGOUSTINOS, 2001; JOHNSTONE; KANITSAKI, 2008; KULIK; ROBERSON, 2008). Tamkin *et al.*, (2002) categorizam os treinamentos, segundo o que visam abordar: o

cognitivo; o afetivo; e o comportamental. Pesquisadores da área concordam que uma maior eficácia nos treinamentos envolve estratégias que combinam estes diferentes aspectos simultaneamente (DOVIDIO, 2012).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, o acesso ao sistema de saúde torna-se legalmente um direito de todo o cidadão e dever do Estado, de maneira indiscriminada. Entretanto, a efetivação do direito à atenção integral à saúde passa, assim, a depender do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2011). Regido pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, o SUS apresenta uma avançada construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais, ao lado de uma institucionalidade precária, que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida das necessidades da cidadania (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

A alta demanda e a dificuldade dos serviços de saúde em abranger toda a população subjazem, em parte, as iniquidades sociais em saúde. Neste sentido, o estudo de Neri e Soares (2002) aponta que as chances de utilização dos serviços de saúde estão fortemente associadas a variáveis socioeconômicas e demográficas, tais como cor/raça, anos de estudo, ocupação, acesso a serviços públicos, entre outras. Castro; Silva e Vicentin (2005) investigaram a importância da oferta dos serviços de saúde na produção de iniquidades, tendo como referência as taxas de internações hospitalares. O estudo concluiu que 97% a 99% da variação na chance de internação são explicadas por características do indivíduo, sendo que somente 1% a 3% da variação nas internações pôde ser atribuída a diferenças na oferta. Outro estudo sobre o acesso e utilização dos serviços do SUS introduziu o conceito de racismo institucional para explicar determinadas iniquidades. No caso, o racismo institucional foi definido como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (KALCKMAN *et al.*, 2007).

Também com o intuito de enfrentar a questão da discriminação no SUS, o Ministério da Saúde tem proposto a Política Nacional de Humanização (PNH). O primeiro princípio norteador da política se refere à “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização”. Nas diretrizes gerais para a implantação da PNH, prioriza-se sensibilizar as equipes de saúde em relação à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) no momento da recepção e dos encaminhamentos dos usuários (PNH,

2004).

Considerando as iniquidades supracitadas, o importante papel que os serviços de saúde têm na perpetuação ou superação destas e os objetivos da PNH, este trabalho se propõe a analisar a discriminação sob a perspectiva de profissionais da Atenção Básica à Saúde, especificamente no nível interpessoal, com especial atenção para: (i) a repercussão da discriminação nas relações entre profissionais e usuários; e (ii) as influências sobre as relações estabelecidas entre os próprios profissionais. Cabe destacar, que este estudo não restringe a algum tipo particular de discriminação (raça, classe, gênero etc.), procurando contemplá-la de maneira mais ampla e interseccional possível.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista o contexto dos centros de saúde e a importância de aspectos cognitivos, atitudinais e comportamentais relacionados, o processo de produção de dados foi dividido em dois momentos, tal como preconiza a literatura sobre o assunto (TRENERRY *et al.*, 2010). O primeiro deles consistiu em uma sensibilização em grupo voltada ao tema da discriminação e, o segundo, referiu-se à produção de dados por meio da técnica de grupos focais. A pesquisa foi realizada em dois centros de saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, um deles selecionado em razão da relação que o pesquisador principal dispunha com os profissionais a ele vinculados e o outro, conforme indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS-Fpolis), devido ao fato de estar situado em uma comunidade com diversos centros de cultura religiosa de matriz africana e queixas de discriminação encaminhadas à SMS-Fpolis. O critério de inclusão dos participantes, tanto na sensibilização quanto nos grupos focais, foi ser profissional das Equipes de Saúde da Família (ESF) ou dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo também os profissionais de serviços gerais, que estavam presentes em todas as reuniões.

Os encontros de sensibilização foram realizados com duração aproximada de 45min em cada centro, os quais foram organizados para ocorrer no mesmo dia da reunião geral das ESFs. Esta sensibilização procurou estimular os pontos considerados por Trenerry *et al.*, (2010), a saber: 1- Desenvolvimento de empatia; 2- Oferta de informações corretas; 3- Atenção à manifestação da discriminação; 4- Reconhecimento de crenças incompatíveis; 5- Aumento da responsabilidade pessoal; 6- Diminuição/quebra de barreiras entre

grupos. Iniciou-se cada sensibilização com uma introdução ao tema e uma apresentação de detalhes sobre os métodos a serem empregados, incluindo a estratégia de produção de dados. Este momento foi cuidadosamente conduzido para que houvesse abertura por parte dos profissionais à proposta apresentada. Em seguida, realizou-se uma sessão de relaxamento, visando transcender a reflexão puramente cognitiva sobre o assunto. O relaxamento foi conduzido de maneira a direcionar a percepção dos participantes às sensações provenientes de seus próprios corpos, abrindo a possibilidade de se obter um *feed-back* centrado na observação de respostas autonômicas como, por exemplo, frequência cardíaca, respiratória, tensão ou relaxamento corporal, conforme preconiza Levine (1999). Após, os participantes foram convidados a visualizar situações no contexto de trabalho que considerassem relacionadas ao tema da discriminação. Durante todo o processo, o facilitador manteve a condução lenta e voz monótona e, ao longo das visualizações, reforçou o contato dos participantes com as informações provenientes das sensações corporais. No trecho final da sensibilização, foram esclarecidas dúvidas e promovido um diálogo sobre as impressões dos participantes.

O segundo contato com os profissionais consistiu em um grupo focal (KRUEGER; CASEY, 2000) com duração aproximadamente 40-50min, realizado com cada equipe que participou da sensibilização, separadamente. Krueger e Casey (2000) definem grupo focal como uma série de discussões destinadas a obter percepções sobre uma área de interesse definida e em um ambiente permissivo, não ameaçador. Este ambiente permite acessar tanto o senso comum sobre o assunto, como as discordâncias e as questões referentes ao tema, que não são vistas como discriminação e que se encontram naturalizadas na conduta das equipes. No total, houve a participação de 29 profissionais nas duas etapas da pesquisa, sendo três enfermeiros, três médicos, um estudante de medicina, um cirurgião-dentista, um assistente social, doze agentes comunitários de saúde, duas psicólogas, um educador físico, um profissional de serviços gerais e quatro técnicos de enfermagem. O grupo focal procurou investigar se e como a discriminação tem impacto na relação entre os próprios profissionais, se e como repercute no processo de trabalho e no serviço prestado aos usuários, além de questionar quais seriam os possíveis benefícios de um treinamento voltado ao tema no âmbito deste nível de atenção.

Para preservar a identidade dos profissionais, os centros de saúde foram apresentados como A e B. Participaram do estudo quatro ESFs do centro A, sendo nomeadas como A1, A2, A3 e A4 e duas do centro B,

sendo B1 e B2. Os profissionais foram identificados por letras, ou seja, profissional “J” pertencente ao centro A, equipe 2, será apresentado como JA2. Duas das equipes do centro de saúde A, a equipe A1 e A3, participaram da sensibilização, porém, optaram por não participar dos grupos focais. Devido a questões relacionadas ao processo de trabalho, as equipes B1 e B2 optaram por realizar o grupo focal em conjunto. Em todos os momentos, houve a participação de três pesquisadores de campo, exceto em uma situação na qual houve apenas dois. Um pesquisador foi o moderador e os outros dois registraram suas impressões e auxiliaram na condução dos depoimentos. Além dos três grupos focais, os dados provenientes da sensibilização também foram utilizados, com o prévio consentimento livre e esclarecido dos participantes, obtido por escrito. Este estudo teve seu protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 374.198.

Os dados foram registrados por meio de gravação digital de áudio. A análise foi realizada por meio da técnica de interpretação de sentidos (GOMES, 2007). Inicialmente, realizou-se a leitura compreensiva do material selecionado, visando à impregnação dos depoimentos, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material. O produto desta etapa foi uma estrutura de análise, composta por categorias ancoradas na fundamentação teórica e nas especificidades do material (GOMES, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em categorias e subcategorias. As subcategorias dialogam entre si e foram agrupadas em duas categorias, uma relativa à *realidade identificada* e outra, vinculada às *implicações práticas*. Os resultados serão apresentados de maneira integrada, contendo as análises, juntamente com os depoimentos que as legitimam e a discussão.

A realidade identificada

Foram identificadas subcategorias que contribuem para um ambiente propício à manifestação de condutas discriminatórias em nível interpessoal. Dentre as elas, estão o estresse, a alta demanda, a mecanização do processo de trabalho e a dessensibilização em relação ao outro. Tais subcategorias têm relação mútua e, sinteticamente, se

apresentaram em um contexto no qual o profissional, submetido ao estresse proveniente da alta demanda, procura simplificar a realidade para facilitar sua tomada de decisão. Assim, no cotidiano de trabalho, distancia-se do outro e de sua singularidade, assumindo um comportamento mecânico em seu processo de trabalho. Desta forma, dessensibiliza-se e, ao mesmo tempo, isola-se em seu processo de trabalho. Quanto mais se distancia, mais aumentam as dificuldades de reconhecimento e entendimento entre as partes, configurando um ambiente propício a condutas discriminatórias.

