



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA-ISC
PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**



**“DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTO REFERIDA, STRESS PSICOSSOCIAL E
SINTOMAS ASMÁTICOS EM CRIANÇAS DE SALVADOR”**

GISEL LORENA FATTORE

TESE DE DOUTORADO

Salvador - Bahia

2015

GISEL LORENA FATTORE

**“DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTO REFERIDA, STRESS PSICOSSOCIAL E
SINTOMAS ASMÁTICOS EM CRIANÇAS DE SALVADOR”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração Epidemiologia

Orientador: Mauricio Lima Barreto.

Co-orientadora: Leila Denise Alves Ferreira Amorim

Salvador - Bahia

2015

Ficha Catalográfica

Elaboração: Programação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

F252d Fattore, Gisel Lorena.

Discriminação racial auto referida, stress psicossocial e sintomas asmáticos em crianças de Salvador / Gisel Lorena Fattore. -- Salvador: G.L.Fattore, 2015. 127f.

Orientador(a): Prof^o. Dr^o. Mauricio Lima Barreto.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Denise Alves Ferreira Amorim.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Asma Infantil. 2. Saúde Mental Materna. 3. Discriminação Racial. 4. Análise Fatorial. 5. Classes Latentes. I. Título.

CDU 616

GISEL LORENA FATTORE

“DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTO REFERIDA, STRESS PSICOSSOCIAL E SINTOMAS ASMÁTICOS EM CRIANÇAS DE SALVADOR”

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de “Doutor em Saúde Pública”, área de concentração-Epidemiologia e aprovada pela seguinte banca examinadora.

Data da defesa: 27/03/2015

Prof. Mauricio Lima Barreto (orientador)

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Prof. Eduardo Faerstein

Instituto de Medicina Social
Universidade Estadual de Rio de Janeiro

Prof^a. Vilma Santana

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Edna de Araújo

Departamento de Saúde
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a. Leticia Marques dos Santos

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Salvador - Bahia

2015

DEDICATÓRIA

A mis amores Juana, Vera
y a Leo
Gracias por el apoyo durante estos años

AGRADECIMIENTOS

Al professor Mauricio Barreto, por sus enseñanzas e incentivo en la realización del doctorado

A Leila Amorim, por su acompañamiento constante y su ejemplo profesional

A Leticia Marques, por su dedicación y apoyo en la construcción de esta tesis

A los profesores del Instituto por la excelencia académica

A los funcionarios y administrativos, por el buen trato y la eficiencia en su trabajo

A Deborah, Vania, Saulo, María, Anita, Matilde, Liliana y tantos otros colegas del Instituto que me ayudaron y acompañaron en este recorrido

A mis compañeros del Instituto de Salud Colectiva de Lanús

Resumo

A asma é uma doença urbana complexa com múltiplos fatores associados ao seu desenvolvimento e remissão. Muitos fatores de risco para a doença foram identificados, e existe um debate sobre a contribuição dos fatores psicossociais na gênese da asma. A discriminação racial configura-se como um importante estressor psicossocial com efeitos negativos sobre a saúde. No entanto, os efeitos da discriminação sobre a asma infantil não têm sido investigados. Este estudo teve como objetivo analisar o efeito da exposição à discriminação em mulheres sobre a prevalência de asma nas crianças. Trata-se de um estudo transversal sobre a população integrante do programa *Social Changes Asthma and Allergy in Latin America* (SCAALA) em Salvador. A tese foi desenvolvida sob a forma de quatro artigos, tendo o primeiro como objetivo avaliar a confiabilidade e estrutura dimensional da escala “Experiência de Discriminação” (*Experience of Discrimination - EOD*), um instrumento de mensuração das experiências de discriminação desenvolvido nos Estados Unidos. Identificaram-se dois indicadores de discriminação: a experiência de discriminação e a preocupação com discriminação, com parâmetros aceitáveis de ajuste para o EOD no contexto brasileiro. O segundo artigo mensurou a prevalência de discriminação auto relatada utilizando análise de classes latentes. Os indivíduos foram classificados perfis de discriminação alto e baixo. A frequência das classes expostas à discriminação ou preocupadas com discriminação mostrou-se altas, principalmente no que diz respeito ao emprego e trabalho, com a cor da pele como um importante preditor das experiências relatadas. Já o terceiro artigo analisou o efeito da discriminação sobre a prevalência de transtornos mentais comuns nas mulheres participantes do estudo, evidenciando maiores prevalências de TMC entre aquelas mulheres que referiram alto grau de exposição à discriminação ou preocupação com discriminação. O suporte social moderou a associação entre preocupação com discriminação e sofrimento mental. Finalmente, o quarto artigo estimou o efeito da discriminação referida pelas mães sobre a prevalência de asma nos filhos. Os resultados corroboraram a hipótese de que a exposição à discriminação racial nas mães se associa com sintomas asmáticos nas crianças, e particularmente com o fenótipo atópico. Em acordo com nossa hipótese de estudo, mães com sintomas psicológicos foram mais propensas a ter filhos com sintomas asmáticos quando expostas à discriminação que aquelas sem sintomas. Os achados deste estudo destacam a importância de estudar a discriminação racial no contexto brasileiro. Embora esses resultados necessitem ser confirmados em estudos longitudinais, contribuirão com a compreensão de uma doença complexa como a asma em crianças.

Palavras chave: Asma infantil, saúde mental materna, discriminação racial, análise fatorial confirmatória, classes latentes.

Abstract

Asthma is a complex urban disease with multiple factors associated with its development and remission. Many risk factors for the disease have been identified. Recently, there has been growing interest in understanding the role of psychosocial factors in the pathogenesis of asthma. Racial discrimination appears as an important psychosocial stressor with important negative effects on health. However, the effects of discrimination in childhood asthma have not been investigated. This study aimed to study the effect of mothers' experiences of racial discrimination in relation to the prevalence of asthma symptoms in children. We conducted a cross-sectional study on the population of Social Changes Asthma and Allergy program in Latin America (SCAALA) in Salvador. The thesis was developed in the form of four articles. The first evaluate the reliability and dimensional structure of "Experience of Discrimination" (EOD), a measurement instrument developed in the United States to evaluated experiences of racial discrimination and applied to the study population. Two indicators of discrimination were identified: Experience of discrimination and Concern about discrimination, with acceptable setting parameters for the EOD in the Brazilian context. The second article measured the prevalence of self-reported discrimination using Latent Class Analysis. The analysis identified individuals at high and low discrimination profiles. The frequency of classes exposed to discrimination or concerned about discrimination shown to be high, especially with regard to employment and work, with skin color as an important predictor of the reported experiences. The third paper analyzed the effect of discrimination on the prevalence of common mental disorders in a sample of women. The prevalence was higher among those women who reported high degree of exposure to discrimination or concerns about discrimination. Social support was found to be an effect modifier of the association between concern about discrimination and mental disorders. The fourth article estimated the effect of maternal discrimination on the asthma prevalence in children. Results support the hypothesis that exposure to maternal discrimination is associated with asthma symptoms in children, and with atopic phenotype. In accordance with our study hypothesis, mothers with common mental disorders were more likely to have children with asthmatic symptoms when exposed to discrimination than those without symptoms. The findings of this study highlight the importance of studying racial discrimination in the Brazilian context. Although these results need to be confirmed in longitudinal studies, they will contribute to the understanding of a complex disease such as asthma in children.

Keywords: Childhood asthma, maternal mental health, racial discrimination, confirmatory factor analysis, latent class.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2: EXPOSIÇÃO À DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SALVADOR: UMA ANÁLISE DE CLASSES LATENTES

	Páginas
Figura 1	64
Distribuição da Exposição à Discriminação racial segundo as variáveis sociodemográficas: Cor da pele, Escolaridade, Renda, Idade. SCALA-Salvador, 2006.	
Figura 2	65
Distribuição da Preocupação com Discriminação racial segundo as variáveis sociodemográficas: Cor da pele, Escolaridade, Renda, Idade. SCALA-Salvador, 2006.	

ARTIGO 3: EXPOSIÇÃO À DISCRIMINAÇÃO RACIAL E SAÚDE MENTAL EM MULHERES DE SALVADOR

Figura 1	86
OR ajustada e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança obtidos via regressão logística para a relação entre Preocupação com discriminação e Suspeita de Transtornos Mentais Comuns de acordo com o Suporte social (a) e a cor da pele (b). SCALA-Salvador, 2006.	
Figura 2	87
OR ajustada e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança obtidos via regressão logística para a relação entre Exposição à discriminação e Suspeita de Transtornos Mentais Comuns de acordo com o Suporte social (a) e a cor da pele (b). SCALA-Salvador, 2006.	

ARTIGO 4: DISCRIMINAÇÃO RACIAL NAS MÃES E SINTOMAS DE ASMA NOS FILHOS

Figura 1	111
OR e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança obtidos via regressão logística para a relação entre a) Exposição à discriminação e sibilos mais sintomas asmáticos nos últimos doze meses de acordo com a Suspeita de TMC, b) Exposição à discriminação e sibilos nos últimos doze meses de acordo com a Suspeita de TMC	

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1: VALIDADE DE CONSTRUCTO DA ESCALA EXPERIENCE OF DISCRIMINATION EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

	Páginas
Tabela 1	Itens do questionário <i>Experience of Discrimination</i> (EOD). Versão traduzida ao português. 37
Tabela 2	Frequência de discriminação autorrelatada segundo o questionário <i>Experience of Discrimination</i> . Escala com itens dicotômicos. SCALA-Salvador, 2006. 40
Tabela 3	Tabela 3. Análise Fatorial confirmatória para a versão traduzida da escala " <i>Experience of Discrimination</i> " com variáveis dicotômicas. SCALA-Salvador, 2006. 42

ARTIGO 2: EXPOSIÇÃO À DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SALVADOR: UMA ANÁLISE DE CLASSES LATENTES

Tabela 1	Caracterização da população de estudo segundo a segundo a cor da pele referida. SCALA-Salvador, 2006. 61
Tabela 2	Índices de bondade de ajuste dos modelos de classes latentes para os constructos: (a) experiência de discriminação e (b) preocupação com discriminação 62
Tabela 3	Prevalência das classes e probabilidade de resposta aos itens nos modelos com 2 classes latentes para discriminação racial. SCALA-Salvador, 2006. 63
Tabela 4	ORs e IC 95 % para a associação entre experiência de discriminação e variáveis preditoras nos modelos de regressão logística. SCALA-Salvador, 2006. 66
Tabela 5	ORs e IC 95 % para a associação entre preocupação com discriminação e variáveis preditoras nos modelos de regressão logística. SCALA-Salvador, 2006. 67

ARTIGO 3: EXPOSIÇÃO À DISCRIMINAÇÃO RACIAL E SAÚDE MENTAL EM MULHERES DE SALVADOR

Tabela 1	Prevalência de suspeição de transtornos mentais comuns, segundo características da população do estudo (N=1132). SCALA-Salvador, 2006. 84
Tabela 2	OR bruta e ajustada para suspeita de transtornos mentais comuns segundo variáveis de interesse, estimadas via regressão logística (n=1132). SCALA-Salvador, 2006. 85
Tabela 3	OR e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% obtidos via 88

regressão logística para a relação entre exposição simultânea a Exposição a discriminação e Preocupação com discriminação e Suspeita de Transtornos Mentais Comuns (n=1132). SCAALA-Salvador, 2006.

ARTIGO 4: DISCRIMINAÇÃO RACIAL NAS MÃES E SINTOMAS DE ASMA NOS FILHOS

Tabela 1	Características da população de estudo. SCAALA-Salvador, 2006.	106
Tabela 2	Prevalência de sintomas e fenótipos de asma segundo a exposição à discriminação racial das mães. SCAALA-Salvador, 2006.	108
Tabela 3	OR bruta e ajustada para a associação entre exposição à discriminação e sibilos, e sibilos mais sintomas asmáticos estimados na regressão logística. SCAALASalvador, 2006.	109
Tabela 4	OR bruta e ajustada para a associação entre exposição à discriminação e fenótipos de asma estimados na regressão politômica. SCAALA-Salvador, 2006.	110

LISTA DE SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AIC	Critério de informação de Akaike
BIC	Critério de informação Bayesiano
CARDIA	Coronary Artery Risk Development in Young
CFI	Índice comparativo de ajuste
EOD	Experience of Discrimination
IgE	Imunoglobulina E
IM	Índices de Modificação
ISAAC II	The Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase III
LCA	Análise de classes latentes
LRT	Vuong-Lo-Mendell-Rubin
MOS	Medical Outcomes Study
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PGDD	Discrepância de discriminação entre a pessoa e o grupo
RAST	Radioimunoensaio
RMSEA	Teste de erro quadrático médio de aproximação
SCAALA	Social Changes Asthma and Allergy in Latin America
SEM	Modelos de equações estruturais
SM	Salário Mínimo
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire
TLI	Índice de ajuste de Tucker–Lewis
TMC	Transtornos mentais comuns
VME	Variância extraída
WLSMV	Estimador robusto dos mínimos quadrados ponderados

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Problemática da asma	15
1.2 Discriminação racial e desigualdades em saúde	17
1.3 Instrumentos de mensuração da discriminação racial	19
1.4 Discriminação, estresse psicossocial e asma	20
1.5 Proposta teórica para a compreensão da discriminação e a asma infantil	21
Referências	24
Artigo 1: VALIDADE DE CONSTRUCTO DA ESCALA “EXPERIENCE OF DISCRIMINATION” APLICADA À POPULAÇÃO DE SALVADOR-BA	29
Resumo	30
Abstract	31
1. Introdução	32
2. Métodos	35
2.1 Desenho de estudo, população e área	35
2.2 Instrumentos de mensuração utilizados no estudo	35
2.2.1 A escala EOD no Brasil	35
2.2 Co-variáveis	36
2.3 Análise estatística	38
2.4 Considerações éticas	38
3. Resultados	39
3.1 Análise Fatorial Confirmatória	41
4. Discussão	42
5. Conclusões	46
Referências	48
Artigo 2: EXPOSIÇÃO À DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SALVADOR: UMA ANÁLISE DE CLASSES LATENTES	52
Resumo	53
Abstract	54
1. Introdução	55
2. Métodos	57
2.1 Desenho de estudo	57
2.2 População e amostra	57
2.3 Instrumento	57
2.4 Co-variáveis	58
2.5 Análise estatística	58
3. Resultados	60
4. Discussão	67

5. Conclusões	72
Referências	73
Artigo 3: ASSOCIAÇÃO ENTRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE SALVADOR-BA: O PAPEL DO SUPORTE SOCIAL E DA COR DA PELE	76
Resumo	77
Abstract	78
1. Introdução	79
2. Métodos	81
2.1 Desenho e população de estudo	81
2.2 Instrumentos	81
2.3 Medida de desfecho	82
2.4 Medida de exposição	82
2.5 Covariáveis	82
2.6 Análise estatística	83
3 Resultados	83
4. Discussão	88
5. Conclusões	93
Referências	94
Artigo 4: DISCRIMINAÇÃO RACIAL NAS MÃES E SINTOMAS DE ASMA NOS FILHOS	98
Resumo	99
Abstract	100
1. Introdução	101
2. Métodos	103
2.1 Desenho e população de estudo	103
2.2 Instrumentos e coleta de dados	103
2.3 Medida de desfecho	104
2.4 Variável de exposição principal	105
2.5 Variável modificadora de efeito	105
2.6 Covariáveis	105
2.7 Análise estatística	105
3 Resultados	106
4. Discussão	112
5. Conclusões	115
Referências	116
Considerações Finais	121
ANEXOS	123

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata dos efeitos da discriminação racial sobre a asma infantil, uma doença urbana que afeta, principalmente, crianças de baixo nível socioeconômico. A asma é uma doença complexa e são múltiplos os fatores associados ao seu desenvolvimento. Recentemente, houve um interesse crescente dos fatores psicossociais na gênese da asma, afirmando-se que tanto o entorno físico quanto o social constituem estímulos ambientais que contribuem com o estresse percebido, e favorecem as altas prevalências de sintomas encontradas em algumas populações^{1,2}.

Paralelamente, o estudo da discriminação como determinante da saúde das populações tem aumentado nas últimas décadas, e um número importante de estudos destacaram os seus efeitos negativos sobre a saúde, especialmente no que refere à saúde mental e comportamental. As crianças são particularmente suscetíveis aos efeitos da discriminação racial, quer direta ou vivenciada por outros integrantes da família. No entanto, a maior parte dos estudos epidemiológicos envolvendo a discriminação foi conduzida em adultos, sendo escassos os estudos destinados à saúde infantil.

Desta forma, este estudo baseia-se na hipótese de que a exposição à discriminação racial nas mães associa-se à prevalência de sintomas asmáticos dos filhos, considerando-se que o efeito pode ser mediado pela saúde mental materna.

1.1 Problemática da asma na infância

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias respiratórias, geralmente associada a hiper-reatividade das vias aéreas e a uma obstrução variável do fluxo de ar, habitualmente reversível espontaneamente ou com tratamento. Estima-se que aproximadamente 300 milhões de pessoas no mundo padecem de asma, dos quais 40 milhões estão na América Latina³. Trata-se da doença crônica mais comum na infância⁴, representando uma importante causa de morbidade, e de comprometimento das atividades cotidianas. Por outro lado, é uma das doenças que mais requerem atendimentos em serviços de emergência e necessitam de hospitalização, gerando assim, altos custos diretos e indiretos⁵.

A doença apresenta um comportamento epidêmico com altas prevalências em países desenvolvidos⁶. Nos últimos anos, a tendência geral parece ter revertido, com um decréscimo nos países industrializados, mas com aumento nos países em desenvolvimento³. Resultados do estudo multicêntrico ISAAC III (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase III) destacaram as altas prevalências de asma em países de América Latina⁷ onde é considerada uma doença de ambientes

urbanos, cuja maior carga da doença acomete populações pobres e afrodescendentes⁸.

No Brasil, a prevalência de sintomas da asma entre crianças e adolescentes atinge 24%⁹, com tendências que apontam um incremento progressivo nas diferentes regiões do país¹⁰. Alguns estudos encontraram desigualdades segundo a cor da pele, com maiores prevalências e gravidade de asma em crianças negras^{11, 12}. Com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2003) sobre a prevalência de diagnóstico de asma e desigualdades regionais, constatou-se que as chances de diagnóstico de asma em crianças de famílias de baixa renda são maiores em todas as regiões, e em filhos de pais negros no sul do Brasil, onde as desigualdades foram mais evidentes¹³.

Como doença complexa, a asma abrange diferentes fenótipos e expressões clínicas dependendo da idade, do sexo, do referencial genético e das exposições ambientais. A expressão clínica principal é o sibilo, sinal inespecífico do fluxo de ar através das vias respiratórias estreitas. Basicamente, se reconhecem três fenótipos asmáticos que tem fisiopatologia, etiologia e características diferentes. A asma transitória se caracteriza pela função pulmonar reduzida, início precoce e resolução espontânea entre os três e cinco anos. Fatores associados ao sibilo transitório são: a exposição ao tabagismo, frequência à creche, e prematuridade¹⁴.

O fenótipo atópico, a forma de apresentação mais freqüente em países desenvolvidos¹⁵, é, por sua vez, o mais estudado, sendo caracterizado pela sensibilização atópica mediada por mecanismos alérgicos dependentes do IgE, reconhecido como um fator de risco para o desenvolvimento da doença¹⁶. Entre os fatores de risco para a asma atópica encontram-se a exposição intrauterina ao tabagismo e ao estresse, contato com alérgenos domiciliares, tamanho da família e história de asma em irmãos¹⁷.

Na América Latina a atopia não parece ser um fator determinante dos sintomas da asma, ainda quando as prevalências registradas atinjam níveis epidêmicos na região¹⁸. Pelo contrário, o fenótipo não atópico parece ser o mais comum. Uma revisão recente¹⁹ mostrou alguns fatores associados com este fenótipo, entre eles destacam-se as infecções respiratórias precoces, história familiar de asma, rinite e eczema, e umidade e mofo no ambiente domiciliar, assim como, o sobrepeso e obesidade, e fatores vinculados ao estresse²⁰.

Deste modo, a asma configura-se como uma doença complexa, ainda pouco compreendida. Os processos que levam ao desenvolvimento ou exacerbação dos sintomas asmáticos são múltiplos. De relevância para este estudo estão os fatores psicossociais, ou seja, aqueles processos sociais que atuam como estressores e incrementam a suscetibilidade dos indivíduos à doença²¹. A discriminação racial é um

estressor psicossocial que tem recebido interesse nas últimas décadas, e muitos estudos começaram a demonstrar seus efeitos negativos sobre a saúde.

1.2 Discriminação racial e desigualdades em saúde

Atualmente é reconhecido que o conceito “raça” não é uma categoria biológica válida para explicar as diferenças em saúde dos grupos humanos, no entanto, a crença na existência de raças está arraigada nas práticas sociais e é base do racismo, o qual sustenta que raças “não brancas” são inferiores. Esta ideologia continua a ser um princípio organizador das relações sociais no Brasil, como em outras sociedades modernas, manifesto através de um conjunto de práticas que perpetuam a subordinação de grupos humanos baseados em atributos externos, que os indivíduos não podem modificar.

A discriminação, uma das formas do racismo, alude a todos os meios de expressão e institucionalização das relações sociais de dominação e opressão. Trata-se de um processo perante o qual um ou vários membros de grupos socialmente definidos são tratados de maneira diferente, e especialmente injusta, por causa de seu grupo social²².

A discriminação não representa um fato aleatório, mas um fenômeno socialmente estruturado, justificado pela ideologia dominante e expresso em interações entre indivíduos, destinado a manter privilégios para membros de alguns grupos à custa da privação dos grupos subordinados. Em consequência, pessoas e instituições que discriminam negativamente restringem, por juízo e ação, a vida daqueles a quem discriminam²³.

Existem múltiplas formas de discriminação sobre as pessoas que podem acontecer em cada faceta da vida pública ou privada. Enquanto algumas experiências de discriminação podem ser interpessoais e óbvias, outras são institucionais e invisíveis. Os tipos predominantes de discriminação estão baseados na raça/etnia, no gênero, na sexualidade, incapacidade, idade, nacionalidade, religião e classe social²³. Embora o conceito de raça refira-se a um atributo biológico, trata-se de um fenômeno essencialmente "social e político", referido a grupos humanos que compartilham uma origem ancestral e herança cultural, forjados por sistemas opressivos de relações raciais justificadas por ideologia²². Bonilla²⁴ propõe o termo sistemas sociais "racializados" para se referir às sociedades nas quais os níveis econômicos, políticos, sociais e ideológicos estão parcialmente estruturados pelo lugar ocupado pelos atores nas categorias raciais, e identificados essencialmente pelo fenótipo, apesar de que sua determinação não é biológica, mas social. Em consequência, estabelece-se uma ordem hierárquica baseada na composição racial que produz relações sociais definidas, com o

qual as pessoas que ocupam uma posição superior tendem ter acesso de maneira diferenciada a bens, recursos e prestígios²⁴.

O Brasil tem a maior concentração de população negra fora de África. Do total de 190 milhões de pessoas, mais de 50% é de cor parda ou preta, os quais apresentam os piores indicadores sociais e econômicos e concentram-se nos segmentos mais pobres da distribuição de renda. Contudo, durante grande parte do século XX, a existência do racismo foi negada no Brasil. Certamente as relações raciais no país caracterizaram-se pela miscigenação e convívio harmonioso. A ideia de que o Brasil era um país sem linhas de cor, sem barreiras legais que impedem a mobilidade social para as pessoas negras acessarem prestígio e riqueza, consolidou o mito da democracia racial, segundo a qual não haveria na sociedade brasileira racismo nem discriminação. Em concordância, durante muito tempo, os assuntos de raça não constituíram uma prioridade para o Estado Brasileiro²⁵.

No entanto, as relações raciais harmoniosas não deixaram de ser assimétricas. Estatísticas oficiais mostram que a população que se autodenomina parda ou negra, embora represente 50% da população total, encontra-se em desvantagem em termos de recursos econômicos e acesso a oportunidades, observando-se as desigualdades significativas, sobretudo na área de educação, emprego, salário e acesso a serviços²⁶. As disparidades são evidentes no acesso à educação superior, constituindo-se uma das principais causas das desigualdades no mercado de trabalho. A taxa de desemprego é maior entre o grupo negro, e uma vez dentro do mercado de trabalho, eles se concentram nos setores econômicos com piores condições de trabalho, em termos de remuneração, estabilidade e proteção no emprego. Além disso, dentro da estrutura laboral, os não brancos ocupam aquelas posições de menor prestígio, com a maior participação no trabalho manual e salários mais baixos²⁷. Embora, as desigualdades raciais não sejam sinônimo de discriminação, análises de dados populacionais realizados com base na raça/cor oferecem provas da existência de discriminação racial no Brasil e identificam as particularidades da discriminação na sociedade brasileira²⁵.

Experiência e consciência do racismo são centrais na vida dos grupos subordinados, e é cada vez maior o número de pesquisas que revelam que ambas contribuem para as desigualdades em saúde. Ao nível institucional o racismo determina os recursos e as oportunidades na vida dos grupos raciais, incluído o acesso a cuidados em saúde. Grande parte das diferenças raciais socioeconômicas é resultado deste processo. Adicionalmente, as experiências estressantes vinculadas com a raça podem afetar diretamente a saúde dos grupos oprimidos. Frequentemente, os negros são vítimas de discriminação, desde estereótipos raciais negativos e atitudes preconceituosas até diversas formas de agressões e violência racial. Estudos internacionais têm demonstrado de maneira sistemática que as experiências específicas de estresse racial podem produzir sofrimento e angústia psicológica e levar a alterações nos processos

fisiológicos que afetam adversamente a saúde²³. No Brasil, e apesar da discriminação racial ser um problema no país, os estudos destinados a mensurar a prevalência da discriminação e seus efeitos na saúde dos grupos oprimidos são ainda escassos. Por isso mesmo, os instrumentos disponíveis para medir discriminação racial não tem sido validados no contexto local.

1.3 Instrumentos de mensuração da discriminação racial.

As publicações científicas que abordam o racismo e a discriminação como determinantes da saúde das populações são crescentes, e um número importante de estudos destacam os seus efeitos negativos sobre a saúde mental, e mais recentemente, sobre algumas doenças crônicas e abuso de substâncias tóxicas^{23,28}. Não entanto, trata se de um fenômeno complexo cuja abordagem tem implicações teóricas e metodológicas, o que impõe dificuldades na hora de mensurar o constructo de maneira precisa.

Uma das estratégias que esta sendo cada vez mais utilizada resulta em abordar de maneira explícita a experiência de discriminação, a partir de questionários elaborados especificamente e aplicados ao indivíduo. Atualmente existe uma multiplicidade de escalas desenhadas para avaliar o constructo discriminação, com importante variação na medida de exposição, número de perguntas, dimensões e domínios avaliados, e escassa avaliação das propriedades psicométricas que apoiem seu uso em estudos populacionais²⁹. Uma revisão sistemática recente sobre o assunto forneceu uma síntese das propriedades psicométricas das escalas de discriminação racial. Notavelmente, e apesar da discriminação racial constituir um tema de relevância internacional, a maior parte das escalas foi desenvolvida nos Estados Unidos, documentando escassas tentativas de adaptação transcultural e escrutínio por pesquisadores independentes³⁰.

A grande quantidade de instrumentos e perspectivas existentes para aferir discriminação racial evidencia a falta de consenso sobre a abordagem deste constructo. Além das dificuldades metodológicas próprias por se tratar de um fenômeno complexo, há que considerar as especificidades sociais e culturais observadas nos diferentes contextos de investigação. As formas nas quais se expressa a discriminação racial, os significados e sentidos atribuídos às suas manifestações, os domínios nos quais ela acontece, podem variar em diferentes grupos sociais.

Várias perspectivas teóricas foram desenvolvidas para pensar as relações entre discriminação e os sistemas culturais nos quais acontecem. Uma delas, a perspectiva universalista, assume que os processos psicológicos são comuns para todos os seres humanos, e a cultura influencia as manifestações e os comportamentos. Deste modo, os fenômenos são compreendidos considerando-se a similaridade dos processos

subjacentes, mas levando-se em conta os significados culturais alternativos³¹. Em relação à aferição do constructo discriminação, valoriza-se o emprego de instrumentos padronizados, porém adaptados às particularidades de cada contexto cultural³².

O estudos sobre esta temática no Brasil são incipientes. Teóricos do século passado acreditavam que as diferenças raciais no Brasil eram condicionadas pela classe social e não pela discriminação racial, o que explica o fraco desenvolvimento da área no país. É nos últimos anos que a existência de discriminação contra a população negra e os efeitos prejudiciais que esta tem sobre a vida destas pessoas começou a ser mais visibilizada^{32,33}.

Em consequência, as pesquisas epidemiológicas destinadas ao estudo da discriminação e saúde no país são escassas e utilizaram, principalmente, instrumentos internacionais para aferir discriminação. Uma dessas escalas, a *Experience of Discrimination* (EOD), foi desenvolvida por Nancy Krieger e utilizada neste projeto. A mesma é bem consolidada nos Estados Unidos e apresenta propriedades psicométricas adequadas com bons parâmetros de confiabilidade no contexto de origem³⁴, no entanto, não passou por processos de adaptação nem validação no contexto brasileiro. Aderindo à perspectiva universalista citada acima, consideramos crucial examinar o desempenho do instrumento na população participante deste estudo, de modo a utilizar medidas válidas de exposição à discriminação, que permitam apreciar a persistência da discriminação no Brasil e os seus efeitos sobre a saúde.

1.4 Discriminação, estresse psicossocial e asma.

Nas últimas décadas, e concomitante com os avanços do conhecimento sobre os processos imunológicos e moleculares, pesquisadores começaram a indagar sobre a influência de fatores estressores psicossociais sobre o desenvolvimento e expressão de sintomas asmáticos^{1,35}. O interesse no contexto social como prejudicial para a saúde e responsável pelas desigualdades em grupos vulneráveis levou a reconhecer as complexas interações entre o indivíduo, a família e a comunidade³⁶. Assim, estímulos físicos e sociais configuram-se como demandas ambientais que contribuem com a experiência e percepção do estresse.

Nesta linha, pesquisas na área têm identificado o estresse materno como um importante preditor dos sintomas asmáticos na infância^{37,38}. Apesar de existirem controvérsias a respeito da patogenia, uma das hipóteses explicativas sugere que o estresse parental produziria mudanças comportamentais e emocionais que afetariam as práticas de cuidado e produziriam ambientes estressantes. Estas alterações são refletidas no neuroendócrino e distúrbios imunológicos das crianças, com a consequente obstrução respiratória, que é característica da asma³⁷. A discriminação racial é um potente estressor psicossocial. Diferente de outros fatores estressores, a

discriminação racial é muito patogênica, principalmente por seu caráter ubíquo, contínuo e imprevisível, que os sujeitos não podem controlar. A maior parte dos estudos sobre discriminação e saúde foi conduzida em adultos e revelou efeitos adversos sobre diversas condições físicas, mentais e comportamentais²⁸. Recentemente, pesquisadores voltaram seu interesse para os efeitos sobre as crianças e jovens. Uma revisão sobre o tema com foco neste grupo etário evidenciou que aqueles expostos ao racismo apresentaram sintomas depressivos e problemas de comportamento, abuso de álcool e substâncias psicoativas³⁹. As mães expostas ao racismo tiveram maior probabilidade de ter um filho prematuro ou de baixo peso, e a percepção da discriminação mostrou-se relacionada com alteração do funcionamento parental⁴⁰.

Todavia, pesquisadores têm indagado se o impacto das experiências de discriminação se estende para além do alvo direto. A discriminação pode se expressar na forma de experiência interpessoal, ainda assim é compartilhada dentro do seio familiar e pode afetar as relações e o funcionamento entre seus membros⁴¹. Nesta linha, a experiência de racismo materno foi associado com diversos eventos na saúde dos filhos, como dificuldades emocionais e problemas de desenvolvimento⁴², saúde mental^{43,44} e presença de doenças agudas, tais como transtornos respiratórios, diarreia, otites e infecção dermatológica⁴⁵. Contudo, pesquisas nesta área são incipientes e não existem estudos que indaguem sobre o a experiência de racismo materno e os sintomas asmáticos nos filhos.

1.5. Proposta teórica para a compreensão da discriminação e a asma infantil

A discriminação racial é uma experiência social coletiva que acontece em múltiplos níveis do ambiente infantil. Além da experiência real e direta, que pode causar trauma, estigma e sofrimento psíquico nas crianças e adolescentes, a exposição à discriminação no contexto familiar atua comprometendo as capacidades das mães de protegerem suas crianças e estimular a resiliência.

Uma perspectiva teórica que ajuda a compreender os efeitos do racismo sobre a saúde infantil é o modelo bioecológico proposto por U. Bronfenbrenner⁴⁶. Esta teoria é apropriada desde que se reconheça a influência do ambiente sobre a saúde física e mental do sujeito. O modelo considera o contexto onde a criança cresce e se desenvolve como um conjunto de estruturas encaixadas e interconectadas, algumas mais proximais e outras mais distais da criança. A discriminação racial pode se produzir em cada um destes níveis, especialmente nas camadas mais proximais e distais do modelo⁴⁷.

A estrutura mais central chamada de microsistema envolve estruturas e processos que ocorrem no contexto imediato no qual a pessoa está inserida, ou seja, a família e a

comunidade. O exossistema diz respeito aos ambientes que não envolvem a pessoa como um participante ativo, mas os eventos que nele ocorrem podem afetá-la no seu desenvolvimento. Já o macrosistema inclui influências da sociedade em geral, tais como as leis, as políticas sociais, a mídia, etc. As experiências de discriminação podem emanar tanto do microsistema, como do macrosistema, condicionando o comportamento parental, as práticas de cuidado, a coesão social e, em consequência, influenciar a forma com que as crianças percebem a sociedade e seu próprio grupo racial.

De importância para este trabalho está o microsistema. O núcleo familiar representa o primeiro contexto onde a criança cresce e se desenvolve, e onde se provêm as práticas de cuidado que tendem a favorecer o bem-estar e crescimento da criança. Além dos cuidados físicos e emocionais, a família representa o espaço onde começa a socialização da criança, e onde se transmitem e mantêm valores culturais e significados⁴⁸. A infância constitui um período de extrema vulnerabilidade na vida, e as crianças, por sua condição de imaturidade e dependência, são particularmente susceptíveis aos estímulos ambientais, sejam exposições negativas ou positivas. Embora, tenham capacidade de adaptação às demandas ambientais, diante de situações adversas as respostas do organismo podem ser mal adaptativas e afetar a saúde do indivíduo a longo prazo⁴⁹.

Com isso queremos indicar que as experiências de discriminação sofridas por integrantes do grupo familiar podem afetar negativamente a dinâmica familiar e ter efeito sobre a saúde dos filhos⁵⁰. Deste modo, em situações de estresse, os pais seriam menos propensos a manter ambientes acolhedores e a fornecer cuidados preventivos ou curativos⁴². No processo de interação social, as formas em que as famílias experimentam, percebem e reagem perante situações de discriminação são transmitidas aos filhos, que desenvolvem mecanismos adaptativos a partir da construção de um universo simbólico que lhe permite compreender suas percepções, e também participar das experiências dos outros⁵¹.

Um fator importante de nossa proposta que atua comonexo entre a discriminação e asma infantil é a saúde mental dos cuidadores. A discriminação racial é considerada um tipo de trauma socialmente infringido, e, como tal, se associa a sintomas depressivos, baixa autoestima e satisfação na vida⁵², abuso de substâncias⁵³ e sofrimento psíquico, entre outros⁵⁴. É reconhecido que pessoas com transtornos mentais têm maior dificuldade no relacionamento interpessoal e menor capacidade para lidar com os problemas do dia a dia, promovendo ambientes familiares agressivos e estressantes. Crianças imersas nestes ambientes hostis estariam em maior risco de desenvolver problemas de saúde⁵⁵. O microsistema e as relações que nele se produzem ver-se-iam afetadas, especialmente a díade mãe-criança, com mães com menor capacidade para tomar conta dos filhos e estabelecer vínculos saudáveis. Além

disso, quando as mães têm problemas mentais comprometer-se-ia o cuidado das crianças, as quais podem adotar comportamentos e estilos de vida que, por sua vez, afetam a ocorrência de asma⁴⁸.

Contudo, outros fatores vinculados ao exossistema podem interferir nesta dinâmica e são considerados neste estudo. O suporte social das mães, que inclui o apoio emocional e material na resolução de problemas, pode moderar a percepção de estresse associada às experiências de discriminação racial, e afetar de maneira positiva o comportamento e funcionamento maternal. Em suporte desta hipótese, existe alguma evidência de que o apoio social pode atuar como amortecedor do efeito dos transtornos mentais nas mães sobre ocorrência de sibilos nos filhos⁵⁶.