O estresse advindo do desequilíbrio entre a capacidade de prestação de serviço por parte do centro de saúde e as demandas da população foi recorrente nos depoimentos de diversos profissionais. Segundo a profissional CA2:

Essa é unidade muito carente em todos os sentidos. E essa unidade não dá conta pelo excesso de pessoas; enquanto, teoricamente, deveríamos atender 400 pessoas no mês no atendimento médico, estamos atendendo 550 a 600 pessoas. O que a gente percebe é que estamos adoecendo, mentalmente e fisicamente, pela sobrecarga e pouco se estava falando sobre o assunto [referindo-se ao atendimento de baixa qualidade devido à sobrecarga da equipe] dentro da unidade, pelo medo que a população se revoltasse. Precisou outros médicos e outros enfermeiros chegarem ao seu esgotamento para falarmos sobre o assunto. (CA2).

Para lidar com a sobrecarga, os profissionais automatizam seu comportamento, conforme o depoimento da profissional L da equipe A4: “Eu acho que o estresse do dia-a-dia faz com que a gente deixe passar coisas batidas. Agimos no automático, de processar em série, né? Cada um na sua área e com seu trabalho do dia-a-dia.” Ratifica a profissional C da equipe B1: “Tá faltando tudo, tá faltando médico, enfermeiro, serviços gerais. Aí, do nada, eles vêm lá de cima com uma exigência absurda. Aí, eu fico desanimada, eu me isolo, e fica todo mundo como robzinho, trabalhando”. Neste contexto, os profissionais veem-se isolados e adoecendo para dar conta da demanda.

A Política Nacional de Atenção Básica tem como pressuposto abordar o fenômeno saúde/doença em sua complexidade, considerando a realidade e singularidade de cada indivíduo e comunidade (PNAB, 2012). O processo de reconhecimento e adequação da conduta à

singularidade do indivíduo implica um gasto de energia e tempo por parte do profissional. Quando sobrecarregado, o profissional procura simplificar a sua tomada de decisão por meio de rótulos que indicam qual a conduta para cada indivíduo. Nas palavras de S da equipe A4: “Às vezes, no dia-a-dia do trabalho, falta tempo de parar e refletir. Às vezes, a gente acaba rotulando as pessoas, né? Tem a questão dos conflitos que isso traz, né?.”

Segundo Hamilton e Trolhier (1986), o ato de discriminar tem a função de simplificar a complexidade da realidade para facilitar a tomada de decisão. A consequência adversa deste processo ocorre quando o profissional enrijece seu ponto de vista sobre o outro, tendo sua tomada de decisão respaldada em um conjunto reduzido de características do indivíduo, sem o reconhecimento do contexto no qual o mesmo se insere. Reduzir a complexidade do outro por meio de rótulos se traduz pelo que se denomina como estereótipo. O termo deriva etimologicamente da conjunção de duas palavras gregas, *stereos*, que significa rígido e *típos*, que corresponde a traço. Estereótipos podem ser definidos como esquemas cognitivos, utilizados por observadores para processar a informação sobre os outros (HILTON; VON HIPPEL, 1996). Vale salientar que o estereótipo não envolve apenas crenças sobre as características e qualidades dos indivíduos pertencentes a um determinado grupo social, mas também expectativas sobre seu comportamento (PAYNE, 2001).

O processo de simplificação e atribuição de rótulos gera conflitos, como cita a profissional SA4, e tais conflitos têm como causa recorrente um desentendimento proveniente do distanciamento das partes. Este distanciamento, que chamamos de dessensibilização é também descrito por Maslach e Jackson (1981) como despersonalização da conduta profissional. Segundo esses autores, a despersonalização é uma característica importante encontrada em profissionais em estado de exaustão emocional e baixa realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1981).

Não obstante, a dessensibilização não afeta apenas a relação entre profissionais e usuários, mas também, permeia a relação entre os profissionais. Neste contexto, nas palavras de C da equipe A2: “A gente também não percebe a outra equipe, a visão que temos dos outros médicos e enfermeiros é utópica. Na verdade, agente não sabe como é a outra equipe.” Por vezes, o distanciamento entre colegas se manifestou como uma forma de discriminação, sendo percebida pelo profissional como uma resistência ao pertencimento por parte do grupo, como insurge a profissional C da equipe A2: “Teve um certo bloqueio pelo

fato de os profissionais terem especialização. Então, como que uma recém-formada vai dar conta de uma demanda tão grande?” Outra profissional relatou ter sentido o mesmo, porém manteve tal sentimento velado:

Eu nunca falei isto para ninguém, só para o meu marido. Desde que eu entrei aqui, em muitos momentos eu percebi, de certa forma, que eu fui discriminada por eu ser contratada. Em algumas oportunidades, senti desconfiança. Isso doeu muito, porque eu sempre tive ética. Isso, muitas vezes, me deixou muito chateada, mas eu sempre prezei por um trabalho de qualidade. (LA2)

O relato apresenta elementos que se aproximam do conceito de violência simbólica, descrito por Bourdieu (2009). Este autor observa a violência simbólica como branda e invisível, censurada e eufemizada, desconhecida e ao mesmo tempo reconhecida, que se manifesta na violência da confiança, no desrespeito ao dom do indivíduo, desacreditando suas capacidades (BOURDIEU, 2009).

Segundo Paradies *et al.*, (2009), o contexto institucional, como o ambiente de trabalho, proporciona um contato direto entre grupos diversos e, ao mesmo tempo, constitui um ambiente onde normas sociais são construídas e reforçadas. Desta forma, as instituições exercem um importante papel na construção e manutenção de posturas discriminatórias (PARADIES *et al.*, 2009). Não obstante, o ambiente de trabalho é um local fértil para a superação do fenômeno, pois, uma vez reconhecidos seus objetivos comuns por parte de seus integrantes, proporciona relações de companheirismo e, por meio do convívio diário, possibilita a aproximação entre grupos (PARADIES *et al.*, 2009).

A relação dos usuários com os profissionais, na perspectiva destes últimos, também se apresentou permeada por discriminação. Os profissionais relataram não ser reconhecidos como seres humanos pelos usuários, como sugere a profissional C da equipe A2:

Percebo que eles [os usuários] não compreendem a nossa situação. Eles não conseguem se colocar no nosso lugar. É como se agente não tivesse vida, não podemos ficar doentes, não podemos ir ao banheiro, não podemos ter intervalo, não podemos ter nossos problemas pessoais, não podemos estar tristes. Temos que estar cem por cento do nosso tempo disponíveis para eles, que estão teoricamente doentes. (A2)

Neste contexto, o encontro entre profissionais e usuários apresenta características de um modelo curativista e medicalizador, como bem delineou a profissional R da equipe A4: “Na maioria das vezes, eles [*os usuários*] vêm aqui com um interesse secundário, seja para pegar uma medicação ou um atestado”. Não obstante, a relação também é permeada por memórias do modelo assistencialista e paternalista, observadas na postura passiva e agressiva de alguns usuários. Nas palavras do profissional G da equipe B1: “A comunidade participa pouco, e não sabe como funciona. Se alguém vê que estás de branco, não quer nem saber e só quer ser atendido. Se eles vêm irritados, jogam pedra em todo mundo, não importa porque, ele quer ser atendido.”

Em síntese, o distanciamento da realidade do outro se mostrou presente tanto nas relações entre os profissionais como entre profissionais e usuários. Isso se revelou em três maneiras distintas: em primeiro lugar, objetivando reduzir a complexidade para facilitar a tomada de decisão por parte dos profissionais; segundo, devido às diferenças de status técnico ou burocrático observadas entre profissionais; finalmente, pelo não reconhecimento das limitações do sistema de saúde e da necessidade de uma postura mais participativa por parte dos usuários. Alguns estudiosos da área defendem que a ignorância sobre os grupos minoritários é uma importante raiz do fenômeno discriminatório (STEPHAN; STEPHAN, 2001). Expandindo este conceito para a realidade dos centros de saúde, a raiz da discriminação pode ser vista como sendo a ignorância sobre o outro, independente de este pertencer a algum grupo específico. Neste contexto, ao estudar as formas pelas quais o conhecimento cognitivo sobre a discriminação pode minimizar seu impacto dentro do ambiente de trabalho, Dovidio *et al.*, (2004) aponta três maneiras de enfrentar a questão: 1- Com mais informação sobre os grupos, as pessoas têm maior facilidade de observá-los como seres humanos; 2- Maior conhecimento sobre os outros pode diminuir as incertezas frente às suas atitudes, diminuindo a ansiedade nas interações; e 3- Maior conhecimento histórico e sobre o fenômeno discriminatório pode facilitar o reconhecimento de injustiças. Somando-se a tais estratégias nossos achados apontam para a importância de se estruturar os serviços de saúde de tal maneira que possibilite o encontro entre as diferenças, ou seja, um ambiente que considere o tempo para si e para o outro e que mantenha sua atenção na singularidade que perpassa a relação com o meramente patológico.