Diante o exposto, o presente trabalho investiga o efeito da discriminação auto referida em mulheres de Salvador sobre a prevalência de sintomas asmáticos dos filhos, para o qual foi conduzido um estudo transversal sobre a população integrante do programa SCAALA – Salvador. A tese foi desenvolvida sob a forma de quatro artigos, tendo o primeiro o objetivo de avaliar a confiabilidade e a estrutura dimensional do *Experience of Discrimination* (EOD), um instrumento de mensuração das experiências de discriminação desenvolvido nos Estados Unidos e aplicado à população de estudo. O segundo artigo utilizou análise de classes latentes, que permitiu classificar os indivíduos em perfis de discriminação e mensurar a prevalência de discriminação auto relatada. O terceiro artigo analisou o efeito da discriminação sobre a prevalência de transtornos mentais nas mulheres participantes do estudo. E finalmente, o quarto artigo estimou o efeito da discriminação nas mães sobre a prevalência de asma nos filhos, indagando se essa relação difere entre os fenótipos asmáticos.

Referências

1. Gold D, Wright RJ. Population Disparities in Asthma. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:89–113
2. Jeffrey J, Sternfeld I, Tager I. The association between childhood asthma and community violence, Los Angeles County. *Public Health Rep* 2006; 121:720-8.
3. Holt S, Beasley R; Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. *Allergy* 2004, 59:469-478.
4. von Mutius E. The burden of childhood asthma. *Arch Dis Child* 2000; 82(2):II2–II5.
5. Simões SM, Cunha SS, Barreto LM, Cruz AA. Asma entre crianças em Salvador: prevalência de sintomas e indicadores de gravidade. *Gazeta Médica da Bahia* 2008;78(2):11-17.
6. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351: 1225–32.
7. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallol J, Keil U, Mitchell E, Robertson C; and the ISAAC Phase Three Study Group. *Thorax* 2007;62(9):758-66.
8. Cooper PJ, Rodrigues LC, Cruz AA, Barreto ML. Asthma in Latin America: a public health challenge and research opportunity. *Allergy* 2009; 64: 5–17.
9. Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC. et al. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC). Fase 3. *J Pediatr* 2006;82(5):341-6.
10. Wehrmeister FC, Menezes AMB, Cascaes AM, Martínez-Mesa J, Barros AJD. Tendência temporal de asma em crianças e adolescentes no Brasil no período de 1998 a 2008. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):242-9.
11. Chatkin MN, Menezes AMB, Victora CG, Barros FC. High prevalence of asthma in preschool children in Southern Brazil: A population-based study. *Pediatr Pulmonol* 2003, 35: 296–301.
12. Chatkin MN, Menezes AMB. Prevalência e fatores de risco para asma em escolares de uma coorte no Sul do Brasil. *J Pediatr* 2005;81(5):411-416.
13. Wehrmeister FC, Peres DGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(9):1839-1852.

14. Stein RT, Martinez FD. Asthma phenotypes in childhood: lessons from an epidemiological approach. *Paediatric Respiratory Reviews* 2004; 5, 155–161.
15. Weinmayr G, Weiland SK, Bjorksten B, et al. Atopic sensitization and the international variation of asthma symptom prevalence in children. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:565-574
16. Von Mutius E. Environmental factors influencing the development and progression of pediatric asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:S525–S532.
17. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ* 2009; 181 (9):E181–E190.
18. da Cunha SS, Barreto ML, Fiaccone RL, et al. Asthma cases in childhood attributed to atopy in tropical area in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2010;28(6):405–11.
19. Strina A, Barreto ML, Cooper PJ, Rodrigues LC. Risk factors for non-atopic asthma/wheeze in children and adolescents: a systematic review. *Emerging Themes in Epidemiology* 2014; 11:5
20. Garcia-Marcos L, Castro-Rodriguez JA, Suarez-Varela MM, et al. A different pattern of risk factors for atopic and non-atopic wheezing in 9e12-year-old children. *Pediatr Allergy Immunol* 2005;16:471-477.
21. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J of Epidem* 1976;104(2):107-123.
22. Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing “race”, racism, and racial discrimination. En: Oakes M, Kaufman, JS. *Methods in Social Epidemiology*. First edition San Fransisco: Wiley Press; 2006. p 86-111.
23. Krieger, N. Discrimination and Health. In: *Social epidemiology* (ed. L. Berkman and I. Kawachi), Oxford: Oxford University Press, 2000. P 36-75.
24. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *American Sociological Review* 1996;62:465–480.
25. Telles E. *O Significado da Raça na Sociedade Brasileira*. 2004. Princeton e Oxford: Princeton University Press. Versão divulgada na internet em Agosto de 2012
26. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2009. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicais2009/default.shtm> Página acessada 31/07/2012
27. Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após a abolição. IPEA (Instituto de Pesquisa Económica Aplicada). Brasília2008. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/08_05_13_120anosAbolicaoVcoletiva.pdf>
Página acessada 31/07/2012

28. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med.* 2009 February ; 32(1): 20-47.
29. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J of Epidem* 2006;35:888–901
30. Bastos JL, Faerstein E. Discriminação e saúde: perspectivas e métodos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.
31. Berry JW. et al. *Cross-cultural psychology: research and applications.* New York: Cambridge University Press, 2002.
32. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros L. Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. *Sau & Transf Soc* 2011, 1(2): 04-16.
33. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.
34. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sc & Med* 2005, 61:1576–1596.
35. Jeffrey J, Sternfeld I, Tager I. The association between childhood asthma and community violence, Los Angeles County. *Public Health Rep* 2006; 121:720-8.
36. Wright RJ. Epidemiology of stress and asthma: from constricting communities and fragile families to epigenetics. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2011 Feb;31(1):19-39.
37. Wright RJ, Cohen S, Carey V, Weiss S, Gold DR. Parental Stress as a Predictor of Wheezing in Infancy: A Prospective Birth-Cohort Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 358–365.
38. Weil CM, Wade SL, Bauman LJ, Lynn H, Mitchell H, Lavigne J. The Relationship Between Psychosocial Factors and Asthma Morbidity in Inner-City Children With Asthma. *Pediatrics* 1999; 104:1274-1280
39. Kelly Y, Becares L, Nazroo J. Associations between maternal experiences of racism and early child health and development: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(1):35-41.
40. Pachter LM, García Coll C. Racism and Child Health: A Review of the Literature and Future Directions. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30(3): 255–263.

41. Custovic A, Simpson A. Environmental allergen exposure, sensitisation and asthma: from whole populations to individuals at risk. *Thorax* 2004;59:825–827
42. Murray VM, Brown PA, Brody GH, Cutrona CE, Simons RL. Racial Discrimination as a Moderator of the Links Among Stress, Maternal Psychological Functioning, and Family Relationships. *J Marriage Fam* 2001; 63:915–926.
43. Tran AGTT. Family Contexts: Parental Experiences of Discrimination and Child Mental Health. *Am J Comm Psychol*. 2014;53:37–46.
44. Priest N, Perry R, Ferdinand A, Paradies Y, Kelaheer M. Experiences of Racism, Racial/Ethnic Attitudes, Motivated Fairness and Mental Health Outcomes Among Primary and Secondary School Students. *J Youth Adolesc* 2014;43(10):1672-87.
45. Priest N, Paradies Y, Stevens M, Bailie R. Exploring relationships between racism, housing and child illness in remote indigenous communities. *J Epidemiol Commu H* 2010; 66(5):440-7.
46. Bronfenbrenner U. *Bioecologia do Desenvolvimento Humano - Tornando os Seres Humanos Mais Humanos*. Porto Alegre: Artmed. 2005.
47. Kathy Sanders-Phillips. Racial Discrimination: A Continuum of Violence Exposure for Children of Color. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009; 12(2):174-95.
48. Kreppner K. The Child and the Family: Interdependence in Developmental Pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2000; 16(1):011-022.
49. Halfon N, Larson K, Russ S. Why social determinants? *Healthcare Quarterly* 2010; 14:9-10.
50. Kaugars AS, Klinnert MD, Bender BG. Family Influences on Pediatric Asthma. *J Pediatr Psychol*. 2004;29(7):475-491.
51. Cassirer Ernst. *Antropología Filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura*. Fondo de Cultura Económica: México. 1967 pp 25-27.
52. Seaton EK, Caldwell CH, Sellers RM, Jackson JS. The Prevalence of Perceived Discrimination among African American and Caribbean Black Youth. *Dev Psychol*. 2008; 44(5): 1288–1297
53. Clark TT. Perceived discrimination, depressive symptoms, and substance use in young adulthood. *Addict Behav* 2014;39:1021–1025.
54. Krieger N, Kosheleva A, Waterman PD, Chen JT, Koenen K. Racial Discrimination, Psychological Distress, and Self-Rated Health Among US-Born and Foreign-Born Black Americans. *Am J Public Health* 2011;101(9):1704-1713
55. Manning C, Gregoire A. Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry* 2009; 8(1):7-9

56. Marques dos Santos L, Neves dos Santos D, Rodrigues LC, Barreto ML. Maternal mental health and social support: effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms. *J Epidemiol Commu H* 2012;66(11):1011-6.

ARTIGO 1

**VALIDADE DE CONSTRUCTO DA ESCALA “EXPERIENCE OF DISCRIMINATION”
APLICADA À POPULAÇÃO DE SALVADOR-BA**

Resumo

Introdução: Um dos instrumentos mais utilizados na pesquisa epidemiológica sobre discriminação é o *Experience of Discrimination* (EOD), porém não foi validado no contexto brasileiro. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a confiabilidade e estrutura dimensional do EOD em uma amostra urbana de adultos da cidade de Salvador. **Método:** Realizou-se a análise fatorial confirmatória, cuja bondade de ajuste do modelo foi verificada mediante o índice comparativo de ajuste (CFI), o índice de ajuste de Tucker–Lewis (TLI) e o teste de erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), bem como a consistência interna da escala a partir da variância extraída (VME) e a confiabilidade composta. **Resultados:** Diferente da proposta original, a análise fatorial revelou uma distribuição dos itens em dois fatores: Experiências pessoais de discriminação e Preocupação por discriminação. Os parâmetros de ajuste obtidos foram CFI=0,998, TLI= 0,998, RMSEA=0,010, validade convergente e discriminante. Identificaram-se correlações residuais envolvendo itens de ambos os fatores. **Conclusões:** A análise fatorial revelou uma distribuição dos itens nos fatores de forma diferente da proposta do instrumento original. Baseando-se nessas evidências, é possível propor um redimensionamento do EOD.

Palavras chave: Discriminação racial, questionário, validação, análise fatorial.

Abstract:

Introduction: The *Experience of Discrimination* (EOD) is a self-report instrument developed to measure racial discrimination in population health research. Although it was already used in Brazil, it has not been validated in the local context. This research aims to evaluate the reliability and dimensional structure of the EOD in an urban sample of adults in Salvador city. **Methods:** We carried out a confirmatory factor analysis (CFA). Goodness of fit was checked by the comparative adjustment index (CFI), the Tucker-Lewis adjustment index (TLI) and the mean square error of approximation test (RMSEA). Internal consistency was evaluated from the extracted variance (VME) and the composite reliability. **Results:** Unlike the original proposal, the factor analysis revealed a distribution of items on two factors, personal experiences of discrimination and concern for discrimination. The setting parameters obtained were CFI = 0.998, TLI = 0.998, RMSEA = 0.010, with convergent and discriminant validity. They identified items of residual correlations of both factors. **Conclusion:** The evaluation of the dimensional structure of EOD applied to Brazilian population showed adequate fit for the two-factor model. These findings reveal the instrument's ability to capture the discrimination construct in another population, different from the original context of development and validation.

Key words: racial discrimination, questionnaire, validation, confirmatory factor analysis.

1. Introdução

Embora a observação das diferenças nas condições de saúde entre os grupos étnicos seja antiga, o estudo da discriminação como um importante determinante dessas desigualdades é relativamente recente. Tradicionalmente, as desigualdades raciais em saúde foram atribuídas às diferenças econômicas e materiais enfrentadas pelos grupos étnicos oprimidos^{1,2}. É a partir das últimas décadas que o efeito da discriminação sobre a saúde começou a ser evidenciado, e uma área crescente da pesquisa em saúde pública sugere que a experiência de hostilidade ou assédio racial se constitui em um potente estressor psicossocial. Atualmente é reconhecido que a discriminação contribui com as iniquidades em saúde, destacando-se ademais o papel central do racismo na estruturação das desvantagens socioeconômicas dos grupos oprimidos^{1,3}.

No Brasil, como em outras partes do mundo, as desigualdades raciais são ainda persistentes. Estatísticas oficiais mostram que a população que se autodeclara como parda ou negra encontra-se em desvantagem em termos de recursos econômicos e acesso a oportunidades. As desigualdades são significativas na área de educação, emprego, salário e acesso a serviços^{4,5,6} e são também observadas em indicadores de saúde^{7,8,9}. Contudo, somente em períodos recentes a existência da discriminação contra a população negra ganha status científico, e os efeitos prejudiciais que esta tem sobre a vida destas pessoas passam a ser verificados^{10,11}.

Uma análise bibliométrica e de conteúdo da pesquisa sobre as desigualdades em saúde nos países da América Latina e do Caribe evidenciou o desinteresse no tocante à *raça/cor* da pele como tema de pesquisa, e pequeno número de estudos empíricos dedicados ao tema¹². Almeida-Filho (2003) atribui o pouco desenvolvimento da área à existência de uma pretensa “democracia racial” que permeia o campo científico nestes países. Nos últimos anos e no Brasil, em particular, o movimento negro passou a exercer pressão para obter maior reconhecimento sobre a importância das dimensões e contextos étnicos raciais na vida destas sociedades¹². Em consequência, começaram a desenvolver-se no país algumas pesquisas destinadas a estudar especificamente a percepção de discriminação e seus efeitos na saúde¹³.

Dentre as poucas publicações brasileiras na área, destaca-se um estudo que avaliou a relação entre discriminação racial e depressão em jovens a partir de um questionário desenvolvido especificamente para a pesquisa, que consta de cinco itens referentes às situações nas quais a discriminação pode acontecer, e as motivações que ocasionaram esses episódios na perspectiva da vítima¹⁴. Mais recentemente, avaliou-se a relação entre discriminação em uma grande região metropolitana do Brasil¹⁵. Os resultados mostraram maior prevalência de discriminação entre negros, mulheres e jovens. Além disso, o estudo encontrou associação entre ter sofrido alguma experiência de discriminação e relato de pior estado de saúde. Achados similares foram encontrados em uma amostra de negros e mulatos de todas as regiões de Brasil. O estudo

examinou o impacto da discriminação racial sobre a saúde, depressão e doenças crônicas. Os autores encontraram pior saúde física autorreferida, e maior prevalência de depressão para todos os níveis de discriminação racial experimentados¹⁶.

A pesquisa sobre discriminação em países desenvolvidos mostra rápido crescimento, e a associação entre autorrelato de discriminação racial e saúde da população é cada vez mais documentada^{2,17}. No entanto, por tratar-se de um fenômeno complexo e de natureza coletiva, a sua abordagem tem desafios teóricos e metodológicos, impondo dificuldades para mensurar o constructo de maneira precisa. Desse modo, existe um amplo debate sobre as diferentes formas de medir as experiências de discriminação.

Grande parte dos instrumentos utilizam indicadores de discriminação construídos a partir de conjuntos de perguntas que avaliam atitudes, percepções e experiências diretas de discriminação entre os indivíduos. Deste modo, outorgam informações sobre tipos específicos de discriminação ocorridos em diferentes situações do cotidiano. Menos frequentemente, alguns instrumentos indagam sobre experiências de discriminação vivenciadas por amigos, familiares ou membros de seu grupo social. O racismo não se limita às formas explícitas dirigidas a indivíduos particulares, envolve também formas sutis, crenças e comportamentos simbólicos que denigram os indivíduos por causa de seu fenótipo ou grupo de filiação¹⁸. Segundo Krieger¹⁷, as experiências que ocorrem na vida das pessoas próximas são fonte de preocupação e representam uma forma indireta de exposição ao racismo que pode ter consequências para a saúde. Além disso, os indicadores grupais oferecem uma medida auxiliar de discriminação que poderia detectar formas estruturais de racismo¹⁹. Alguns destes instrumentos foram desenvolvidos para estudar a discriminação em cuidados em saúde, como a escala modificada "*Perceived prejudice in health care*"^{20,21}, ou para mensurar a percepção de estigma e discriminação sofrida por minorias sexuais²².

Por se tratar de um campo relativamente novo, os estudos sobre o racismo e discriminação têm utilizado instrumentos com propriedades psicométricas nem sempre conhecidas, que podem comprometer os resultados das associações observadas¹⁷. Pela mesma razão, existem dificuldades ao se procurar informações relativas à validade dos instrumentos de mensuração de discriminação racial.

Uma revisão sobre o tema evidenciou uma considerável variação na medida de discriminação, no que refere ao conteúdo, número de perguntas, dimensões e domínios avaliados, com escassa explicitação dos níveis de racismo analisados²³. Uma ampla gama de dimensões conceituais foi utilizada para mensurar o racismo autorrelatado, incluindo experiências de discriminação, ataques racistas, assédio racial, exclusão, grandes eventos discriminatórios e discriminação cotidiana, assim como sentimentos racistas e crenças ou estereótipos. Um número importante de instrumentos conceituou o racismo como uma forma de estresse, e outros avaliaram experiências de discriminação genéricas, sem atribuí-las especificamente à raça.

Grande parte dos instrumentos não apresentava qualquer exame das propriedades psicométricas, carecendo de avaliações de validade e confiabilidade como base de endosso para uso em estudos populacionais²³.

Mais recentemente, uma revisão de literatura focalizou nas propriedades psicométricas das escalas de mensuração de discriminação racial, revelando que de um total de 24 instrumentos selecionados,²³ foram desenvolvidos nos Estados Unidos, apresentando diferentes formas de abordar o constructo discriminação e com escassas tentativas de adaptação transcultural. Diferentes estratégias foram utilizadas para avaliar a estrutura dimensional, e a despeito de apresentarem propriedades psicométricas aceitáveis, esses instrumentos raramente foram escrutinados por pesquisadores independentes. Tal enfoque poderia contribuir no processo de validação dessas escalas, refutando ou confirmando os resultados obtidos originalmente²⁴.

Apesar do desenvolvimento da área a nível internacional, a pesquisa epidemiológica sobre discriminação no Brasil é incipiente, e os instrumentos disponíveis, alguns já utilizados em estudos nacionais^{15,16}, não foram avaliados no contexto local. Um desses instrumentos é o Experience of Discrimination (EOD), desenvolvido nos Estados Unidos e validado em população americana²⁵. A primeira versão do EOD foi desenvolvida por N. Krieger em 1990 e utilizado no estudo *Coronary Artery Risk Development in Young Adults* (CARDIA)²⁶. A mesma consta de um conjunto de perguntas que indagam se os participantes já experimentaram discriminação, se foram impedidos de fazer alguma coisa, incomodados ou feitos se sentir inferiores em diversas situações com base no sexo, raça ou cor, posição socioeconômica, preferência sexual e religião. As situações previstas foram sete: na escola, procurando emprego, no trabalho, ao comprar uma casa, nos cuidados médicos, na rua ou em estabelecimento público, pela polícia ou na corte de justiça. A escala contém dois itens que indagam sobre as respostas dos indivíduos ante o tratamento injusto, distinguindo aqueles que as aceitam como um fato da vida e guardam para si, daqueles que tentam fazer algo contra isso e falam com outras pessoas.

A diferença entre a primeira versão, a escala revisada por Krieger (2005), e a utilizada nesta pesquisa foca especificamente na experiência de eventos discriminatórios por causa racial²⁵. Aos itens que compunham a versão original a autora adicionou oito. Estes elementos adicionais foram experiência de discriminação procurando serviços em lojas ou restaurantes, e ao pedir empréstimo bancário. Ademais se incorporaram um conjunto de itens que indagam sobre preocupação por questões raciais; questões globais sobre número de vezes em que os participantes sentiram que membros de sua raça/etnia ou eles mesmos experimentaram pessoalmente discriminação racial; e a apresentação formal de queixa por causa da discriminação racial.

Os itens que compõem o autorrelato de discriminação racial foram validados em população americana através da análise fatorial confirmatória. Os resultados evidenciaram índices de ajuste de modelos adequados, com valores de CFI de 0,966 e RMSEA de 0,069 para o constructo Experiência de Discriminação, e alpha de Cronbach de 0,74. A escala mostrou-se associada com sofrimento psicológico e tabagismo, e revelou alta correlação com outra escala de discriminação, a *Major and Everyday Discrimination Questions*, desenvolvida por Williams²⁷. Menor correlação foi encontrada com a frequência com que as pessoas se preocupam com a discriminação, indicando que estes últimos itens estariam capturando um nível diferente de exposição à discriminação. A este respeito, Krieger tem destacado a importância de avaliar outras medidas de exposição ao racismo, como o racismo estrutural e a exposição à discriminação do grupo, as quais também afetam a saúde das pessoas¹⁷.

Portanto, o objetivo do presente trabalho é avaliar a confiabilidade e estrutura dimensional do EOD, incluindo na análise as medidas de exposição à discriminação do grupo em uma amostra urbana de adultos da cidade de Salvador.

2. Métodos

2.1 Desenho de estudo, população e área

Trata-se de um estudo transversal que faz parte do Programa de Pesquisa SCAALA-Salvador. Os aspectos metodológicos do Programa foram apresentados em outra publicação²⁹. Sucintamente, a população de estudo foi integrada por 1445 crianças participantes de uma coorte originalmente desenhada para estudar o impacto de um programa de saneamento ambiental sobre a saúde infantil durante o período 1996 a 2004. A coleta de dados ocorreu desde janeiro até novembro de 2006, quando se realizaram visitas domiciliares por uma equipe previamente treinada e encarregada de aplicar o questionário de discriminação racial. Da amostra original envolvendo 1445 crianças de 4 a 12 anos de idade e seus respectivos cuidadores, 1380 aderiram ao presente estudo, obtendo-se uma taxa de resposta de 95%. Os respondentes eram em sua maioria mães das crianças (75%), e os demais eram avós, pais, irmãos ou vizinhos responsáveis pelo cuidado da criança.

2.2 Instrumentos de mensuração utilizados no estudo

2.2.1 A escala EOD no Brasil:

No Brasil, a EOD foi submetida a processos de tradução e retrotradução. Verificou-se o grau de equivalência semântica entre os itens da primeira versão original e da segunda versão retraduzida mediante análise por *experts* da equipe do Programa de Pesquisa Social Changes, Asthma and Allergy in Latin America (SCAALA). Com base na literatura

sobre o tema e na interlocução com outros especialistas na temática quanto à equivalência conceitual e de itens, ponderou-se a pertinência em nosso meio dos conceitos teóricos subjacentes e dos itens componentes do instrumento original e retrotradução. Após a realização das traduções, retrotraduções e avaliação semântica, e para a elaboração da versão final em português testou-se a escala em indivíduos não participantes do estudo (Tabela 1).

Tendo em vista que o instrumento foi desenvolvido em outra cultura, foram dados os primeiros passos do processo de adaptação transcultural sugeridos na literatura da área²⁸. Embora este histórico do processo não tenha sido divulgado, o instrumento foi logo aplicado à população participante do Programa SCAALA. Considerando também que a escala já foi utilizada em população brasileira em outro estudo¹⁶, torna-se necessário conhecer o desempenho do instrumento nesta população.

2.3 Co-variáveis

Para caracterizar a amostra estudada, incluíram-se as seguintes variáveis sociodemográficas: cor da pele, idade, sexo, renda média familiar e nível de instrução. A variável cor da pele foi obtida a partir da autodenominação dada pelo entrevistado, a partir da qual obtiveram-se sete categorias: amarelo (28), branco (75), mulato (20), pardo (360), moreno (370), negro (517) e outros (9). Por causa do pequeno número de entrevistados para algumas das categorias obtidas, e para fins da análise da discriminação racial, construíram-se três categorias: negro, branco e moreno/pardo, a qual incluiu aqueles autodenominados morenos, pardos, amarelos, mulatos e outros.

Tabela 1: Itens do questionário *Experience of Discrimination (EOD)*. Versão traduzida ao português.

Resposta a tratamento injusto		J Ao comprar uma casa	Nunca
A Se você sente que está sendo tratado injustamente, você geralmente:	Aceita isto como um fato da vida		Uma vez
	Tenta fazer alguma coisa contra isto		Duas a três vezes
B Se você está sendo tratado injustamente, você geralmente:	Fala com outras pessoas sobre isto	K Ao procurar cuidados médicos	Mais de quatro vezes
	Guarda isto consigo mesmo		Nunca
Perguntas sobre Preocupação			Uma vez
C Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?	Raramente ou nunca		Duas a tres vezes
	Alguma parte do tempo	L Em lojas ou restaurantes	Mais de quatro vezes
	Todo o tempo		Nunca
D Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava por você sofrer experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele?	Raramente ou nunca		Uma vez
	Alguma parte do tempo	M Ao pedir credito, empréstimo bancário	Duas a três vezes
	Todo o tempo		Mais de quatro vezes
E No ultimo ano você se preocupou com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?	Raramente ou nunca	N Na rua ou em estabelecimento publico	Nunca
	Alguma parte do tempo		Uma vez
	Todo o tempo		Duas a três vezes
F No ultimo ano você se preocupou por você sofrer experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele no último ano?	Raramente ou nunca		Mais de quatro vezes
	Alguma parte do tempo	O Pela polícia ou no fórum	Nunca
	Todo o tempo		Uma vez
			Duas a três vezes
			Mais de quatro vezes
Experiência de discriminação por causa de raça/etnia ou cor da pele		Questões globais	
Alguma vez sofreu a experiência de discriminação, sendo impedido de fazer alguma coisa, ou sentiu-se incomodado, ou levado a sentir-se inferior em algumas das seguintes situações por causa da sua raça, etnia ou cor? Quantas vezes isso aconteceu para cada situação seguinte?		P Com que freqüência você sente que pessoas que não são brancas são discriminadas?	Nunca
G Na escola	Nunca		Uma vez
	Uma vez		Duas a três vezes
	Duas a três vezes		Mais de quatro vezes
	Mais de quatro vezes	Q Com que freqüência você sente que você pessoalmente tem sido discriminado por causa da sua raça ou cor?	Nunca
H Ao procurar emprego	Nunca		Uma vez
	Uma vez		Duas a três vezes
	Duas a três vezes		Mais de quatro vezes
	Mais de quatro vezes	R Alguma vez você prestou queixa por causa de discriminação racial?	Nunca
I No trabalho	Nunca		Uma vez
	Uma vez		Duas a três vezes
	Duas a três vezes		Mais de quatro vezes
	Mais de quatro vezes		Não
			Sim

2.3 Análise estatística

Realizou-se a descrição do instrumento EOD. Examinou-se o padrão de resposta para todos os itens da escala. Com base em pesquisas anteriores¹⁶ e com a finalidade de obter categorias com maior frequência de respostas, os itens da escala foram dicotomizados em ausência de discriminação, quando a resposta foi “nunca”, e presença de discriminação, quando a resposta foi pelo menos uma vez.

Com o intuito de avaliar a estrutura dimensional do instrumento, incluindo as questões vinculadas com a exposição interpessoal e a exposição do grupo à discriminação, realizou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Empregou-se o estimador robusto dos mínimos quadrados ponderados (WLSMV) que não assume a distribuição normal multivariada dos dados. Uma vez que os itens da escala foram utilizados de maneira dicotômica utilizou-se a matriz de correlação tetracórica. A bondade de ajuste do modelo foi verificada mediante o índice comparativo de ajuste (CFI, valores maiores a 0,90 são considerados adequados), o índice de ajuste de Tucker–Lewis (TLI, valores maiores a 0,95), e o teste de erro quadrático médio de aproximação (RMSEA, utilizando valores em torno a 0,06 para o estimador de ponto, e 0,08 para o limite superior do IC 90%). Para avaliar potenciais correlações residuais foram utilizados os Índices de Modificação (IM), considerando o ponto de corte de 10,0 a partir do qual se aceita a redundância de conteúdo em pares de itens.

Os procedimentos realizados com a escala dicotômica foram também aplicados à escala ordinal, obtendo resultados similares (dados não mostrados). As validades convergente e discriminante foram avaliadas a partir da variância extraída (VME). A VME mede a quantidade da variância dos itens é explicada por um fator em relação à variância devido a erros de mensuração dos itens componentes (valores $\geq 0,5$ são considerados satisfatórios), sendo ainda indicativa da validade convergente do fator ao sugerir que, ao menos, 50% da variância da medida é devido à hipótese subjacente. Assim, a validade fatorial discriminante é corroborada se a variância média de cada um dos fatores é maior do que o quadrado das correlações entre este fator e qualquer outro fator do modelo³⁰. As análises descritivas foram realizadas no Stata versão 11 (StataCorp, College Station, TX, USA), e a análise fatorial no programa Mplus 7.1 (Muthén & Muthén, Los Angeles, Estados Unidos).

2.4 Considerações éticas:

O protocolo utilizado neste estudo foi aprovado em 2004 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e seguiu os princípios éticos exigidos em pesquisa com seres humanos contidos na *Declaração de Helsinki* da Associação Médica Mundial.

3. Resultados

Dos 1380 participantes, 95% foram mulheres, um pouco mais da metade dos participantes (53,4%) tinha entre 25 e 35 anos, sendo que 37,9% identificaram-se como negros, 56,7% morenos ou pardos e 5,4% brancos. Em relação à renda média familiar, 52% referiram receber menos que um salário mínimo (SM) no mês. Quase a metade (47,5%) da população entrevistada referiu ter ensino fundamental incompleto até ensino médio incompleto, 30,6% completou o ensino médio ou mais, e 22% referiu analfabetismo.

A Tabela 2 mostra a frequência de discriminação autorrelatada para todos os itens da escala. Em relação à resposta ao tratamento injusto quase a metade dos entrevistados aceitam como um fato da vida, e 72 % guarda isso consigo mesmo, prevalecendo uma atitude passiva ante a experiência de discriminação. A respeito das perguntas que indagam sobre a preocupação com o tratamento injusto, as frequências oscilaram entre 30 e 40 %, mostrando-se ligeiramente superiores para aqueles itens que indagam sobre preocupação para com os outros membros do grupo racial. Pelo contrario, as frequências com que os entrevistados reportaram ter sofrido discriminação foi bem menor, variando entre 7,9% na busca de emprego até 1,1% ao comprar uma casa ou pela polícia ou corte da justiça. Finalmente, a percepção global de discriminação para com as pessoas não brancas e para consigo mesmos mostrou-se bem maior à frequência de discriminação em situações específicas. Pelo contrario, a apresentação formal de queixa na justiça por causa de discriminação racial foi quase nula.

Tabela 2: Frequência de discriminação autorrelatada segundo o questionário Experience of Discrimination. Escala com itens dicotômicos. SCALA-Salvador, 2006.

Experiência de Discriminação		
Resposta ao tratamento injusto	N	%
A Se você sente que está sendo tratado injustamente, você geralmente:		
Aceita isto como um fato da vida	581	41,8
Tenta fazer alguma coisa contra isto	799	57,5
B Se você está sendo tratado injustamente, você geralmente:		
Fala com outras pessoas sobre isto	386	28,0
Guarda isto consigo mesmo	994	72,0
Perguntas sobre Preocupação	Nunca N (%)	Uma vez ou mais N(%)
C Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?	937 (67,9)	443 (32,1)
D Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava por você sofrer experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele?	981 (71,1)	399 (28,9)
E No último ano, você se preocupou com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?	848 (61,4)	532 (38,6)
F No último ano você se preocupou por você sofrer experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele?	974 (70,6)	406 (29,4)
Experiência de discriminação por causa da raça/etnia ou cor da pele		
G Na escola	1294 (93,8)	86 (6,2)
H Ao procurar emprego	1270 (92,1)	109 (7,9)
I No trabalho	1289 (93,4)	91 (6,6)
J Ao comprar uma casa	1365 (98,9)	14 (1,1)
K Ao procurar cuidados médicos	1311(95,0)	69 (5,0)
L Em lojas ou restaurantes	1304 (94,5)	76 (5,5)
M Ao pedir credito, empréstimo bancário	1362 (98,7)	18 (1,3)
N Na rua ou em estabelecimento público	1276 (92,5)	104 (7,5)
O Pela polícia ou no fórum	1365 (98,9)	15 (1,1)
Questões Globais		
P Com que frequência você sente que pessoas que não são brancas são discriminadas?	115 (8,3)	1265 (91,7)
Q Com que frequência você sente que você pessoalmente tem sido discriminado por causa da sua raça ou cor?	917 (66,5)	462 (33,5)
R Alguma vez você prestou queixa por causa de discriminação racial?	1373 (99,5)	7 (0,51)

3.1 Análise fatorial confirmatória

Na Tabela 3 observam-se os resultados da AFC. Para o fator “Experiências pessoais de discriminação” todos os itens que formaram parte do instrumento original permaneceram no modelo, já o segundo fator “Preocupação com discriminação” manteve aqueles itens relacionados com a preocupação com eventos discriminatórios na infância e no ano da entrevista. Os resultados mostraram cargas fatoriais altas num único fator e valores aceitáveis de validade convergente e discriminante, oferecendo evidência de que os construtos são únicos e estariam capturando fenômenos diferentes.

O Modelo A (Tabela 3) mostra os índices de adequação do modelo de dois fatores — “Experiências pessoais de discriminação” e “Preocupação por discriminação” — com valores de RMSEA, CFI e TLI encontrando-se em patamares adequados. A correlação entre os fatores foi de 0.442, e os valores de VME para os constructos foram maiores do que 0.50 sugerindo que a variância devido ao erro de mensuração é menor do que a variância devido ao construto subjacente. Ainda, a VME mostrou valores maiores do que a estimativa quadrática de correlação entre os fatores ($0,442^2=0,195$), sugerindo que os itens individuais medidos representam bem suas respectivas dimensões latentes (fatores). Apesar dos parâmetros de ajuste serem relativamente bons, a avaliação dos IM sugeriu cinco correlações residuais envolvendo os pares de itens $J \leftrightarrow K$, $L \leftrightarrow M$, $L \leftrightarrow J$ do fator Preocupação por discriminação, e os itens $B \leftrightarrow F$, $A \leftrightarrow H$ do fator Experiências pessoais de discriminação. Visando corroborar as correlações residuais, partiu-se para uma reespecificação do modelo estimando livremente as correlações residuais²⁹.

A Tabela 3 (Modelo B) apresenta os resultados da análise confirmatória após a inclusão dessas correlações residuais livremente estimadas. As cargas fatoriais para os itens individuais oscilaram entre 0,646 e 0,835 para o fator “Experiências pessoais de discriminação”, e entre 0,546 e 0,815 para o fator “Preocupação por discriminação”. Os parâmetros de ajuste mostraram-se bons (CFI=0,998, TLI= 0,998 e RMSEA=0,010; IC= 0,000 – 0,020) e corroboraram as correlações residuais. A variância extraída para o modelo proposto mostrou valores de 0,70 para o constructo preocupação com discriminação e 0,55 para situação. Os valores se mostraram maiores do que o quadrado das correlações entre os fatores confirmando a validade discriminante dos componentes da escala.

Tabela 3. Análise Fatorial confirmatória para a versão traduzida da escala “*Experience of Discrimination*” com variáveis dicotômicas. SCALA-Salvador, 2006.

Itens	Modelo A		Modelo B	
	Fator 1*	Fator 2**	Fator 1*	Fator 2**
A Na escola	0,720	----	0,646	----
B Ao procurar emprego	0,910	----	0,819	----
C No trabalho	0,751	----	0,795	----
D Ao comprar uma casa	0,599	----	0,623	----
E Ao procurar cuidados médicos	0,681	----	0,712	----
F Em lojas ou restaurantes	0,916	----	0,809	----
G Ao pedir credito, empréstimo bancário	0,793	----	0,835	----
H Na rua ou em estabelecimento publico	0,752	----	0,694	----
I Pela polícia ou no fórum	0,660	----	0,683	----
J Preocupação com discriminação pelo grupo na infância	----	0,718	----	0,546
K Preocupação com discriminação consigo mesmo na infância	----	0,785	----	0,764
L Preocupação com discriminação pelo grupo no último ano	----	0,897	----	0,681
M Preocupação com discriminação consigo no último ano	----	0,928	----	0,815
Corr. Fatorial	0,442		0,551	
VME	0,578	0,70	0,578	0,70
CFI	0,963		0,998	
TLI	0,955		0,998	
RMSEA (IC 90%)	0,046 (0,040- 0,052)		0,010 (0,000- 0,020)	
J↔K			0,600	
L↔M			0,765	
L↔J			0,319	
B↔F			0,674	
A↔H			0,521	

4. Discussão

A avaliação da estrutura dimensional da escala EOD aplicada à população brasileira mostrou boa adequação do modelo com parâmetros satisfatórios de ajuste na AFC. Estes achados são importantes já que revelam a capacidade do instrumento de capturar o constructo discriminação em outro contexto, distinto do contexto original de desenvolvimento e validação.

Comparado com o estudo original, a análise descritiva revelou prevalências de relato de discriminação menores às americanas, sugerindo discrepâncias culturais que devem

ser ponderadas. O número de vezes que os indivíduos neste estudo alegaram discriminação em situações específicas oscilaram entre 1% ao comprar uma casa ou pedir empréstimo bancário até 8% ao procurar emprego. A baixa frequência de respostas positivas em alguns itens corrobora a hipótese de que o racismo se manifesta de maneira diferente na sociedade brasileira comparada à sociedade norte-americana. Assim, por exemplo, a avaliação da discriminação ao pedir empréstimo bancário ou comprar uma casa é pertinente nos Estados Unidos, onde os padrões de segregação dos negros continuam a ser os mais altos de todos os grupos étnico-raciais³¹. No entanto, a frequência destes fenômenos no cotidiano dos participantes de nosso estudo foi de apenas 1%, evidenciando que este tipo de discriminação não é marcante no contexto brasileiro, onde não existem os níveis de discriminação institucional registrados nos Estados Unidos, e as relações inter-raciais são caracterizadas pela miscigenação e o convívio harmonioso¹⁰. Nesta linha, um instrumento de aferição de discriminação desenvolvido no contexto brasileiro não contemplou estes itens como parte dos domínios avaliados no questionário³².

A frequência com que os entrevistados perceberam discriminação contra grupos não brancos foi alta, e a frequência com que afirmaram ter sofrido discriminação em algum momento de suas vidas contrastou com a baixa frequência de relato de discriminação em situações específicas. Estas diferenças corroboram achados do estudo original que levanta questões sobre o uso de perguntas de um único item para avaliar discriminação, evidenciando que a prevalência autorrelatada de discriminação depende da forma em que são elaboradas as perguntas. Assim, medidas mais sensíveis, informando sobre vários locais onde a discriminação acontece, são recomendadas³³. Além disso, é possível que alguns aspectos da discriminação não sejam capturados pelo instrumento. Ainda que a discriminação no cotidiano, na forma de insulto racial, não seja diretamente contemplada, o racismo consciente e explícito é a prática mais facilmente reconhecida como forma de sua manifestação no Brasil¹⁰. Segundo pesquisa qualitativa realizada no Rio de Janeiro, a discriminação na esfera íntima foi um tipo destacado de discriminação relatada por mulheres cariocas³⁴, domínio que também não foi contemplado neste instrumento.

Concordante com outros autores^{35, 36}, no presente estudo os indivíduos tenderam a perceber maior frequência de discriminação para com o grupo que para consigo mesmos. No entanto, as respostas que as pessoas reportam para si mesmas e para o seu grupo não são diretamente comparáveis por duas razões. Primeiro, porque as pessoas podem ter preocupações com os outros integrantes de seu grupo acima do que eles pessoalmente têm experimentado. Segundo, porque existe um problema chamado de “discrepância de discriminação entre a pessoa e o grupo” (PGDD), um fenômeno conhecido na psicologia, que sugere que as pessoas tendem a sub-relatar suas próprias experiências de discriminação¹⁷. Também se aponta a tendência dos

entrevistados a fornecer respostas socialmente desejáveis, ou desenvolver mecanismos protetores, os quais contribuiriam com a subestimativa do relato¹⁷. Ainda é possível que as perguntas se centrem em diferentes tipos de informação. Talvez as perguntas "do grupo" capturem sentimentos de identidade grupal, ao passo que as perguntas "individuais" evoquem aspectos pessoais da identidade³⁵.

O efeito da PGDD tem sido observado em medidas de autoestima, identidade, atitudes e estereótipos, e levantam a questão de se esses mecanismos autoprotetores alcançam a consciência e são reconhecidos pelo sujeito. Desse modo, alguns pesquisadores têm investigado se esse efeito está ligado a um modo especial de medição da exposição à discriminação, e desenvolvido outros instrumentos menos sensíveis ao PGDD³⁷.

Embora o instrumento original tenha validado apenas os itens referidos às experiências pessoais de discriminação, a utilização de outras medidas de exposição a racismo, como a percepção de discriminação para com outros, tem sido promovida por outros autores^{2,17,27}. Como fenômeno complexo, o racismo não se expressa apenas nas formas de discriminação interpessoal, mas também em formas institucionais, estruturais, e através da internalização da opressão. A literatura sobre estresse tem notado que as experiências indiretas de estresse podem também afetar adversamente ao indivíduo^{2,17}. Smith³³ tem destacado que a utilização de medidas grupais complementa a informação obtida a partir do autorrelato de discriminação, ao oferecer uma medida da dimensão coletiva do racismo. Isto é importante no contexto brasileiro, onde negros são frequentemente vítimas diretas do racismo, ou espectadores de racismo contra membros de seu grupo racial. Nesta linha, alguns instrumentos mostraram estruturas fatoriais de mais de um fator, incorporando na validação subescalas referentes a diferentes dimensões do racismo. Como exemplos, pode-se citar o instrumento "Measure of Indigenous Racism Experience" desenvolvido por Paradies³⁸, que avalia o sentimento de consciência racial a partir da frequência com que as pessoas pensam sobre ser indígenas; ou "The Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire" que avalia a exposição à discriminação em amigos ou membros da família do respondente²¹. Outra escala, a "Negative Life Events Scale", indaga especificamente a preocupação do respondente ou familiares próximos com certos eventos estressantes na vida, entre eles o racismo e a discriminação³⁹.

Do mesmo modo que na validação em população americana, aqui também se observaram correlações residuais. As mesmas ocorreram entre os itens discriminação na escola e em estabelecimentos públicos, e entre os itens procurando emprego e em lojas ou restaurantes do Fator 1; e entre todos os itens que conformam o Fator 2. A presença de correlações residuais dentro de um mesmo fator é indicativa de redundância semântica, produto de utilizar redação semelhante para expressar ideias diferentes. Em consequência, parte do conteúdo estaria sendo duplamente

ponderado. Desde uma perspectiva teórica, os itens redundantes do Fator 1 manifestariam a memória de eventos discriminatórios no âmbito público, como as escolas e outros estabelecimentos públicos ($A \leftrightarrow H$); a lembrança de experiência de discriminação relacionadas com a aparência física, como na demanda serviços e procura de emprego ($B \leftrightarrow F$). Já o conteúdo redundante do Fator 2 expressa a memória de discriminação no passado ($J \leftrightarrow K$); memória de discriminação no presente ($L \leftrightarrow M$); e memória de discriminação para com membros do grupo racial ($L \leftrightarrow J$). Da mesma forma que no estudo americano, houveram correlações residuais com ajustes aceitáveis.

A análise da variância extraída mostrou adequada convergência dos itens dentro cada fator, indicando que os significados dos mesmos respondem ao mesmo constructo. Igualmente, os fatores mostraram validade discriminante, permitindo diferenciar ambos os constructos entre si. Deste modo, estas medidas estariam capturando diferentes aspectos da discriminação dos indivíduos para consigo mesmos e como membros de um grupo social.

Estes resultados enfatizam a importância de discernir se a utilização de apenas o autorrelato de discriminação é suficiente para estudar a discriminação. Krieger tem destacado que a consciência de exposição a racismo de amigos ou familiares tem consequências sobre a saúde¹⁷. Independente de qualquer experiência real, a preocupação informa sobre o temor de ser vítima de um ato racista. Em consonância com esta proposta, o sentimento de vulnerabilidade a experiências racistas foi associado a pobre saúde em adultos e crianças^{40,41}.

Nazroo¹⁹ reconhece outra perspectiva de viver em uma sociedade racista, além da experiência individual de discriminação. Quando comparado com os grupos dominantes, membros de grupos subordinados reconheceriam a própria situação de desvantagem e exclusão. Pesquisadores na área destacam que avaliar a exposição à discriminação racial em toda a sua complexidade também requer capturar os efeitos da discriminação sobre os outros, bem como os potenciais efeitos inter-geracionais do racismo³⁶.

Este estudo evidencia algumas limitações. A população de estudo foi constituída por indivíduos predominantemente pobres do nordeste de Brasil, a maioria mulheres, onde pardos e negros estariam sobrerrepresentados na amostra. O significado do racismo para esta população pode ser diferente de populações de outras regiões de Brasil, onde as relações interpessoais e os níveis de desigualdade são diferentes, indicando a pertinência de avaliar o instrumento em outros domínios populacionais.

Ainda que o modelo tenha mostrado ajuste relativamente bom, detectaram-se várias correlações residuais indicativas de violação de independência local. Possivelmente, este fato se relaciona com a incompletude do processo de adaptação transcultural do

instrumento, no qual deixaram de se realizar algumas etapas. Também é possível que existam erros no desenho e formulação das perguntas uma vez que já estiveram presentes no instrumento original. Ainda assim, optamos por conservar o total das perguntas como foram indicadas na proposta original, uma vez que esta é a primeira avaliação psicométrica do instrumento em população brasileira que se tem notícia. Sendo assim, estudos adicionais em outras populações são necessários.

Uma vez corroborada a redundância de conteúdo é possível sugerir algumas alternativas para o uso do instrumento em população brasileira. Uma solução é a utilização do instrumento no seu estado atual, considerando as correlações residuais, mas em modelos de equações estruturais, nos quais o componente do erro de medida pudesse ser plenamente especificado. Outras soluções a explorar envolvem: 1) avaliação escalar dos itens redundantes, remover parcimoniosamente um dos dois itens de cada par; 2) por par, substituir um dos itens por outro 'melhor' não redundante; 3) juntar o conteúdo semântico dos itens correlacionados em uma única questão, visando capturar as informações de ambos os itens originais³¹.

Apesar dos problemas identificados nesta escala, este estudo contribui com a compreensão do racismo como fenômeno multidimensional. Não existe uma metodologia padronizada para aferir a discriminação, e os instrumentos validados para população brasileira são escassos. A percepção do racismo tem sido associada a uma ampla gama de problemas de saúde e entre os grupos socialmente desfavorecidos. No Brasil as desigualdades raciais são marcantes, e a discriminação racial é visível em muitas esferas da vida social. Tendo em vista o impacto sobre a saúde, existe a necessidade de avaliar de maneira sistemática a persistência de discriminação na população e o modo em que afeta a saúde dos grupos populacionais para orientar políticas destinadas à redução das desigualdades sociais.

5. Conclusões

Os resultados obtidos nesta pesquisa sugerem que poderiam operar formas implícitas ou inconscientes de discriminação, e que ambos os pontos de vista - o autorrelato de discriminação e a visão do grupo- podem ser interpretações verdadeiras de dois aspectos diferentes da visão que os indivíduos têm de si mesmos e em relação aos sentimentos e atributos dos grupos aos quais pertencem. Ser membro de um grupo desfavorecido produz uma identidade com os sentimentos e atributos do grupo étnico-racial; por outro lado a negação das experiências pessoais de discriminação seria o resultado do distanciamento das pessoas dos atributos negativos do grupo ao que pertencem³⁷.

Em contrapartida, a análise revelou que a utilização de apenas o autorrelato de discriminação racial como medida da exposição não reflete a forma em que os

indivíduos percebem as atitudes preconceituosas e negativas com motivação racial. A utilização da experiência de discriminação para com o grupo poderia refletir a tomada de consciência das pessoas sobre a persistência do racismo, e revela que este último não é uma experiência individual, mas coletiva que permeia a todos os membros de uma comunidade. Ademais, a preocupação com a discriminação do grupo, seja no presente e no passado, poderia refletir situações de estresse com diferente efeito na saúde. A análise revelou que os relatos de discriminação variam segundo as medidas utilizadas, o que tem implicações na interpretação dos resultados de uma pesquisa e no seu impacto na saúde.

Em conclusão, estes achados contribuem com a avaliação do constructo discriminação racial no contexto brasileiro ao realizar uma análise inicial da validade de constructo do instrumento EOD a partir de um estudo de base populacional. Este estudo destaca a importância de validar os indicadores de discriminação racial em contextos distintos ao de origem, e reforça a necessidade de utilizar múltiplas medidas de discriminação racial que permitam em estudos futuros aprofundar nos efeitos do racismo sobre a saúde. Os problemas identificados nesta análise apontam à necessidade de aperfeiçoar a análise de validação do instrumento, e a proposta de alterações futuras que visem a melhora da qualidade psicométrica.

Referências

1. Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *Am J Public Health* 2003; 93: 277-284
2. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med.* 2009; 32(1): 20.
3. Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003;93:194-9.
4. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2009. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicais2009/default.shtm> Página visitada 07/2012
5. Henriquez R. Desigualdade racial no Brasil: Evolução das condições de vida na década de 90. IPEA. 2001
6. Brasília 2008. Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após a abolição. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).
7. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21:1586–1594.
8. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública* 2009;43:405-12
9. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006, 22:2473-2479.
10. Telles E. O Significado da Raça na Sociedade Brasileira. 2004. Princeton e Oxford: Princeton University Press. Versão divulgada na internet em Agosto de 2012.
11. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: Contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2005.
12. Filho NA, Kawachi I, Filho AP, Dachs NW. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995). *Am J Public Health* 2003; 93: 2037–2043.
13. Bastos JL, Faerstein E, Celeste RK, Barros AJD. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Rev Saúde Pública* 2012;46:269-78

14. Santana V, Filho NM, Roberts R, Cooper SP. Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil. *Child and Adolescent Mental Health* 2007; 12:125–131
15. Macinko J, Mullachery P, Proietti FA, Lima-Costa MF. Who experiences discrimination in Brazil? *Int J Equity Health* 2012, 11:80
16. Pavão ALB, Ploubidis GB, Werneck G, Campos MR. Racial discrimination and health in Brazil: evidence from a population-based survey. *Ethn Dis* 2012, 22: 353-359
17. Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Services*, 1999; 29:295–352
18. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 2008; 67: 351–357
19. Nazroo JY. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in Health. *Sociol Health Illn* 1998; 20:710–730
20. Kressin NR, Kristal RL, Manze M. Perceptions of race/ethnicity based discrimination: A review of measures and evaluation of their usefulness for the health care setting. *J Health Care Poor Underserved* 2008;19:697–730
21. Brondolo E, Kelly KP, Coakley TG, et al. The Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire: Development and Preliminary Validation of a Community Version *J Appl Soc Psychol* 2005, 35:335-365.
22. McGarrity LA, Huebner DM, McKinnon RK. Putting stigma in context: Do perceptions of group stigma interact with personally experienced discrimination to predict mental health? *Group Process Interg* 2013;16:684–698
23. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006;35:888–901
24. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros L. Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. *Saúde & Transformação Social* 2011, 1: 4-16.
25. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med* 2005, 61:1576–1596.
26. Krieger N, Sidney S. Racial Discrimination and Blood Pressure: The CARDIA Study of Young Black and White Adults. *Am J Public Health* 1996, 86:1370-1378

27. Williams, DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. *J Health Psychology* 1997, 2: 335–351.
28. Reichenheim ME, Moraes CL. O Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007;41:665-73
29. Barreto ML, Cunha SS, Alcântara-Neves N, 2, et al. Risk factors and immunological pathways for asthma and other allergic diseases in children: background and methodology of a longitudinal study in a large urban center in Northeastern Brazil (Salvador-SCAALA study). *BMC Pulm Med* 2006, 6:15
30. Reichenheim ME, Hökerberg YHM, Moraes CL. Assessing construct structural validity of epidemiological measurement tools: a seven-step roadmap. *Cad Saúde Pública* 2014, 30:927-939
31. Massey DS, Rothwell J, Domina T. The Changing Bases of Segregation in the United States. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2009; 626, 74–90
32. Bastos JL, Faerstein E, Celeste RK, Barros AJD. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Rev Saúde Pública* 2012;46:269-78
33. Smith T. Measuring Racial and Ethnic Discrimination. GSS Methodological Report N° 96. Chicago (IL): National Opinion Research Center; 2002 April. Disponível em: http://publicdata.norc.org:41000/gss/DOCUMENTS/REPORTS/Methodological_Reports/MR096.pdf. Página visitada em Outubro 5, 2014.
34. Monteiro S, Cecchetto F. Cor, gênero e classe: dinâmicas da discriminação entre jovens de grupos populares cariocas. *Cad Pagu* 2009; 32: 321-329.
35. Taylor DM, Wright SC, Moghaddam FM, Lalonde RN. The personal/group discrimination discrepancy. *Pers Soc Psychol Bull* 1990;16:254–262
36. Carney DR, Banaji MR, Krieger N. Implicit Measures Reveal Evidence of Personal Discrimination. *Self Identity* 2010; 162–176.
37. Krieger N, Carney D, Lancaster K et al. Combining Explicit and Implicit Measures of Racial Discrimination in Health Research. *Am J Public Health* 2010, 100:1485-1492.
38. Paradies YC, Cunningham J. Development and validation of the Measure of Indigenous Racism Experiences (MIRE). *Int J Equity Health* 2008, 7:9.
39. Kowal E, Gunthorpe W, Bailie RS. Measuring emotional and social wellbeing in Aboriginal and Torres Strait Islander populations: an analysis of a Negative Life Events Scale. *Int J Equity Health* 2007; 6:18.

40. Karlsen S, Nazroo JY. Fear of racism and health. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:1017–1018.
41. Priest N, Paradies Y, Stevens M, Bailie R. Exploring relationships between racism, housing and child illness in remote indigenous communities. *J Epidemiol Community Health* 2010. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2010.117366>.

ARTIGO 2

**PREVALENCIA DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL EM SALVADOR:
UMA ANÁLISE DE CLASSES LATENTES**

Resumo

Introdução: O racismo continua a ser um princípio organizador das relações sociais nas sociedades modernas. No Brasil as pessoas de cor negra sofrem intensas desigualdades sociais e são freqüentemente vítimas de discriminação. A pesquisa na área habitualmente utiliza um continuum de exposição, definindo pontos de corte em escalas quantitativas para estabelecer o grau de discriminação, e raramente identifica grupos homogêneos de indivíduos com base nos seus padrões de resposta. O objetivo deste estudo é mensurar a exposição à discriminação racial distinguindo subgrupos de indivíduos com diferentes graus de exposição à discriminação. **Métodos:** Trata-se de um desenho transversal que forma parte da coorte SCAALA-Salvador, BA. A população de estudo compreendeu 1204 mulheres que responderam o questionário *Experience of discrimination*. Aplicou-se a análise de classes latentes para identificar grupos de participantes com padrões semelhantes de resposta na escala de discriminação, e a regressão logística para analisar a relação entre o relato de discriminação e variáveis sócio-demográficas selecionadas. **Resultados:** A análise de classes latentes identificou duas classes para exposição à discriminação e preocupação com discriminação com parâmetros adequados de ajuste. A classe com maior exposição à discriminação representou 8.5 % da amostra, a freqüência para cada um dos domínios avaliados revelou-se maior para aquelas áreas que envolvem emprego, trabalho, lojas e estabelecimentos públicos. A classe com maior preocupação com discriminação incluiu 42 % das mulheres, que expressaram preocupação com experiências de discriminação para consigo mesmas e para com o grupo, tanto no passado como no ano da entrevista. As mulheres identificadas como negras apresentaram maior chance de relatar experiências de discriminação em comparação com as mulheres brancas (OR 11.3; 1.54- 83.1). Pardas e negras apresentaram maiores chances de se preocupar com discriminação que mulheres brancas, entretanto a chance para as mulheres pardas foi menor (OR negras 2.42; 1.40-4.18; OR pardas 1.74; 1.01- 2.98). **Conclusão:** ACL demonstrou ser uma técnica útil para avaliar constructos complexos como a discriminação racial. As prevalências identificadas em mulheres de Salvador foram altas, especialmente dentre aquelas áreas que estruturam as desigualdades sociais, com a cor da pele como um importante preditor das experiências relatadas.

Palavras chave: Discriminação racial, Brasil, classes latentes.

Abstract

Introduction: Racism continues to be an organizing principle of social relations in modern societies. In Brazil black people suffer intense social inequalities and are often victims of racial discrimination. Research in this area usually uses a continuum of exposure by choosing cut-off points in quantitative scales for establishing the level of discrimination, and rarely identify homogeneous groups of individuals based on their response patterns. This study aims to measure racial discrimination by distinguishing subgroups of individuals with different levels of experience of discrimination. **Method:** This was a cross-sectional design that is part of SCAALA-cohort Salvador, BA. The study population consisted in 1204 women who answered the Experience of discrimination questionnaire. Using Latent Class Analysis (LCA) we identified subgroups of participants with similar response patterns in the scale of discrimination. We used logistic regression to analyze the relationship between the reporting of discrimination and socio-demographic variables. **Results:** LCA identified two classes for Exposure to discrimination and for Concern about discrimination, both with appropriate goodness of fit. The class with the highest exposure to discrimination accounted for 8.5% of the sample. The frequency was greater for those areas involving employment, work, shops and public facilities. The class with the highest Concern about discrimination included 42% of women, who were worried about being discriminated or had someone from her social group discriminated, both in the past and in the year of the interview. Women identified as black were more likely to report experiences of discrimination compared with white women (OR 11.3; 1.54- 83.1). Brown and black women were more likely to worry about discrimination than white women, however the odds for brown women was lower (black OR 2.42; 1.40 - 4.18; OR brown 1.74; 1.01- 2.98). **Conclusion:** LCA proved to be a useful technique to evaluate complex constructs such as racial discrimination. The prevalence identified in Salvador women was high, especially among those areas that structure social inequalities, with skin colour as an important predictor of the reported experiences.

Keywords: Racial discrimination, Brazil, Latent classes.

1. Introdução

Atualmente, a noção do conceito "raça" como uma categoria biológica válida para diferenciar os grupos humanos e explicar as diferenças em saúde é rejeitada pela comunidade científica. Pelo contrário, as categorias raciais não são categorias naturais, mas convenções sociais e ideológicas utilizadas para atribuir recursos e poder a grupos considerados superiores¹.

No entanto, a crença na existência de raças está arraigada nas práticas sociais e é a base do racismo, o qual sustenta que raças "não-brancas" são inferiores. Esta ideologia continua a ser um princípio organizador das relações sociais tanto no Brasil como em outras sociedades modernas, manifesto através de um conjunto de práticas que perpetuam a subordinação de grupos humanos baseados em atributos externos, que os indivíduos não podem modificar.

A discriminação, uma das formas do racismo, envolve não apenas as atitudes e preconceitos que cada grupo tem sobre o outro, mas também estruturas de dominação e opressão, utilizadas para propor e justificar ações que criam desigualdade entre os grupos raciais². Bonilla propõe o termo "sistemas sociais racializados" para se referir às sociedades nas quais os níveis econômicos, políticos, sociais e ideológicos estão parcialmente estruturados pelo lugar ocupado pelos atores em categorias raciais. Em consequência se estabelece uma ordem hierárquica que privilegia os grupos humanos que ocupam uma posição superior³. Como corolário do racismo, os grupos subordinados recebem menor remuneração econômica, ocupam posições de menor prestígio e poder no mercado de trabalho e acessam de maneira desigual educação e serviços básicos. Frequentemente, os grupos negros são vítimas de atos discriminatórios, desde estereótipos raciais negativos e atitudes preconceituosas até diversas formas de agressões e violência racial. Somente recentemente que as pesquisas epidemiológicas começaram a destacar o papel da discriminação como determinante da saúde das populações, evidenciando o impacto negativo que ela tem sobre a saúde mental, as violências, doenças crônicas e condutas de risco^{4,5}.

O racismo é comum em muitas partes do mundo. Enquanto os mecanismos e as práticas racistas variam entre sociedades e ao longo do tempo, o elemento imutável reside na distribuição de bens e recursos, que restringe as oportunidades na vida dos grupos subordinados⁶. O Brasil, um país com história de escravidão e maior concentração de população negra fora de África, apresenta níveis altos de desigualdade racial. Do total de 190 milhões de pessoas, mais de 50% é de cor parda ou preta. As pessoas de ascendência africana apresentam os piores indicadores sociais e econômicos e concentram-se nos segmentos mais pobres da distribuição de renda. Contudo, durante grande parte do século XX, a existência do racismo foi negada no Brasil. Teóricos e pensadores da época acreditavam que a intensa miscigenação que caracterizou as relações no país representava uma prova da tolerância racial. O

sincretismo cultural e a assimilação dos “negros” sentaram as bases da democracia racial segundo a qual a mistura racial permitia o convívio harmonioso e sem conflito, integrando de maneira progressiva os descendentes de escravos africanos. As relações inclusivas indicariam baixos níveis de racismo e desigualdade no país. Em concordância, durante muito tempo, os assuntos de raça não constituíram uma prioridade para o Estado Brasileiro⁷.

Porém, a democracia racial foi baseada na ideologia da supremacia branca, e como tal não foi isenta de injustiças raciais. Pesquisadores e ativistas desafiaram a visão tradicional denunciando os altos níveis de desigualdade racial existentes, em especial em áreas consideradas “duras” como no mercado de trabalho, renda, educação e em saúde, que coexiste com os altos níveis de sociabilidade⁸. Diversos indicadores de condições socioeconômicas e de saúde mostraram que os não-brancos estão muito abaixo dos brancos, e alguns autores sugerem que o preconceito de cor e a discriminação são alguns dos fatores estruturantes das desvantagens econômicas e sociais enfrentadas pelos grupos subordinados no país⁹.

Atualmente tem crescido o interesse público pelo assunto. As pressões exercidas pelo movimento negro conseguiram incluir as questões de raça na agenda do estado, e políticas sociais começam a combater a discriminação e promover explicitamente a integração de negros e mulatos, enquanto o racismo tornou-se um campo de interesse acadêmico. Ainda assim, a discriminação continua a ser um problema no país e são escassos os estudos que abordam especificamente a exposição à discriminação racial.

Como fenômeno social complexo, não existe consenso sobre a abordagem ideal de discriminação, e diferentes estratégias metodológicas têm sido desenhadas para avaliar o constructo empiricamente. Muitos dos instrumentos utilizados na literatura sobre discriminação e saúde se compõem de uma bateria de perguntas sobre as percepções ou experiências individuais de tratamento injusto em diferentes domínios e que procuram capturar o constructo discriminação. A análise deste e de outros intrincados fenômenos sociais propõem desafios metodológicos.

Nos últimos anos têm sido desenvolvidas ferramentas estatísticas que permitem compreender as inter-relações complexas entre as múltiplas variáveis de um estudo. Os modelos de equações estruturais (SEM) permitem incluir variáveis que não são medidas diretamente, mas através de seus efeitos ou causas observáveis, conhecidas como variáveis ou constructos latentes¹⁰. A análise de classes latentes (ACL) é outra metodologia envolvendo variáveis latentes que permite reduzir os dados e identificar subgrupos de indivíduos com base em seus padrões de resposta para vários indicadores¹¹. Ao contrário de definir pontos de corte, esta estratégia multivariada postula que existe uma variável latente que determina o pertencimento dos indivíduos a uma determinada classe¹². Esta metodologia tem sido utilizada nas ciências sociais e

comportamentais, e mais recentemente tem sido aplicada para ilustrar os múltiplos atributos da discriminação e assédio moral em jovens¹³.

Deste modo, este estudo tem como objetivo mensurar a prevalência de discriminação a partir da identificação de grupos de indivíduos com padrões específicos de resposta ao questionário de discriminação racial; e analisar sua associação com variáveis sócio-demográficas em uma população de mulheres da cidade de Salvador.

2. Métodos

2.1 Desenho de estudo

Trata-se de um desenho transversal enquadrado em uma coorte populacional de crianças entre 4 e 12 anos da cidade de Salvador participantes de programa SCAALA. Os aspectos metodológicos do programa foram apresentados em outra publicação¹⁴.

2.2 População e amostra

O presente estudo foi conduzido em Salvador, cidade capital do estado da Bahia no nordeste de Brasil, onde mais dos 80 % de seus habitantes são descendentes africanos ou mulatos. A população de estudo foi integrada por 1445 crianças participantes de uma coorte originalmente desenhada para estudar o impacto de um programa de saneamento ambiental sobre a saúde infantil durante o período 1996 a 2004. O questionário de discriminação racial foi aplicado aos adultos responsáveis pelo cuidado da criança que conformaram um total de 1252 participantes. As exclusões foram realizadas por ausência de resposta ao questionário de discriminação racial (35%), e por falta de informação para co-variáveis de interesse: cor da pele (0.5%), escolaridade (10%), renda (37.5%), e sexo (17%). Não houve diferença na distribuição dos dados perdidos segundo as categorias de exposição à discriminação racial (dados não mostrados). Devido ao pequeno número de homens com informação completa que participaram da pesquisa (48), decidiu-se restringir o estudo às mulheres, fato pelo qual a amostra final foi conformada por 1204 mulheres.

2.3 Instrumento

Foi aplicada a versão modificada do instrumento "*Experience of discrimination*", desenvolvido por Nancy Krieger e traduzido ao português. A escala foi validada originalmente para população americana (Cronbach's alpha: >0.74, com adequada validade convergente e discriminante), mostrando-se associada a estresse psicológico e tabagismo entre latinos e afro-americanos¹⁵. Consta de 17 itens sobre discriminação racial contendo respostas organizadas em quatro dimensões: a situação na qual a

discriminação aconteceu, a resposta ante o tratamento injusto, preocupação com questões raciais, e questões globais. O instrumento foi submetido a processos de tradução e avaliação semântica e conceitual. As propriedades psicométricas mostraram parâmetros adequados para sua utilização em população brasileira (artigo em vias de publicação).

Vale destacar que todas as variáveis indicadoras originalmente propostas em escala Likert foram agrupadas para uma escala dicotômica (0: quando a resposta foi Nunca; 1: quando a resposta foi pelo menos uma vez) devido à pequena frequência de valores registrados em algumas categorias na escala ordinal. Desta forma, a dicotomização das variáveis permitiu diferenciar aqueles indivíduos que referiram discriminação alguma vez daqueles que nunca perceberam.

2.4 Co-variáveis

A variável descritora principal foi cor da pele, obtida a partir da autodenominação do entrevistado. Do total de respondentes 62 identificaram-se como “brancas”, 650 como “morenas ou pardas”, e 457 como “negras”. Dentre as entrevistadas, 24 se classificaram como “amarelas”, 10 como “mulatas” e uma como “indígena”. Por causa do pequeno número de entrevistados para algumas das categorias obtidas, e para fins da análise da discriminação racial, construíram-se três categorias: negro, branco e moreno/pardo, a qual incluiu aqueles autodenominados morenos, pardos, amarelos, mulatos e outros. Registrou-se um valor perdido para cor da pele, o qual foi excluído da análise. Também se incluiu a idade dos respondentes no momento da entrevista, categorizada em ≤ 30 anos, entre 30 e 40, e maior ou igual a 40 anos; a renda mensal da família, analisada segundo o salário familiar recebido no momento da entrevista e ordenada em três categorias: ≤ 1 salário mínimo, $>1SM$ a $\leq 2SM$, e $> 2 SM$. Por último, foi avaliado o nível de instrução dos entrevistados agrupando-se nas seguintes categorias: analfabeto, primário incompleto ou completo; ginásio completo, incompleto ou secundário incompleto; e secundário completo ou mais.

2.5 Análise Estatística

Primeiramente realizamos a análise descritiva para caracterizar a população de estudo segundo a cor da pele autorreferida. Avaliamos o grau de associação entre o relato de experiências pessoais de discriminação e preocupação com discriminação e a cor da pele utilizando o teste de X^2 de Pearson ou o teste exato de Fisher. Utilizamos a LCA para identificar grupos de participantes com padrões semelhantes de resposta na escala de discriminação. LCA é uma técnica estatística que permite caracterizar os indivíduos a partir de uma série de indicadores, e identificar subgrupos homogêneos (classes) com base na associação existente em um conjunto de características

observadas. Em outras palavras, os grupos são definidos a partir das combinações das respostas dos indivíduos ao questionário, e é possível estabelecer a prevalência de cada classe considerando as diferenças qualitativas e quantitativas entre as categorias da variável latente. Para cada indivíduo o modelo estima a probabilidade de pertencimento a uma classe específica, condicional à sua resposta a cada um dos indicadores observados. Ainda a LCA pode ajudar a superar as limitações dos modelos tradicionais, em especial aquelas vinculadas com o erro do tipo I, o baixo poder estatístico e os problemas relacionados com a avaliação de interações de alta ordem⁹.

Doze variáveis indicadoras foram utilizadas na análise de classes latentes. Estas variáveis derivaram de um estudo prévio que avaliou as propriedades psicométricas do instrumento EOD na população do SCAALA, e que identificou uma estrutura dimensional de dois fatores: as “Experiências pessoais de discriminação”, e a “Preocupação com discriminação”, elaborando-se modelos de classes latentes para cada uma das dimensões em separado. Os modelos foram inicialmente comparados examinando-se o critério de informação Bayesiano (BIC) e o critério de informação de Akaike (AIC), que permitem comparar os modelos em termos do balanceamento entre ajuste e parcimônia¹². Escores mais baixos indicam um melhor ajuste do modelo.

Para determinar o número adequado de classes levou-se ainda em consideração a interpretação dos modelos, ou seja, se os subgrupos identificados pelas classes latentes eram distintos uns de outros, de tal forma que os padrões de resposta observados mostrassem significado lógico do ponto de vista teórico. Para mensurar a incerteza na classificação foi utilizada a medida da entropia, considerando-se adequados valores superiores a 0.70. A bondade do ajuste do modelo foi avaliada pelo teste da razão de verossimilhança de Vuong-Lo-Mendell-Rubin (LRT) e do teste de razão de verossimilhança bootstrap paramétrico. Os resíduos padronizados foram avaliados para identificação de violação do pressuposto da independência condicional. Quando os resíduos padronizados foram significativos, as variáveis envolvidas foram reagrupadas considerando a baixa frequência de respostas positivas e o significado teórico dos indicadores. Deste modo, as variáveis: discriminação na escola e em estabelecimentos públicos, discriminação ao pedir empréstimo e pela polícia foram reagrupadas considerando-se o código 0 quando o indivíduo não referiu discriminação em nenhum dos domínios, e 1 se referiu ao menos em um. Em relação ao constructo “Preocupação com discriminação” aqueles itens que indagaram preocupação pelo tratamento injusto para consigo mesmo e para com o grupo na infância ou adolescência foram agrupados. O agrupamento das variáveis melhorou o ajuste global do modelo.

Após implementação da análise de classes latentes e, conseqüentemente, classificação dos indivíduos em perfis de discriminação, realizou-se a estatística descritiva para caracterizar a população exposta à discriminação. A distribuição entre exposição e

preocupação com discriminação e as variáveis sociodemográficas foi avaliada a partir do teste qui-quadrado de independência.

Finalmente, utilizou-se a regressão logística para analisar a relação entre o relato de discriminação, a preocupação com discriminação e variáveis sócio-demográficas selecionadas. Devido à renda e escolaridade terem-se mostrado correlacionadas, as mesmas foram incluídas em modelos separadamente. A escolha do modelo foi baseada no valor de AIC e BIC, considerando o melhor modelo aquele com valores menores de AIC e BIC. Utilizou-se como categorias de referência àquelas que apresentaram menor frequência de resposta positiva para as perguntas sobre discriminação.

A LCA foi implementada no programa MPlus 6 (Muthén & Muthén, Los Angeles, Estados Unidos). Os modelos de regressão logística foram ajustados no programa Stata versão 11.

3. Resultados

A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis do estudo segundo a cor da pele referida pelo entrevistado. Do total das mulheres entrevistadas, apenas 6,0% identificaram-se como brancas; 54,0% como pardas ou morenas, e 40,0% como negras. Dentre as mulheres negras predominaram as menores de 30 anos. Em relação à escolaridade, as mulheres no grupo “branco” referiram com maior frequência menor nível de educação alcançado, sendo que 34 % das mulheres negras referiram estudos secundários completos ou mais. No entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa. Também não houve diferença na distribuição da renda segundo a cor da pele.

Em relação às experiências de discriminação em domínios específicos, a prevalência global oscilou entre 1,0% ao comprar uma casa, 2,0% ao pedir empréstimo bancário ou pela polícia, até 8.5 % ao procurar emprego e 10.7% na escola ou estabelecimentos públicos. Para todos os casos a prevalência de discriminação foi maior para o grupo “negro”, com exceção da discriminação ao pedir crédito ou empréstimo bancário e pela polícia ou no fórum, onde não se observou diferença. A frequência com que as pessoas referiram ter sofrido discriminação por causa da cor da pele foi maior para as mulheres negras para a maioria dos domínios avaliados. (Tabela 1)

Cerca de 30 % das mulheres expressaram preocupação com experiências de discriminação para consigo mesmas e para com o grupo, tanto no passado como no ano da entrevista. Todos os grupos tiveram algum grau de preocupação, não obstante, a preocupação ter sido mais frequente para as negras e pardas, nessa ordem.

Tabela 1: Caracterização da população de estudo segundo a segundo a cor da pele referida. SCALA-Salvador, 2006.