Implicações práticas

A abordagem da discriminação no ambiente dos serviços revelou aspectos práticos que podem nortear, tanto profissionais quanto equipes de saúde, no enfrentamento da discriminação na Atenção Básica à Saúde. A necessidade de se abordar o tema no serviço de saúde foi levantada pela maioria dos profissionais e mostrou-se explicitamente nas palavras dos profissionais entrevistados:

Sempre que a gente pergunta se houve discriminação, isso aparece. Por ser pobre, pela cor da pele, por ser mulher, por ter uma doença, a pessoa sente, mas não é abordado com todo mundo como deveria. Eu acho, é um assunto que pode ser melhor abordado, porque as vezes é o cerne do problema da pessoa. (MB2)

Por sua vez, segundo CA4: “Eu trabalho com essa demanda. Então, o preconceito está sempre atrelado às visitas que você vai fazer, às famílias que você vai atender”. Por sua vez, para a profissional RA4, o tema é um importante objeto de seu trabalho: “Eu trabalho com saúde mental. Então, para mim, o que mais aparece é a discriminação, é uma coisa que eu lido no dia-a-dia”. Entretanto, foram identificados três obstáculos ao se tratar do tema com os profissionais, são eles: a dificuldade de perceber a manifestação sutil de discriminação; a intrínseca relação do tema com a manutenção do processo de trabalho e a hierarquia institucional; e, por fim, a vergonha e resistência de se observar como discriminador.

Cognitivamente, os profissionais apresentaram grande disponibilidade para lidar com as diferenças. Penner (2007), ao estudar o tema da discriminação em serviços de saúde conclui que os profissionais têm uma tendência a rejeitar formas abertas de discriminação. Entretanto, estudo realizado por Van Ryn e Dovidio (2011) encontrou que apenas 55% dos médicos brancos concordam que “pacientes pertencentes a grupos minoritários geralmente recebem atendimento de pior qualidade de que pacientes brancos”, mesmo com a presença de evidências neste sentido. Segundo os pesquisadores, os profissionais de saúde, devido a sua posição de poder e ideológica, podem ser motivados a subjugar seu próprio viés discriminatório (VAN RYN; DOVIDIO, 2011). Uma vez que as formas abertas de manifestação da discriminação não são toleradas pelos profissionais, sua manifestação se dá de maneira sutil (BLANK, 2004), e pode ser observada no relato da profissional C da equipe A2:

Eu acredito que, nesta equipe, nós não temos problemas de discriminação com os pacientes. Pois, por pior seguidor de orientações que ele seja, nós nunca fechamos a porta. Tem casos que agente já bateu na mesma tecla vinte vezes e ele nunca seguiu as orientações, mas sempre estamos abertos. (A2)

Segundo Blank *et al.*, (2004), a discriminação sutil apresenta-se de forma automática, ambivalente, indireta e ambígua. A discriminação sutil é automática quando, de maneira inconsciente, um indivíduo relaciona-se com o outro por meio de um comportamento repetitivo e mecânico (BLANK *et al.*, 2004); esta forma apresenta-se de maneira emblemática no argumento da profissional: “A gente já bateu na tecla vinte vezes”. É ambivalente, pois, os sentimentos em relação ao outro não são exclusivamente de antipatia, mas uma mistura de sentimentos, como desgosto e pena, por exemplo (BLANK *et al.*, 2004). Esta forma de manifestação reafirma a desigualdade entre grupos de maneira sutil, sendo observada na relação com o “seguidor”, ou seja, o profissional sente-se motivado a ajudar, porém, considera os usuários ignorantes e incapazes de compreender e assumir suas questões de saúde.

A discriminação sutil é indireta, quando o indivíduo ou grupo discriminador culpa o discriminado por sua condição de desvantagem, como, por exemplo, rotulando-o de preguiçoso ou irresponsável (BLANK *et al.*, 2004). Neste estudo, fica evidente quando os profissionais referem-se aos usuários como “piores seguidores de orientações”. Por fim, a manifestação sutil é ambígua quando, ao invés de desfavorecer os indivíduos de outros grupos, favorece membros do próprio grupo perpetrador de discriminação (BLANK *et al.*, 2004). Este último aspecto é observado na medida em que os membros da equipe, mesmo constatando a ineficácia da relação com os usuários, assumem um discurso resignado, sem considerar sua parcela no desentendimento. Nas palavras de R da equipe A2, “Por pior paciente, pior seguidor que ele seja, damos o nosso máximo”, considerando aqui que não há nada a ser reavaliado na conduta da equipe e segue de maneira resignada “a gente usa muito aqui a frase: vamos deixar na mão de Deus, que a nossa parte agente tentou e não conseguiu fazer” (RA2).

Considerando que os profissionais da área da saúde ideologicamente repudiam formas abertas de discriminação (PENNER, 2007), tendem a subjugar seu próprio viés discriminatório (VAN RYN; DOVIDIO, 2011) e que a manifestação de discriminação neste contexto se dá de maneira sutil e, por isso, não é facilmente evidenciada (BLANK

et al., 2004), Van Ryn e Dovidio (2011) sublinham que, ao abordar o tema da discriminação entre profissionais da saúde, há necessidade de um trabalho crítico de auto investigação (VAN RYN; DOVIDIO, 2011). Cabe lembrar que tal trabalho deve considerar e tratar do assunto para além do cognitivo. Barlow *et al.*, (2008), ao estudar intervenções cognitivas para diminuir o impacto da discriminação no ambiente institucional, argumentaram que, apesar de a oferta de informações ter proporcionado uma redução de falsas crenças, isto não teve impacto nos níveis de preconceito registrados. Reimann *et al.*, (2004) constataram que o aumento do conhecimento intelectual sobre os grupos minoritários, por si só, não teve impacto na qualidade do serviço prestado. A melhora no serviço se deu, quando o profissional reconheceu e se manteve mais atento aos seus próprios vieses (REIMANN *et al.*, 2004).

Segundo os participantes, a maneira como a sensibilização foi conduzida parece ter contribuído para o reconhecimento do próprio viés discriminatório dos profissionais. Exemplo disso é o relato da profissional D da equipe A4: “Através da sensibilização, eu consegui sentir no corpo como se me reportasse para a casa da pessoa e isto melhora o entendimento.” No mesmo sentido, segundo F, da mesma equipe:

A sensibilização foi entender algumas coisas. Eu consegui sentir o lado positivo e negativo. Eu consigo enxergar nitidamente isso. Então, é essa coisa, que tu tens, as tuas crenças e os teus costumes. Então, isso tens que relativizar, né? O que é pra ti não é para o outro, isso é um trabalho contínuo que a gente faz, e eu consegui sentir isso aqui. (FA4)

Quando questionados sobre a relevância e o possível impacto de uma proposta de educação permanente voltada para a discriminação, os profissionais mostraram-se favoráveis à ideia. Segundo MB2: “Um trabalho que ajude a melhorar a sua percepção sobre isso. Eu acho que vai fazer a pessoa refletir. Talvez, mude as atitudes e isso repercute no trabalho em equipe, no processo de trabalho.”

Este último relato sinaliza que o profissional reconhece a importância de uma abordagem educativo-reflexiva do tema entre os trabalhadores da equipe. Segundo o mesmo, esta deve considerar as três formas de se lidar com o fenômeno discriminatório, quais sejam, o aspecto afetivo, considerando que capacitação desta natureza irá melhorar a maneira como os profissionais percebem o fenômeno; o

aspecto cognitivo, quando aduz que estimula a reflexão sobre o tema; e o aspecto comportamental, já que acredita que pode proporcionar uma mudança de comportamento. Quando se considera que uma abordagem educativo-reflexiva repercute no trabalho em equipe e no processo de trabalho, converge com os princípios da Política de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Segundo tal política, o conceito de Educação Permanente vai além da aprendizagem de habilidades individuais, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Em última instância, abordar o tema da discriminação consiste em iluminar a relação entre grupos. Neste estudo, este novo olhar pareceu ter potencial impacto na organização hierárquica do processo de trabalho. Fato este confirmado pela resistência de se tratar do tema por parte de alguns profissionais. Nas palavras de RA2:

Existe muito problema interno, sim. Entre as equipes. Porque uma vai abrir a porta para ti, outra vai fechar. A maneira de as pessoas perceberem é diferente. Na maior parte do tempo, elas [as outras equipes] não conseguem lidar com as diferenças, existe um preconceito nisso, em se fechar o diferente, por medo do desconhecido, por medo que isso vá interferir no processo de trabalho.

A profissional conclui que a dificuldade de lidar com as diferenças provém de uma postura rígida frente à mudança e a uma acomodação em meio a uma cultura de trabalho já estabelecida:

É difícil admitir algumas coisas. Talvez, pelo fato de já ter uma carreira, ter estabelecido um contrato de trabalho, tem a parte política também. A sensação que eu tenho é que a maioria dos problemas são abafados, são amenizados para tentar dar sequência no processo de trabalho. Só que chega um ponto à frente, que tudo aquilo que foi abafado acaba explodindo. É como se o individualismo prevalecesse na maior parte do tempo.

A resistência foi sentida em alguns momentos, através da forma agressiva com que alguns profissionais se posicionaram, quando questionados sobre a necessidade de se tratar do tema. Nas palavras de R da equipe A1, que não quis participar do grupo focal:

E aí? Como é que faz? Todo dia é alta a demanda? Como faz? [postura desafiadora] O que vocês propõem aí, na saúde coletiva? [distanciamento] O médico e enfermeiro, que estamos na linha de frente da saúde da família, atendendo 3. 500, 4. 000 pessoas, como que a gente faz? Vai parar, olhar, entender com a pessoa qual o cenário dela? [tom sarcástico] Isso que eu quero entender!

A resistência não só esteve associada à manutenção da ordem do processo de trabalho como também a um sentimento de culpa ou vergonha de perceber-se como discriminador ao longo da reflexão. O diálogo a seguir representa um momento de tomada de consciência, no qual o profissional, após envergonhar-se da constatação de sua postura discriminatória, foi acolhido por um colega. Nas palavras de RB1:

A gente se pega muitas vezes ao longo da vida. . . [o profissional não consegue falar que se percebeu como discriminador e fica em silêncio] Isso só vai amadurecer, né? O lado profissional, talvez, e também o pessoal, o lado das relações [referindo-se à importância de constatar o seu próprio viés]. (RB1)

Neste momento, MB2 o ajudou a completar a reflexão: “Você pode ser discriminador sem perceber!” Ao passo que o primeiro responde: “Sim!”.

A questão da vergonha e culpa associada ao fato de se reconhecer como discriminador em seu processo de trabalho é algo bem estudado na literatura (CASE, 2007; PINTERITS; POTEAT; SPANIERMAN, 2009; BRANSCOMBE; SCHMITT; SCHIFFHAURER, 2007). Ao se aprofundar no estudo deste sentimento, os pesquisadores encontraram consequências positivas, como a associação entre a culpa e redução do preconceito (HALLORAN, 2007; MCGARTY *et al.*, 2005; POWELL, BRANSCOMBE; SCHMITT, 2008) e aumento da empatia por parte dos profissionais (POTEAT; SPANIERMAN, 2008). Em contrapartida, Stewart *et al.*, (2003), ao acompanharem os participantes por mais tempo, observaram que, quando os indivíduos não conseguem superar o sentimento de culpa em direção à empatia ou mudança de atitude, retomam suas posições de privilégio.

Tratar do tema da discriminação não só se apresentou como uma necessidade por parte das equipes, incluindo um impacto na organização hierárquica do processo de trabalho, como uma demanda reprimida do

serviço. Por sua vez, a profissional de serviços gerais, nomeada G, integrante das duas equipes do centro de saúde B, afirmou: “Isso acontece às vezes, né? Tem vários casos, assim. [*referindo-se a casos onde o usuário sente-se mal pela conduta do profissional*]. Daí, eu acalento a pessoa, tento fazer ela entender que não é dessa forma, assim. Já aconteceu essa semana.”

Mesmo não fazendo parte direta das atribuições de uma profissional de serviços gerais, acolher e reinserir usuários e profissionais com sentimento de exclusão, tem sido sua tarefa. Citando uma experiência recente de desentendimento entre usuário e profissional do centro de saúde, a profissional G conta: “E, daí, eu disse: ‘Volta procurar, que não é assim. Vai lá na frente, pede mais explicação’, e a pessoa sai bem tranquila.” Para ela: “Não se joga pedra na coisa”, referindo-se à sua habilidade de compreender os dois lados do desentendimento, sem realizar julgamento de qualquer parte. Em seguida, reaproxima o usuário do sistema de saúde, tendo como recurso sua humanidade: “Tem que acalantar e fazer ver que não é daquele jeito, porque a pessoa está vindo mais vezes e tem que acolher”.

Frente ao relato da profissional, RB1 reflete:

A pessoa que sente que está sendo discriminada por uma de vocês, vai evitar ter contato com vocês. Ninguém gosta de se sentir inferior. A maior prova disso GB acabou de falar. Foram procurar ela para reclamar. De repente, a pessoa não se sente confortável de falar com o médico. Então, a pessoa pensa: ‘vou procurar uma pessoa que vai me entender’. A pessoa procura os seus pares para falar sobre o problema. Então, assim, existe o problema!

Um fato levantado pelo profissional refere-se ao sentimento de pertencimento aos grupos, existente nas dinâmicas discriminatórias: “A pessoa procura os seus pares”. AB2 por ser proveniente da comunidade, não ser concursada, ter baixa escolaridade, parece reunir características que lhe colocam na posição de *igual* para com as pessoas que se sentem discriminadas. A habilidade de acolhimento de GB é um exemplo concreto de superação do impacto da discriminação, beneficiando os usuários e os profissionais. Nas palavras de CB2: “É que, às vezes, eu tô tão ****[*expressão de indignação*] que eu nem consigo colocar para fora. Mas, daí, se a GB tem um tempo para me acolher, eu choro, eu consigo falar, eu fico mais leve e eu tenho consciência disso”. Cumpre observar que, quando a profissional considera o tempo de

disponibilidade de GB, reafirma que tal demanda se insere em seu processo de trabalho.

A Política Nacional de Humanização reconhece a relação entre a formação profissional centrada na doença e a dificuldade de se estabelecer o “vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária, que constitui o ato de saúde” (PNH, 2004). Esta relação apresentou-se no caso de GB, uma vez que, embora não tenha formação alguma centrada na doença, foi considerada a profissional de maior habilidade de estabelecimento do vínculo fundamental. Segundo a PNH: “Humanizar trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos, que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (PNH, 2004). Assim, reconhecer, promover e valorizar uma postura acolhedora e humana nos profissionais deve integrar as intervenções para diminuir o impacto da discriminação e promover a diversidade no âmbito da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto estudado se revelou bastante complexo e indicou que não existem posições cristalizadas em relação ao fenômeno discriminatório. Ora os atores discriminam, ora são discriminados, ora os dois. Desta forma, não cabe aqui identificar supostos *vilões*. Entretanto, é preciso ressaltar um olhar ampliado sobre o fenômeno, considerando o quanto a relação entre as necessidades da população e as condições de trabalho das equipes têm impacto na qualidade do vínculo entre as partes e quais as estratégias individuais e coletivas são adotadas para manutenção do processo de trabalho.

A metodologia utilizada gerou resultados com foco para além das particularidades de cada centro de saúde, uma vez que os achados se apresentaram nos dois centros, mesmo considerando que estes apresentavam distintas características, tanto no tempo de vínculo do pesquisador com as equipes como características do próprio território, quanto na relação com o fenômeno, sendo que um centro era reconhecido por queixas de discriminação e outro não. Este fato nos faz acreditar que grande parte dos achados aqui expostos podem ser encontrados em outros serviços, desde que sejam serviços de saúde. Reconhece-se, também, a possível contribuição de estudos neste contexto que se utilizem de entrevistas individuais como forma de coleta e estudos que incluam as perspectivas de outros atores, como os

usuários e suas famílias.

O fenômeno da discriminação na perspectiva dos profissionais das equipes de Atenção Básica à Saúde foi rotineiramente considerado apenas nas suas formas explícitas. Ao debruçar-se sobre o tema, revelaram-se angústias individuais e coletivas, bem como estratégias encontradas para lidar com o outro de maneira a manter o fluxo do processo de trabalho. O convívio diário com o distanciamento em relação ao outro mecaniza as relações e promove a manifestação de discriminação. Esta, por sua vez, apresentou-se em sua forma sutil e, por isto, na maioria dos casos, sentida, porém, desconsiderada pelos profissionais. Uma vez destacada, a discriminação contribuiu para um ambiente carregado de tensões, resistência, vergonha e revelações. Neste contexto, pode se considerar que, para reduzir o impacto da discriminação e promover a diversidade no âmbito do serviço de saúde, é imprescindível identificar e incluir os profissionais em isolamento, evitando estabelecer julgamento, seja em relação ao discriminado ou ao discriminador. Por fim, vale lembrar que tal ação, necessita de tempo e uma relação de grande proximidade com as equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BARLOW, F. K.; LOUIS, W. R.; PEDERSEN, A. **The impact of challenging false beliefs vs inciting collective guilt, on a range of intergroup attitudes**, 2008.
2. BLANK, R. M.; DABADY M.; CITRO C. F. Editors. National Research Council. **Measuring Racial Discrimination**. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.
3. BOURDIEU, P. **O Senso Prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.
4. BRANSCOMBE, N.; SCHMITT, M.; SCHIFFHAURER, K. Racial Attitudes In Response To Thoughts of White Privilege. **European Journal of Social Psychology**. v. 37, p. 203-215, 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

- Política Nacional de Humanização da Saúde:** documento base. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
 8. CARNEIRO, J. R. N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Caderno de Saúde Pública.** v. 19, n. 6, p. 1827-1835, 2003.
 9. CASE, K. A. Raising White Privilege Awareness and Reducing Racial Prejudice: Assessing Diversity Course Effectiveness. **Teaching of Psychology.** v. 34, n. 4, p. 231-235, 2007.
 10. CASTRO, H. A.; SILVA, C. G.; VICENTIN, G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1984- 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** 2005.
 11. DOVIDIO, J. F; FISKE, S. T. Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. **Am. J. Public. Health.** v. 102, n. 5, p. 945-952, 2012.
 12. DOVIDIO, J. M. *et al.*, Perspective and prejudice: Antecedents and mediating mechanisms. **Personality & Social Psychology Bulletin.** v. 30, n. 12, p. 1537-1549, 2004.
 13. DUCKITT, J.; CALLAGHAN, J.; WAGNER, C. Group identity and intergroup attitudes in South Africa: A multidimensional approach. **Personality and Social Psychology Bulletin.** v. 31, p. 633-646, 2005.
 14. FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contra direito à saúde. **Psicol. Soc.** v. 23, p. 45-52, 2011.
 15. HALLORAN, M. J. Indigenous Reconciliation in Australia: Do values, identity and collective guilt matter? **Journal of Community and Applied Psychology.** v. 17, p. 1-18, 2007.