	Branca (n=73)	Morena Parda (n=652)	Negra (n=479)
Faixas etárias			
Idade < 30 anos (n=462)	37.00	37.58	39.67
Idade ≥ 30, < 40 (n=520)	43.84	43.71	42.38
Idade ≥ 40 anos (n=222)	19.18	18.71	17.95
Nível de escolaridade			
Analfabetos ou primária incompleta (n=261)	27.40	22.39	19.83
Ginásio completo até secundário incompleto (n=573)	49.32	48.47	46.14
Secundário completo ou mais (n=370)	23.29	29.14	34.03
Faixas de renda familiar			
Renda mensal ≤ 1SM (n=206)	53.42	52.30	53.44
Renda mensal >1 SM, ≤ 2SM (n=362)	30.14	30.21	29.85
Renda mensal > 2SM (n=636)	16.44	17.48	16.70
Experiência de discriminação por causa de raça/cor da pele			
Na escola, em estabelecimentos públicos* (n=129)	4.11	9.20	13.78
Ao procurar emprego* (n=102)	1.37	5.67	13.36
Em lojas e restaurantes* (n=67)	1.37	2.76	10.02
No trabalho* (n=83)	2.74	4.75	10.44
Ao comprar uma casa*(n=13)	----	0.31	2.30
Ao procurar cuidados médicos* (n=60)	1.37	3.83	7.10
Pela polícia ou no fórum, ao pedir empréstimo bancário (n=25)	----	2.30	2.09
Preocupação com discriminação por causa de raça/cor da pele			
Quando você era criança ou adolescente, se preocupou com as pessoas de seu grupo racial ou com você serem tratados injustamente por causa da raça ou cor da pele?* (n=498)	27.40	38.34	47.60
No último ano, se preocupou com as pessoas de seu grupo racial ser tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?* (n=463)	23.29	35.74	44.47
No último ano, se preocupou com você experimentar tratamento injusto por causa da raça ou cor da pele?* (n=349)	15.07	26.99	33.82

*p<0.05 pelo teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

A Tabela 2 resume os critérios para comparação dos modelos ajustados com a LCA. Ajustaram-se modelos contendo de 1 a 3 classes para cada um dos constructos avaliados. Em relação às “Experiências de discriminação”, a solução mais apropriada baseada no valor do BIC foi o modelo de duas classes. O valor do teste Vuong-Lo-Mendell-Rubin e da razão de verossimilhança bootstrap paramétrica sugerem que duas classes não são suficientes. No entanto, o modelo de três classes não conseguiu discriminar subgrupos com significados distintos entre si, que se encaixem com as expectativas teóricas. Deste modo, optamos pela solução de 2 classes, que demonstrou bons parâmetros de ajuste e boa homogeneidade e separação das classes, facilitando a interpretação dos resultados.

Tabela 2: Índices de bondade de ajuste dos modelos de classes latentes para os constructos: Experiência de discriminação e Preocupação com discriminação. SCALA-Salvador, 2006.

	Nº de classes	AIC	BIC	LRB LRT (valor de p)	Bootstrapped LRT (valor de p)	Entropia
Experiência de discriminação	1	3517.644	3553.298			
	2	2977.931	3054.332	0.0000	0.0000	0.913
	3	2964.309	3081.457	0.0003	0.0000	0.971
Preocupação com discriminação	1	4693.005	4708.285			
	2	3943.198	3978.852	0.0000	0.0000	0.816
	3	3951.198	4007.225	0.4930	1.0000	0.838

Em relação à dimensão “Preocupação com discriminação”, dos três modelos ajustados optamos pelo modelo de 2 classes, o qual mostrou os menores valores de AIC e BIC. Ademais, os valores de Vuong-Lo-Mendell-Rubin e da razão de verossimilhança bootstrap paramétrica rejeitam a hipótese da necessidade de um modelo de três classes. Em consequência, a solução obtida resultou mais parcimoniosa e conseguiu identificar de maneira mais precisa um perfil de preocupação com discriminação.

Para os dois modelos finais, o pressuposto de independência local foi avaliado através de resíduos bivariados entre os indicadores de classes latentes. Os resultados não foram estatisticamente significantes, o que indica que não houve violação do pressuposto.

A classe com maior exposição à discriminação racial representou 8.5% da amostra, e foi formada por mulheres cujas probabilidades de respostas positivas para as variáveis indicadoras oscilaram entre 75.7% na busca por emprego, 50.5% em lojas e restaurantes, 48,0% na discriminação na escola e estabelecimentos públicos, 45.1% no trabalho, e 28.7% ao procurar cuidados médicos. As probabilidades foram menores para aqueles indicadores menos prevalentes na população, como ao comprar uma casa (8.9%), pedir empréstimo bancário ou pela polícia (14.8%). (Tabela 3)

Tabela 3: Prevalência das classes e probabilidade de resposta aos itens nos modelos com 2 classes latentes para discriminação racial. SCALA-Salvador, 2006.

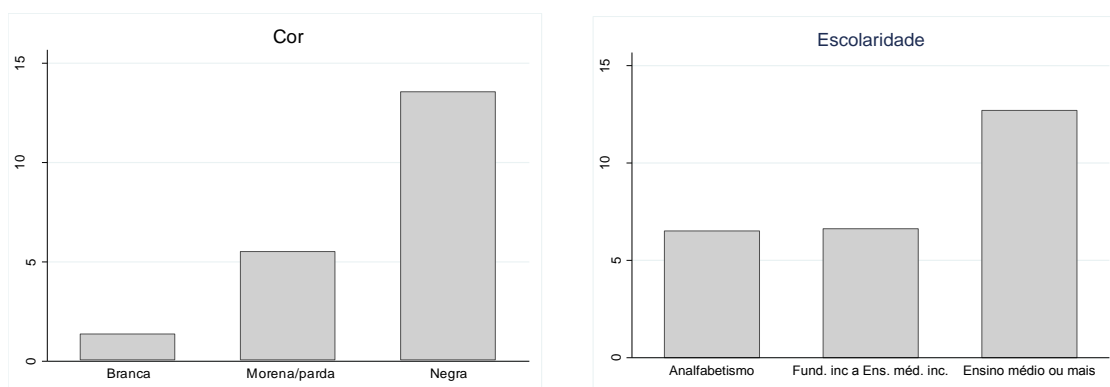
Experiências de discriminação	Maior exposição à discriminação racial (%)	Menor Exposição à discriminação racial (%)
Prevalência	8.5	91.5
Experiência de discriminação		
Na escola, em estabelecimentos públicos	48.0	6.6
No procurar emprego	75.7	1.1
Em lojas e restaurantes	50.5	0.6
No trabalho	45.1	2.7
Ao comprar uma casa	8.9	0.2
Ao procurar cuidados médicos	28.7	2.4
Pela polícia ou no fórum, pedir empréstimo	14.8	0.7
Preocupação com discriminação	Maior exposição à preocupação com questões raciais (%)	Menor exposição à preocupação com questões raciais (%)
Prevalência	42.0	58.0
Preocupação com tratamento injusto por causa da raça ou cor da pele na infância ou adolescência	70.3	5.1
Preocupação com as pessoas de o seu grupo racial ser tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele no último ano	90.0	1.3
Preocupação por você sofrer experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele no último ano	71.7	22.6

A distribuição da experiência e da preocupação com discriminação segundo as variáveis sócio-demográficas são apresentadas na Figura 1. Dentre as mulheres brancas, 1,4% referiram sentirem-se muito expostas à discriminação, enquanto que dentre as pardas este percentual foi de 5,5%, e de 13,6% para as negras, sendo essa diferença estatisticamente significativa. De maneira similar, dentre os que reportaram escolaridade igual ou superior a secundário completo, 12,7% pertenceram ao grupo de expostos à discriminação racial, não havendo diferença para a idade e renda entre os grupos expostos e não expostos (Figura 1).

A classe com maior exposição à preocupação com discriminação representou 42,0% da amostra, e foi constituída por mulheres que exibiram probabilidade de se preocupar com atos discriminatórios no passado (70,3%), com o grupo racial de pertencimento no ano da entrevista (90,0%), e por si mesmas (71,7%). Em contrapartida, as mulheres no grupo não exposto (ou com menor exposição) mostraram um perfil com alta frequência de respostas negativas para todas as perguntas.

47,8% das mulheres que se auto declararam negras e 39,7% das que referiram renda menor a um salário mínimo pertenceram à classe com alta preocupação com discriminação, sendo estes fatores estatisticamente significantes. Não houve diferença para a idade e escolaridade entre aos grupos definidos segundo a preocupação com discriminação (expostos e não expostos) (Figura 2).

Figura 1: Distribuição da Exposição à Discriminação racial segundo as variáveis sociodemográficas: Cor da pele, Escolaridade, Renda, Idade. SCALA-Salvador, 2006.



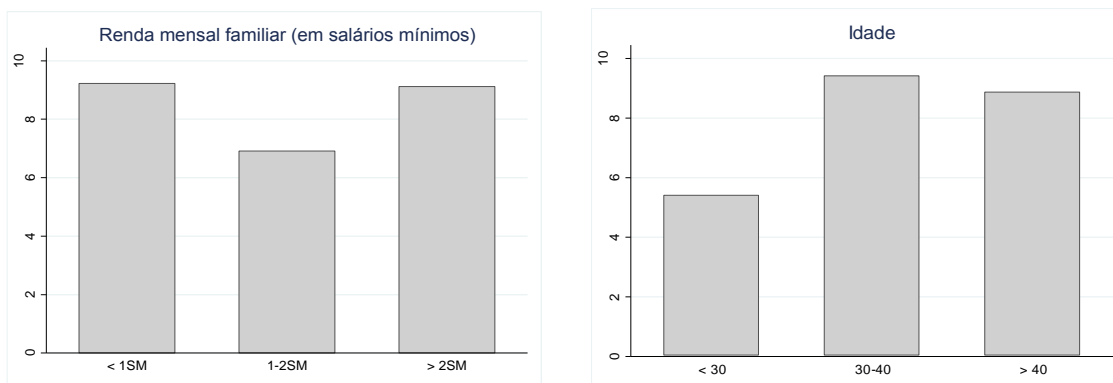
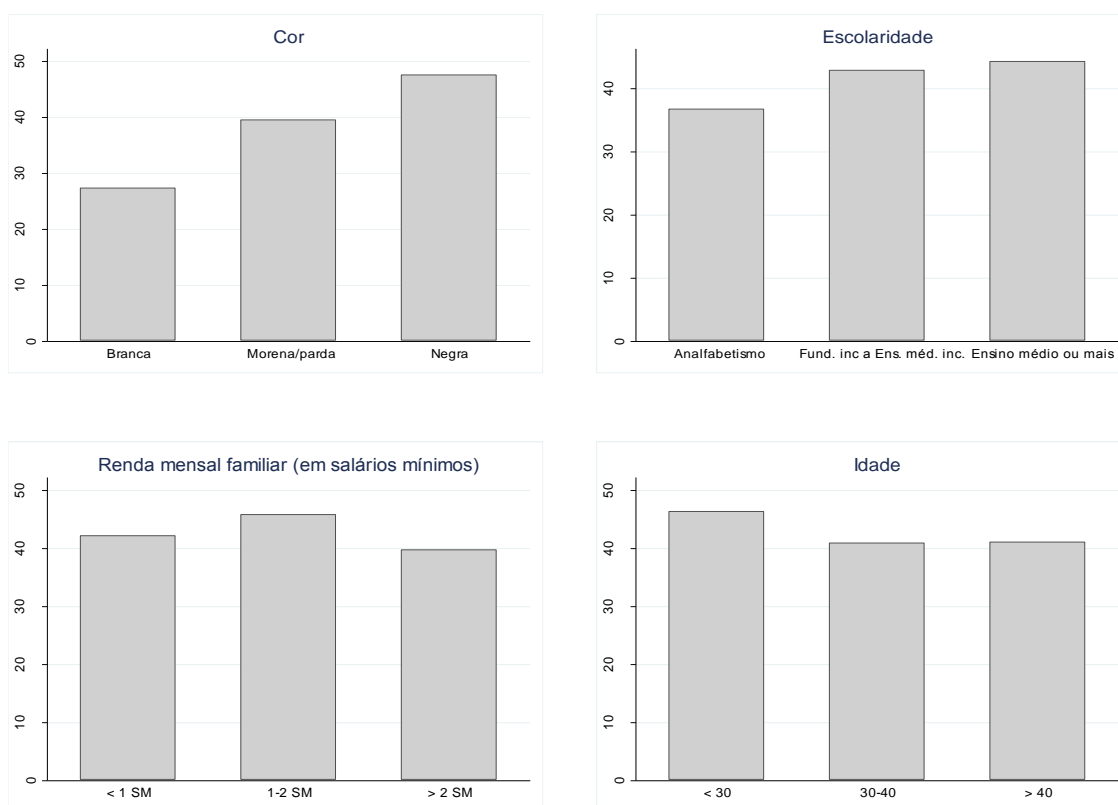


Figura 2: Distribuição da Preocupação com Discriminação racial segundo as variáveis sociodemográficas: Cor da pele, Escolaridade, Renda, Idade. SCALA-Salvador, 2006.



As classes definidas na LCA foram utilizadas como desfecho na regressão logística para estimar a associação entre exposição à discriminação e preocupação com discriminação (variáveis latentes) e variáveis como cor da pele, renda, educação e idade. Consistente com a nossa hipótese, a cor da pele foi a principal variável associada à discriminação e preocupação com discriminação, enquanto idade, nível de

escolaridade e renda não se associaram significativamente. A análise de regressão logística múltipla evidenciou que, segundo o melhor modelo identificado a partir dos valores de AIC e BIC, as mulheres identificadas como negras apresentaram maior chance de relatar experiências de discriminação em comparação com as mulheres brancas (OR=10,5; IC 95%=1,43-77,2), mesmo após o ajuste por potenciais efeitos confundidores, como idade, níveis de escolaridade e renda (Modelo 2, Tabela 4). A cor da pele parda não foi associada ao relato de discriminação.

A análise da variável preocupação com discriminação mostrou que as mulheres que se identificaram como negras ou pardas tiveram maiores chances de se preocupar com as experiências de discriminação, entretanto a chance para as mulheres pardas foi menor (OR pardas 1,71; 1,00- 2,94, OR negras 2,37; 1,37- 4,09) (Modelo 2, Tabela 5). Similar à análise prévia, as variáveis idade, renda e escolaridade não modificaram esta associação para a cor da pele negra. No entanto, a associação com cor da pele parda/morena perdeu a significância estatística após o ajuste.

Tabela 4: ORs e IC 95 % para a associação entre experiência de discriminação e variáveis predictoras nos modelos de regressão logística. SCALA-Salvador, 2006.

Variáveis	OR bruta (IC 95 %)	OR ajustada (IC 95 %)	
		Modelo 1	Modelo 2
Cor da pele			
Branco	1	1	1
Moreno/pardo	4,20 (0,57-31,1)	11.3 (1.54- 83.1)	4.00 (0.53-29.6)
Negro	11,3 (1,54-82,7)	4.21 (0.56- 31.2)	10.5 (1.43-77.2)
Escolaridade			
Analfabeta ou Primaria	1		1
Ginásio Completo ou I	1,02 (0,56-1,84)		0.91 (0.50-1.67)
2º Completo ou mais	2,09 (1,17-3,72)		1.83(1.01-3.30)
Idade			
> 40	1	1	1
Entre ≥30 e <40	1,82 (0,95-3,94)	1.86 (0.96- 3.59)	1.83(0.94-3.57)
< 30	1,70 (0,87-3,11)	1.64 (0.84-3.22)	1.75(0.88-3.46)
Renda familiar			
> 2 SM	1		
Entre >1SM e ≤2SM	0,73 (0,39-1,36)	0.71 (0.38- 1.74)	
≤ 1SM	0,98 (0,57-1,70)	0.98 (0.56-1.70)	

Modelo 1: AIC= 670.1231, BIC= 705.777 , Modelo 2: AIC= 678.0105, BIC= 713.6644

Tabela 5: ORs e IC 95 % para a associação entre preocupação com discriminação e variáveis predictoras nos modelos de regressão logística. SCALA-Salvador, 2006.

Variáveis	OR bruta (IC 95 %)	OR ajustada (IC 95 %)	
		Modelo 1	Modelo 2
Cor da pele			
Branco	1	1	1
Moreno/pardo	1,73 (1,01-2,97)	2,42 (1,40-4,18)	2,37(1,37- 4,09)
Negro	2,40 (1,39-4,15)	1,74 (1,01- 2,98)	1,71(1,00-2,94)
Escolaridade			
Analfabeta ou Primaria	1		1
Ginásio Completo ou I	1,29 (0,95- 1,74)		1,34(0,98-1,82)
2º Completo ou mais	1,36(0,98-1,89)		1,36 (0,98-1,89)
Idade			
> 40	1	1	1
Entre ≥30 e <40	0,80 (0,58-1,09)	0,79 (0,57- 1,08)	0,76 (0,55-1,05)
< 30	0,80 (0,58-1,11)	0,81 (0,58- 1,12)	0,75 (0,54-1,05)
Renda familiar			
> 2 SM	1		
Entre >1SM e ≤2SM	1,15(0,82-1,63)	1,15 (0,82- 1,6)	
≤ 1SM	0,90(0,65-1,24)	0,89 (0,65-1,24)	

Modelo 1: AIC= 1632.158, BIC=1667.812, Modelo 2: AIC=1631.456, BIC= 1667.11

4. Discussão

Neste estudo, 8.5 % das mulheres da amostra reportaram ao menos uma situação de discriminação com motivo racial nas suas vidas, e mais de um terço delas referiu preocupação pelo tratamento injusto por causa da cor da pele. Das variáveis sócio-demográficas avaliadas, a cor da pele autodeclarada mostrou-se fortemente associada às experiências de discriminação, associação que se mostrou mais forte para aqueles indivíduos identificados como negros. Embora a discriminação seja dirigida principalmente contra a comunidade negra, a frequência com que as pessoas se preocuparam com as injustiças raciais foi notavelmente alta, e não se restringiu às mulheres negras, mas também às pardas, mostrando que a discriminação racial é um problema que permeia toda a sociedade. Ao mesmo tempo, não houve associação estatisticamente significativa entre o relato de discriminação e a idade, escolaridade ou nível socioeconômico das mulheres.

Em relação aos domínios avaliados, maiores frequências de discriminação foram registradas em áreas consideradas “duras”, onde a cor é um elemento relevante para a organização dos processos sociais⁸. Assim, altas prevalências foram constatadas na busca de emprego e no trabalho, sempre maiores para o grupo negro. Maiores prevalências foram registradas na escola e nos espaços públicos, assim como na procura por cuidados em saúde. Alguns autores têm destacado as particularidades da

discriminação brasileira, a qual se manifesta em alguns domínios da vida, mas não em outros. Deste modo, a discriminação se expressa mais intensamente naqueles âmbitos que envolvem relações de poder e competição entre os grupos raciais. Em outras formas de interação social, como as que se produzem em âmbitos de lazer, religiosos e os relacionados com a cultura negra, as relações sociais se mostrariam mais tolerantes e harmoniosas¹⁶. Segundo estes autores, o convívio harmonioso é a manifestação da integração e assimilação dos negros, resultado da intensa miscigenação que caracterizou a história brasileira. No entanto, outros autores sustentam que a aparente integração e harmonia mascaram o racismo presente na sociedade e impedem sua superação¹⁷.

Nosso estudo é comparável a outros realizados no Brasil que mostraram prevalências médias de discriminação similares às aqui reportadas, como um estudo conduzido na região de Belo Horizonte, onde a prevalência identificada foi de 8,6%, com maiores frequências em mulheres, jovens e negras¹⁸, enquanto um estudo de base nacional que envolveu 3.863 adultos brasileiros e utilizou o instrumento EOD revelou uma prevalência média de discriminação de 22,0%¹⁹. As diferenças podem ser atribuídas às questões metodológicas, como a forma de tratar a variável de exposição, e à população envolvida, que em nosso estudo foi exclusivamente de mulheres, em sua maioria pobre com baixo nível de instrução. Em consonância com outros estudos^{20,21}, nas mulheres negras a prevalência de discriminação ascendeu a 13.6 %, enquanto o relato para as mulheres pardas foi de 5.5 % e apenas de 1.4 % para as brancas. Aliás, o Brasil é um país de dimensões continentais, com diversidade nos níveis socioeconômicos e composição étnica da população, sendo possível que as diferenças nos níveis de prevalência obedeçam às características do contexto social.

Alguns pesquisadores nos Estados Unidos observaram que os níveis de discriminação percebida entre os afro-americanos são menores quanto maior a concentração do próprio grupo, associação mais forte dentro dos estratos socioeconômicos mais baixos²². A hipótese da densidade étnica propõe que a alta concentração de indivíduos do mesmo grupo reduz a exposição ao preconceito pelo grupo dominante e aumenta os níveis de apoio mútuo²³. Esta hipótese poderia explicar os níveis relativamente baixos de relato de discriminação observados neste estudo. No Brasil não existe um sistema de segregação aberta como nos Estados Unidos, no entanto existem níveis moderados de segregação residencial em áreas metropolitanas. Ainda há que considerar as condições históricas que deram origem ao racismo no país, onde a dinâmica do sistema escravista levou a uma polarização geográfica que ainda hoje persiste, com os não brancos concentrados nas regiões menos desenvolvidas do Norte e Nordeste, e os brancos concentrados nas regiões mais desenvolvidas do Sul e Sudeste. Em Salvador, por exemplo, a participação da população autodeclarada negra é significativamente maior do que as médias estaduais e regionais, e o percentual dos

autodeclarados brancos são menores do que essas médias²⁴. Igualmente, Salvador apresenta o maior índice de isolamento espacial de negros do Brasil, sendo maior a segregação para o grupo mais pobre⁷. Adicionalmente, o estado da Bahia teve um papel central na história da escravidão, e continua a ter níveis marcantes de discriminação racial estruturantes das desvantagens cumulativas da população negra²⁵.

Nossos achados são concordantes com estudos internacionais e nacionais que assinalam as barreiras experimentadas por pessoas de cor negra em relação à busca de emprego ou mesmo nos locais de trabalho, assim como na área de educação. Estudos realizados no Brasil mostram a persistência do padrão de desigualdade em matéria de escolaridade e emprego. As desigualdades no mercado laboral se evidenciam na inserção diferenciada dos negros nas ocupações de menor prestígio e remuneração, inclusive ao comparar grupos de igual escolaridade²⁶. Estudos sobre mobilidade social mostraram que brancos são mais propensos a ascenderem socialmente e exercerem ocupações de maior status que os seus progenitores em relação aos não brancos, as diferenças foram ainda mais acentuadas para as mulheres⁷.

Em relação ao mercado de trabalho, um estudo de base nacional mostrou que o déficit na taxa de emprego enfrentada pelos pardos é em grande medida devido a diferenças na qualificação, e, portanto, resultado de desigualdades sociais herdadas do passado; em contraste, para os negros, o déficit na taxa de emprego é explicado pelos dois efeitos: qualificação e discriminação, destacando que a componente discriminação também é responsável pelas diferenças salariais entre os grupos étnicos²⁷. Os indicadores educativos mostram uma diminuição da brecha entre brancos e negros no acesso à educação básica e como resultado das políticas de universalização da educação.

Não obstante, a brecha se incrementou nos níveis médio e superior nos últimos anos²⁸. Estudos recentes ressaltaram que o preconceito racial torna-se mais relevante à medida em que se ascende na classe social, concluindo que as desigualdades raciais nas chances de ascender socialmente ou adquirir educação formal são mais importantes quanto maior for a hierarquia socioeconômica, enquanto a desigualdade de classe seria mais forte nas escalas socioeconômicas mais baixas. Por outro lado, apesar dos autores não encontrarem evidências de desigualdade racial nas chances de concluir o ensino universitário, destacam que os graduados não brancos encontram mais dificuldades em ocupar posições profissionais do que os brancos com o mesmo nível educacional²⁹.

Outras áreas onde se identifica a discriminação são nas lojas e espaços públicos. O racismo consciente e explícito é dirigido a indivíduos particulares, na forma de insultos ou injúrias raciais, que é a forma mais facilmente reconhecida do racismo no Brasil³⁰, apesar que outras formas mais sutis e indiretas de racismo, perpetuadas através de

mecanismos e práticas informais e que criam barreiras para os negros, persistirem e se naturalizarem na sociedade. Um exemplo é o racismo institucional que se observa nos cuidados em saúde ou na justiça. Embora em nosso estudo apenas 5,0% das mulheres tenham informado discriminação nos cuidados médicos, outros estudos no país destacam as iniquidades no acesso, utilização de serviços e na satisfação com a atenção pelas mulheres negras³¹, assim como insatisfação com a atenção atribuída à discriminação, à classe social e falta de dinheiro³².

O contato com o sistema de justiça e a polícia tem sido sistematicamente reconhecido como espaços sociais onde as pessoas negras enfrentam desvantagens distintas. As pessoas negras são objeto de diversas formas de abuso policial em maior medida que seus pares brancos, e tem sido reconhecido que a cor da pele da vítima é um dos fatores determinantes da suscetibilidade à violência policial²⁷. Neste estudo, a discriminação pela polícia ou no fórum de justiça mostrou percentuais baixos; no entanto, a baixa frequência pode ser atribuída à população objeto de estudo, constituída apenas por mulheres. É provável que os modelos de delito sejam diferentes para os homens, e os coloquem em situação de desvantagem frente ao poder policial e à justiça.

Em relação ao constructo Preocupação com discriminação avaliado em nosso estudo, 37% das mulheres referiram se preocupar com o racismo, fato que foi maior para as mulheres pretas e pardas, nessa ordem. No entanto, um percentual menor reconheceu ter sido discriminada. Este fato pode estar relacionado com o que Nancy Krieger chama discrepância entre pessoa e grupo³³, e que compreende diversos mecanismos tendentes a superestimar as experiências do grupo até negar as próprias experiências pessoais. O reconhecimento e a percepção da discriminação são processos subjetivos, e as pessoas podem não estar dispostas ou não serem capazes de reconhecer-se discriminadas, fenômeno que pode ser mais relevante nas pessoas de nível socioeconômico mais baixo³³. Este fenômeno também pode explicar a baixa frequência de discriminação obtidas neste estudo. Por outro lado, o modo com que as pessoas se importam com as atitudes negativas e preconceituosas para com o grupo reflete um modo em que o racismo torna-se consciente e no qual é percebido como um problema. O racismo como doutrina não prega sobre o indivíduo, pois os indivíduos são considerados membros de tais grupos. A questão aqui é se a classificação racial em categorias de cor reflete o que acontece com os indivíduos como grupo, quando o que gera o pertencimento a um determinado grupo são outros processos que definem a identidade e consciência racial, resultado de processos sócio-culturais e históricos.

No Brasil, a existência da negritude e de uma identidade negra é intensamente debatida e dificilmente reconhecida pela comunidade intelectual, mesmo quando as instituições e a mídia identificam facilmente o seu alvo de injustiças raciais³⁴, e tenha

sido demonstrado em algumas pesquisas que não há grandes diferenças socioeconômicas entre pardos e negros, mas ambos os grupos estão muito distantes dos brancos no que diz respeito à situação socioeconômica e política. Hoje, a maior parte dos brasileiros, independentemente de sua cor da pele, admite a existência de preconceito e discriminação. A desmistificação do discurso da democracia racial e as evidências das intensas desigualdades sociais entre pessoas de cor deram origem à luta por políticas específicas de combate às desigualdades e discriminação racial, demandando políticas mais amplas de igualdade de oportunidades.

Este estudo apresenta vantagens e limitações. Foi utilizado um instrumento com propriedades psicométricas conhecidas para a população brasileira, que avalia múltiplos domínios de discriminação, o que permitiu examinar separadamente cada situação na qual a discriminação aconteceu. No entanto, alguns aspectos da discriminação não são ponderados neste instrumento e merecem ser diferenciados. Williams³⁵ tem destacado a importância de avaliar a discriminação no cotidiano das grandes discriminações, assim como outras formas de discriminação presentes na sociedade como é a classe social ou gênero, idade e outras relacionadas com o aspecto físico, as quais teriam impacto na saúde. Por outro lado, alguns domínios avaliados com este instrumento apresentaram baixa frequência, revelando que as manifestações de racismo no Brasil são diferentes do que acontece nos Estados Unidos. Finalmente, e mais além do instrumento utilizado, no relato da experiência de discriminação intervêm elementos cognitivos, de lembrança dos acontecimentos, assim como da própria valorização que o sujeito faz dessas experiências que as elevam ou não ao nível da consciência, e a vontade de torná-las explícitas; considerações que devem ser apreciadas ao interpretar os resultados. Em consequência, é possível que as prevalências obtidas nesta pesquisa não reflitam a magnitude e complexidade da discriminação nesta população do Brasil.

Por outro lado, a relação entre discriminação e cor da pele poderia estar afetada pela ambigüidade na definição da raças/cor. No Brasil, o sistema de classificação racial é indeterminado e subjetivo, caracterizado por um continuum de cores que pode variar de acordo com o classificador e o contexto social. A imprecisão reflete-se na multiplicidade de cores com que as pessoas se auto-identificam, e na influência da classe social na declaração da cor da pele, tanto que pessoas mais ricas e com pele mais escura são rotulados em categorias mais claras³⁶. Tendo em vista as particularidades deste sistema classificatório, alguns autores sugerem que a utilização da classificação feita pelo entrevistado –como foi aplicada neste estudo– tenderia a subestimar a prevalência de discriminação⁷.

5. Conclusões

O presente estudo utilizou uma técnica inovadora para caracterizar a discriminação racial. A análise de classes latentes é uma estratégia apropriada para a análise de constructos multidimensionais, que não são diretamente observáveis. A técnica permitiu identificar níveis de discriminação considerando a contribuição de cada um dos indicadores da escala. Os resultados mostram que a discriminação racial continua a ser um problema na população de mulheres pobres de Salvador, especialmente naquelas áreas que estruturam as desigualdades sociais, com a cor da pele como um importante preditor das experiências relatadas. As diferenças raciais são históricas no Brasil. Se a brecha socioeconômica observada entre os grupos sociais é atribuída à raça ou é produto de desvantagem acumulada ao longo da vida, é uma questão de intensos debates teóricos. O racismo é uma construção complexa, e os processos discriminatórios combinam vários elementos, aqueles vinculados com o fenótipo com as relações econômicas, a posição na escala social e a cultura. Mas além do debate, o componente racial da discriminação mostrou-se relacionado com os processos que reproduzem as desigualdades sociais, afetando as oportunidades de vida de muitos brasileiros.

Referências

1. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. Oxford, England: Oxford University Press Inc; 2000:36–75.
2. Bhopal R. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. *BMJ*, 1998;316(7149):1970–1973.
3. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *Am Soc Rev* 1996; 62:465–480.
4. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006;35:888–901
5. Lanza ST, Rhoades BL. Latent Class Analysis: An Alternative Perspective on Subgroup Analysis in Prevention and Treatment. *Prev Sci* 2013; 14:157–168
6. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *Am Soc Rev* 1996;62:465–480.
7. Telles E. O Significado da Raça na Sociedade Brasileira. 2004. Princeton e Oxford: Princeton University Press. Versão divulgada na internet em Agosto de 2012.
8. Sansone L. As relações raciais em *Casa-Grande & Senzala* revisitadas à luz do processo de internacionalização e globalização. In: Maio MC. & Santos RV. Raça, Ciência e Sociedade. 2 reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CCBB, 2006
9. Guerreiro RO. Is all socioeconomic inequality among racial groups in Brazil caused by racial discrimination? International Poverty centre. Working Paper 2008 (43). Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper43.pdf>
10. Amorim LDAF, Fiaccone RL, Santos CAT *et al*. Structural equation modeling in epidemiology. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(12):2251-2262.
11. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. *Am J Public Health* 2003; 93(2):200-208
12. Collins LM, Lanza ST. Latent Class and Latent Transition Analysis: With Application in the Social, Behavioural and Health Sciences. Hoboken NJ: John Willey& Sons; 2010
13. Garnett BR, Masyn KE, Austin SB, Miller M, Williams DR, Viswanath K. The Intersectionality of Discrimination Attributes and Bullying Among Youth: An Applied Latent Class Analysis. *J Youth Adolescence* 2013. [Epub ahead of print]
14. Barreto ML, Cunha SS, Alcântara-Neves N, 2, *et al*. Risk factors and immunological pathways for asthma and other allergic diseases in children: background and methodology of a longitudinal study in a large urban center in Northeastern Brazil (Salvador-SCAALA study). *BMC Pulm Med* 2006, 6:15 doi:10.1186/1471-2466-6-15

15. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med* 2005, 61:1576–1596.
16. Fry PH. *A persistência da Raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África Austral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
17. Guimarães AF. Entrevista com Carlos Hasenbalg. *Tempo Social, revista de sociologia da USP* 2006; 18(2): 259-268
18. Macinko J, Mullachery P, Proietti FA, Lima-Costa MF. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. *Int J Equity Health* 2012; 11:80
19. Pavão ALB, Ploubidis GB, Werneck G, Campos MR. Racial discrimination and health in Brazil: evidence from a population-based survey. *Ethnic Dis* 2012; 22: 353-359.
20. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a Stressor for African Americans. A Biopsychosocial model. *Am Psychol* 1999; 54(10):805-810.
21. Klonoff EA, Landrine H. Is skin color a marker for racial discrimination? Explaining the skin color-hypertension relationship. *J Behav Med* 2000 ;23(4):329-38.
22. Hunt MO, Wise LA, Jipguep MC, Cozier YC, Rosenberg L. Neighborhood Racial Composition and Perceptions of Racial Discrimination: Evidence from the Black Women’s Health Study. *Social Psychol Quart* 2007; 70(3): 272–289
23. Halpern D, Nazroo J. The ethnic density effect: results from a National Community Survey of England and Wales. *Int J Soc Psychiatr* 1999;46(1):34-46
24. IBGE. Estudos sociodemográficos e análises espaciais referentes aos municípios com a existência de comunidades remanescentes de quilombos. Relatório técnico preliminar. Rio de Janeiro, 2007.
25. Dos Santos Garcia, A. *Desigualdades Raciais e Segregação Urbana Contemporâneas: Salvador, Cidade d’Oxum e Rio de Janeiro, Cidade de Ogum*. Anais: Encontros Nacionais da ANPUR, 2007, vol. 12.
26. Brasília 2008. *Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após a abolição*. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Página visitada 07/2012 Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/08_05_13_120anosAbolicaoVcoletiva.pdf
27. Arcand JL, D’Hombres B. Racial discrimination in the Brazilian labour market: wage, employment and segregation effects. *J Int Dev* 2004;16: 1053–1066.
28. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2009. *Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*.

Página visitada 07/2012. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicisociais2009/default.shtm

29. Osório RG. Is all socioeconomic inequality among racial groups in Brazil caused by racial discrimination? International Poverty Centre *and* University of Brasilia. Working Paper N° 2008;43:1-46.
30. Guimarães ASA. O mito anverso: o insulto racial. Em: Guimaraes ASA: Classes, Raças e Democracia. 1 a Ed. , São Paulo: Editora 34, 2002.
31. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev Saúde Públ* 2005;39(1)
32. Gouveia GC, de Souza WV, Luna CF, de Souza-Junior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil,2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:S109-S118.
33. Krieger N, Carney D, Lancaster K *et al*. Combining Explicit and Implicit Measures of Racial Discrimination in Health Research. *Am J Public Health* 2010, 100 (8):1485-1492.
34. Dos Santos SA. Who Is Black in Brazil? *Lat Am Perspect* 2006; 33: 30
35. Williams DR. Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009; 32(1): 20.
36. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20(3):660-678.

ARTIGO 3

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS
MENTAIS COMUNS EM MULHERES DE SALVADOR-BA:
O PAPEL DO SUPORTE SOCIAL E DA COR DA PELE**

Resumo

Introdução: A exposição à discriminação racial é considerada um importante estressor psicossocial que contribui com as disparidades em saúde mental. A resposta psicológica ao estresse racial pode variar segundo o tom da pele e estratégias desenvolvidas para enfrentar à discriminação. O objetivo deste estudo é analisar o efeito da discriminação sobre os transtornos mentais comuns em uma amostra de mulheres de Salvador considerando o suporte social e a cor da pele. **Método:** Utilizou-se um desenho transversal com 1132 mulheres que participaram do programa Social Change, Asthma and Allergy in Latin America em Salvador-BA. Aplicou-se o instrumento “*Experience of discrimination*” para aferir discriminação racial, o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ 20) para aferir a saúde mental das participantes, e o *Medical Outcomes Study* (MOS) para aferir suporte social. Medidas de discriminação envolveram duas dimensões: Experiência de discriminação e Preocupação com discriminação, que foram obtidas mediante LCA. A associação entre exposição à discriminação e transtornos mentais, assim como os potenciais modificadores de efeito foram avaliados mediante regressão logística. **Resultados:** A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 38 %, maior entre aquelas que referiram alto grau de exposição à discriminação racial (65.9%), alto grau de preocupação com discriminação (45.0 %), baixos níveis de suporte social (51.7 %), e auto classificadas como negras (41.5%). Após o controle por potenciais variáveis confundidoras, as chances de sofrer transtornos mentais foram maiores para as expostas a experiências de discriminação (OR 3.47; 95 % intervalo de confiança [IC]=2.22-5.42) ou preocupação com discriminação (OR 1.61, IC=1.26- 2.06). Mulheres com baixos níveis de suporte social e expostas à preocupação com discriminação apresentaram 2.84 mais chances de referir TMC que aquelas com altos níveis (IC=1.69 - 4.77), sem diferenças para aquelas expostas a discriminação. A cor da pele não se comportou como modificadora de efeito, embora a chance de sofrer transtornos mentais para as mulheres pardas tenha sido maior quando comparada com as negras. **Conclusões:** Os resultados destas análises confirmam hipóteses prévias sobre os efeitos da discriminação sobre a saúde mental. Adicionalmente destaca-se a importância do suporte social e a cor da pele na relação entre discriminação e saúde mental.