16. HAMILTON, D. L.; TROLLIER, T. K. Stereotypes and stereotyping: an overview of the cognitive approach. In: DOVIDIO, J. F.; GAERTNER, S. L. **Prejudice, discrimination and racism**. Orlando, FL: Academic Press, 1986. p. 127-63.
17. HILTON, J. L.; VON HIPPEL, W. Stereotypes. **Annual Review of Psychology**. v. 47, p. 237-271, 1996.
18. JOHNSTONE, M. J.; KANITSAKI, O. The politics of resistance to workplace cultural diversity education for health service providers: an Australian study. **Race, Ethnicity & Education**. v. 11, n. 2, p. 133-154, 2008.
19. JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **Am J Public Health**. v. 90, n. 8, p. 1212-1215, 2000.
20. KALCKMAN, S. *et al.*, Racismo institucional: um desafio pra a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.
21. KRIEGER, N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. **Am J Public Health**. v. 102, n. 5, p. 936-944, 2012.
22. KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **J Epidemiol Community Health**. v. 59, p. 350-355, 2005.
23. KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. **Focus groups: a practical guide for applied research**, Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.
24. KULIK, C. T.; ROBERSON, L. Common Goals and Golden Opportunities: Evaluations of Diversity Education in Academic and Organisational Settings. **Academy of Management Learning & Education**. v. 7, n. 3, p. 309-331, 2008.
25. MALACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists, 1981.
26. MCCLURE, H. H. *et al.*, Discrimination, psychosocial stress, and health among Latin American immigrants in Oregon. **Am J Hum Biol**. v. 22, n. 3, p. 421-423, 2010.

27. MCGARTY, C. A. *et al.*, Group-based guilt as a predictor of commitment to apology. **British Journal of Social Psychology**. v. 44, p. 659-680, 2005.
28. NERI, M. SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 77-87, 2002.
29. PAYNE, B. K. Prejudice and Perception: The role of automatic and controlled process in misperceiving a weapon. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 81, p. 181- 192, 2001.
30. PARADIES, Y. *et al*, **Building on our strengths**: A framework to reduce race-based discrimination and promote diversity in Victoria. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation, 2009.
31. PASCOE, E. A.; SMART RICHMAN, L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**. v. 135, n. 4, p. 531-554, 2009.
32. PENNER, L. A. *et al.* Perspectives on Black-White health disparities: Social policy implications. **Social Issues and Policy Review**, v. 1, p. 63-98, 2007.
33. PINTERITS, E. V. *et al.* The White Privilege Attitudes Scale: Development and Initial Validation. **Journal of Counselling Psychology**. v. 56, n. 3, p. 417-429, 2009.
34. POTEAT, V. P.; SPANIERMAN, L. B. Further Validation of the Psychosocial Costs of Racism to Whites Scale Among Employed Adults. **Counseling. Psychologist**. v. 36, n. 6, p. 871-894, 2008.
35. REIMANN, J. O. F. *et al.* Cultural competence among physicians treating Mexican Americans who have diabetes: a structural model. **Social Science & Medicine**. v. 59, n. 11, p. 2195–2205, 2004.
36. SEATON, E. K. The influence of cognitive development and perceived racial discrimination on the psychological well-being of African American youth. **J Youth Adolesc**. V. 39, n. 6, p. 694-703, 2010.
37. STEPHAN, W. G.; STEPHAN, C. W. **Improving intergroup**

- relations.** Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
38. TAMKIN, P. J.; *et al.* **A Review of Training in Racism Awareness and Valuing Cultural Diversity:** The Institute of Employment Studies, Falmer, 2002.
39. TRENERRY B.; FRANKLIN H.; PARADIES Y. **Review of audit and assessment tools, programs and resources in workplace settings to prevent race-based discrimination and support diversity.** Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Carlton, Australia, 2010.
40. VAN RYN, M. *et al.* The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. **Du Bois Rev.** v. 8, n. 1, p. 199-218, 2011.

ABSTRACT: This paper addresses interpersonal discrimination from the perspective of primary health care professionals. A qualitative research was carried out with two health centers in Florianópolis (Southern, Brazil) involving six teams of Family Health and professionals of the Nucleus of Support for Family Health (NASF) of the participating centers. Data collection was conducted through sensitization, followed by focus groups. The analysis generated categories and subcategories, which were labeled as *the reality identified* and *practical implications*. The results indicated that discrimination is routinely considered by health professionals only in its explicit form. When the issue was approached more closely, individual and collective anxieties, as well as strategies to deal with discrimination in order to maintain the work flow were revealed. In summary, the distant interaction between the actors lead to mechanistic relationships, which promote expressions of discrimination. Discrimination, in turn, appeared in its subtle form, and, therefore, was disregarded by health professionals.

Keywords: Discrimination. Public Health. Primary Health Care.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. *et al.*, **The authoritarian personality**. New York: Harper, 1950.

ALLPORT, G. **The nature of prejudice**, Reading, MA: Addison-Wesley, 1954.

BACKES, D. S. *et al.*, Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo Da Saúde**, n. 35, v. 4, p. 438-442, 2011.

BANTON, M. **Discrimination**. Open University Press, Buckingham, 1994.

BARLOW, F. K.; LOUIS, W. R; PEDERSEN, A. , **The impact of challenging false beliefs vs inciting collective guilt, on a range of intergroup attitudes**, 2008.

BASTOS, J. L.; **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

BARNES, L. L. *et al.*, Perceived discrimination and mortality in a population-based study of older adults. **Am J Public Health**, v. 98, n. 7, p 1241---1247, 2008.

BEACH, M. , Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. **BMC Public Health**, v. 6, p. 104-11, 2006.

BHAWUK, D. P. S; BRISLIN, R. W. , Cross-cultural Training: A Review. **Applied Psychology: An International Review**, v. 49, p. 162, 2000.

BILHIM, J. A. F. **Teoria Organizacional: estruturas e pessoas**. Lisboa: ISCSP, 2006.

- BOBO, L. D. Prejudice as group position: Microfoundations of a sociological approach to racism and race relations. **Journal of Social Issues**, v. 55, p. 445-472, 1999.
- BOBO, L.; TUAN, M. Prejudice in Politics: Group Position, Public Opinion and the Wisconsin Treaty Rights Dispute. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2006
- BOULWARE, L. E. *et al.*, Race and trust in the health care. **Public Health Reports**, v. 118, p. 358-365, 2003.
- BOURDIEU, P. **O Senso Prático**. Petrópolis: Vózes, 2009.
- BRANSCOMBE, N.; SCHMITT, M.; SCHIFFHAURER, K. Racial Attitudes In Response To Thoughts of White Privilege. **European Journal of Social Psychology**, v. 37, p. 203-215, 2007.
- BRASIL. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA). Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL- (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2007.
- BRASIL- (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2006.
- BRASIL- (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. R. The social determinants of health: coming of age. **Annual Review of Public**

Health, v. 32, p. 381–398, 2011.

BREWER, M. The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate. **Journal of Social Issues**, v. 55, p. 429-444, 1999.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem esom. Tradução de Pedrinho A. Guareschi**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOURDIEU, P. **O Senso Prático**. Petrópolis: Vózes, 2009.

CARNEIRO JR. , N. & SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contextodos processos de exclusão/inclusão social Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (6):1827-1835, nov-dez, 2003

CASE, K. A. Raising White Privilege Awareness and Reducing Racial Prejudice: Assessing Diversity Course Effectiveness. **Teaching of Psychology**, v. 34, n. 4, p. 231-235, 2007.

CASTRO, H. A.; SILVA, C. G.; VICENTIN, G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1984- 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 150-160, 2005.

CHEN, F. M. , *et al.*, Patients' beliefs about racism, preferences for physician race, and satisfaction with care. **Annals of Family Medicine**, v. 3, p. 139-143, 2005.