Palavras chave: Discriminação racial, cor da pele, transtornos mentais, suporte social.

Abstract

Introduction: Exposure to racial discrimination is considered an important psychosocial stressor that contributes with racial disparities in mental health. The psychological response to racial stress may vary depending on skin tone and strategies developed to address discrimination. This study aims to analyze the effect of racial discrimination on common mental disorders in a sample of women from Salvador taking into consideration the social support and skin color. **Method:** A cross-sectional design carried out with 1132 women participating in the Social Change program, Asthma and Allergy in Latin America in Salvador-BA. We used the instrument "Experience of discrimination" to measure racial discrimination, the Self Reporting Questionnaire (SRQ 20) to assess the mental health of participants, and the Medical Outcomes Study (MOS) to assess social support. Measures of discrimination tapped two dimensions: Experience of discrimination and Concern about discrimination, which were obtained by LCA. The association between discrimination and mental disorders, as well as the potential effect modifiers was evaluated by logistic regression. **Results:** The prevalence of common mental disorders was 38%, higher among those who reported higher exposure to racial discrimination (65.9%), higher concern about discrimination (45.0%), lower levels of social support (51.7%) and self classified as black (41.5%). After controlling for confounding variables, the odds of suffering mental disorders were higher for those exposed to experiences of discrimination (OR 3:47, 95% confidence interval [CI] = 2:22 to 5:42) or concern about discrimination (OR 1.61, CI = 1.26 - 2:06). Women with lower levels of social support and worried about discrimination had 2.84 more chances to refer mental disorder than those with high levels (CI = 1.69 - 4.77), with no difference for those exposed to discrimination experience. Skin colour did not act as an effect modifier, although the chance of suffering mental disorders for brown women was higher compared to the black ones. **Conclusions:** The results of these analyses confirm previous hypotheses about the effects of discrimination on mental health. Additionally highlight the importance of social support and skin colour in the relationship between discrimination and mental health.

Keywords: Racial Discrimination, Skin Tone, Mental Disorders, Social Support.

1. Introdução

Atualmente há concordância que o racismo desempenha um papel importante na constituição das desigualdades em saúde, mas é a partir das últimas décadas que a exposição à discriminação tornou-se um campo de interesse científico. Pesquisadores na área têm argüido que a discriminação racial, uma das formas do racismo, representa um potente estressor psicossocial com efeitos diversos sobre a saúde. As consequências da discriminação têm sido evidenciadas em múltiplos domínios, mas as associações mais fortes e consistentes se mostraram com a saúde mental e os comportamentos relacionados com a saúde^{1,2}. Ter sido exposto a experiências de discriminação foi associado com sintomas depressivos, baixa auto estima e satisfação na vida³, abuso de substâncias⁴, sofrimento psíquico e saúde debilitada auto referida pelos grupos marginalizados⁵.

Como fenômeno complexo, o racismo atua através de diversos mecanismos que afetam a saúde. As formas institucionais de racismo se consolidam na distribuição de bens e recursos, determinando a posição dos grupos subordinados nos estratos socioeconômicos mais baixos e criando barreiras que limitam o acesso a trabalho, educação, saúde e a mecanismos favorecedores à mobilidade social ascendente. Esta forma de racismo está embebida na estrutura da sociedade e, por isso, tende a ser mais invisível do que a discriminação interpessoal. Em consequência, os grupos étnicos oprimidos concentram desvantagens sociais que os expõem a diversas formas de estresse, que é produto dessas condições de vida desfavoráveis. Uma vez que o status socioeconômico é um preditor importante da saúde mental, e os grupos étnicos estão sobrerrepresentados nos estratos socioeconômicos mais baixos, as diferenças socioeconômicas explicariam um componente substancial das desigualdades em saúde⁶.

A discriminação refere-se a interações diretas entre os indivíduos, que implicam atitudes negativas, juízos, ou tratamento injusto para com membros de alguns grupos sociais². A discriminação é considerada um potente estressor psicossocial com efeitos reconhecidos sobre a saúde mental. A experiência de tratamento discriminatório poderia levar a reações emocionais negativas e produzir angústia. As crenças sobre a inferioridade biológica e/ou cultural de alguns grupos e a experiência de tratamento injusto ou humilhante também afetariam a auto-estima dos grupos estigmatizados. A internalização da visão negativa da cultura dominante e, em consequência, a aceitação da condição de desvantagem e os estereótipos negativos como naturais poderia levar ao desenvolvimento de sentimentos de desvalorização e incapacidade pelos grupos subordinados, e afetar o funcionamento social e psicológico⁶.

A discriminação racial é considerada um tipo de trauma socialmente infringido, direto ou testemunhado, semelhante aos grandes eventos na vida, que desencadeariam reações emocionais características do estresse. Por sua vez, formas cotidianas de

racismo interpessoal atuam como um estresse crônico, levando, a longo prazo, a mudanças cognitivas, maior vigilância ao racismo, baixos níveis de confiança e diversos graus de resposta ante a sociedade discriminadora^{7,8}. Nazroo⁹ salienta que, além dos efeitos relacionados com as experiências diretas de discriminação, o fato de viver em uma sociedade racista teria um impacto significativo sobre a saúde. Ao se comparar com os grupos dominantes, membros de grupos oprimidos reconheceriam a própria situação de desvantagem e exclusão, e a percepção da desvantagem relativa poderia ter efeitos negativos na saúde.

A resposta psicológica do indivíduo ante uma experiência de discriminação pode variar em relação a características do sujeito bem como do nível de exposição aos fatores estressores¹⁰. O tom da pele é uma fonte de exposição diferencial à discriminação. Klonoff and Landrine evidenciaram, dentre uma amostra de homens negros, que quanto mais escura a cor da pele maior a probabilidade de se perceberem como parte de um grupo com “discriminação alta”¹¹. A discriminação seria mais prevalente em aquelas pessoas com tonalidade mais escura, e é aceito na literatura que a cor da pele é um marcador de status social. Além disso, o tom de pele está implicado com o próprio conceito e valorização que as pessoas têm de si mesmos e, portanto, com o bem-estar emocional¹².

A relação entre discriminação e saúde também varia em presença de outros moderadores¹³, que incluem o suporte social, as estratégias de enfrentamento, a crença religiosa e o sentimento de identidade étnica, que atuam reduzindo o impacto negativo do racismo sobre a saúde^{14,15}. Em consonância, Noh & Kaspar (2003) têm evidenciado que a disponibilidade de amigos e familiares com quem compartilhar as experiências de discriminação ajudaria a reconstruir os sentimentos individuais de auto estima e, potencialmente, prevenir sintomas depressivos, destacando os efeitos do suporte social como moderador do impacto da discriminação sobre a saúde¹⁶.

Estudos epidemiológicos no Brasil têm evidenciado piores indicadores socioeconômicos e de saúde para a população negra¹⁷, com o pertencimento racial sendo parte constitutiva das desigualdades sociais. A discriminação racial é estabelecida a partir de mecanismos informais, muitas vezes não visibilizados, inclusive para as vítimas do racismo. Em consequência, são incipientes no país os estudos que incorporam a discriminação como categoria de análise e seu impacto na saúde mental^{18,19}.

Identifica-se, assim, uma lacuna concernente ao estudo simultâneo da discriminação racial e a saúde mental e de potenciais moderadores dessa relação. Com o propósito de contribuir com o entendimento desta temática, este estudo objetiva analisar o efeito da discriminação sobre a ocorrência de transtornos mentais em uma amostra de mulheres de Salvador a partir da utilização de duas medidas de discriminação: a experiência auto-reportada de discriminação racial e a preocupação com a

discriminação; e identificar se a magnitude da associação entre discriminação e transtornos mentais comuns varia em função do suporte social e da cor da pele.

2. Método

2.1 Desenho e população de estudo:

Este estudo foi conduzido na cidade de Salvador, no nordeste de Brasil, com 2.5 milhões de habitantes, dos quais mais de 80 % são descendentes africanos ou mulatos. Utilizou-se um desenho transversal sobre a linha de base de uma coorte populacional de crianças entre 4 e 12 anos participantes de programa Social Change, Asthma and Allergy in Latin America (SCAALA)²⁰. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e novembro de 2006, quando se realizaram visitas domiciliares por uma equipe multidisciplinar devidamente treinada no uso dos instrumentos. A população incluiu 1132 mulheres para as quais se tinha informação completa para as variáveis de interesse.

2.2 Instrumentos:

Utilizou-se a versão modificada do instrumento “*Experience of discrimination*”, desenvolvido por Nancy Krieger (2005) e traduzido ao português. A escala foi validada originalmente para população americana (Cronbach’s alpha: >0.74, com adequada validade convergente e discriminante), mostrando-se associada a estresse psicológico e tabagismo entre latinos e afro-americanos²¹. Consta de 17 itens sobre discriminação racial contendo respostas organizadas em quatro dimensões: a situação na que a discriminação aconteceu, a resposta ante o tratamento injusto, preocupação por questões raciais, e questões globais.

O instrumento foi submetido a processos de tradução e avaliação semântica e conceitual. As propriedades psicométricas foram validadas mostrando parâmetros aceitáveis para seu uso em população brasileira (artigo 1). Vale destacar que todas as variáveis indicadoras, originalmente propostas em escala Likert, foram agrupadas para uma escala dicotômica (0: quando a resposta foi nunca; 1: quando a resposta foi pelo menos uma vez) para diferenciar aqueles indivíduos que referiram discriminação alguma vez daqueles que nunca relataram.

Aplicou-se o questionário *Self Reporting Questionnaire* (SRQ 20) para aferir a saúde mental das participantes. O instrumento foi desenhado pela OMS para rastrear distúrbios psiquiátricos e foi validado em população brasileira mostrando alta sensibilidade (85%) e especificidade (80%), quando comparada com a entrevista psiquiátrica estruturada. O mesmo é composto por 20 perguntas sobre presença de sintomas depressivos, distímia, fobia, ansiedade, somatização e neurastenia^{22,23}.

Para aferir o suporte social utilizou-se a escala de suporte social elaborada originalmente para o *Medical Outcomes Study* (MOS)²⁴. A escala mede a percepção individual dos recursos disponíveis em situação de necessidade e abrange as dimensões emocional, material, afetivo, interação social positiva e de informação das relações interpessoais. Para cada dimensão foi obtido um escore bruto por meio da soma das pontuações atribuídas a cada item. Para fins de análise os escores foram dicotomizados, utilizando-se como ponto de corte o primeiro quartil da distribuição. A escala foi adaptada e validada no Brasil evidenciando parâmetros de consistência interna e propriedades psicométricas adequados²⁵.

2.3 Medida de desfecho

Para avaliar a suspeição de transtornos mentais comuns (TMC) utilizou-se o SRQ-20 com o ponto de corte validado em população brasileira, considerando-se suspeito aquele respondente que apresentou 8 ou mais respostas positivas²⁰. A variável foi codificada como 0=não suspeito, 1= suspeito.

2.4 Medida de exposição

Utilizamos a análise de classes latentes (LCA, em inglês) para identificar grupos de participantes com padrões semelhantes de resposta na escala de discriminação. Identificaram-se duas dimensões de exposição à discriminação racial: a experiência auto relatada de discriminação, e a preocupação com discriminação. Ambas as dimensões representam a experiência interpessoal de discriminação racial e a preocupação com situações de discriminação na infância e no ano da entrevista, entendida esta última como uma medida da percepção do racismo presente na sociedade. A categorização referente às duas dimensões de discriminação racial mediante LCA foi discutido no artigo 2.

2.5 Co-variáveis

As variáveis incluídas no estudo foram:

- cor da pele, obtida a partir da auto declaração dada pelo entrevistado e agrupada segundo as categorias do censo brasileiro em: branco, moreno/pardo e negro;
- idade dos respondentes no momento da entrevista, categorizada em ≤ 30 anos, entre 30 e 40, e maior de 40;
- renda mensal da família, analisada segundo o salário familiar recebido e ordenado em três categorias, de acordo com o valor do salário mínimo no momento da entrevista: ≤ 1 SM, >1 SM a ≤ 2 SM, e > 2 SM;

- nível de instrução dos entrevistados: analfabeta até ensino básico completo; ensino fundamental incompleto até ensino médio incompleto; ensino médio completo ou mais.

- suporte social, codificada, segundo o primeiro quartil do escore, em: 0=suporte social alto, 1= suporte social baixo²⁵.

-resposta ao tratamento injusto: codificada em 0 se o indivíduo tenta fazer alguma coisa ante a situação de discriminação, e 1 se aceita a situação como um fato da vida.

-reação ante o tratamento injusto: codificada em 0 se o indivíduo fala com outras pessoas sobre isso, e 1 se guarda consigo mesmo.

2.6 Análise estatística

Realizou-se análise descritiva para identificar a prevalência de transtornos mentais comuns na população de estudo, e caracterizá-la segundo as co-variáveis escolhidas. Regressão logística foi utilizada para avaliar a associação entre exposição à discriminação racial e transtornos mentais, e a associação entre preocupação com discriminação racial e transtornos mentais com as covariáveis de interesse. Os potenciais modificadores de efeito foram suporte social e cor da pele, identificadas na regressão logística a partir da inclusão de termos produtos. Utilizou-se o teste da razão de verossimilhança para avaliar interação, considerando-se existência de modificação quando o valor descritivo do teste foi menor que 5 %.

Potenciais variáveis de confundimento foram selecionados com base na evidência teórica sobre o papel de variáveis relevantes para as hipóteses em estudo, como idade, escolaridade, nível socioeconômico e resposta às situações de discriminação. A presença de variáveis de confundimento foi avaliada empiricamente a partir da mudança entre OR bruta e ajustada da associação entre discriminação e TMC, considerando-se confundimento quando houve mudança nas estimativas superior a 10 %.

Verificou-se a bondade do ajuste do modelo logístico com o teste de Hosmer-Lemeshow, que mede a correspondência entre os valores esperados e os valores observados da variável resposta. O melhor ajuste é indicado por uma pequena diferença entre a classificação observada e prevista, que é testada através da distribuição qui-quadrado (X^2) com 1 grau de liberdade.

As análises estatísticas foram realizadas no Stata version 11.0 (Stata Corporation, College Station, Tex).

3. Resultados

A prevalência de suspeita de transtornos mentais comuns nas mulheres da amostra foi de 38 %. Delas, 41.5 % das mulheres foram identificadas como negras e 37.0 % como pardas, sendo menor a prevalência de transtornos mentais comuns entre as mulheres brancas (29.6 %). As analfabetas apresentaram uma prevalência de 41.6 %, maior que as que referiram ginásio completo (38.6 %) ou secundário completo ou mais (35.5 %). Não houve diferenças em relação à idade, ou resposta a tratamento injusto. No entanto, a prevalência foi maior entre as que referiram baixos níveis de suporte social (51.7 %), e entre as que referiram alto grau de exposição à discriminação racial (65.9%) e alto grau de preocupação com discriminação (45.0 %) (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de suspeição de transtornos mentais comuns, segundo características da população do estudo (N=1132). SCALA-Salvador, 2006.

Características Individuais	Suspeita TMC (38,34 %) (%)
Cor da pele	
Branco (n=71)	29.6
Moreno/pardo (n = 611)	37.0
Negro (n= 450)	41.5
Escolaridade	
2º Completo ou mais (n=341)	35.5
Ginásio Completo ou I (n=541)	38.6
Analfabeta ou Primaria (n=250)	41.6
Renda (em SM)	
> 2 SM (n= 186)	34.4
Entre >1SM e ≤ 2SM (n=337)	35.0
≤ 1SM (n=609)	41.4
Idade (em anos)	
≥ 40 (n= 206)	38.4
Entre ≥30 e <40 (n= 493)	38.7
< 30 (n=433)	37.8
Resposta ao tratamento injusto	
Tenta fazer alguma coisa (n=640)	38.0
Aceita como um fato da vida (n=492)	38.8
Reação ao tratamento injusto	
Fala com outras pessoas (n=799)	38.7
Guarda consigo mesmo (n=333)	38.2
Suporte Social	
Baixo (n=286)	51.7
Alto (n=846)	33.8
Exposição a discriminação	
Não (n= 1036)	35.8
Sim (n=94)	65.9
Preocupação com discriminação	
Não (n= 661)	33.6
Sim (n= 471)	45.0

A análise da regressão logística univariada identificou que as mulheres que referiram exposição a experiências de discriminação ou preocupação com o racismo apresentaram maiores chances de sofrer transtornos mentais comuns (OR 3.47 (95% IC:2.22-5.42); e 1.61 (95% IC: 1.26- 2.06), respectivamente) em comparação com aquelas não expostas à discriminação. Não houve associação entre suspeita de transtornos mentais comuns e covariáveis de interesse, à exceção do suporte social, a qual mostrou que quanto menores os níveis de suporte social maiores as chances de referir TMC (OR 2.10; 1.60- 2.75). A cor da pele negra mostrou-se positivamente associada à TMC, embora essa associação não fosse estatisticamente significativa.

A inclusão no modelo de potenciais variáveis confundidoras diminuiu a magnitude da associação entre experiência de discriminação e TMC (OR 3.38, 2.13-5.36), mas não mudou de modo substancial a associação entre preocupação com discriminação e TMC (Tabela 2).

Tabela 2. OR bruta e ajustada para suspeita de transtornos mentais comuns segundo variáveis de interesse, estimadas via regressão logística (n=1132). SCALA-Salvador, 2006.

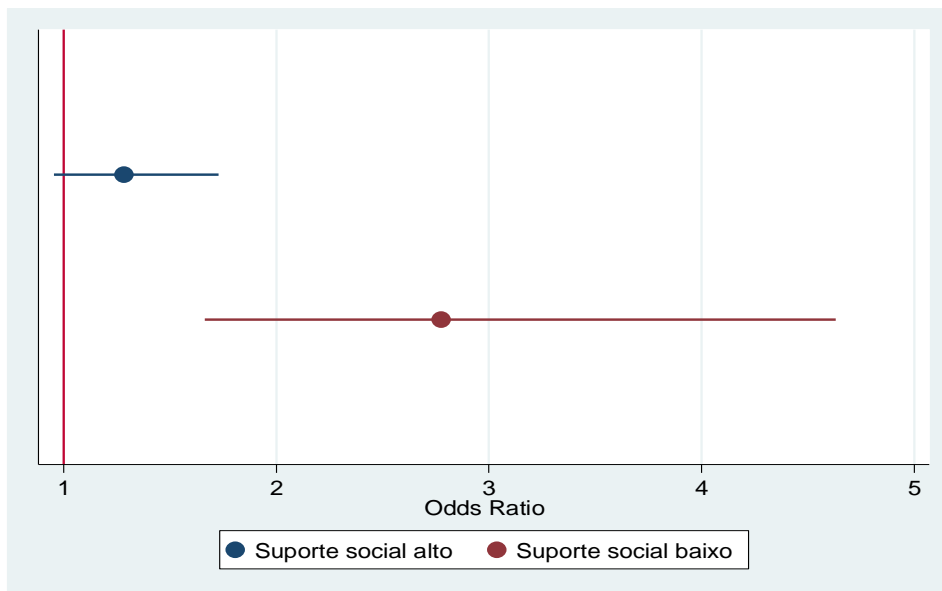
Variáveis	OR bruta (IC 95 %)	OR ajustada* (IC 95 %)
Experiência de discriminação	3.47 (2.22-5.42)	3.38 (2.13-5.36)
Preocupação com discriminação	1.61 (1.26- 2.06)	1.63 (1.26-2.09)
Suporte social		
Alto	1	1
Baixo	2.10 (1.60- 2.75)	2.07 (1.57-2.74)

*ajustada por cor da pele, escolaridade, idade, renda familiar, resposta a tratamento injusto, reação ao tratamento injusto.

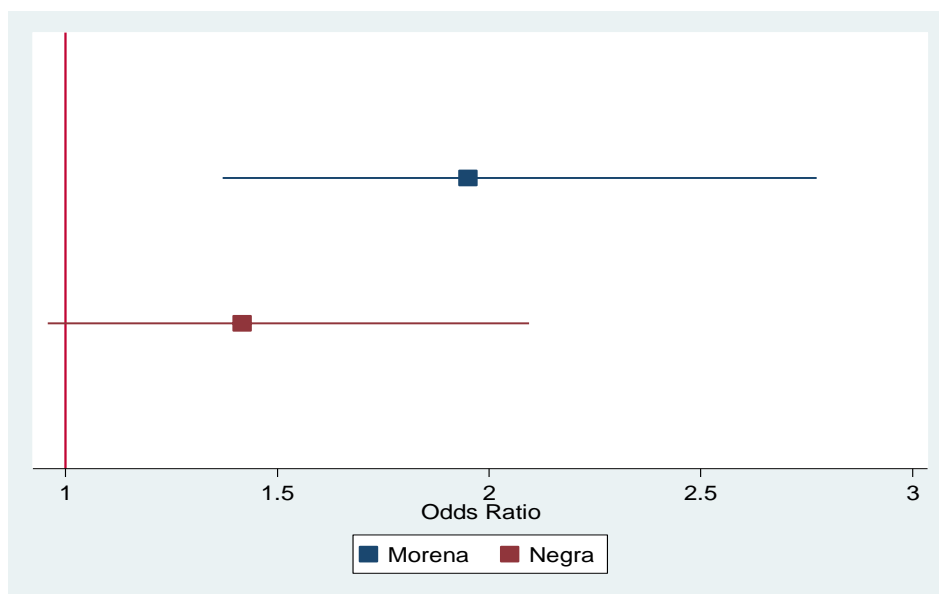
Para avaliar se suporte social e a cor da pele atuam como modificadores da associação entre exposição a discriminação ou preocupação com discriminação e presença de TMC introduziram-se os correspondentes termos produtos na regressão logística. Os achados mostraram que o suporte social modificou apenas a associação entre exposição à preocupação com discriminação e TMC (p-valor=0.01) (Figura 1 (a)). Deste modo, pessoas que são expostas à preocupação com discriminação têm maiores chances de apresentar TMC quando a percepção do suporte social é baixa (OR= 2.84, 95% CI=1.69 - 4.77) em comparação com aqueles com alto suporte social (OR= 1.28, 95% CI=0.95 - 1.72). Não houve diferença estatisticamente significativa para a associação entre preocupação com discriminação e TMC segundo a cor da pele (Figura 1 (b))

Figura 1: OR ajustada e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança obtidos via regressão logística para a relação entre Preocupação com discriminação e Suspeita de Transtornos Mentais Comuns de acordo com o Suporte social (a) e a cor da pele (b). SCALA-Salvador, 2006.

a)



b)

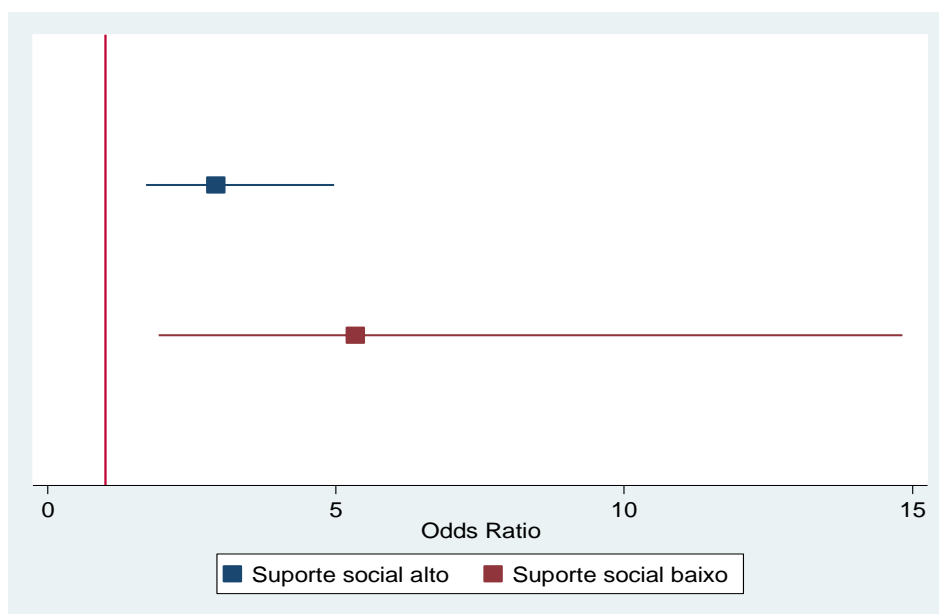


O suporte social e a cor da pele não se comportaram como modificadores de efeito para a associação entre Exposição a discriminação e TMC, apesar da chance de relatar

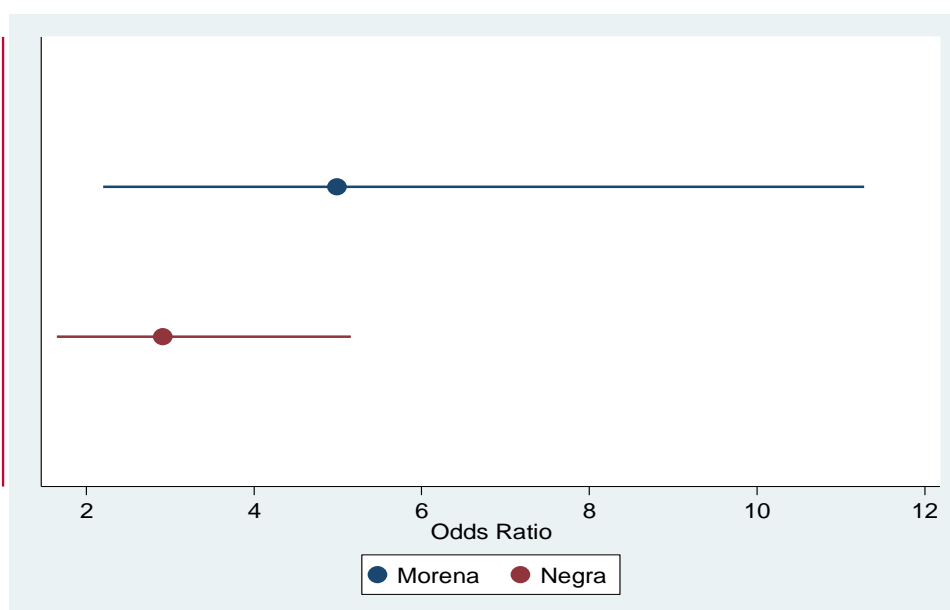
TMC para as mulheres expostas a discriminação ter sido maior para as pardas quando comparadas com as negras. (Figura 2 (b)).

Figura 2: OR ajustada e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança obtidos via regressão logística para a relação entre Exposição à discriminação e Suspeita de Transtornos Mentais Comuns de acordo com o Suporte social (a) e a cor da pele (b). SCALA-Salvador, 2006.

a)



b)



Para avaliar se o efeito da exposição simultânea a experiências de discriminação e a preocupação com discriminação sobre o sofrimento psíquico é maior do que o efeito por separado, construímos modelos de regressão, cujos resultados são apresentados na Tabela 4. Os resultados mostraram que as mulheres expostas a ambas as situações apresentaram maiores chances de referir TMC que aquelas que foram expostas apenas a uma delas, inclusive após a introdução de potenciais confundidores (Tabela 3).

Tabela 3. OR e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% obtidos via regressão logística para a relação entre exposição simultânea a Exposição a discriminação e Preocupação com discriminação e Suspeita de Transtornos Mentais Comuns (n=1132). SCALA-Salvador, 2006.

Discriminação Racial	OR Bruta	Suspeita de TMC	
		(IC 95 %)	OR Ajustada* (IC 95 %)
Sem exposição a discriminação nem preocupação com discriminação	1	-	1 -
Exposição a discriminação ou preocupação com discriminação	1.50	1.17 -1.94	1.53 1.18 -1.99
Exposição a discriminação e preocupação com discriminação	4.91	2.80 -8.60	4.77 2.67 -8.51

*ajustado por cor da pele, idade, escolaridade, renda familiar, resposta a tratamento injusto, reação a tratamento injusto e suporte social.

4. Discussão

Os resultados deste estudo confirmam hipóteses prévias que sustentam que a exposição às situações de discriminação e a preocupação com discriminação associa-se com saúde mental insatisfatória, humor negativo e sintomas depressivos. Adicionalmente, identificou-se o efeito protetor do suporte social sobre o sofrimento psíquico quando as pessoas são expostas à preocupação com discriminação, mas não quando pessoalmente são discriminadas.

Pesquisas na área têm encontrado que pessoas expostas a experiências discriminatórias apresentam piores indicadores de saúde mental, incluindo o sofrimento psicológico, insatisfação com a vida, sintomas depressivos, ansiedade e menores níveis de felicidade²⁶. Por serem humilhantes e degradantes, as experiências de discriminação associadas à cor da pele podem provocar sentimentos de frustração, tensão e injustiça e reduzir o senso de controle. Assim, a experiência de discriminação pode ser considerada em si mesma um fator de estresse, e desencadear as respostas fisiológicas e biológicas que levam ao desenvolvimento de doença⁸.

Alguns autores tem destacado o processo de internalização das crenças racistas, pela qual as pessoas poderiam aceitar o tratamento injusto como uma situação natural, o

que levaria a auto-avaliações negativas, afetando conseqüentemente a auto-estima e o bem-estar psicológico^{27,28}. Nesta linha, Goffman (2006) tem destacado os efeitos do estigma sobre a doença mental, reconhecendo os estigmas tribais, que incluem aqueles atributos vinculados com a raça, ou sexo, suscetíveis de serem transmitidos por herança e que representam características indesejáveis e desacreditadoras para as pessoas que os possuem²⁹. O autor descreve como os indivíduos portadores de algum estigma enfrentam as interações sociais com ansiedade, e se antecipam a tratamentos negativos, mantendo um estado de vigilância que persiste ainda quando o tratamento discriminatório não é experimentado.

Além dos efeitos da exposição à discriminação interpessoal, este estudo mostrou que a forma com que as pessoas se preocupam com o racismo, seja consigo mesma, ou com outros membros da família, tem efeitos sobre a saúde mental. Esta medida oferece uma estimativa indireta da exposição à discriminação do grupo e reflete os efeitos de viver em uma sociedade racista. Estudos em adolescentes, por exemplo, têm demonstrado que conviver com situações próximas de discriminação racial constitui uma ameaça ao desenvolvimento psicológico saudável, e estaria relacionado com problemas emocionais e comportamentais, além do desempenho escolar³⁰.

A tomada de consciência da discriminação racial estaria correlacionada negativamente com a avaliação do próprio grupo étnico. As evidências sugerem que a percepção das barreiras discriminatórias e a internalização dos estereótipos culturais negativos pelos grupos estigmatizados poderiam criar expectativas, ansiedade e reações que afetem o comportamento social e psicológico, inclusive o desempenho acadêmico. A percepção da discriminação racial estaria relacionada com angústia psicológica e menores níveis de satisfação e felicidade⁶.

Priest e cols³¹ têm proposto que formas indiretas de discriminação podem atuar como moderadores que intensificam os efeitos da discriminação interpessoal em contextos de racismo generalizado. As formas não pessoais de racismo podem ser prejudiciais não apenas pelas implicações negativas sobre as pessoas e grupos discriminados, mas também porque ameaça a forma em que as pessoas percebem o mundo, especialmente na necessidade de enxergar o mundo como um lugar justo³².

Em concordância com nossos achados, Karlsen e Nazroo (2002) têm avaliado os efeitos globais do racismo a partir da construção de um indicador de “racismo social”, explorando se os entrevistados achavam que os empregadores britânicos poderiam recusar alguém por motivação racial. Segundo estes autores, a crença de estar vivendo em uma sociedade que vai discriminá-lo em razão da cor da pele poderia ter efeitos diretos e prejudiciais em termos de saúde³³. Outros estudos têm descrito as reações daqueles vivendo sob ameaça de discriminação. Ao contrário de outras experiências estressantes, o racismo não precisa ser experimentado pessoalmente para produzir o senso de ameaça. A característica fundamental do racismo e a violência racial é a

própria ação motivada pelo preconceito racial, pelo qual os incidentes não são eventos individuais isolados, mas coletivos. A experiência de assédio racial mostra que a hostilidade racial não se limita a alguns membros de grupos étnicos, mas que eles são parte de um padrão de hostilidade contra os grupos subordinados como um todo³⁴.

A discriminação é uma experiência subjetiva, e o impacto que esta tem sobre a saúde tem sido avaliado a partir de modelos biopsicossociais que consideram os múltiplos caminhos de interação entre o contexto social, os estímulos ambientais, a resposta psicológica e fisiológica, bem como os fatores mediadores ligados às características demográficas, comportamentais, e às estratégias de enfrentamento¹⁰.

O suporte social refere-se à provisão de uma rede social de recursos psicológicos e materiais destinados a beneficiar a capacidade do indivíduo de lidar com o estresse³⁵. O suporte social representa uma das maneiras pelas quais os indivíduos podem mitigar os riscos à saúde associados com a discriminação racial e envolve a comunicação com outras pessoas sobre eventos ou experiências sofridas. A rede social de apoio promoveria uma sensação de segurança e conectividade, ajudando o indivíduo a compreender que a discriminação é uma experiência compartilhada³⁶. A literatura sobre estresse tem identificado duas maneiras em que o apoio social pode diminuir os efeitos do estresse: de maneira indireta, atuando como moderador, de modo que os benefícios seriam mais aparentes quando o apoio é prestado durante os períodos em que o estresse é alto; e de maneira direta beneficiando os indivíduos nos períodos de alto e baixo estresse³⁷.

Nesta pesquisa, o suporte social não se mostrou como modificador de efeito da associação entre experiência de discriminação e sintomas mentais. Embora seja argumentado que o apoio social serve como uma estratégia eficaz para lidar com o racismo, as pesquisas empíricas mostraram-se contraditórias. Utsey & col (2006) demonstraram que o apoio social protege contra os efeitos negativos da discriminação racial, permitindo aos indivíduos com altos níveis de suporte enfrentar com sucesso e menor pressão as experiências discriminatórias³⁸. O apoio social também teria efeitos diretos, diminuindo a depressão e ansiedade produzida por experiências racistas³⁹. No entanto, outras pesquisas que examinaram o efeito moderador do apoio social na relação entre racismo e estresse não conseguiram encontrar efeitos positivos³². Uma possível explicação foi proposta por Seawell e cols⁴⁰, que apontam que o apoio social funciona melhor quando atende às necessidades específicas impostas por um estressor. A pesquisa tem mostrado que as mulheres afro-americanas que receberam apoio social para discriminação racial foram protegidas contra o impacto negativo da discriminação sobre os sintomas depressivos, mas não em presença de suporte inespecífico. Os autores concluem que o apoio social generalizado, por não levar em conta a singularidade da discriminação racial, seria insuficiente para melhorar os sintomas depressivos. Além disso, é possível que as estratégias que as pessoas

desenvolvem para lidar como racismo influencie a própria valorização ou percepção que se faz sobre o evento racista e as suas consequências⁴¹. Deste modo, pessoas que têm apoio social poderiam subestimar a própria experiência de discriminação.

Contudo, o efeito protetor do suporte social sobre o sofrimento psíquico foi evidenciado para os indivíduos que apresentaram preocupação com discriminação. Diferentemente da exposição interpessoal à discriminação, a preocupação com discriminação representa uma medida global do racismo na sociedade. O item preocupação indaga sobre a forma com que as pessoas percebem a discriminação para com outros membros da família ou grupo. Embora o efeito moderador do apoio social sobre a preocupação com racismo não esteja esclarecido, uma hipótese explicativa é que as pessoas que se preocupam desenvolvem sentimentos de pertencimento ao grupo racial e de identidade coletiva. A identidade racial é uma estratégia reconhecida de enfrentamento ao racismo, e está associada à história e às experiências do próprio grupo e sua posição social. Esse conhecimento pode ajudar a diferenciar as ações dirigidas contra pessoas isoladas versus aquelas direcionadas para pessoas como membros de um grupo específico³².

Nesta linha, as mulheres auto declaradas morenas ou pardas apresentaram maiores chances de sofrer doença mental se expostas à discriminação que as mulheres negras, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Perry et al (2013) avaliaram os efeitos da cor da pele sobre o processo do estresse e a doença mental, sugerindo que mulheres negras tenderiam a internalizar os estereótipos negativos e os preconceitos, e, portanto, seriam mais vulneráveis aos efeitos adversos do racismo, especialmente aquelas nos estratos socioeconômicos mais baixos⁴². No entanto, os achados devem ser interpretados no contexto brasileiro. A intensa miscigenação que caracterizou as relações raciais no país foi baseada no ideal de branqueamento, e foi central para o estabelecimento de um sistema de classificação racial ambíguo, que envolve um continuum de cor que vai do branco ao preto, também influenciado pela classe social. As categorias intermediárias utilizadas evitam a colocação de outros em categorias particularmente estigmatizadas. Segundo Telles⁴³, as pressões do movimento negro poderiam levar a excluir as categorias intermediárias do sistema de classificação tradicional, e forçar a população a se identificar como negros ou brancos.

Isto permite pensar que as mulheres de pele mais escura, que se auto classificam como negras, estariam desenvolvendo outras estratégias para afrontar o racismo que não as mulheres pardas, como o senso de pertencimento a um grupo. Estudos que aprofundaram a relação entre identidade racial, estresse e saúde encontraram que a identidade se associa a melhores indicadores de qualidade de vida³⁸. Apesar dos negros terem referido maior exposição a situações de discriminação, os indicadores de bem estar revelaram-se melhores comparados com outras minorias, reforçando o argumento que coloca a identidade étnica como fator moderador da relação entre

racismo e saúde. Em consonância com esta hipótese, um estudo conduzido no Brasil destacou o papel da identidade racial para os homens negros. Atitudes de identidade racial mostraram-se associadas à autoestima, influenciando a valorização que os homens têm sobre si mesmos e sobre o seu grupo racial. Além disso, a pele escura foi associada a atitudes de resistência e idealização do próprio grupo racial⁴⁴.

Uma importante contribuição deste estudo reside na avaliação dos efeitos sobre a saúde mental a partir de duas medidas de exposição, a experiência interpessoal de discriminação e a preocupação com questões raciais, utilizando instrumentos com propriedades psicométricas conhecidas. A utilização de medidas grupais complementando o auto relato de discriminação é recomendado por Smith (2002)⁴⁵. Esta estratégia, também utilizada em outros estudos⁹, oferece uma medida auxiliar de discriminação que pode detectar formas estruturais de racismo. Isso é importante no contexto brasileiro, onde negros são frequentemente vítimas diretas do racismo, ou espectadores de racismo contra membros de seu grupo racial. Finalmente, a utilização de itens que indagam sobre experiências não-pessoais de discriminação justifica-se devido a que estas formas indiretas de exposição também têm consequências negativas sobre a saúde².

Foi empregada uma escala de estresse psicológico, a qual captura fenômenos qualitativos diferentes das medidas de desordens psiquiátricas, como aspectos de desmoralização que são muito comuns, mas que não atingem os critérios de depressão clínica. Deste modo, o uso da escala SRQ20 mostrou-se apropriado⁴⁶.

Este estudo apresenta algumas limitações. Alguns aspectos da discriminação não são ponderados pelo instrumento EOD e merecem ser distinguidos. Williams (2009) tem destacado a importância de avaliar a discriminação no cotidiano das grandes discriminações, assim como outras formas de discriminação presentes na sociedade, como é a classe social ou gênero, as quais coexistem e interatuam⁸. As dificuldades na aferição do constructo discriminação são amplamente reconhecidas⁴⁷. O racismo representa um estressor complexo, e as pessoas que são alvo de manifestações racistas devem lidar com outras fontes de estresse, como as resultantes da exclusão social e econômica.

Ainda é provável que as mulheres pobres que participaram deste estudo experimentem dupla discriminação, por raça e gênero⁴⁸. Ademais, no relato da experiência de discriminação intervêm elementos cognitivos, de lembrança dos acontecimentos, assim como da própria valorização que o sujeito faz dessas experiências que as elevam ou não ao nível da consciência, e à vontade de torná-las explícitas; considerações que devem ser apreciadas ao interpretar os resultados deste trabalho.

Além disto, foi utilizado um desenho transversal, com o qual não é possível estabelecer a antecedência temporal da discriminação aos transtornos mentais, e as pessoas que padecem sofrimento mental podem perceber de maneira diferente as experiências de discriminação. Embora possa existir a causalidade reversa, um estudo longitudinal falhou em encontrar associação entre o sofrimento psicológico e o relato posterior de discriminação⁴⁹.

Por outro lado, a relação entre discriminação e cor da pele poderia estar afetada pela ambigüidade na definição da raça/cor. As características do sistema classificatório brasileiro permitem variações na categorização das pessoas de acordo com o classificador e o contexto social. A imprecisão reflete-se na multiplicidade de cores com que as pessoas se auto-identificam, e na influência da classe social na declaração da cor da pele, tanto que pessoas mais ricas e com pele mais escura são rotulados em categorias mais claras⁵⁰.

5. Conclusões

Este estudo contribui na compreensão das desigualdades em saúde vinculadas ao racismo no contexto brasileiro utilizando medidas de discriminação interpessoal e grupal. Nossos resultados sugerem que mulheres que não percebem apoio social são mais vulneráveis aos efeitos nocivos da discriminação sobre a saúde mental. Estes achados têm importantes repercussões desde a perspectiva de políticas públicas. As intervenções devem ajudar os membros de grupos oprimidos a desenvolver estratégias para se adaptar aos ambientes hostis. Essas intervenções não devem visar apenas aqueles que sofrem discriminação interpessoal, mas também devem considerar o grau em que os indivíduos percebem o racismo em direção ao grupo.

Referências

1. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006;35:888–901
2. Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Services*, 1999; 29(2):295–352.
3. Seaton EK, Caldwell CH, Sellers RM, Jackson JS. The Prevalence of Perceived Discrimination among African American and Caribbean Black Youth. *Dev Psychol*. 2008 September ; 44(5): 1288–1297
4. Clark TT. Perceived discrimination, depressive symptoms, and substance use in young adulthood. *Addict Behav* 39 (2014) 1021–1025
5. Krieger N, Kosheleva A, Waterman PD, Chen JT, Koenen K. Racial Discrimination, Psychological Distress, and Self-Rated Health Among US-Born and Foreign-Born Black Americans. *Am J Public Health* 2011;101(9):1704-1713
6. Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethnic Health* 2000;5:243–68
7. McKenzie K. Racial discrimination and mental health. *Psychiatry* 2006; 5(11):383-387
8. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009; 32(1): 20
9. Nazroo JY. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in Health. *Soc Health Illness* 1998; 20(5):710–730
10. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a Stressor for African Americans. A Biopsychosocial model. *Am Psychol* 1999; 54(10):805-810.
11. Klonoff EA, Landrine H. Is skin color a marker for racial discrimination? Explaining the skin color-hypertension relationship. *J Behav Med*. 2000;23(4):329-38.
12. Keith VM, Lincoln KD, Taylor RJ, Jackson JS. Discriminatory Experiences and Depressive Symptoms among African American Women: Do Skin Tone and Mastery Matter? *Sex Roles* 2010; 1: 62(1-2): 48–59.
13. Pascoe E, Richman LS. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull*. 2009; 135(4): 531–554. doi:10.1037/a0016059.
14. Mossakowski, Krycia N. Coping with Perceived Discrimination: Does Ethnic Identity Protect Mental Health? *J Health Soc Behavior* 2003;44:318–31.

15. Christopher GE, Musick MA, Henderson AK. Balm in Gilead: Racism, Religious Involvement, and Psychological Distress among African-American Adults. *J Sci Stud Relig* 2008; 47:291–309.
16. Noh S, Kaspar V. Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *Am J Public Health* 2003;93(2):232–238.
17. Heringer R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (Suppl):57–65.
18. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Aquino S, James AS, Kawachi I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med* 2004; 59:1339–1353.
19. Santana V, Almeida-Filho N, Roberts R, Cooper SP. Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil. *Child Adolesc Ment Health* 2007; 12(3):125–131
20. Barreto ML, Cunha SS, Alcântara-Neves N, 2, *et al.* Risk factors and immunological pathways for asthma and other allergic diseases in children: background and methodology of a longitudinal study in a large urban center in Northeastern Brazil (Salvador-SCAALA study). *BMC Pulm Med* 2006, 6:15 doi:10.1186/1471-2466-6-15
21. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med* 2005, 61:1576–1596.
22. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Performance of the self-reporting questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with structured clinical interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2):380–390
23. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *BJP* 1986; 148:23-6
24. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 38:705-14.
25. Griep RH, ChorD, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(3):703-714.
26. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003; 93(2):200–08
27. Karlsen S, Nazroo JY. Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Soc Health Illness* 2002; 24 (1):1–20.

28. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 2008; 67(3): 351–357
29. Goffman E. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu 2006. 1ª ed. 10 a. reimp.
30. Wong CA, Eccles JS, Sameroff A. The Influence of Ethnic Discrimination and Ethnic Identification on African American adolescents' School and Socioemotional Adjustment. *J Personality*. 2003; 1197–1232.
31. Priest N, Perry R, Ferdinand A, Paradies Y, Kelaheer M. Experiences of Racism, Racial/Ethnic Attitudes, Motivated Fairness and Mental Health Outcomes Among Primary and Secondary School Students. *J Youth Adolesc* 2014;43(10):1672-87
32. Stroebe K, Dovidio JF, Barreto M, Ellemers N, John MS. Is the world a just place? Countering the negative consequences of pervasive discrimination by affirming the world as just. *Brit J Soc Psycho* (2011), 50, 484–500.
33. Karlsen S, Nazroo JY. Relation between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups. *Am J Public Health* 2002; 92(4): 624-631.
34. Virdee S. *Racial Violence and Harassment*. Policy Studies Institute: 1995. Disponible em: <http://www.psi.org.uk/publications/ETHNIC/harass.htm>
35. Cohen S. Social Relationships and Health. *Am Psychol* 2004; 676-684
36. Brondolo E, Brady N, Pencille N, Beatty D, Contrada RJ. Coping With Racism: A Selective Review of the Literature and a Theoretical and Methodological Critique. *J Behav Med* 2009; 32(1): 64–88
37. Cohen, S., & Wills, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98, 310-357.
38. Utsey S, Lanier Y, Williams III O, Bolden M, Lee A. Moderator effects of cognitive ability and social support on the relation between race-related stress and quality of life in a community sample of black Americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2006; 12(2):334-346
39. Lincoln KD, Chatters LM, Taylor RJ. Social support, traumatic events, and depressive symptoms among African Americans. *J Marriage Fam* 2005; 67: 754-766.
40. Seawell AH, Cutrona CE, Russell DW. The Effects of General Social Support and Social Support for Racial Discrimination on African American Women's Well-Being. *J Black Psychol* 2014; Vol 40(1): 3–26
41. Bishop, GD. *Health psychology, integrating mind and body*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 1994

42. Perry BL, Stevens-Watkins D, Oser CB. The moderating effects of skin color and ethnic identity affirmation on suicide risk among low-SES African American women. *Race Soc Probl* 2013; 5(1): 1–14
43. Telles E. *O Significado da Raça na Sociedade Brasileira*. 2004. Princeton e Oxford: Princeton University Press. Versão divulgada na internet em Agosto de 2012.
44. Bianchi FT, Zea MC, Belgrave FZ, Echeverry JJ. Racial Identity and Self-Esteem Among Black Brazilian Men: Race Matters in Brazil Too! *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2002; 8(2): 157–169
45. Smith Tom. Measuring Racial and Ethnic Discrimination. GSS Methodological Report N° 96. Chicago, IL: National Opinion Research Center. April 2002. Disponível em: http://publicdata.norc.org:41000/gss/DOCUMENTS/REPORTS/Methodological_Reports/MR096.pdf. Acessado Outubro 15, 2014.
46. Williams DR, Costa M, Leavell JP. Race and Mental Health: Patterns and Challenges. In: Sheid TL, Brown TN editors. *A Handbook for the study of mental health. Social context, Theories and Systems*. Cambridge: University Press; 2010.
47. Krieger N. Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *Am J Public Health* 2012;102(5): 936-945
48. Beale, F. Double jeopardy: To be Black and female. In: Guy-Sheftall, B., editor. *Words of Fire: An Anthology of African American Feminist Thought*. New York, NY: New Press; 1995
49. Brown TN, Williams DR, Jackson JS et al. “Being black and feeling blue”: the mental health consequences of racial discrimination. *Race & Society*. 2000; 2(2):117–131.
50. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(3):660-678.

ARTIGO 4

DISCRIMINAÇÃO RACIAL NAS MÃES E SINTOMAS DE ASMA NOS FILHOS

Resumo

Introdução: Embora o racismo materno esteja associado com a saúde das crianças, a relação entre discriminação racial materna e sintomas de asma ainda não foi explorada. O objetivo deste estudo é analisar o efeito da discriminação auto referida em mulheres de Salvador sobre a prevalência de sintomas asmáticos dos filhos, e avaliar se a magnitude da associação entre discriminação e asma varia em relação à saúde mental materna. **Método:** Trata-se de um desenho transversal com 1130 crianças participantes do programa Social Change, Asthma and Allergy in Latin America. Discriminação racial foi avaliada a partir do questionário *Experience of Discrimination*. Para aferir saúde mental aplicou-se o questionário *Self Reporting Questionnaire*. Sintomas da asma foram identificados a partir da aplicação do questionário *International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC)-Phase II*, além de serem dosados níveis séricos de IgE alérgeno-específica. Consideraram-se as seguintes medidas de desfecho: presença de sibilos nos últimos 12 meses, presença de sibilos nos últimos 12 meses associada a sintomas de asma, e fenótipos de asma. A associação entre sintomas asmáticos e discriminação foi identificada com a análise de regressão logística, utilizando-se a regressão politômica para identificar a associação com os fenótipos atópico e não atópico. Avaliou-se a modificação de efeito a partir de análise de regressão estratificada segundo a presença de transtornos mentais comuns. **Resultados:** A exposição a discriminação nas mães foi associada à prevalência de sibilos nos últimos doze meses nas crianças na análise multivariada (2.28; 95 % intervalo de confiança [IC]= (1.45-3.58). Na análise bivariada exposição à discriminação foi associada ao fenótipo atópico (2.26; IC= 1.05-4.83). A análise de modificação revelou que mães com transtornos mentais comuns foram mais propensas a ter filhos com sibilos mais sintomas asmáticos quando expostas à discriminação (OR 1.75; IC=0.98-3.10) que aquelas sem sintomas psicológicos (OR 0.57; IC=0.18-1.74). **Conclusão:** Os resultados destas análises confirmam a hipótese de que a discriminação materna se associa a sintomas asmáticos nos filhos, associação que parece ser maior em mães com sintomas de sofrimento psicológicos.

Palavras chave: asma, crianças, racismo materno, transtornos mentais.

Abstract:

Introduction: Although maternal racism was associated with children's health, the relationship between maternal racial discrimination and asthma symptoms has not been explored. This study consider mothers' experiences of racism in relation to asthma symptoms prevalence in children, and evaluate if the magnitude of the association varies according to maternal mental health. **Method:** The authors used cross-sectional data from the SCAALA program (Social Change, Asthma and Allergy in Latin America) on 1130 children and their mothers, in which racial discrimination was assessed using the Experience of Discrimination and mental health applying the Self Reporting Questionnaire. Asthma symptoms were identified by application of International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) -Phase II questionnaire, and by measuring serum levels of allergen-specific IgE. We considered the following outcome measures: wheezing in the last 12 months, wheezing in the last 12 months plus asthma symptoms, and asthma phenotypes. The association between asthma symptoms and discrimination was identified by logistic regression, and by polytomous logistic regression to identify the association with atopic and non-atopic phenotypes. Modification effect was evaluated through stratified regression analysis according to common mental disorders. **Results:** Maternal discrimination was associated with wheezing in children in the multivariate analysis (2.28; 95% confidence interval [CI] = (1.45 to 3.58). In the bivariate analysis maternal discrimination was associated with atopic phenotype (2.26; CI = 1.05-4.83). The modification analysis revealed that mothers with common mental disorders were more likely to have children with wheezing plus symptoms when exposed to discrimination (OR 1.75, CI = 0.98-3.10) than those without psychological symptoms (OR 0.57; CI = 0.18-1.74). **Conclusion:** These results confirm the hypothesis that maternal discrimination affects asthma symptoms in children, which seem to increase in mothers with symptoms of psychological distress.

Key words: Asthma, children, maternal racism, mental disorders.

1. Introdução

A asma é a doença crônica mais comum entre as crianças¹, representando uma importante causa de morbidade que compromete as atividades cotidianas. Trata-se de uma doença essencialmente urbana, onde populações étnico-minoritárias, frequentemente de baixo nível socioeconômico, são expostas simultaneamente a múltiplos tipos de estresses². Não por acaso é que essas populações também sofrem a maior carga da doença^{3,4}.

Atualmente se reconhece que a asma representa uma doença heterogênea, manifesta por três fenótipos denominados asma transitória, asma atópica e asma não atópica; as que diferem na fisiopatologia, os fatores de risco e formas clínicas de apresentação⁵.

Estudos internacionais evidenciaram maior risco de ocorrência de asma entre crianças negras⁶, com diferenças em termos de mortalidade e acesso a cuidados de saúde⁷. As disparidades raciais persistiram mesmo após controle por características socioeconômicas⁹, e tenderam a se incrementar ao longo das décadas¹⁰.

No Brasil, a prevalência de sintomas da asma entre crianças e adolescentes atinge 24 %¹¹, com tendências que apontam a um incremento progressivo nas diferentes regiões do país¹². Alguns estudos encontraram desigualdades segundo a cor da pele, com maiores prevalências e gravidade de asma em crianças negras^{13, 14}. Com dados da PNAD estudaram-se a prevalência de diagnóstico de asma e desigualdades regionais, encontrando-se maiores chances de diagnóstico de asma em crianças de famílias de baixa renda em todas as regiões, e em filhos de pais negros no Sul do Brasil, onde as desigualdades foram mais evidentes¹⁵.

As causas destas disparidades são pouco conhecidas. Tradicionalmente a maior frequência e severidade de asma em grupos étnico-raciais foi atribuída às diferenças socioeconômicas entre essas populações⁶. Exposições vinculadas com a pobreza^{16,17}, dieta¹⁸, sobrepeso e obesidade¹⁹, infecções por helmintos²⁰, tabagismo²¹ e contato com alérgenos²² poderiam explicar as tendências.

No entanto, os fatores vinculados com o ambiente físico não parecem explicar a totalidade das desigualdades raciais existentes. Nas últimas décadas, e concomitante com os avanços do conhecimento sobre os processos imunológicos e moleculares, pesquisadores começaram a indagar a influência de fatores estressores psicossociais sobre o desenvolvimento e expressão de sintomas de asma^{6,23}. Existem evidências que crianças cujos pais têm problemas mentais apresentam com maior frequência sintomas asmáticos^{24,25}, formas graves da doença e consulta a serviços de emergência²⁶, especialmente quando as mães manifestam depressão ou distúrbios mentais²⁷. Por outro lado, alguns fatores psicossociais tem evidenciado efeito protetor sobre a prevalência de asma, como por exemplo, o suporte social. Um estudo realizado em crianças de Salvador evidenciou que a percepção de altos níveis de suporte social

não afeta diretamente a manifestação da doença, porém apresenta efeito protetor através da sua influência sobre o sofrimento psicológico materno²⁸.

Uma fonte de estresse única que contribui com as desigualdades étnico-raciais é a discriminação racial. Discriminação alude a todos os meios de expressão e institucionalização das relações sociais de dominação e opressão. Trata-se de um processo perante o qual um ou vários membros de grupos socialmente definidos são tratados de maneira diferente, e especialmente injusta, por causa de seu pertencimento a esse grupo social²⁹.

À diferença de outros fatores estressores, a discriminação racial é um fator especialmente patogênico, principalmente por seu caráter ubíquo, contínuo e imprevisível, que os sujeitos não podem controlar. O estudo da discriminação como determinante da saúde das populações é de início recente. A maior parte das evidências provém de estudos em adultos e mostraram efeitos adversos sobre diversas condições físicas, e especialmente problemas mentais e comportamentais. Deste modo, pessoas expostas à discriminação apresentam pobre saúde mental, relatando com maior frequência sofrimento psicológico, sintomas depressivos, abuso de substâncias, ansiedade e menores níveis de felicidade³⁰.

Uma revisão atualizada evidenciou que crianças e adolescentes são também suscetíveis, quando expostos ao racismo apresentaram sintomas depressivos e problemas de comportamento, abuso de álcool e substâncias psicoativas³¹. As mães expostas à discriminação tiveram maior probabilidade de ter um filho prematuro ou de baixo peso, e a percepção de discriminação mostrou-se relacionada com alteração do funcionamento parental³².

Todavia, pesquisadores têm indagado se o impacto das experiências de discriminação se estende para além do alvo direto. Embora a experiência de discriminação seja um evento individual, é compartilhada dentro do seio familiar e pode afetar as relações e o funcionamento entre seus membros³³. Em situações de estresse, os pais seriam menos propensos a manter ambientes aconchegantes e afetar-se-iam as capacidades de fornecer cuidados preventivos ou curativos. Nesta linha, experiências de discriminação racial sofrida pela mãe têm sido associadas com diversos eventos em saúde nos filhos, como dificuldades emocionais, problemas de desenvolvimento³⁴, saúde mental^{35,36} e presença de doenças agudas, tais como transtornos respiratórios, diarreia, otites e infecção dermatológica³⁷.

Contudo, pesquisas nesta área são incipientes e não existem estudos que indaguem sobre a relação entre os efeitos de experiências de discriminação racial sofrida pela mãe e os sintomas asmáticos nos filhos. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar o efeito da discriminação racial sofrida por mulheres de uma área pobre de Salvador

sobre a prevalência de sintomas asmáticos dos filhos, e avaliar se a magnitude da associação entre discriminação e asma varia em relação à saúde mental materna.

2. Métodos

2.1 Desenho e população de estudo:

O estudo foi conduzido na cidade de Salvador, nordeste do Brasil, com uma população aproximada de 2.8 milhões de habitantes. Os aspectos metodológicos do estudo foram relatados em outra publicação⁴. A população de estudo foi integrada por 1445 crianças participantes de uma coorte originalmente desenhada para estudar o impacto de um programa de saneamento ambiental sobre a saúde infantil durante o período 1996 a 2004. As crianças foram novamente contatadas em 2005 quando estavam na faixa etária de 4 a 11 anos, e novos dados foram coletados, incluindo informações sobre sibilos e fatores de risco para sibilos e doenças alérgicas. O presente estudo é um estudo transversal aninhado dentro essa coorte, e incluiu 1130 crianças para as quais estavam disponíveis informações completas sobre todas as variáveis de interesse.

2.2 Instrumentos e coleta de dados:

Sintomas da asma foram identificados a partir da aplicação do questionário adaptado do *International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC)-Phase II*⁴. Trata-se de um questionário padronizado, traduzido para o português e extensamente validado internacionalmente. O questionário é preenchido a partir das informações oferecidas pelos cuidadores sobre sintomas asmáticos e alérgicos, histórico de saúde da criança e condições socioeconômicas. Para classificar as crianças asmáticas em atópicas ou não atópicas foram coletadas amostras de sangue e foram dosados os níveis séricos de IgE alérgeno-específica. As amostras foram processadas por radioimunoensaio (RAST) utilizando kits comerciais e o teste de ELISA padronizado no laboratório do grupo de pesquisa.

Para identificar a exposição à discriminação racial foi utilizado o questionário *Experience of Discrimination*, instrumento desenvolvido por Nancy Krieger e validado para população americana³⁸. O instrumento foi submetido a processos de tradução ao português e validação das propriedades psicométricas na população participante do SCAALA (Artigo 1).

Aplicou-se o questionário *Self Reporting Questionnaire (SRQ 20)* para aferir a saúde mental das participantes. O instrumento foi desenhado pela OMS para rastrear distúrbios psiquiátricos e validado em população brasileira mostrando alta sensibilidade (85%) e especificidade (80%), quando comparada com a entrevista psiquiátrica estruturada^{39,40}. O mesmo é composto por 20 perguntas sobre presença

de sintomas de transtornos mentais comuns que correspondem a quatro dimensões de saúde mental: comportamento depressivo-ansioso; decréscimo de energia; sintomas somáticos; humor depressivo⁴¹.

Para aferir o suporte social utilizou-se a escala de suporte social elaborada originalmente para o *Medical Outcomes Study* (MOS)⁴². A escala mede a percepção individual dos recursos disponíveis em situação de necessidade e consta de 19 itens que abrangem 5 dimensões: suporte material, suporte afetivo, interação social positiva, suporte emocional, e suporte de informação. A escala foi adaptada e validada no Brasil evidenciando parâmetros de consistência interna e propriedades psicométricas adequados⁴³.

2.3 Medidas do desfecho

Ocorrência de sintomas asmáticos foi definida a partir das seguintes medidas:

- Presença de sibilos nos últimos 12 meses (sibilos).
- Presença de sibilos nos últimos 12 meses associada a pelo menos um dos seguintes sintomas: dificuldade de falar pelo chiado, despertar noturno pelo menos uma vez por semana, chiado após fazer exercício físico ou diagnóstico médico de asma (sibilos mais sintomas).
- Fenótipos de asma: considerou-se simultaneamente a existência de sibilos mais sintomas asmáticos e a presença ou não de atopia. Estabeleceu-se atopia se o nível de IgE específica para, pelo menos, um dos principais aeroalérgenos (*Dermatophagoide pteronyssinus*, *Blomiatropicalis*, *Blattella germânica*, *Periplaneta americana*) foi maior do que 0,70 kU/L, ponto de corte utilizado como referência para detecção de IgE específica pela técnica de RAST.

A partir da presença de sintomas e dos níveis de IgE foram conformados quatro grupos. Crianças com sintomas asmáticos e níveis de IgE acima de 0,70 kU /L foram consideradas asmáticas atópicas, entanto que aquelas com sintomas asmáticos mas sem IgE detectável foram classificadas como asmáticas não atópicas. A escolha dos grupos de comparação foi realizada com base em estratégia analítica utilizada anteriormente pelo programa SCAALA¹⁶. Deste modo, crianças asmáticas não atópicas são comparadas com crianças sem sintomas de asma nem IgE detectável, entanto que o grupo de referência para crianças asmáticas atópicas foi constituído por crianças atópicas sem sintomas de asma.

2.4 Variável de exposição principal

A exposição à discriminação racial foi avaliada a partir da experiência auto relatada de discriminação. Análise de classes latentes (LCA, em inglês) permitiu classificar as mães em diferentes perfis de discriminação, conforme apresentado anteriormente no artigo 2. A variável foi codificada como 0=menor exposição a discriminação, e 1= maior exposição a discriminação.

2.5 Variável modificadora de efeito

Estabeleceu-se a suspeição de transtornos mentais comuns (TMC) a partir das respostas ao questionário SRQ-20 utilizando-se o ponto de corte validado em população brasileira³⁹. Deste modo, foi considerado suspeito aquele respondente que apresentou 8 ou mais respostas positivas. A variável foi codificada como 0=não suspeito, 1= suspeito.

2.6 Co-variáveis

Consideraram-se variáveis da criança: sexo, idade e história de pneumonia; variáveis maternas são história de asma, e indicadores de posição socioeconômica como máxima escolaridade alcançada, renda familiar e cor da pele; variáveis do ambiente físico incluem exposição a tabaco, exposição a mofo, número de crianças no lar; e a variável psicossocial suporte social.

2.7 Análise estatística

Análise descritiva foi realizada para identificar a prevalência de sintomas asmáticos e dos fenótipos de asma, e descrever a amostra segundo as covariáveis de interesse. Em uma segunda etapa avaliou-se a distribuição dos sintomas e fenótipos de asma segundo o auto relato de discriminação racial da mãe.

Para identificar a associação entre relato de discriminação e sintomas asmáticos estimaram-se as *Odds Ratio* (OR) não ajustadas a partir de análise de regressão logística binomial. Para avaliar a associação entre relato de discriminação com fenótipos de asma utilizou-se a regressão logística politômica. As variáveis que mostraram associação estatisticamente significativa na análise bruta foram incluídas no modelo de regressão múltipla, estimando-se as OR ajustadas entre experiências de discriminação e sintomas da asma na regressão binomial, e entre relatos de discriminação e os subtipos de asma na regressão politômica.

Variáveis de confundimento foram identificadas com base nas evidências teóricas e testadas na análise de regressão. Corroborou-se a presença de confundimento quando

a retirada da variável do modelo causava alteração igual ou superior a 20% na medida de associação entre a discriminação auto referida e o sintoma de asma.

A existência de modificação de efeito para a associação entre relato de discriminação e sintomas asmáticos segundo a presença de TMC foi avaliada no modelo de regressão logística a partir da inclusão de termos produtos. Utilizou-se o teste da razão de verossimilhança considerando-se um nível de 5% de significância. A bondade do ajuste dos modelos foi verificada com o teste de Hosmer-Lemeshow. O melhor ajuste é indicado por uma pequena diferença entre a classificação observada e prevista, que é testada através da distribuição X^2 com 1 grau de liberdade.

As análises estatísticas foram realizadas no Stata version 11.0 (Stata Corporation, College Station, Tex).

3. Resultados

Na Tabela 1 observam-se as características da população de estudo. Do total de crianças 53.4 % foram meninos, 70% menores de 8 anos. A frequência de história prévia de pneumonia foi de 20%. A respeito dos sintomas asmáticos, quase 30% referiram sibilos nos últimos 12 meses e 23% sibilos mais sintomas. Já os asmáticos atópicos foram 11% e asmáticos não atópicos 12%. Do total das mães 13.5% tiveram antecedentes de asma, 47.5% completaram o ensino elementar e mais de 50% referiram receber menos de um salário mínimo e se auto declararam pardas. A respeito das características do ambiente físico, 28% referiu tabagismo ativo ou passivo, quase 70% exposição a mofo, e 40% declararam mais de uma criança no lar. 8.1% das mães reconheceram ter sido expostas a discriminação, 38.3% apresentaram sintomas de transtornos mentais e 25% referiram baixo suporte social.

Tabela 1. Características da população de estudo. SCAALA-Salvador, 2006.

	n (%)
Características da criança	
Sexo	
Feminino	527 (46.6)
Masculino	603 (53.4)
Idade	
≥ 8 anos	341 (30.2)
< 8 anos	789 (69.8)
História de pneumonia	
Sim	226 (20.0)
Não	904 (80.0)
Sibilos nos últimos 12 meses	
Sim	337 (29.8)

Não	793 (70.2)
Sibilos e sintomas nos últimos 12 meses	
Sim	263 (23.3)
Não	867 (76.7)
Fenótipos de asma	
Asma atópica	128 (11.3)
Asma não atópica	135 (12.0)
Atópico não asmático	291 (25.7)
Saudável	576 (51.0)
Características maternas	
História de asma	
Sim	153 (13.5)
Não	977 (86.5)
Escolaridade	
Analfabeta ou Primaria	250 (22.1)
Ginásio Completo ou I	540 (47.8)
2º Completo ou mais	340 (30.1)
Renda familiar	
> 2 SM	186 (16.5)
Entre >1SM e ≤ 2SM	336 (29.7)
≤ 1SM	608 (53.8)
Cor da pele	
Branca	71 (6.3)
Parda	610 (54.0)
Negra	449 (39.7)
Características do ambiente	
Exposição a tabaco	
Sim	316 (28.0)
Não	812 (72.0)
Exposição a mofo	
Sim	767 (67.9)
Não	364 (32.1)
Numero de crianças ≤ 5 anos	
Até uma criança	683 (60.4)
Mais de uma criança	447 (39.6)
Fatores Psicossociais	
Exposição a discriminação	
Sim	92 (8.1)
Não	1038 (91.9)
Suspeita de TMC	
Sim	433 (38.3)
Não	697 (61.7)
Suporte Social	
Baixo	284 (25.1)
Alto	846 (74.9)

A Tabela 2 mostra a associação entre exposição à discriminação racial e sintomas de asma. Das crianças cujas mães foram expostas à discriminação, 47,8% referiram sibilos nos últimos 12 meses, enquanto que 32,6% relataram sibilos associados a sintomas asmáticos. Para ambos os casos, a associação foi estatisticamente significativa. Em relação aos fenótipos asmáticos, 15,2% das crianças cujas mães relataram discriminação apresentaram sintomas de asma atópica, e 17,4% de asma não atópica (valor de $p=0,06$).

Tabela 2. Prevalência de sintomas e fenótipos de asma segundo a exposição à discriminação racial das mães. SCAALA-Salvador, 2006.

Sintomas e fenótipos de asma	Exposição à discriminação	
	Sim n(%)	Não n(%)
Sibilos nos últimos doze meses (n=337)*	44 (47,8)	293 (28,2)
Sibilos + sintomas nos últimos doze meses (n=264)*	30 (32,6)	233(22,4)
Fenótipos da asma		
Asma atópica (n=128)	14 (15,2)	114 (11,0)
Asma Não atópica (n=135)	16 (17,4)	119 (11,5)

* p valor < 0.05

Na análise de regressão logística bivariada observamos que crianças menores de 7 anos, com história pregressa de pneumonia e exposição ao mofo no domicílio, tiveram maiores chances de apresentar sibilos, sibilos mais sintomas ou algum dos fenótipos de asma. Quanto maior a escolaridade materna menor a chance de ter um filho com sintomas asmáticos e menor a chance de ter um filho com asma não atópica. A suspeita de TMC foi associada à maior prevalência de sibilos nos últimos doze meses, a sibilos associados a sintomas asmáticos e aos fenótipos atópico e não atópico de asma, enquanto que o suporte social baixo foi associado apenas com a prevalência de asma não atópica (Tabelas 3 e 4).

Em relação à variável de exposição principal, experiência de discriminação racial foi associada de maneira estatisticamente significativa à maior prevalência de sibilos, sibilos mais sintomas e asma atópica na análise bivariada. Os resultados das análises multivariadas, após o ajuste por idade, história de pneumonia, mofo, escolaridade materna e história materna de asma mostraram que mães que relataram experiências de discriminação tiveram mais chances de terem filhos com sintomas asmáticos. No entanto esta associação permaneceu estatisticamente significativa apenas para a prevalência de sibilos nos últimos doze meses (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3: OR bruta e ajustada para a associação entre exposição à discriminação e sibilos, e sibilos mais sintomas asmáticos estimados na regressão logística. SCAALA-Salvador, 2006.

Variáveis	Sibilos nos últimos 12 meses		Sibilos e sintomas nos últimos 12 meses	
	OR bruta	OR ajustada ^a	OR bruta	OR ajustada ^b
Exposição a Discriminação	2,33(1,51-3,58)	2,28 (1,45-3,58)	1,67 (1,05-2,64)	1,56(0,96-2,52)
Características Individuais				
Sexo	1,05 (0,81-1,36)		1,03 (0,78-1,36)	
Idade < 8	1,93 (1,43-2,61)	1,82 (1,33-2,48)	1,86 (1,34- 2,59)	1,76 (1,26-2,46)
História de pneumonia	2,34 (1,73-2,16)	2,13 (1,56-2,90)	2,65 (1,94- 3,64)	2,43 (1,77-3,36)
Características maternas				
História de asma	2,10 (1,48-2,98)	1,87(1,30- 2,70)	2,14 (1,49-3,08)	1,90 (1,30-2,76)
Escolaridade				
2º Completo ou mais	1	1	1	1
Ginásio Completo ou I	0,69 (0,50-0,95)	0,67 (0,48-0,94)	0,65 (0,47-0,92)	0,61 (0,43-0,86)
Analfabeta ou Primaria	0,64 (0,45-0,92)	0,57 (0,39-0,83)	0,60 (0,41-0,87)	0,54 (0,37-0,81)
Renda familiar				
> 2 SM	1		1	
< 1 SM	1,31 (0,91-1,89)		1,34 (0,90-2,0)	
≥ 1 < 2 SM	0,98 (0,65-1,46)		1,00 (0,64-1,56)	
Cor da pele				
Branca	1		1	
Morena	1,14 (0,66-1,97)		0,96 (0,55-1,70)	
Negra	1,01 (0,58-1,77)		0,77 (0,43-1,39)	
Ambiente Familiar				
Exposição a tabaco	0,97 (0,73-1,29)		1,14 (0,84-1,55)	
Exposição a mofo	1,35 (1,02-1,79)	1,24 (0,93-1,67)	1,34 (0,98-1,81)	
Nº de crianças ≤ 5 anos	1,16 (0,89-1,51)		1,10 (0,84-1,46)	
Fatores Psicossociais				
Suporte Social	1,30 (0,98-1,74)		1,31 (0,97-1,79)	

^a Ajustado por idade, história de pneumonia, história materna de asma, escolaridade, exposição ao mofo. ^b Ajustado por idade, história de pneumonia, história materna de asma, escolaridade.

Tabela 4: OR bruta e ajustada para a associação entre exposição à discriminação e fenótipos de asma estimados na regressão politômica. SCAALA-Salvador, 2006.