CHIPPS, J. A.; SIMPSON, B.; BRYSIIEWICZ, P. The Effectiveness of Cultural-Competence Training for Health Professionals in Community-Based Rehabilitation: A Systematic Review of Literature. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 5, p. 85-94, 2008.

CHOI-PEARSON, C.; CASTILLO, L.; MAPLES, M. F. Reduction of racial prejudice in student affairs professionals. **NASPA Journal**, v. 42, p. 132-146, 2004.

COLVIN-BURQUE, A.; ZUGAZUGA, C. B.; DAVIS-MAYE, D. Can cultural competence be taught? evaluating the impact of the soap model. **Journal of Social Work Education**, v. 43, n. 2, p. 223-242, 2007.

COOPER, L. A. *et al.*, Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. **Annals of Internal Medicine**, v. 139, p. 907-915, 2003.

COTTRELL, C.; NEUBERG, S. Different emotional reactions to different groups: A sociofunctional threat-based approach to “prejudice”. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 88, p. 770-789, 2005.

COZIER, Y. C. *et al.*, Perceived racism in relation to weight change in the Black Women’s Health Study. **Ann Epidemiol**, v. 19, n. 6, p. 379---387, 2009.

CROSBY, F. **Affirmative action is dead; Long live affirmative action**. New Haven, CT: Yale University Press, 2004.

DASGUPTA, N.; RIVERA, L. M. From automatic antigay prejudice to behavior: the moderating role of conscious beliefs about gender and behavioral control. **J Pers Soc Psychol**, v. 91, n. 2, p. 268-280, 2006.

DENSIN, N. K.; LINCON, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Sage, 1994.

DOLLARD, J. F. *et al.*, **Frustration and aggression**. New Haven, CT: Yale University Press, 1939.

DOVIDIO, J. F.; FISKE, S. T. Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *Am J Public Health*, v. 102, n. 5, p. 945--952, 2012.

DOVIDIO, J. F.; GAERTNER, S. L. **Prejudice, discrimination, and racism**. Orlando, Florida: Academic. p. 231-254.

DOVIDIO, J. M. *et al.*, Perspective and prejudice: Antecedents and mediating mechanisms. **Personality & Social Psychology Bulletin**, v. 30, n. 12, p1537-1549, 2004.

DOVIDIO, J. F. **The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination**. SAGE: 2010.

DOVIDIO, J. F.; BRIGHAN, J.; JOHNSON, B.; GAERTNER, S. Stereotyping, prejudice, and discrimination: Another look. In MACRAE, C. N.; STANGOR, C.; HEWSTONE, M. **Stereotypes and stereotyping**, p. 276-319, 1996.

DOVIDIO, J. F.; GAERTNER, S. Aversive racism. In ZANNA, M. P (Ed.), **Advances in experimental social psychology**, v. 36, p. 1- 52, 2004.

DOVIDIO, J.; KAWAKAMI, K.; GAERTNER, S. Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 1, p. 62-68, 2002.

DUCKITT, J. **The social psychology of prejudice**. New York: Praeger, 1992.

DUCKITT, J. A dual process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. In M. P. Zanna (Ed.), **Advances in experimental social psychology**, v. 22, p. 41-113, 2001.

DUCKITT, J.; CALLAGHAN, J.; WAGNER, C. Group identity and intergroup attitudes in South Africa: A multidimensional approach. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 31, p. 633-646, 2005.

DUCKITT, J. Differential effects of Right Wing Authoritarianism and Social Dominance Orientation on outgroup attitudes and their mediation by threat from competitiveness to outgroups. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 32, p. 684-696, 2006.

DUCKITT, J. in press. Chapter prepared for: **Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination**, edited by J. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V. Esses. Thousand Oaks: Sage. ?????

FAIRCHILD, H.; GURIN, P. Traditions in the social psychological analysis of race relations. **American Behavioral Scientist**, v. 21, p. 757-778, 1978.

FARRELLY, T.; LUMBY, B. A Best Practice Approach to Cultural Competence Training. **Aboriginal and Islander Health Worker Journal**, v. 33, p. 14-22, 2009.

FAZIO, R.; OLSON, M. Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. **Annual Review of Psychology**, v. 54, p. 297-327, 2003.

FEIN S.; SPENCER, S. J. Prejudice as a self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 73, p. 31-44, 1997.

FREDERICKS, B. The Need to Extend Beyond the Knowledge Gained in Cross-Cultural Awareness Training. **The Australian Journal of Indigenous Education**, v. 37, p. 81-89, 2008.

FONSECA, J. S. Psicodrama da loucura: Correlações entre Buber e Moreno. Ed: Ágora. São Paulo, 2008.

GEE, G. C.; WALSEMANN, K. M.; BRONDOLO, E. A life course perspective on how racism may be related to health inequities. **American Journal of Public Health**, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. p. 79-108.

GORDON, H. S.; STREET, R. L.; SHARF, B. F.; KELLY, P. A.; SOUCHEK, J. Racial differences in trust and lung cancer patients' perceptions of physician communication. **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, p. 904-909, 2006.

GREENWALD, A.; BANAJI, M. Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, v. 102, p. 4-27, 1995.

GREENWALD, A.; MCGHEE, D.; SCHWARTZ, J. Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 74, p. 1464-1480, 1998.

HALLORAN, M. J. Indigenous Reconciliation in Australia: Do values,

identity and collective guilt matter? **Journal of Community and Applied Psychology**, v. 17, p. 1-18, 2007.

HAMILTON, D. **Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior**. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1981a.

HARRELL, C. P. *et al.* Multiple pathways linking racism to health outcomes. **Du Bois Review**, v. 8, p. 143- 157, 2011.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HELLINGER, B. **Ordens do Amor. Um guia para o trabalho com constelações familiares**. São Paulo: Cultrix, 2007.

HILL, M. E.; AUGOUSTINOS, M. Stereotype Change and Prejudice Reduction: Short- and Long-term Evaluation of a Cross-cultural Awareness Programme. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 11, p. 243-262, 2001.

HILTON J. L.; VON HIPPEL, W. Stereotypes. **Annual Review of Psychology**, v. 47, p. 237-271, 1996.

HOLLINSWORTH, D. **Confronting Racism in Communities: Guidelines and Resources for Anti-Racism Workshops**. 2006a.

HUDDY, L.; SEARS, D. Opposition to bilingual education: Prejudice or the defense of realistic interests. **Social Psychology Quarterly**, v. 58, p. 133-143, 1995.

JOHNSON, R. L. *et al.*, Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 19, p. 101-110, 2004.

JOHNSON, R. L *et al.* Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. **American Journal of Public Health**, v. 94, p. 2084-2090, 2004.

JOHNSON, L. M. , *et al.* Addressing disproportionality and disparity in child welfare: Evaluation of an anti-racism training for community

service providers. *Children and Youth Services Review*, 2009.

JOHNSTONE, M. J.; KANITSAKI, O. The politics of resistance to workplace cultural diversity education for health service providers: an Australian study. **Race, Ethnicity & Education**, v. 11, n. 2, p. 133-154, 2008.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **AmJ Public Health**, v. 90, n. 8, p. 1212-1215, 2000.

KITZINGER, J. The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. **Sociol Health Illn**, v. 16, n. 1, p. 103-20, 1994.

KOERBER, A. *et al.* An exploratory study of orthodontic resident communication by patient race and ethnicity. **Journal of Dental Education**, v. 68, p. 553-562, 2004.

KRAIGER, K.; FORD, J. K.; SALAS, E. Application of cognitive, skill-based, and affective theories of learning outcomes to new methods of training evaluation. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, p. 311-328, 1993.

KRIEGER, N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. **Am J Public Health**, v. 102, n. 5, p.936-944, 2012.

KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology **J Epidemiol Community Health**, v. 59, p. 350-355, 2005.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. Focus groups: a practical guide for applied research, 3a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000

KULIK, C. T.; ROBERSON, L. Common Goals and Golden Opportunities: Evaluations of Diversity Education in Academic and Organisational Settings. **Academy of Management Learning & Education**, v. 7, n. 3, p. 309-331, 2008.

KUSOW, A. M. Contesting Stigma: On Goffman's Assumption of Normative Order. **Symbolic Interaction**, v. 27, n. 2, p. 179-97, 2004.

LA VEIST, T. A.; *et al.* The association of doctor-patient race concordance with health services utilization. **Journal of Public Health Policy**, v. 24, p. 312-323, 2003.

LAMBERT, S. F.; HERMAN, K. C.; BYNUM, M. S.; IALONGO, N. S. Perceptions of racism and depressive symptoms in African American adolescents: the role of perceived academic and social control. **J Youth Adolesc**, v. 38, n. 4, p. 519-531, 2009.

LOWEN, A. Bioenergética. Ed: Summus. São Paulo, 1982.
Levine P. A. O Despertar do Tigre. Curando o Trauma. Ed: Summus. São Paulo, 1999. PAREI AQUI

LEWIS, T. T.; *et al.* Self-reported experiences of everyday discrimination are associated with elevated C-reactive protein levels in older African-American adults. **Brain Behav Immun**, v. 24, n. 3, p. 438-443, 2010.