Variáveis	Fenótipos de asma			
	Asma Atópica (vs atópico, não asmático)		Asma não Atópica (não atópico, não asmático)	
	OR bruta	OR ajustada ^a	OR bruta	OR ajustada ^b
Exposição a Discriminação	2.26 (1.05-4.83)	2.03 (0.94-4.40)	1.51 (0.83-2.76)	1.49 (0.80-2.79)
Características Individuais				
Sexo	1.15 (0.76-1.74)		0.97 (0.66-1.40)	
Idade < 8	1.59 (0.99-2.55)		2.24 (1.39-3.60)	2.15(1.32-3.49)
História de pneumonia	2.27 (1.39-3.70)	2.05(1.24-3.37)	3.03 (2.00-4.60)	2.88(1.88-4.41)
Características maternas				
História de asma	4.19 (2.25-7.81)	3.78(2.01-7.08)	1.59 (0.98-2.59)	
Escolaridade				
2º Completo ou mais	1		1	1
Ginásio Completo ou I	0.62 (0.36-1.05)		0.67 (0.43-1.05)	0.63 (0.40-1.01)
Analfabeta ou Primária	0.76 (0.43-1.34)		0.46 (0.27-0.78)	0.44 (0.26-0.75)
Renda familiar				
> 2 SM	1		1	
< 1 SM	0.88 (0.46-1.67)		1.13 (0.60-2.13)	
≥ 1 < 2 SM	1.03 (0.57-1.86)		1.68 (0.95-2.96)	
Cor da pele				
Branca	1		1	
Morena	0.78 (0.35-1.74)		1.26 (0.53- 2.95)	
Negra	0.59 (0.25-1.35)		1.08 (0.45-2.56)	
Ambiente Familiar				
Exposição a tabaco	1.14 (0.72-1.81)		1.17 (0.78-1.76)	
Exposição a mofo	1.37 (0.86-2.18)		1.28 (0.84-1.92)	
Nº de crianças ≤ 5 anos	1.26 (0.83-1.92)		1.25 (0.85-1.84)	
Fatores Psicossociais				
Suporte Social	1.10 (0.68-1.76)		1.52 (1.01-2.30)	1.48 (0.97-2.26)

^a Ajustado por história de pneumonia e história materna de asma. ^b Ajustado por idade, história de pneumonia, história pneumonia, escolaridade e suporte social.

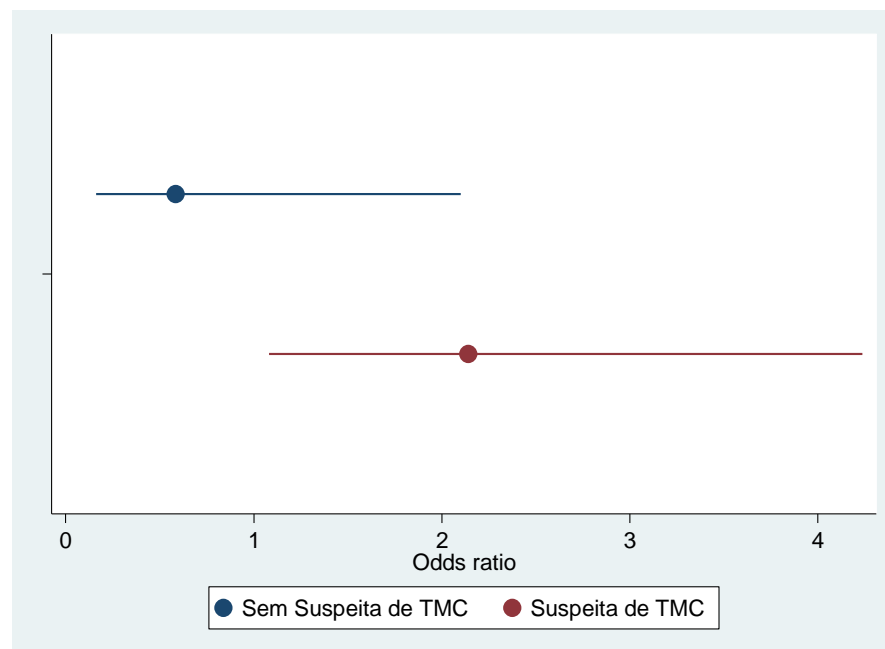
A análise de confundimento revelou que a escolaridade materna poderia ser um potencial confundidor para a associação entre experiência de discriminação e sibilos nos últimos doze meses. No entanto, a comparação do modelo saturado e reduzido para esta variável produziu uma diminuição na medida pontual de apenas 10% na associação entre discriminação e sibilos nos últimos doze meses, a qual manteve associação estatística. Também não se encontraram variáveis de confundimento para a associação entre experiência de discriminação e os outros desfechos de interesse.

Para identificar a existência de modificação de efeito partimos da hipótese de que o efeito da exposição à discriminação racial nas mães sobre a prevalência de sintomas asmáticos nas crianças pode ser diferente de acordo com a presença de TMC, desde que mães com saúde mental abalada ou sintomas depressivos têm maior dificuldade com o tratamento e cuidados da criança e as crianças estariam mais expostas ao estresse, aumentando assim a gravidade da doença.

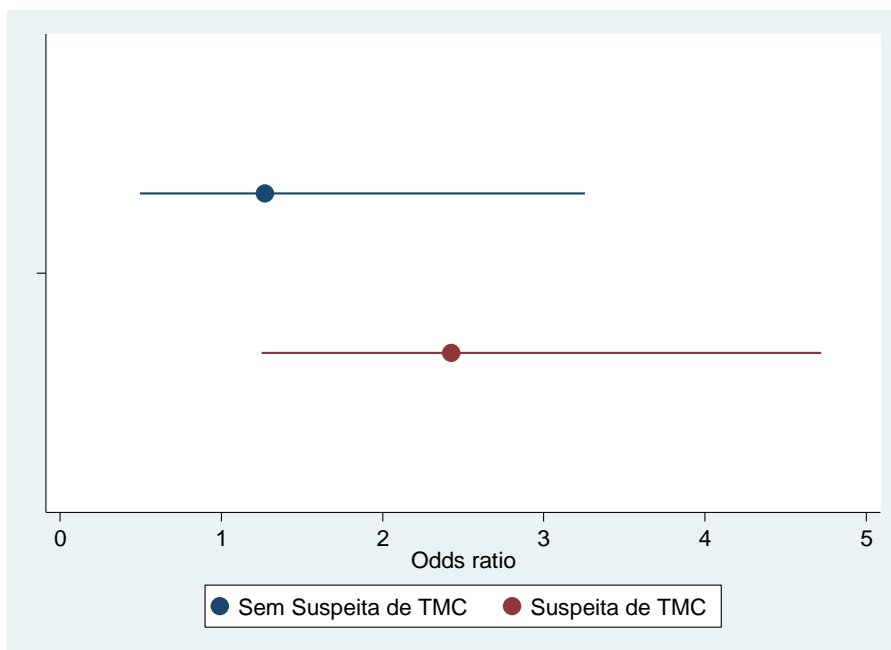
A modificação de efeito foi confirmada apenas para a associação entre exposição a discriminação e sibilos mais sintomas asmáticos (p valor=0.09). (Figuras 1 (a)). Apesar de não se observar modificação para os outros desfechos de interesse, as chances de apresentar sibilos nos últimos doze meses foi maior para o grupo com indícios de transtornos mentais comuns. (Figuras 1 (b)).

Figura 1: OR e seus respectivos Intervalos de 95% de Confiança obtidos via regressão logística para a relação entre a) Exposição à discriminação e sibilos mais sintomas asmáticos nos últimos doze meses de acordo com a Suspeita de TMC, b) Exposição à discriminação e sibilos nos últimos doze meses de acordo com a Suspeita de TMC. SCAALA-Salvador, 2006.

a)



b)



Para todos os modelos, a bondade do ajuste verificada com o teste de Hosmer-Lemeshow mostrou correspondência entre os valores esperados e os valores observados da variável resposta.

4. Discussão

Segundo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que demonstra uma associação entre o relato de discriminação nas mães e sintomas asmáticos das crianças. O estudo também identificou possíveis mecanismos pelos quais a exposição indireta à discriminação afetaria a saúde infantil. A análise de modificação revelou que para aquelas mães com TMC, as chances da criança apresentar sintomas de asma se ela for exposta a discriminação é maior em comparação com o grupo de mães sem suspeita de TMC.

Nossos achados mostram que, em áreas urbanas de Salvador, a exposição à discriminação racial nas mães foi associada estatisticamente a sibilos nos últimos doze meses nos filhos, inclusive após o ajuste por variáveis maternas (escolaridade, história da asma), do meio ambiente (exposição ao mofo) e da criança (idade, história de pneumonia).

A exposição à discriminação como um marcador de estresse foi associada à incidência de asma em adultos⁴⁴. Embora não haja estudos deste tipo em populações de menor idade,

foi demonstrado que a exposição a outros eventos estressantes, em especial o estresse crônico, desencadearia crises asmáticas em crianças⁴⁵. Os nossos resultados são consonantes com outros na literatura que mostraram que altos níveis de estresse percebido nos cuidadores foi um fator preditor de sibilos nas crianças, inclusive após considerar outras variáveis relacionadas ao estresse⁴⁶.

A associação encontrada neste estudo foi mais robusta para sibilos nos últimos doze meses, evidenciando menor poder para os outros desfechos avaliados. Uma possível explicação é que sibilos nos últimos doze meses representa uma medida sensível à severidade da doença⁴⁷, com a qual é possível que o efeito da discriminação seja mais evidente em crianças com asma grave. Esta suposição sustenta-se em um estudo prospectivo que demonstrou que crianças com asma severa e expostas a estresse familiar desenvolveram sintomas asmáticos e apresentaram alterações imunológicas demonstradas pelas mudanças no padrão de produção de citocinas⁴⁸.

Na análise bivariada, mães que relataram experiências de discriminação tiveram mais chances de terem filhos com o fenótipo atópico de asma que aquelas não expostas. Este achado é consonante com a hipótese de que a exposição crônica a situações de estresse em crianças modularia a resposta imunológica para a produção de IgE com o consequente desenvolvimento de asma atópica^{49,50}. Contudo, resultados obtidos no programa SCAALA evidenciaram que crianças expostas a situações de estresse, medido a partir da saúde mental materna, apresentam com maior frequência ambos os fenótipos de asma, atópica e não atópica. Um estudo longitudinal encontrou que a exposição simultânea a estresse agudo e crônico produzia um padrão de secreção de citocinas misto (IL4, IL5 e IFN- γ), revelando desta forma a complexidade da relação entre o estresse e os fenótipos asmáticos⁴⁸.

No entanto, o estudo não identificou associações entre discriminação materna e fenótipos atópico e não atópico de asma na análise multivariada. Esta diferença pode se dever ao poder insuficiente do estudo, possivelmente devido ao pequeno tamanho dos estratos e ao fato de modelar simultaneamente dois desfechos, asma atópica e não atópica. Ainda, os sibilos representam a resposta bronquial aguda de indivíduos suscetíveis ante situações de estresse. É possível que a falta de associação estatística reflita o período de latência que existe entre a exposição materna à discriminação e o desenvolvimento de uma doença crônica nos filhos como a asma⁵¹.

De maneira consonante com outros estudos sobre estresse, mães com sintomas psicológicos foram mais propensas a reportar sintomas asmáticos nos filhos quando expostas à discriminação que aquelas sem sintomas psicológicos. Grande parte da literatura sobre o estresse revela que a saúde mental materna, seja depressão ou mal

funcionamento psicológico, afeta a ocorrência de sintomas asmáticos nos filhos, os quais são mais tendentes a utilizar consultas de emergência em serviços de saúde²⁶. Todavia, a discriminação racial é um potente estressor psicossocial cuja relação com problemas mentais foi bem estabelecida em muitos estudos epidemiológicos^{52,53}. Portanto, é possível interpretar que a saúde mental frágil das mães resultante da exposição ao racismo aumente a prevalência de sintomas asmáticos nos filhos, como encontrada neste estudo. Embora nosso estudo não tenha avaliado mecanismos de mediação, em função dos resultados é possível hipotetizar que as experiências de discriminação nas mães levariam a sofrimento psicológico, depressão e baixa auto-estima^{54,55}, afetando conseqüentemente o senso de controle. Assim, as mães seriam menos propensas a manter ambientes saudáveis e afetar-se-ia a capacidade de proporcionar os cuidados de saúde necessários para a criança asmática, como por exemplo aderir a tratamentos preventivos ou curativos²⁶.

Ainda é possível que as mães percebam barreiras discriminatórias nos serviços de saúde. Um estudo sobre iniquidade no acesso e utilização de serviços de saúde no Rio de Janeiro revelou situações desfavoráveis e persistentes para mulheres negras⁵⁶, identificando-se a discriminação como um fator determinante da insatisfação dos usuários com o atendimento recebido⁵⁷. Deste modo, crianças doentes, mas sem tratamentos preventivos seriam mais suscetíveis de apresentarem crises asmáticas. Por outro lado, têm sido descrito que pessoas expostas à discriminação apresentam com maior frequência comportamentos de risco à saúde, como tabagismo e uso de drogas⁵⁸, este último poderia afetar a capacidade de se envolver nos cuidados dos filhos.

Também é possível que a percepção de discriminação nas mães leve as crianças a desenvolverem sintomas psicológicos, que, por sua vez, exacerbam os sintomas asmáticos. Crianças negras são especialmente vulneráveis às mensagens sobre raça a partir das atitudes e sentimentos dos pais e pessoas do entorno imediato com as experiências de discriminação, bem com o contexto mais distal⁵⁹. Um estudo em afro-americanos evidenciou que a percepção de discriminação racial foi associada a sintomas depressivos nas crianças. Ademais, viver em uma comunidade com altos níveis de discriminação racial foi associado com maior frequência de depressão nas crianças que viviam naquela comunidade, independente da exposição individual⁶⁰.

Este estudo é o primeiro em explorar os efeitos indiretos da discriminação racial sobre os sintomas asmáticos nas crianças. Os resultados são consistentes com estudos prévios que mostraram que filhos de pais afetados por discriminação racial estariam em maior risco de apresentar problemas de saúde.

Contudo, este estudo apresenta algumas limitações. A medida da asma que mostrou associação mais robusta com discriminação materna foi a presença de sibilos nos últimos doze meses, que é o principal sintoma da asma. Os resultados para os fenótipos asmáticos foram menos consistentes. Uma explicação possível reside no poder do estudo, e o pequeno número de crianças cujas mães foram expostas à discriminação e que foram classificadas como asmáticas atópicas ou não atópicas. Apesar de nem todas as crianças sibilantes desenvolvem asma, o registro de sibilos tem sido validado em numerosos estudos e correlacionado com diagnóstico posterior de asma, função pulmonar e hiperreatividade das vias aéreas⁶¹.

Foi utilizado um desenho transversal, portanto não é possível estabelecer a antecedência temporal da associação. No entanto, é pouco provável a causalidade reversa, uma vez que a asma nas crianças não se associa à discriminação racial nas mães. Também não é possível descartar a presença do viés do respondente, uma vez a saúde mental das mães pode influenciar a forma em que elas percebem os sintomas dos filhos. Por outro lado, os efeitos da discriminação podem ser mais marcados quanto maior a idade da criança, quando os indivíduos tornam-se conscientes da existência do racismo. É possível que crianças menores, como a maior parte das crianças deste estudo, sejam protegidas pelas mães dos efeitos prejudiciais da discriminação⁶² desenvolvendo mecanismos protetores para os efeitos do estresse.

5. Conclusões

Os efeitos da discriminação sobre a saúde são complexos, e são múltiplas as vias pelas quais afeta a saúde e o bem-estar dos grupos oprimidos. Pesquisas no Brasil trazem evidências de que os brasileiros não brancos estão expostos a desvantagens cumulativas ao longo do ciclo de vida, e que essas desvantagens são transmitidas de uma geração a outra⁶³. A discriminação, um componente explicativo dessa complexa rede de relações, é todavia persistente no contexto brasileiro.

Este estudo destaca a importância de considerar a influência do contexto familiar a partir das experiências de discriminação das mães sobre uma doença altamente prevalente como é a asma em crianças. As descobertas deste trabalho enfatizam a necessidade de implementar estratégias que tenham como objeto a família. Aprender a lidar mais eficazmente com a discriminação racial pode diminuir a depressão e os sintomas mentais nas mães, e, por sua vez, melhorar a qualidade do cuidado para com os filhos. Por sua vez, promover estratégias que ajudem as crianças e adolescentes a combater a discriminação pode reduzir o seu impacto sobre a saúde.

Referências

1. von Mutius E. The burden of childhood asthma. *Arch Dis Child* 2000; 82(2):II2–II5.
2. Wright R. Epidemiology of stress and asthma: From constricting communities and fragile families to epigenetics. *Immunol Allergy Clin North Am* 2011; 31(1): 19–39.
3. Cooper PJ, Rodrigues LC, Cruz AA, Barreto ML. Asthma in Latin America: a public health challenge and research opportunity. *Allergy* 2009; 64: 5–17.
4. Barreto ML, Cunha SS, Alcântara-Neves N, et al. Risk factors and immunological pathways for asthma and other allergic diseases in children: background and methodology of a longitudinal study in a large urban center in Northeastern Brazil (Salvador-SCAALA study). *BMC Pulm Med* 2006; 6:15.
5. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ*, 2009; 27:181-189
6. Gold D, Wright RJ. Population Disparities in Asthma. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:89–113.
7. Finkelstein JA, Brown RW, Schneider LC, et al. Quality of care for preschool children with asthma. *Pediatrics* 1995; 95:389–394.
8. Steinman HA, Donson H, Kawalski M, et al. Bronchial hyper-responsiveness and atopy in urban, peri-urban and rural South African Children. *Pediatr Allergy Immunol* 2003;14:383–93.
9. McDaniel M, Paxson C, Waldfogel J. Racial Disparities in Childhood Asthma in the United States: Evidence from the National Health Interview Survey, 1997 to 2003. *Pediatrics* 2006;117: 868-877.
10. Mehta NK, Lee H, Ylitalo KR. Child health in the United States: Recent trends in racial/ethnic disparities. *Soc Sci Med* 2013;95:6-15.
11. Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, et al. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC). Fase 3. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(5):341-6.
12. Wehrmeister FC, Menezes AMB, Cascaes AM, Martínez-Mesa J, Barros AJD. Tendência temporal de asma em crianças e adolescentes no Brasil no período de 1998 a 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):242-9.

13. Chatkin MN, Menezes AMB, Victora CG, Barros FC. High prevalence of asthma in preschool children in Southern Brazil: A population-based study. *Pediatr Pulmonol* 2003, 35: 296–301.
14. Chatkin MN, Menezes AMB. Prevalência e fatores de risco para asma em escolares de uma coorte no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5):411-416.
15. Wehrmeister FC, Peres DGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(9):1839-1852.
16. Barreto ML, Cunha SS, Fiaccone R, et al. Poverty, dirt, infections and non-atopic wheezing in children from a Brazilian urban center. *Respir Res* 2010;11:167.
17. Cooper PJ, Rodrigues LC, Barreto ML. Influence of poverty and infection on asthma in Latin America. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012;12:171-178.
18. D'Innocenzo S, Matos SMA, Prado MS. Padrão alimentar, asma e sibilos atópicos e não atópicos em crianças e adolescentes: estudo SCAALA, Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014;30 (9):1849-1860.
19. Matos SM, Jesus SR, Saldiva SR, et al. Overweight, asthma symptoms, atopy and pulmonary function in children of 4-12 years of age: findings from the SCAALA cohort in Salvador, Bahia, Brazil. *Public Health Nutr* 2011;14(7):1270-8.
20. Moncayo AL, Vaca M, Oviedo G, et al. Risk factors for atopic and non-atopic asthma in a rural area of Ecuador. *Thorax* 2010; 65(5):409-16.
21. Burr ML, Anderson HR, Harkins LS, et al. Respiratory symptoms and home environment in children: a national survey. *Thorax* 1999;54:27-32
22. Squillace SP, Sporik RB, Rakes G, et al. Sensitization to dust mites as a dominant risk factor for asthma among adolescents living in central Virginia. Multiple regression analysis of a population-based study. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156(6):1760-4.
23. Jeffrey J, Sternfeld I, Tager I. The association between childhood asthma and community violence, Los Angeles County. *Public Health Rep* 2006; 121:720-8.
24. Weil CM, Wade SL, Bauman LJ, Lynn H, Mitchell H, Lavigne J. The Relationship Between Psychosocial Factors and Asthma Morbidity in Inner-City Children With Asthma. *Pediatrics* 1999;104:1274.
25. Klinnert MD. Psychosocial influences on asthma among inner city children. *Pediatr Pulmonol* 1997;24:234–236.

26. Kaugars AS, Klinnert MD, Bender BG. Family Influences on Pediatric Asthma. *J Ped Psychol* 2004;29(7):475-491.
27. Barreto do Carmo MB, Neves Santos D, Alves Ferreira Amorim LD, et al. Minor psychiatric disorders in mothers and asthma in children. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:416.
28. Santos LM, Santos DN, Rodrigues LC, Barreto ML. Maternal mental health and social support: effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms. *J Epidemiol Comm H* 2012; 66(11):1011-6.
29. Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing “race”, racism, and racial discrimination. En: Oakes M, Kaufman, JS. *Methods in Social Epidemiology*. First edition San Fransisco: Wiley Press; 2006. p 86-111.
30. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009 February; 32(1): 20.
31. Pachter LM, García Coll C. Racism and Child Health: A Review of the Literature and Future Directions. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30(3): 255–263.
32. Collins JW, David RJ, Handler A, Wall S, Andes S. Very Low Birthweight in African American Infants: The Role of Maternal Exposure to Interpersonal Racial Discrimination. *Am J Public Health* 2004; 94(12): 2132- 2138
33. Murray VM, Brown PA, Brody GH, Cutrona CE, Simons RL. Racial Discrimination as a Moderator of the Links Among Stress, Maternal Psychological Functioning, and Family Relationships. *J Marriage Fam* 2001; 63:915–926.
34. Kelly Y, Becares L, Nazroo J. Associations between maternal experiences of racism and early child health and development: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Comm Health* 2013;67(1):35-41.
35. Tran AGTT. Family Contexts: Parental Experiences of Discrimination and Child Mental Health. *Am J Comm Psychol* 2014;53:37–46.
36. Priest N, Perry R, Ferdinand A, Paradies Y, Kelaheer M. Experiences of Racism, Racial/Ethnic Attitudes, Motivated Fairness and Mental Health Outcomes Among Primary and Secondary School Students. *J Youth Adolesc* 2014;43(10):1672-87.
37. Priest N, Paradies Y, Stevens M, Bailie R. Exploring relationships between racism, housing and child illness in remote indigenous communities. *J Epidemiol Commu H* 2010; 66(5):440-7.

38. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med* 2005, 61:1576–1596.
39. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Performance of the self-reporting questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with structured clinical interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2):380–390
40. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *BJP* 1986; 148:23-6
41. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(1):214-222.
42. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 38:705-14.
43. Griep RH, ChorD, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3):703-714.
44. Coogan PF, Yu J, O'Connor GT, et al. Experiences of Racism and the Incidence of Adult-Onset Asthma in the Black Women's Health Study. *Chest* 2014; 145(3):480–485
45. Sandberg S, Paton JI, Ahola S, et al. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet* 2000; 356 (16):982-987.
46. Wright RJ, Cohen S, Carey V, Weiss ST, Gold DR. Parental Stress as a Predictor of Wheezing in Infancy. A Prospective Birth-Cohort Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:358–365.
47. Anderson HR, Gupta R, Kapetanakis V, Asher MI, et al. International correlations between indicators of prevalence, hospital admissions and mortality for asthma in children. *Int J Epidemiol* 2008; 37:573–582
48. Marin TJ, Chen E, Munch JA, Miller GE. Double-Exposure to Acute Stress and Chronic Family Stress is Associated with Immune Changes in Children with Asthma. *Psychosom Med* 2009; 71(4): 378–384
49. Wright RJ. Stress and atopic disorders. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116(6): 1301-1306
50. Wright RJ, Finn P, Contreras JP et al. Chronic caregiver stress and IgE expression, allergen-induced proliferation, and cytokine profiles in a birth cohort predisposed to atopy. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113(6):1051-7.

51. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006;35:888–901.
52. Krieger N, Kosheleva A, Waterman PD, Chen JT, Koenen K. Racial Discrimination, Psychological Distress, and Self-Rated Health Among US-Born and Foreign-Born Black Americans. *Am J Public Health* 2011;101(9):1704-1713
53. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009; 32(1): 20.
54. Karlsen S, Nazroo JY. Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Sociol Health Illn* 2002; 24 (1):1–20.
55. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 2008; 67(3): 351–357.
56. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005;39(1).
57. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:109-118.
58. Clark TT. Perceived discrimination, depressive symptoms, and substance use in young adulthood. *Addic Behav* 2014;39: 1021–1025.
59. Sanders-Phillips K. Racial Discrimination: A Continuum of Violence Exposure for Children of Color. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2009;12(2):174-95.
60. Simons RI, Murray V, McLoyd V, Lin KH, Cutrona C, Conger RD. Discrimination, crime, ethnic identity, and parenting as correlates of depressive symptoms among African American children: A multilevel analysis. *Dev Psychopathol* 2002; 14(2):371–393.
61. Pearce N, Beasley R, Burgess C, Crane J. Measuring asthma prevalence. In: Pearce N, editor. *Asthma epidemiology: principles and methods*. New York: Oxford University Press, Inc; 1998. p. 75–114.
62. Priest N, Paradies Y, Trenerry B, Truong M, Karlsen S, Kelly Y. A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Soc Sci Med* 2013.; 95:115-127
63. Guimarães ASA. Entrevista com Carlos Hasenbalg. *Tempo Soc* 2006; 18(2): 259-268.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho baseia-se na tese de que a discriminação racial é um fator de estresse com efeitos negativos sobre a saúde. Especificamente, focamos na relação entre exposição à discriminação racial nas mães e a ocorrência de sintomas asmáticos em crianças, considerando a inter-relação com a saúde mental materna.

A literatura sobre as desigualdades raciais, e, particularmente, sobre a discriminação como um fator de exposição, é recente no campo de Saúde Coletiva. Isto pode ser constatado pelo fato de que existe um grande número de instrumentos de mensuração da discriminação a nível internacional, mas poucos deles têm sido utilizados na pesquisa epidemiológica no Brasil, com tentativas recentes de se desenvolver instrumentos locais. Esta situação sinalizou para a necessidade de examinar a validade de um instrumento de medida de discriminação que já tinha sido utilizado em pesquisas brasileiras e previamente aplicado à população participante deste estudo. A análise da estrutura dimensional e de constructo, embora seja uma etapa inicial no processo de validação de instrumentos de medida, constitui-se um primeiro passo, importante, para avaliar a discriminação no nosso contexto. Os resultados permitiram evidenciar a magnitude e as características do problema na população de Salvador, e possibilitaram a construção de indicadores de discriminação que foram utilizados como medida de exposição nas análises posteriores.

Um desafio a enfrentar nesta tese consistiu em desenvolver um modelo teórico para sustentar a relação entre exposição à discriminação das mães sobre um evento que ocorre nos filhos. Adotamos o modelo bioecológico proposto por U. Bronfenbrenner que se fundamenta na relação bidirecional entre os sujeitos - díade mãe filho - como na interação com o ambiente. Esta proposta é central já que reconhece a influência do contexto sobre a saúde física e mental, que pode ocorrer em vários níveis do ambiente. A natureza dessa interação pode funcionar como uma fonte de perigo, ou de segurança para a criança. Esta proposta mostrou-se apropriada desde que a experiência de discriminação racial pode ocorrer em vários níveis ou sistemas na vida de uma criança.

Os resultados mostraram que a experiência de discriminação vivenciada pelas mães se associa à asma nos filhos, relação que pode ser mediada pela saúde mental das mães. Mas devemos reconhecer que a associação entre discriminação e asma é complexa, e provavelmente existam vários caminhos, diretos e indiretos, para explicá-la. Neste estudo, postulamos que a discriminação como experiência estressora, e as estratégias

desenvolvidas pelos indivíduos para enfrentá-la, explicariam parte das associações encontradas.

Nossos achados mostraram-se congruentes com estudos prévios que ressaltaram os efeitos prejudiciais da discriminação sobre a saúde. A discriminação mostrou-se associada a dois eventos aparentemente distintos, como a saúde mental e a asma infantil. No entanto, apesar de serem duas entidades nosológicas diferentes, elas podem ser similares em alguns processos que levam à manifestação da doença. No caso da asma, outros estudos, inclusive nesta mesma população do SCAALA, têm demonstrado, por exemplo, que a exposição a outras formas de estresse, como a violência ou punição corporal por exemplo, se associa com a doença nas crianças.

Com certeza este estudo apresenta algumas limitações. Foi utilizado um desenho transversal com o qual não é possível estabelecer a antecedência temporal da exposição. O instrumento de medida utilizado não contempla outras formas de discriminação presentes na sociedade brasileira. Os problemas identificados no instrumento salientam a necessidade de propor modificações que melhorem a qualidade psicométrica.

Destacamos a importância de considerar o contexto familiar como objeto de intervenções, promovendo estratégias que ajudem as mães e crianças a lidar mais eficazmente com a discriminação. Espera-se que as informações aqui produzidas contribuam com a formulação de políticas públicas tendentes a diminuir a discriminação racial, e a mitigar os efeitos nocivos dela sobre a saúde.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

QUESTIONÁRIO DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Fatores de risco psicossociais para asma e doenças alérgicas em crianças, na cidade de Salvador:
Um inquérito epidemiológico

Medida auto-referida com múltiplos itens de experiência em discriminação racial.
Nesta secção, vamos perguntar como você e outras pessoas iguais a você são tratadas e como você normalmente responde a esse tratamento.

I Experiência de discriminação (EOD)

1.1 Resposta a tratamento injusto:

Se você sente que está sendo tratado injustamente, você geralmente:

- a) Aceita isto como um fato da vida
- b) Tenta fazer alguma coisa contra isto

Se você está sendo tratado injustamente, você geralmente:

- a) Fala com outras pessoas sobre isto
- b) Guarda isto consigo mesmo

1.2 Discriminação

Alguma vez sofreu a experiência de discriminação, sendo impedido de fazer alguma coisa, ou sentiu-se incomodado, ou levado a sentir-se inferior em algumas das seguintes situações por causa da sua raça, etnia ou cor? Quantas vezes isso aconteceu para cada situação seguinte?

- a) Na escola
- b) Ao procurar emprego
- c) No trabalho
- d) Ao comprar uma casa
- e) Procurando cuidados médicos
- f) Solicitando serviço em loja ou restaurante
- g) Ao pedir crédito ou empréstimo bancário
- h) Na rua ou em estabelecimento público
- i) Pela polícia ou no Fórum

- 1- Uma vez
- 2- Duas ou três vezes
- 3- Mais de quatro vezes

1.3 Perguntas sobre preocupação.

Responda de acordo com as seguintes opções:

- 1- Todo o tempo
- 2- Alguma parte do tempo
- 3- Raramente ou nunca

- a) Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?
- b) Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava com experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele?
- c) No ultimo ano você se preocupou com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?
- d) No ultimo ano você se preocupou com experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da sua pele?

1.4 Questões globais.

Responda de acordo com as seguintes opções

- 1. nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Frequentemente

- a) Com que frequência você sente que pessoas que não são brancas são discriminadas? Escolha o numero que melhor representa o que você sente.
- b) Com que frequência você sente que você pessoalmente tem sido discriminado por causa da sua raça ou cor ? Escolha o número que melhor representa o que você sente
- c)

1.5 Queixa apresentada

Alguma vez você prestou queixa por causa de discriminação racial?

- 1. Sim
- 2. Não



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

QUESTIONÁRIO MUTIDIMENSIONAL RELATIVO À REDE E APOIO SOCIAL

1. Nome da criança: _____	V 1.
2. Código da criança	V 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Data da entrevista ____/____/____	V 3.
4. Entrevistadora _____	V 4.

A – BLOCO DE REDE SOCIAL

5. Com quantos parentes você se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, incluir esposo(a), companheiro(a) ou filho nesta resposta) _____ parentes 0- Nenhum	V 5. <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta) _____ amigos 0- Nenhum	V 6. <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 1- Sim 2- Não	V 7. <input type="checkbox"/>
8. Se sim, com que frequência? 1- Mais de uma vez por semana 2- Uma vez por semana 3- 2 a 3 vezes por semana 4- Algumas vezes no ano 5- Uma vez no ano	V 8. <input type="checkbox"/>
9. Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? 1- Sim 2- Não	V 9. <input type="checkbox"/>
10. Se sim, com que frequência? 1. Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. 2 a 3 vezes por semana 4. Algumas vezes no ano 5. Uma vez no ano	V 10. <input type="checkbox"/>
11. Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONG's), de caridade, ou outras? 1- Sim 2- Não	V 11. <input type="checkbox"/>

12. Se sim, com que frequência? 1. Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. 2 a 3 vezes por semana 4. Algumas vezes no ano 5. Uma vez no ano	V 12. <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------

C – BLOCO DE APOIO SOCIAL

ATENÇÃO: Todas as perguntas foram precedidas da expressão: Se você precisar...com que frequência conta com alguém.

13. Que o ajude, se ficar de cama? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 13. <input type="checkbox"/>
14. Para lhe ouvir, quando você precisa falar? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 14. <input type="checkbox"/>
15. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 15. <input type="checkbox"/>
16. Para levá-lo ao médico? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 16. <input type="checkbox"/>
17. Que demonstre amor e afeto por você? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 17. <input type="checkbox"/>
18. Para se divertir junto? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 18. <input type="checkbox"/>
19. Para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 19. <input type="checkbox"/>
20. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 20. <input type="checkbox"/>
21. Que lhe dê um abraço ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 21. <input type="checkbox"/>
22. Com quem relaxar ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 22. <input type="checkbox"/>
23. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 23. <input type="checkbox"/>
24. De quem você realmente quer conselhos ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 24. <input type="checkbox"/>
25. Com quem distrair a cabeça ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 25. <input type="checkbox"/>
26. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 26. <input type="checkbox"/>
27. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 27. <input type="checkbox"/>

28. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 28. <input type="checkbox"/>
29. Com quem fazer coisas agradáveis ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 29. <input type="checkbox"/>
30. Que compreenda seus problemas ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 30. <input type="checkbox"/>
31. Que você ame e que faça você se sentir querido ? 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Quase sempre 5- Sempre	V 31. <input type="checkbox"/>

Questionário sobre problemas respiratórios.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Rua Padre Feijó, no. 29 / 4o. andar, Salvador - Bahia, Brasil 40-110-170
(071) 245-0151 / 245-0544 FAX (071) 237-5856 e-mail: lis@ufba.br

REG: _____

MICRO-ÁREA: _____

1. Nome completo da criança: _____
 2. Endereço completo: _____
 3. Referência da residência: _____
 4. Nome completo da mãe: _____
- Apelido: _____

Notas para preenchimento do questionário.

1. faça a pergunta como está escrito;
2. não dizer as respostas “sim” ou “não”, deixar a pessoa responder primeiro;
3. se a pessoa disser que não entendeu a pergunta, repita a pergunta novamente;
4. em perguntas sobre 12 meses, se a pessoa não entender pergunte “de mês de maio (exemplo) ano passado até agora, quer dizer, este mês de maio deste ano”;
5. se após repetir a pessoa continuar não entendendo, não marque a questão, deixe em branco, e dizer “e ´doença de pele´ e vamos pular a pergunta”;
6. preste atenção nas notas que seguem as perguntas escritas em negrito, itálico e entre parênteses, por exemplo “(assinale apenas uma opção abaixo)”; ou no **rodapé** das páginas;
7. A versão final deve ser escrita com **CANETA AZUL**, por isso primeiro ouça atentamente a resposta antes de escrever. Se tiver que mudar algo anotar de forma legível e com **LETRA DE IMPRENSA**;
8. **OCUPAÇÃO** é no que a pessoa trabalha agora. Por exemplo, uma pessoa que é pedreiro como profissão (quer dizer tem algum curso/formação como pedreiro) atualmente pode estar trabalhando como cobrador de ônibus. Cobrador de ônibus é a ocupação e é o que deve ser anotado no questionário.
9. **COMEÇAR DIZENDO**: “algumas perguntas que vou fazer podem ser repetidas...”
10. Nas perguntas que tem “seu filho(a)” pode dizer também “ele(a)” ou citar o nome da criança.