LEWIS, T. T.; *et al.* Perceived discrimination and blood pressure in older African American and White adults. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 64, n. 9, p. 1002-1008, 2009.

LIPPMAN, W. **Public Opinion**. New York: Harcourt, Brace, 1922.

LUCAL, B. Oppression and Privilege: Toward a Relational Conceptualization of Race. **Teaching Sociology**, v. 24, n. 3, p. 245-255, 1996.

MAJUMDAR, B. G.; *et al.* Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 36, n. 2, p. 161-166, 2004.

MEUSE, K. P.; HOSTAGER, T. J.; O'NEILL, K. S. A longitudinal evaluation of senior manager's perceptions and attitudes of a workplace diversity training program. **Human Resources Planning**, v. 30, p. 38-46, 2006.

MCCLURE, H. H, *et al.* Discrimination, psychosocial stress, and health among Latin American immigrants in Oregon. **Am J Hum Biol**, v. 22, n. 3, p. 421-423, 2010.

MCGARTY, C. A.; *et al.* Group-based guilt as a predictor of commitment to apology. **British Journal of Social Psychology**, v. 44 p. 659-680, 2005.

MCLAUGHLIN, K. A.; HATZENBUEHLER, M. L.; KEYES, K. M. Responses to discrimination and psychiatric disorders among Black, Hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual individuals. **Am J Public Health**, v. 100, n. 8, p. 147--1484, 2010.

MILLER, A. N.; HARRIS, T. M. Communicating to Develop White Racial Identity in an Interracial Communication Class. **Communication Education**, v. 54, n. 3, p. 223-242, 2005.

MIO, J. S.; LORI, B. Reaction Papers and Journal Writing as Techniques for Assessing Resistance in Multicultural Courses. **Journal of Multicultural Counseling & Development**, v. 31, n. 1, p. 12-19, 2003

MONTANA, P. J. **Administração**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

MOUTON, C. P.; *et al.* Impact of perceived racial discrimination on health screening in Black women. **J Health Care Poor Underserved**, v. 21, n. 1, p. 287-300, 2010

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

NATIONAL CENTER FOR CULTURAL COMPETENCE. Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development, 2006.

NATIONAL RURAL FACULTY, E ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Review of cultural training for GPs working in Aboriginal and Torres Strait Islander health, 2004.

NGUYEN, K. H.; *et al.* Influence of experiences of racial discrimination and ethnic identity on prenatal smoking among urban Black and Hispanic women. **J Epidemiol Community Health**, 2010.

NORTON, M. I.; SOMMERS, S. R. Color Blindness and Interracial Interaction: playing the political correctness game. **Psychological Science**, v. 17, n. 11, p. 949-53, 2006.

OKAMOTO, J.; *et al.* Perceived discrimination and substance use among Latino adolescents. **Am J Health Behav**, v. 33, n. 6, p. 718-727, 2009.

OLIVER, M. N. *et al.*, Use in clinical encounters: Are African-American patients treated differently? **Journal of National Medical Association**, v. 93, p. 380-385, 2001.

PAYNE B. K. Prejudice and Perception: The role of automatic and controlled process in misperceiving a weapon. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 81, p. 181- 192, 2001.

PARADIES, Y.; *et al.* Building on our strengths: A framework to reduce race-based discrimination and promote diversity in Victoria. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation, 2009.

PARADIES, Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. **International Journal of Epidemiology**, v. 35, p. 888-901, 2006b.

PASCOE, E. A.; SMART RICHMAN, L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, v. 135, n. 4, p. 531-554, 2009.

PEDERSEN, A.; BARLOW, F. K. , Theory to Social Action: A university based strategy targeting prejudice against Aboriginal Australians. **Australian Psychologist**, v. 43, p. 148-159, 2008.

PENNER, L. A.; *et al.* Basic Process and Causes of Prejudice, Stereotyping and Discrimination. In: DOVIDIO, J. F. (2010) The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination. SAGE: 2010.

PENNER, L. A.; *et al.* Interpersonal perspectives on Black-White health disparities: Social policy implications. **Social Issues and Policy Review**, v. 1, p. 63-98, 2007.

PERLS, F; HEFFERLINE, R; GOODMAN, P. **Gestalt Terapia**. Trad.

Fernando Rosa Ribeiro. São Paulo: Summus, 1997.

PETTIGREW, T. Personality and socio-cultural factors in intergroup attitudes: A cross-national comparison. **Journal of Conflict Resolution**, v. 2, p. 29–42, 1958.

PINTERITS, E.; *et al.* The White Privilege Attitudes Scale: Development and Initial Validation. **Journal of Counseling Psychology**, v. 56, n. 3, p. 417-429, 2009.

POTEAT, V. P.; SPANIERMAN, L. B. Further Validation of the Psychosocial Costs of Racism to Whites Scale Among Employed Adults. **Counseling Psychologist**, v. 36, n. 6, p. 871-894, 2008.

POWELL, A. A.; BRANSCOMBE, N. R.; SCHMITT, M. T. Inequality as ingroup privilege or outgroup disadvantage : the impact of group focus on collective guilt and interracial attitudes. **Personality & Social Psychology Bulletin**, v. 31, n. 4, p. 508-521, 2008.

REATH, J.; R. POW, R. Cultural Safety Training Workshop: The Royal College of General Practitioners, 2008.

REICH, W. A **Análise do Caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RICHESON, J. A.; NUSSBAUM, R. J. The impact of multiculturalism versus color-blindness on racial bias. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 40, p. 417-423, 2004.

REIMANN, J.; *et al.* **The Blackwell Encyclopedia of Sociology**. Malden. Blackwell Publishing, 2007.

ROBERSON, L.; KULIK, C. T.; PEPPER, M. B. Using Needs Assessment to Resolve controversies in Diversity Training Design. **Group & Organization Management**, v. 28, n. 1, p. 148-174, 2003.

RYN, M.; WILLIAMS, D. Commentary on racial disparities in health care. **Medical Care Research and Review**, v. 60, p. 496-508, 2003.

SANCHEZ, J. L.; MEDKIK, N. The effects of diversity awareness training on differential treatment. **Group & Organization Management**, v. 29, p. 517-536, 2004.

SCHOFIELD, J. W. **Causes and consequences of the colorblind perspective.** In J. F, 1986.

SEATON, E. K. The influence of cognitive development and perceived racial discrimination on the psychological well-being of African American youth. **J Youth Adolesc**, v. 39, n. 6, p. 694-703, 2010.

SHAVERS, V. L.; *et al.* Race/Ethnicity and intensity of medical monitoring under ‘watchful waiting’ for prostate cancer. **Medical Care**, v. 42, p. 239-250 , 2004.

SMEDLEY, B. D.; STITH, A. Y.; NELSON A. R. Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC; National Academies Press, 2003.

SIMINOFF, L. A.; GRAHAM, G. C.; GORDON, N. H. Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviours. **Patient Education and Conselling**, v. 62, p. 355-360, 2006.

SMITH, T. B.; *et al.* Multicultural Education in the Mental Health Professions: A Meta-Analytic Review. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 1, p. 132-145, 2006.

STEPHAN, W. G.; STEPHAN, C. W. Improving intergroup relations Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

SMEDLEY, B. D. The lived experience of race and its health consequences. **Am J Public Health**, v. 102, n. 5, p. 933-935, 2012.

TAJFEL, H.; TURNER, J. An integrative theory of intergroup conflict. **The social psychology of intergroup relations** Monterey, California: Brooks/Cole, p. 33-47, 1979.

TAMKIN, P. J.; *et al.* A Review of Training in Racism Awareness and Valuing Cultural Diversity: The Institute of Employment Studies, Falmer, 2002.

THOMAS, V. J.; COHN, T. , Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53, p. 480-488,

2006.

TRENERRY, B.; FRANKLIN, H.; PARADIES, Y. Review of audit and assessment tools, programs and resources in workplace settings to prevent race-based discrimination and support diversity. Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Carlton, Australia, 2010.

TURNER, B. *The Cambridge Dictionary of Sociology*. Cambridge University Press, 2006.

VAN RYN, M.; *et al.* The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. *Du Bois Rev*, v. 8, n. 1, p. 199-218, 2011.

REIMANN J. O. F.; TALAVERAA G. A.; SALMONB M.; NUNˆEZC J. A.; VELASQUEZD R. J. Cultural competence among physicians treating Mexican Americans who have diabetes: a structural model. ***Social Science & Medicine***, v. 59, n. 11, p. 2195-2205, 2004).

VORAUER, J. A.; *et al.* Salient intergroup ideology and intergroup interaction. *Psychological Science* , p. 838-845, 2009.

WILLIAMS, C. C. Training for cultural competence: Individual and group processes. ***Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work***, v. 14, p. 111-143, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DA SENSIBILIZAÇÃO

A sensibilização tem início com uma breve conversa sobre o tema, versando sobre a metodologia empregada e esclarecimento de dúvidas iniciais. Este primeiro momento dura por volta de quinze minutos e tem como objetivo, expor o tema apenas como um disparador e dar início a construção de uma relação de confiança e abertura para a vivência proposta. A vivência propriamente dita tem duração de vinte minutos, inicia com um relaxamento conduzido verbalmente no qual o moderador sugere aos participantes a perceber diferentes partes do corpo, fazendo com que estes direcionem sua atenção a sensação corporal. Na medida que o moderador percebe que os profissionais estão atentos a sua sensação corporal dá início a uma série de visualizações.

O moderador conduz as visualizações para lembranças dos locais de trabalho, seja dentro do centro ou na comunidade, o monitor sugere que os participantes relembrem o espaço físico e os objetos ali presentes. As visualizações seguem incluindo das pessoas que aparecem no campo mental de cada um. Em cada momento o moderador pede para perceberem as sensações corporais, presença de tensão, relaxamento ou emoções. Em seguida sugere-se, então, que os profissionais imaginem-se em um momento, dentro de sua rotina de trabalho, que lhe traga satisfação e tranquilidade. Neste momento, sugere que os profissionais observem suas sensações corporais quando imaginando-se em uma situação de satisfação pessoal.

A partir deste ponto, o monitor dá início a sugestões que tragam a lembrança de situações de maior tensão e possíveis situações de discriminação que o profissional tenha recordado quando estimulado pela conversa inicial sobre o tema. Segue o aprofundamento procurando contextualizar as visualizações, estimulando a descrição do local, a sensação corporal, como estava sendo o seu dia de trabalho, como cada um dos presentes na cena lhes pareciam, sua postura corporal, tom de voz, qual a distancia física entre os envolvidos, qual a emoção pareciam sentir em tal situação e como foi o desfecho. Toda a condução é feita de maneira lenta, com voz nonótona aguardando o devido tempo para a assimilação das informações.

Para finalizar a vivência o moderador pergunta se existe alguma tensão presente no corpo naquele momento, caso haja, sugere que o

participante se indague “O que é isso que estou sentindo? Em que momentos de minha vida tenho esta sensação?” A vivencia quando o moderador sugere que os participantes que guardem suas experiências em um local seguro e se visualizem novamente em um lugar confortável, sugerindo que tudo o que foi vivenciado será com o tempo assimilado pelo corpo e as tensões serão dissipadas.

O último momento da sensibilização teve duração de 10 minutos, consistiu em uma conversa breve sobre a vivência e foram tiradas as dúvidas finais.

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

O Grupo Focal foi dividido em dois momentos. O primeiro visa resgatar e organizar as observações sobre o tema que se deram desde a sensibilização bem como a dinâmica grupal envolvida. Este tem início um relaxamento corporal no mesmo formato da sensibilização. Em seguida, foram realizadas uma série de perguntas com a instrução prévia que os profissionais apenas refletissem, sem falar nem desviar a atenção da sensação corporal. Foram realizadas as seguintes perguntas:

Desde a sensibilização, existiu algo, seja em relação à comunidade, usuários do centro de saúde, profissionais da equipe de saúde, dentro ou fora do centro de saúde que você relacionou com o tema da discriminação?

Como você se sente em relação a este assunto?

Existe algum assunto que você não se sentiria confortável em falar abertamente com toda a equipe? Se imagine falando: Como você se sentiria? Como fica seu corpo? Qual sensação este tema geraria?

Existe alguém que você possa ou pode falar abertamente sobre este assunto sem causar desconforto? Porque você se sentiria ou se sentiu confortável em falar com esta pessoa este assunto? Quais suas características? Você consegue imaginar como ela agiria?

Existem pessoas que você não teria conforto em falar sobre este assunto? Quem lhe veio em mente? Como você sente que receberiam tal assunto?

No segundo momento inicia-se a coleta de dados seguindo, de maneira flexível o seguinte roteiro:

Pergunta de acolhimento: Você tem algo que queira dizer no agora no início da nossa conversa? Pode se referir ao tema, a sensibilização em si ou a qualquer outro assunto que você considere necessário.

Como você se relaciona com as pessoas que participaram de suas visualizações?

Em seu ponto de vista a discriminação tem impacto no processo de trabalho, seja na relação como os usuários ou com a equipe? Qual?

O que foi a sensibilização para você?

Em seu ponto de vista, uma capacitação sobre o tema da discriminação teria contribuição para a qualidade do serviço de saúde? Qual?

Alguém tem alguma dúvida ou mais alguma coisa para falar sobre este assunto?

Como você está se sentindo?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM SAUDE COLETIVA
Campus Universitário, Trindade – CEP 88040-900 - 48-3721 9847

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R. G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar tanto da intervenção quanto da pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “O FENÔMENO DA DISCRIMINAÇÃO NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é coordenada pelo estudante de mestrado em Saúde Coletiva Leonardo Mozzaquatro Schneider, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone de número (048) 99210702 ou e-mail sosteopatia@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais envolvem a aplicar uma proposta de intervenção sobre o fenômeno da discriminação e analisar o significado da intervenção proposta para os participantes da mesma.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de participação na proposta de intervenção com duração de três horas e um grupo focal (Apêndice B) com duração de uma hora, a ser registrada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (s)

coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o (a) pesquisador (a) responsável ou seus colaboradores, ou ainda o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) pertencente a Pró-Reitoria de Pesquisa, localizado no Campus Universitário da UFSC no bairro Trindade em Florianópolis/SC, CEP 88040-900 Caixa Postal 476, telefone: (48) 3721-9206.

O (a) pesquisador (a) principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Florianópolis, ____ de _____ de ____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O fenômeno da discriminação na visão dos profissionais da Atenção Básica à Saúde

Pesquisador: João Luiz Dornelles Bastos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17495013.1.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 374.198

Data da Relatoria: 26/08/2013

Apresentação do Projeto:

O fenômeno da discriminação na visão dos profissionais da Atenção Básica à Saúde

Pesquisador é um trabalho de mestrado em saúde coletiva do acadêmico Leonardo Mozzaquastro Scheider sob a orientação de João Luiz Dornelles Bastos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a proposta de intervenção, segundo a perspectiva dos participantes.

Objetivo Secundário:

Analisar o impacto da intervenção:1.Na relação com sigo;2.Na relação com vizinhos e familiares do participante;3.Na relação com a equipe no ambiente de trabalho;4.Na relação dos profissionais com os usuários do sistema de saúde; e5.No processo de trabalho, segundo a perspectiva dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Uma vez que o fenômeno discriminatório possui componentes afetivos e emocionais, existe algum risco de o trabalho desencadear em algum participante um processo de utocnhecimento que necessite um acompanhamento mais específico que o trabalho em grupo proposto. No intuito de assegurar o acolhimento de tal situação, será feito um contato prévio com a equipe do Núcleo de

Endereço: Campus Universitário Retor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9096 **E-mail:** cep@relatoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 374.136

Apoio a Saúde da Família (NASF), responsável por cada centro de saúde no intuito de obter apoio e acompanhamento em caso de necessidade.

Benefícios:

O trabalho busca contribuir com o sistema de saúde, através da criação de um espaço de sensibilização, abertura, fortalecimento de laços de confiança, e visa conquistar sua sustentabilidade por meio da participação voluntária, motivada pela sensação aprendizagem profissional e humana dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O percurso metodológico se divide em duas etapas. A primeira refere-se à proposta de intervenção propriamente dita e a segunda, descreve a metodologia da pesquisa. A intervenção consiste em um encontro vivencial, realizado em grupos com duração de uma hora e meia. O critério de inclusão será pertencer às equipes de saúde da família que participarão do estudo. O pesquisador irá apresentar a proposta aos gestores e profissionais no intuito de alcançar um número de participantes voluntários equivalente à metade da equipe. A coleta de dados será realizada por meio de um grupo focal de uma hora de duração. Para tanto, será acordado previamente com a equipe o espaço físico, horário e a participação voluntária dos participantes tanto para a intervenção quanto para o grupo focal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as exigências legais foram atendidas.

Recomendações:

Não existem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 374.128

FLORIANÓPOLIS, 27 de Agosto de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO DA REVISTA PHYSIS

A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado tanto solicitam a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberam, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

Resenhas e Críticas Bibliográficas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou de convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Formato para encaminhamento de textos:

As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>

Os artigos devem ser digitados em *Word* ou *RTF*, fonte *Arial* ou *Times New Roman 12*, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as

referências. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma.

Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês, espanhol e francês. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências. Contendo, cada um até 200 palavras, eles devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido, assim como o título curto. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word*. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw*. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências. Não há restrições quanto ao número de notas.

As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Attribution 3.0*. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial, em outros periódicos, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o (s) autor (es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, haverá bastante rigor na avaliação da contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, especialmente em textos com quatro autores ou mais. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconhece a autoria com base em contribuição substancial relacionada à: 1) concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) aprovação final da versão a ser publicada. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

Será enviado a cada autor um exemplar da edição em que for publicado seu trabalho, desde que solicitado por e-mail à secretaria da revista.

Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas.

Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.