O espaço abaixo é para você anotar observações

Data de preenchimento do questionário: ____/____/ 2005

Nome do(a) entrevistador(a): _____ Código: _____

Características demográficas

1. SEXO DA CRIANÇA: menino o-1 menina o-0 QP1

2. DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA: ____/____/____ QP2
 (ver documento) Viu documento? Sim o-1 Dia Mês Ano
 Não o-0 QP3

3. DATA DE NASCIMENTO DA MÃE: ____/____/____ QP4

4. TELEFONE DE CONTATO (da mãe ou outra pessoas): _____ NOME: _____

5. ATÉ QUANDO A MÃE ESTUDOU? (assinale apenas uma opção abaixo)

o-1. não sabe ler nem escrever
 o-2. Primário incompleto
 o-3. Primário completo QP5
 o-4. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série)
 o-5. ginásio completo (8ª série completa)
 o-6. 2º grau incompleto
 o-7. 2º grau completo
 o-8. superior incompleto
 o-9 superior completo

6. OCUPAÇÃO PRINCIPAL DO PAI OU PADRASTO: _____ Não sabe - o QP6

7. OCUPAÇÃO PRINCIPAL DA MÃE: _____ o-Refere **APENAS** dona de casa QP7

8. SE MÃE REFERIR OUTRA OCUPAÇÃO ANOTAR: _____ QP8

9. QUEM RESPONDEU A ESTE QUESTIONÁRIO? QP9

Mãe o-1
 Pai o-2
 Outra pessoa o-3 Quem? • _____ QP10

Condições da moradia e ambientais

☞ *Atenção: as perguntas em cinza são para o entrevistador observar e responder, não pergunte ao responsável*

<p>1. VERIFICAR A PAVIMENTAÇÃO (<i>observar</i>) (<i>assinale apenas 1 resposta</i>)</p> <p>o-0.rua e calçada são pavimentadas o-1.somente a rua é pavimentada o-2.somente a calçada é pavimentada o-3.nem rua nem calçada são pavimentadas o-4.caminho/escada pavimentada o-5.caminho/escada não pavimentado</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP11</div>
<p>2. VERIFICAR O TIPO DE HABITAÇÃO (<i>observar</i>) (<i>assinale apenas 1 resposta</i>)</p> <p>o-0.casa o-1.apartamento o-2.barraco o-3.quarto (<i>quer dizer 1 cômodo e sempre de tijolos, se barraco anotar em "2"</i>)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP12</div>
<p>3. HÁ QUANTO TEMPO A SENHORA MORA NESTA HABITAÇÃO?</p> <p>o-0. Há menos de 6 meses o-1. De 6 meses até menos de 2 anos o-2. De 2 anos até menos de 5 anos o-3. Há 5 anos ou mais</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP13</div>
<p>4. VERIFICAR O MATERIAL E O ACABAMENTO PREDOMINANTE (MAIS DE 50%) DAS PAREDES INTERNAS DA SALA (<i>cômodo em que acontece a entrevista; observar</i>) (<i>assinale apenas 1 resposta</i>)</p> <p>o-0.blocos com revestimento o-1.blocos sem revestimento o-2.reaproveitamento de madeira, lata ou papelão o-3.taipa o-4.pré-moldada em concreto</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP14</div>
<p>5. ESSA CASA É: (<i>assinale apenas 1 resposta</i>)</p> <p>o-0.própria o-1.alugada o-2.sublocada/cedida o-3.NS/NR</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP15</div>
<p>6. QUANTOS CÔMODOS TEM SUA HABITAÇÃO? (<i>excluir banheiro e varanda</i>): <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP16</div>
<p>7. QUANTOS CÔMODOS SÃO USADOS PARA DORMITÓRIO? <input style="width: 50px;" type="text"/> (<i>Inclui quarto, sala, etc, é onde as pessoas dormem</i>)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP17</div>
<p>8. DE ONDE VEM A ÁGUA USADA NA SUA HABITAÇÃO? (<i>pode explicar</i>)</p> <p>o-0.água da Embasa (incluindo 'gato') com canalização interna o-1.água da Embasa (incluindo 'gato') exclusivamente com ponto de água externo (<i>pode ser do vizinho</i>) o-2.água de chafariz o-3.Outro (especificar) _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">QP1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto; margin-top: 10px;">QP19</div>

9. PARA ONDE VÃO OS DEJETOS SANITÁRIOS (FEZES E URINA) DA SUA HABITAÇÃO?

O-0.rede de esgoto

O-1.rede de drenagem

O-2.escadaria drenante

O-3.fossa séptica [fechada (esvaziada periodicamente) ou seguida de sumidouro]

O-4.fossa séptica [fossa rudimentar,lançamento na rua ou na rede de drenagem]

O-5.buraco escavado

O-6.canal ou vala a céu aberto na rua, riacho, mar

O-7. Não sabe / não respondeu

QP20

Perguntas sobre PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

1. ALGUMA VEZ NA VIDA SEU FILHO/A TEVE CHIADO (OU PIADO) NO PEITO? <ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 (Se a resposta foi "NÃO", passe à pergunta 6,7,8) 	QP21
2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A TEVE CHIADO (OU PIADO) NO PEITO? <ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 (Se a resposta foi "NÃO", passe à pergunta 6,7,8) 	QP22
3. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTAS CRISES/ATAQUES DE CHIADO (OU PIADO) NO PEITO SEU FILHO(A) TEVE? <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma o-0 • 1 a 3 o-1 • 4 a 12 o-2 • Mais de 12 o-3 	QP23
4. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTAS VEZES SEU FILHO/A ACORDOU À NOITE POR CAUSA DE CHIADO (OU PIADO)? <ul style="list-style-type: none"> • Nunca se acordou com chiado o-0 • Menos de uma noite por semana, quer dizer, nem todas as semanas o-1 • Uma ou mais de uma noite por semana o-2 	QP24
5. NOS ÚLTIMOS 12 MESES OS CHIADOS (OU PIADO) NO PEITO TÊM SIDO TÃO GRAVES QUE SEU FILHO NÃO CONSEGUE DIZER DUAS PALAVRAS SEGUIDAS SEM QUE TENHA QUE PARAR PARA RESPIRAR? <ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 	QP25
6. SEU FILHO/A TEVE ASMA ALGUMA VEZ NA VIDA? <ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 	QP26
7. NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ NOTOU CHIADO (OU PIADO) NO PEITO DE SEU FILHO/A AO RESPIRAR, DURANTE OU DEPOIS DE FAZER EXERCÍCIO (CORRER, JOGAR BOLA, PULAR, ETC) ? <ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 	QP27
8. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A TEM APRESENTADO TOSSE SECA À NOITE, QUE NÃO TENHA SIDO A TOSSE POR RESFRIADO OU GRIPE? <ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 	QP28

Questionário sobre PROBLEMAS DE NARIZ

1.	<u>ALGUMA VEZ NA VIDA</u> SEU FILHO/A TEVE ESPIRROS, QUANDO NÃO ESTAVA RESFRIADO(A) OU COM GRIPE? <ul style="list-style-type: none">• Sim o-1• Não o-0 (Se a resposta foi "NÃO", passe à pergunta 5)	QP29
2.	<u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> SEU FILHO/A TEVE ESPIRROS, QUANDO NÃO ESTAVA RESFRIADO OU COM GRIPE? <ul style="list-style-type: none">• Sim o-1• Não o-0 (Se a resposta foi "NÃO", passe à pergunta 5)	QP30
3.	<u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> , SEU FILHO/A TEM APRESENTADO ESTES PROBLEMAS DE NARIZ ACOMPANHADOS DE COCEIRA E LACRIMEJAMENTO NOS OLHOS? <ul style="list-style-type: none">• Sim o-1• Não o-0	QP31
4.	<u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> QUANTAS VEZES OS PROBLEMAS DE NARIZ IMPEDIRAM SEU FILHO/A DE FAZER SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS? <ul style="list-style-type: none">• Nunca o-0• Poucas vezes o-1• Mais que pouca vezes o-2• Muito freqüentemente o-3	QP32
5.	SEU FILHO/A TEVE <u>ALGUMA VEZ NA VIDA</u> ALERGIA NASAL OU RINITE ALÉRGICA? <ul style="list-style-type: none">• Sim o-1• Não o-0	QP33

Questionário sobre PROBLEMAS DE PELE

1. **ALGUMA VEZ NA VIDA** SEU FILHO/A APRESENTOU IRRITAÇÕES NA PELE QUE IAM E VOLTAVAM E QUE COÇAVAM, DURANDO PELO MENOS SEIS MESES?

QP34

- Sim o-1
- Não o-0 *(Se a resposta foi "NÃO", passe à pergunta 7,8)*

2. **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** SEU FILHO/A APRESENTOU ESTAS IRRITAÇÕES NA PELE QUE IAM E VOLTAVAM E QUE COÇAVAM?

QP35

- Sim o-1
- Não o-0 *(Se a resposta foi "NÃO", passe à pergunta 7,8)*

3. **ALGUMA VEZ NA VIDA** ESTAS IRRITAÇÕES NA PELE QUE COÇAVAM APARECERAM EM ALGUM DESTES LUGARES?

QP36

Dobras dos cotovelos, ou atrás dos joelhos, ou na frente dos tornozelos, ou na dobra entre coxa e nádega, ou ao redor do pescoço, ou nos olhos ou orelhas? (perguntar sobre esses lugares mesmo que tenha respondido "em todo o corpo")

- Sim o-1 *(assinalar se respondeu em pelo menos um dos lugares acima)*
- Não o-0

4. **COM QUE IDADE** APARECERAM NO SEU FILHO/A, PELA PRIMEIRA VEZ, ESTAS IRRITAÇÕES NA PELE QUE COÇAVAM?

QP37

- Antes dos 2 anos o-0
- 2 a 4 anos o-1
- 5 anos ou mais o-2

5. **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** ESTAS IRRITAÇÕES NA PELE **CHEGARAM A DESAPARECER** COMPLETAMENTE?

QP38

- Sim o-1
- Não o-0

6. **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** QUANTAS VEZES SEU FILHO/A TEVE QUE SE **LEVANTAR DA CAMA À NOITE** PORQUE ESTAS IRRITAÇÕES NA PELE COÇAVAM?

QP39

- Nunca nos 12 últimos meses o-0
- Menos de uma noite por semana, quer dizer, nem todas as semanas o-1
- Uma ou mais vezes por semana o-2

7. SEU FILHO/A TEVE ALGUMA VEZ NA VIDA **ECZEMA OU DERMATITE ATÓPICA**? 

(se não souber responder repita a pergunta, se continuar não sabendo, deixar em branco e dizer "vamos pular")

QP40

- Sim o-1
- Não o-0

8. **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**, SEU FILHO(A) SOFREU DE **PELE SECA** EM TODO O CORPO?

QP41

- Sim o-1
- Não o-0

Chiado e falta de ar

1. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A TEVE CANSAÇO?

- Sim o-1
- Não o-0

QP42

2. ALGUMA VEZ NA VIDA SEU FILHO/A ACORDOU COM FALTA DE AR?

- Sim o-1
- Não o-0

QP43

ATENÇÃO: faça as perguntas abaixo APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS” (página 5).

Fez as perguntas abaixo? • Sim o-1

- Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

QP44

3. NOS ÚLTIMOS 12 MESES O QUE TEM PIORADO O CHIADO DE SEU FILHO/A?

(dizer “vou citar alguns itens e você me diz se tem piorado o chiado”; marcar tantas opções quanto necessário)

▪ o-Mudanças no tempo QP45

▪ o-Pólen (explicar dizendo “pozinho da flor”) QP46

▪ o-Estado Nervoso QP47

▪ o-Fumaças QP48

▪ o-Poeira de casa QP49

▪ o-Animais domésticos QP50

▪ o-Resfriados/gripe QP51

▪ o-Fumaça de cigarro QP52

▪ o-Comidas ou bebidas QP53 indicar quais): _____ QP54

▪ o-Sabonetes, sprays ou detergentes QP55

▪ o-Outras coisas por favor, enumerar): QP56 _____ QP57

▪ o-Todas opções acima negativas QP58

Tratamentos para doenças respiratórias

ATENÇÃO: faça as TODAS AS perguntas abaixo (1 E 2) APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS” (página 5).

Fez as perguntas abaixo: • Sim o-1

QP59

• Não (quer dizer que pulou as perguntas abaixo) o-0

1. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A USOU ALGUM REMÉDIO (COMPRIMIDOS, XAROPES) PARA CHIADO OU PIADO OU ASMA?

- Sim o-1 (*Se respondeu "SIM", escreva o nome dos medicamentos abaixo*)
- Não o-0

QP60

Notas 1- *Pode assinalar mais de uma opção; 2-pergunta se tomou remédio, depois nome e depois sobre frequência*

Remédios de farmácia
(dizer “remédios comprados em farmácias, igrejas, catálogos”, e ver caixa)

Só quando tinha piado Regularmente Todo dia por pelo menos 2 meses ao ano Outro Escreva ao lado

Nome do remédio

QP61	.....o-0.....o-1.....o-9	QP62	QP63
QP64	.....o-0.....o-1.....o-9	QP65	QP66
QP67	.....o-0.....o-1.....o-9	QP68	QP69
QP70	.....o-0.....o-1.....o-9	QP71	QP72
QP73	.....o-0.....o-1.....o-9	QP74	QP75

Remédios caseiros (quer dizer “feitos em casa”)

Só quando tinha piado Regularmente Todo dia por pelo menos 2 meses ao ano Outro Escreva ao lado

Nome do remédio

QP76	.....o-0.....o-1.....o-9	QP77	QP78
QP79	.....o-0.....o-1.....o-9	QP80	QP81

2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO(A) USOU ALGUM REMÉDIO (COMPRIMIDOS, XAROPES) PARA CHIADO OU PIADO OU PARA ASMA ANTES, DURANTE OU DEPOIS DE EXERCÍCIO FÍSICO (CORRER, JOGAR BOLA, PULAR, ETC)?

- Sim o-1 (*Se respondeu "SIM", escreva o nome dos medicamentos*)
- Não o-0

QP82

Notas: 1- *Pode assinalar mais de uma opção; 2-pergunta se tomou remédio, depois nome e depois sobre frequência*

Remédios de farmácia
(dizer “remédios comprados em farmácias, igrejas, catálogos”, e ver caixa)

Só quando tinha piado Regularmente Todo dia por pelo menos 2 meses ao ano Outro Escreva ao lado

Nome do remédio

QP83	.....o-0.....o-1.....o-9	QP84	QP85
QP86	.....o-0.....o-1.....o-9	QP87	QP88
QP89	.....o-0.....o-1.....o-9	QP90	QP91
QP92	.....o-0.....o-1.....o-9	QP93	QP94
QP95	.....o-0.....o-1.....o-9	QP96	QP97

Remédios caseiros (dizer “feitos em casa”)

Só quando tinha piado Regularmente Todo dia por pelo menos 2 meses ao ano Outro Escreva ao lado

Nome do remédio

QP98	.....o-0.....o-1.....o-9	QP99	QP100
QP101	.....o-0.....o-1.....o-9	QP102	QP103

ATENÇÃO: faça as perguntas PARA TODAS AS PERGUNTAS abaixo APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS” (página 5).

Fez as perguntas abaixo? • Sim o-1

QP104

• Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

3. VOCÊ TEM UM PLANO DE TRATAMENTO POR ESCRITO QUE LHE EXPLICA COMO CUIDAR DA ASMA DE SEU FILHO(A)? *Dizer “por escrito quer dizer se tem um papel do médico(a) ou alguma cartilha ou folheto, com instruções sobre asma, o que é a doença, como tratar, etc.”*

- Sim o-1
- Não o-0

QP105

4. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTAS VISITAS SEU FILHO/A FEZ A QUALQUER UM DOS SEGUINTE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR CHIADO OU PIADO NO PEITO OU ASMA?

a) POR UM ATAQUE DE CHIADO OU PIADO NO PEITO OU ASMA?

Agente de Saúde	QP106	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3
Enfermeiro/a	QP107	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3
Médico ¹	QP108	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3
Sala emergência hospital	QP109	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3

b) PARA UMA VISITA DE REVISÃO DE CHIADO OU PIADO NO PEITO OU ASMA?

Agente de Saúde	QP110	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3
Enfermeiro/a	QP111	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3
Médico ¹	QP112	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3
Sala emergência hospital	QP113	Nenhuma o-0	1-3 vezes o-1	4-12 vezes o-2	mais de 12 vezes o-3

5. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTAS VEZES SEU FILHO/A INTERNOU NO HOSPITAL POR CRISE DE CHIADO OU PIADO NO PEITO OU ASMA?

- Nenhuma o-0
- 1 vez o-1
- vezes.... o-2
- Mais de 2..... o-3

QP114

6. SEU FILHO/A CONSULTOU COM ALGUM DOS SEGUINTE PROFISSIONAIS, POR CHIADO OU PIADO NO PEITO OU ASMA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- Homeopata..... Sim o-1 Não o-0
- Fisioterapeuta..... Sim o-1 Não o-0
- Psiquiatra ou psicólogo..... Sim o-1 Não o-0
- Assistente social..... Sim o-1 Não o-0
- Curandeiro..... Sim o-1 Não o-0
- Outros: especificar: _____

QP115

QP116

QP117

QP118

QP119

QP120

7. SEU FILHO/A ALGUMA VEZ TOMOU UMA INJEÇÃO DE VACINA PARA A ALERGIA, A FIM DE PREVENIR OU TRATAR A ASMA?

- Sim o-1
- Não o-0

QP121

¹ Refere-se a atendimento regular em ambulatório e pela crise marcou-se uma consulta extra.

² Refere-se atendimento de urgência ou consulta não marcada

ATENÇÃO: faça a pergunta abaixo APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS” (página 5).

Fez as perguntas abaixo? • Sim o-1

QP122

• Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

8. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTOS DIAS DE COLÉGIO OU CRECHE SEU FILHO/A PERDEU POR CHIADO OU PIADO NO PEITO OU ASMA?

• Nenhum.....o-0

• 1 a 5..... o-1

• 6 a 10..... o-2

• Mais de 10.. o-3

• Não freqüentava creche ou colégio nos 12 meses.....o-4

QP123

Tratamentos para o nariz

ATENÇÃO: faça as perguntas abaixo APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS DE NARIZ” (página 6).

Fez as perguntas abaixo: • Sim o-1

QP124

• Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

1. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A UTILIZOU ALGUM REMÉDIO (COMPRIMIDOS, SPRAYS NASAIS, OU OUTRA MEDICAÇÃO) PARA PROBLEMAS DE ALERGIA NASAL?

- Sim o-1
- Não o-0

QP125

SE RESPONDEU "SIM", ESCREVA O NOME DOS REMÉDIOS; SE NÃO DEIXE EM BRANCO":
(ATENÇÃO DIZER QUE "regularmente" significa todos os dias, durante ao menos dois meses ao ano)

REMÉDIOS DE FARMÁCIA COM QUE FREQUÊNCIA? *marque com um círculo uma ou ambas opções*
(dizer “remédios comprados em farmácias, igrejas, catálogos”, e ver receita ou caixa para anotar nome)

QP126

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP127

QP128

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP129

QP130

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP131

QP132

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP133

REMÉDIOS CASEIROS (dizer “remédios feitos em casa”)

QP134

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP135

QP136

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP137

QP138

Quando estava irritado o-1 regularmente o-2

QP139

2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A FOI A QUALQUER DOS SEGUINTEIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE NARIZ OU DE RINITE, ?

- Farmacêutico... QP140 Sim o-1 Não o-0
- Agente de saúde... QP141 Sim o-1 Não o-0
- Enfermeiro/a... QP142 Sim o-1 Não o-0
- Pediatra ou Médico do Posto... QP143 Sim o-1 Não o-0
- Especialista³... QP144 Sim o-1 Não o-0
- Sala de Emergência hospital... QP145 Sim o-1 Não o-0

Outros: especificar: _____

QP146

3. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A TOMOU ALGUMA INJEÇÃO DE VACINA PARA ALERGIA, A FIM DE PREVENIR OU TRATAR OS PROBLEMAS DE NARIZ OU DE RINITE?

- Sim o-1
- Não o-0

QP147

4. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO CONSULTOU COM HOMEOPATA, FOI A CURANDEIRO OU A PROFISSIONAIS DE MEDICINAS ALTERNATIVAS, PARA TRATAR OS PROBLEMAS DE NARIZ OU RINITE?

- Sim o-1

QP148

³ Especialista significa médico de doenças de pulmão (pneumologista), de alergia (alergista), de problemas de nariz (otorrinolaringologista), de problemas de pele (dermatologista)

- Não o-0

ATENÇÃO: faça a pergunta abaixo APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS DE NARIZ ” (página 6).

Fez as perguntas abaixo: • Sim o-1

- Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

QP149

5. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTOS DIAS COMPLETOS OU EM PARTE DE COLÉGIO OU CRECHE SEU FILHO/A PERDEU POR PROBLEMAS DE NARIZ OU RINITE?

- Nenhum..... o-0
- 1 a 5..... o-1
- 6 a 10..... o-2
- Mais de 10.. o-3
- Não freqüentava creche ou colégio nos 12 meses.....o-4

QP150

Tratamentos para a pele

ATENÇÃO: faça a pergunta abaixo APENAS se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta do quadro “PROBLEMAS DE PELE”.

Fez as perguntas abaixo? • Sim o-1

QP151

• Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

1. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A UTILIZOU ALGUM REMÉDIO (POMADA, CREME, COMPRIMIDOS) PARA IRRITAÇÕES NA PELE QUE COÇAVAM, OU POR CAUSA DE ECZEMA?

- Sim o-1 (*SE RESPONDEU "SIM", ESCREVA O NOME DOS REMÉDIOS*)
- Não o-0

QP152

(ATENÇÃO DIZER QUE "regularmente" significa todos os dias, durante ao menos dois meses ao ano)

Remédios de farmácia (dizer “remédios comprados em farmácias, igrejas, catálogos”, ver caixa, e anotar se “não soube”)

Com que frequência?

(marque com um círculo uma ou ambas opções)

QP153

Quando coçava o-0 regularmente o-1

QP154

QP155

Quando coçava o-0 regularmente o-1

QP156

QP157

Quando coçava o-0 regularmente o-1

QP158

QP159

Quando coçava o-0 regularmente o-1

QP160

Remédio caseiros (dizer “feitos em casa”)

QP161

Quando coçava o-0 regularmente o-1

QP162

QP163

Quando coçava o-0 regularmente o-1

QP164

2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A FOI A QUALQUER DOS SEGUINTE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PELAS IRRITAÇÕES NA PELE QUE COÇAVAM OU POR ECZEMA?

- Farmacêutico... QP165 Sim o-1 Não o-0
- Agente de saúde.. QP166 Sim o-1 Não o-0
- Enfermeiro/a..... QP167 Sim o-1 Não o-0
- Pediatra ou Médico do Posto.. QP168 Sim o-1 Não o-0
- Especialista⁴..... QP169 Sim o-1 Não o-0
- Sala de Emergência hospital.. QP170 Sim o-1 Não o-0
- Outros: especificar: QP171 _____

3. NOS ÚLTIMOS 12 MESES SEU FILHO/A INTERNOU EM HOSPITAL PELAS IRRITAÇÕES NA PELE QUE COÇAVAM?

- Sim o-1
- Não o-0

QP172

4. NOS ÚLTIMOS 12 MESES QUANTOS DIAS DE COLÉGIO SEU FILHO/A PERDEU PELAS IRRITAÇÕES NA PELE QUE COÇAVAM OU POR ECZEMA?

- Nenhum o-0
- 1 a 5 o-1

QP173

• Não freqüentava creche ou colégio nos 12 meses.....o-4

⁴ Especialista significa médico de doenças de pulmão (pneumologista), de alergia (alergista), de problemas de nariz (otorrinolaringologista), de problemas de pele (dermatologista)

- 6 a 10 o-2
- Mais de 10 o-3

Os primeiros dias

1. SEU FILHO(A) TEM ALGUM IRMÃO/Ã GÊMEO?

- Sim o-1
- Não o-0

QP174

2. SEU FILHO(A) FOI AMAMENTADO NO PEITO?

- Sim o-1
- Não o-0

QP175

3. EM CASO AFIRMATIVO, DURANTE QUANTO TEMPO?

- Menos de 6 meses o-0
- 6-12 meses o-1
- mais de 1 ano o-3

QP176

4. **EM CASO AFIRMATIVO**, DURANTE QUANTO TEMPO FOI ALIMENTADO SÓ NO PEITO, SEM ACRESCENTAR OUTROS ALIMENTOS, SUCOS, CHÁS OU ÁGUA?

- menos 2 meses o-0
- 2-4 meses..... o-1
- 5-6 meses o-2
- mais de 6 meses o-3

QP177

5. SEU FILHO(A) TEM IRMÃOS/IRMÃS MAIS VELHOS?

- Sim o-1
- Não o-0

QP178

6. **EM CASO AFIRMATIVO**, QUANTOS IRMÃOS MAIS VELHOS (MENINOS)? ____

QP179

QUANTAS IRMÃS MAIS VELHAS (MENINAS)? ____

QP180

7. SEU FILHO TEM IRMÃOS/IRMÃS MAIS NOVOS?

- Sim o-1
- Não o-0

QP181

8. **EM CASO AFIRMATIVO**, QUANTOS IRMÃOS MAIS NOVOS (MENINOS)? ____

QP182

QUANTAS IRMÃS MAIS NOVAS (MENINAS)? ____

QP183

9. SEU FILHO(A) FREQUENTA OU FREQUENTOU CRECHE ALGUMA VEZ NA VIDA?

- Sim o-1 QP184
- Não o-0

EM CASO AFIRMATIVO, DESDE QUE IDADE? _____ QP185

E DURANTE QUANTO TEMPO QP186 ANOS/MESES (*passar um círculo em anos ou meses*) QP187

10. SEU FILHO(A) FREQUENTA OU FREQUENTOU JARDIM DE INFÂNCIA ALGUMA VEZ NA VIDA?

- Sim o-1 QP188
- Não o-0

EM CASO AFIRMATIVO, DESDE QUE IDADE? _____ QP189 ANOS/MESES QP190

E DURANTE QUANTO TEMPO QP191 ANOS/MESES (*passar um círculo em anos ou meses*) QP192

11. SEU FILHO(A) JÁ FREQUENTA A ESCOLA?

- Sim o-1 QP193
- Não o-0

12. SEU FILHO(A) NASCEU COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ? _____ QP194

13. SEU FILHO(A) NASCEU DE PARTO NORMAL OU CESARIANA?

- Parto normal o-1
- Cesariana o-0 QP195

Doenças e vacinas

1. A **MÃE** DA CRIANÇA TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?
(*Marcar todas as opções corretas*)

- Asma... **QP196** o Sim-1 Não o-0
- Alergia de nariz ou rinite alérgica.. **QP197** o Sim-1 Não o-0
- Eczema atópico ou dermatite alérgica. **QP198** Sim-1 Não o-0

2. O **PAI** DA CRIANÇA TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?
(*Marcar todas as opções corretas*)

- Asma... **QP199** o Sim-1 Não o-0
- Alergia de nariz ou rinite alérgica. **QP200** o Sim-1 Não o-0
- Eczema atópico ou dermatite alérgica **QP201** o Sim-1 Não o-0

3. SEU FILHO/A FOI VACINADO PARA QUALQUER DAS SEGUINTE DOENÇAS?

ANTES DE RESPONDER AS PERGUNTAS ABAIXO O INFORMANTE VIU O CARTÃO DE VACINAÇÃO?

- Sim o-1
- Não o-0

QP202

(*Marcar todas as opções corretas*)

Sarampo só ou combinado com Rubéola e Caxumba

- Sim o 1... **QP203** • Em caso afirmativo, com que idade? **QP204** meses ▶ Não sabe idade-o 2 **QP205**
- Não o 0

Tuberculose/BCG

- Sim o 1. **QP206** • Em caso afirmativo, com que idade? **QP207** meses ▶ Não sabe idade-o 2 **QP208**
- Não o 0

(*menos de 1 mês (dias) assinalar "1"*)

4. SEU FILHO/A TEVE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS?

(*Marcar todas as opções corretas*)

- Sarampo** Sim o 1 **QP209** • Em caso afirmativo, com que idade? **QP210** meses ▶ Não sabe idade-o 2 **QP211**
Não o 0
- Coqueluche** Sim o 1 **QP212** • Em caso afirmativo, com que idade? **QP213** meses ▶ Não sabe idade-o 2 **QP214**
Não o 0
- Tuberculose** Sim o 1 **QP215** • Em caso afirmativo, com que idade? **QP216** meses ▶ Não sabe idade-o 2 **QP217**
Não o 0

() cartão não encontrado

QP218

Anotar vacinações mesmo que estejam registradas em mais de um cartão

Vacina		Número de doses	Data última dose para cada vacina
QP219		QP220	QP221
QP222		QP223	QP224
QP225		QP226	QP227
QP228		QP229	QP230
QP231		QP232	QP233
QP234		QP235	QP236
QP237		QP238	QP239
QP240		QP241	QP242
QP243		QP244	QP245
QP246		QP247	QP248
QP249		QP250	QP251

Sua casa

1. SEU FILHO(A) DIVIDE OU DIVIDIA QUARTO COM OUTRAS PESSOAS (CRIANÇAS OU ADULTOS)? (<i>pode responder ambas respostas – agora e 1º ano de vida</i>)						QP252
Atualmente/agora -o Durante o primeiro ano de vida-o Não-o						
2. SEU FILHO(A) TEM OU TEVE CONTATO COM QUALQUER DOS SEGUINTE ANIMAIS DENTRO DE CASA? (<i>dizer “perguntar sobre alguns animais e você me diz”. Perguntar sobre animal e se atualmente/agora ou 1º ano de vida</i>)						
Animal (<i>pode responder ambas respostas – agora e 1º ano de vida</i>)						
• Cachorro.	QP253	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
• Gato	QP254	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
• Galinha	QP255	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
• Pombos	QP256	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
• Papagaio	QP257	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
• Outros animais	QP258	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
• Quais?	QP259	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
	QP261	Atualmente/agora -o	No 1 ano de vida-o	Outro momento-o	Não-o	
3. A MÃE DO(A) MENINO(A) FUMA OU FUMOU? (<i>repetir pergunta para cada item abaixo</i>)						
• Atualmente...	QP263	.....	Sim o-1	Não o-0	
• Durante o primeiro ano de vida do menino(a)	QP264		Sim o-1	Não o-0		
• Durante a gravidez...	QP265	.....	Sim o-1	Não o-0	
4. OUTRA PESSOA, QUE NÃO A MÃE, FUMA ATUALMENTE DENTRO DA CASA ONDE VIVE O(A) MENINO(A)?						
• Sim o-1	QP266					
• Não o-0						
5. NA CASA ONDE VIVE SEU FILHO/A TEM AGORA MANCHAS DE UMIDADE OU MOFO NA PAREDE OU NO TETO? (<i>ver definição de mofo abaixo</i>)						
• Sim o-1	QP267					
• Não o-0						
6. NA CASA ONDE SEU FILHO/A VIVEU NO PRIMEIRO ANO DE VIDA TINHA MANCHAS DE UMIDADE OU MOFO NA PAREDE OU NO TETO? (<i>ver definição de mofo abaixo</i>)						
• Sim o-1	QP268					
• Não o-0						

MOFO. Lesões típicas:

Mofo em parede: manchas circulares, negras ou verdes, mancha não homogênea (como tinta salpicada), em geral com halo claro no centro, mancha mais clara em volta, com ou sem relevo, tinta estufada

Mofo em madeira: manchas verdes ou negras ou cinzas, com relevo, esfrela quando tocado, madeira estufada

7. **INSPEÇÃO** (*Aqui você deve olhar nas paredes e teto da casa*)

- Sim o-1

QP269

- Não o-0

Se sim, em que lugar na casa:

QP270

Lesões típicas

Mofo em parede: manchas circulares, negras ou verdes, mancha não homogênea (como tinta salpicada), em geral com halo claro no centro, mancha mais clara em volta, com ou sem relevo, tinta estufada

Mofo em madeira: manchas verdes ou negras ou cinzas, com relevo, esfarela quando tocado, madeira estufada

8. QUE TIPO DE FOGÃO SE UTILIZA OU UTILIZAVA PARA COZINHAR?

(*repetir pergunta para cada momento abaixo, exemplo, “teve durante primeiro ano de vida?”*)

	Atualmente/agora		Durante o primeiro ano de vida	
• Elétrico	QP271	Sim o-1 Não o-0	QP272	Sim o-1 Não o-0
• Gás	QP273	Sim o-1 Não o-0	QP274	Sim o-1 Não o-0
• Carvão ou lenha	QP275	Sim o-1 Não o-0	QP276	Sim o-1 Não o-0
• Outros	QP277	Sim o-1 Não o-0	QP278	Sim o-1 Não o-0

ATENÇÃO: faça a pergunta **9** abaixo **APENAS** se a pessoa respondeu “sim” a qualquer pergunta DOS QUADROS “PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS” (página 5), “PROBLEMAS DE NARIZ” (página 6) OU “PROBLEMAS DE PELE” (página 7).

Fez as perguntas abaixo: • Sim o-1

QP279

• Não (quer dizer pulou as perguntas abaixo) o-0

9. VOCÊ FEZ ALGUMA MUDANÇA NA CASA POR CAUSA DA ASMA DE SEU FILHO(A) OU PELOS PROBLEMAS ALÉRGICOS?

(Marcar as opções que parecerem corretas)

- Se desfez de animais?..... QP280 QP281 Sim o-1 Não o-0 Nunca teve animais o-2
Em caso afirmativo, que idade tinha o menino/a? QP281 anos (menor de 1 ano escreva o número 0 - zero)
- A pessoa que fuma, parou de fumar ou diminuiu o consumo de cigarro? QP282 Sim o-1 Não o-0 Nunca fumou o-2
Em caso afirmativo, que idade tinha o menino/a? QP283 anos (menor de 1 ano escreva o número 0 - zero)
- Trocou tipo de travesseiros? QP284 QP285 Sim o-1 Não o-0
Em caso afirmativo, que idade tinha o menino/a? QP285 anos (menor de 1 ano escreva o número 0 - zero)
- Trocou tipo de roupa de cama? QP286 QP287 Sim o-1 Não o-0
Em caso afirmativo, que idade tinha o menino/a? QP287 anos (menor de 1 ano escreva o número 0 - zero)
- Trocou o piso da casa? QP288 QP289 Sim o-1 Não o-0
Em caso afirmativo, que idade tinha o menino/a? QP289 anos (menor de 1 ano escreva o número 0 - zero)
- Outras mudanças? QP290 QP291 Sim o-1 Não o-0
Em caso afirmativo, que idade tinha o menino/a? QP291 anos (menor de 1 ano escreva o número 0 - zero)
Quais mudanças? QP292

10- QUE TIPO DE ROUPA DE CAMA O/A MENINO/A USA OU USAVA?

(repetir pergunta para cada momento, por exemplo, “tem edredon atualmente...?”)

(Marcar uma ou mais das opções corretas)

- Edredon ou colcha ou lençol sintético* QP293 Atualmente/agora- o Durante o primeiro ano de vida-o QP294
 - Cobertor QP295 Atualmente/agora- o Durante o primeiro ano de vida-o QP296
 - Outros materiais QP297 Atualmente/agora- o Durante o primeiro ano de vida-o QP298
- Quais? QP299

* Pode explicar como “não é feito de algodão, é como tecido de nylon, de tergal, etc”

Alimentos

ATUALMENTE, COM QUE FREQUÊNCIA MÉDIA SEU FILHO/A COME OU BEBE:

(*citar cada item separadamente e marcar a frequência apropriada a resposta dada*)

Alimento	Nunca ou ocasionalmente	1 ou 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana	
Carne (galinha, carne de boi, outras carnes)	o-0	o-1	o- 2	QP300
Peixe	o-0	o-1	o- 2	QP301
Frutas	o-0	o-1	o- 2	QP302
Verduras ou legumes frescas	o-0	o-1	o- 2	QP303
Suco de frutas	o-0	o-1	o- 2	QP304
Refrigerantes	o-0	o-1	o- 2	QP305
Manteiga	o-0	o-1	o- 2	QP306
Margarina	o-0	o-1	o- 2	QP307
Leite	o-0	o-1	o- 2	QP308
Ovos	o-0	o-1	o- 2	QP309
Hamburger	o-0	o-1	o- 2	QP310
Comida com azeite de dendê?	o-0	o-1	o- 2	QP311
Acarajé ou abará ou vatapá?	o-0	o-1	o- 2	QP312

A MAIOR PARTE DO TEMPO A CRIANÇA NÃO ESTÁ EM CASA, INFORMAÇÃO REFERE-SE AO QUE O ENTREVISTADO VÊ/CONHECE:

- Sim o-1
- Não o-0

QP313

INSETOS

INSETOS. QUAL O INSETO OU ANIMAL QUE MAIS TEM APARECIDO EM SUA CASA ?
(dizer “vou citar cada inseto e você me diz se tem”)

1 – Ratos	Sim o-1	Não ou raro o-0	QP314
2 - Baratas			
das pequenas	Sim o-1	Não ou raro o-0	QP315
das grandes	Sim o-1	Não ou raro o-0	QP316
3 – Moscas	Sim o-1	Não ou raro o-0	QP317
4 – Mosquitos/muriçocas	Sim o-1	Não ou raro o-0	QP318
5 – Maruin ou Muruin	Sim o-1	Não ou raro o-0	QP319
6 – Outro. Qual? _____			QP320
7 - Nenhum deles	o-1		QP321

SE UTILIZA ATUALMENTE/AGORA INSETICIDAS EM CASA PARA MATAR INSETOS? **QP322**

Sim o-1 Não o-0

SE SIM, QUAL? _____ **QP323**

Outras perguntas sobre saúde

1. QUANTAS VEZES A SENHORA ESTEVE GRÁVIDA, INCLUINDO PERDAS?	Resposta: _____	QP324
2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES A CRIANÇA FOI INTERNADO(A)?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 	QP325
3. POR QUE? RESPOSTA: _____		QP326
4. NOS ÚLTIMOS DOZE MESES SEU FILHO(A) TEVE BRONQUITE?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 • Não sabe o-2 	QP327
5. DE ZERO ATÉ 3 ANOS DE IDADE, ALGUM MÉDICO(A) DISSE QUE SEU FILHO(A) TEVE BRONQUIOLITE?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 • Não sabe o-2 	QP328
<i>Se respondeu Sim na pergunta acima, fazer a pergunta abaixo:</i>		
6. DE ZERO ATÉ 3 ANOS DE IDADE, SEU FILHO/A INTERNOU EM HOSPITAL OU FOI ATENDIDO EM SALA DE EMERGÊNCIA POR BRONQUIOLITE?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 • Não feito a pergunta o-9 	QP329
7. DE ZERO ATÉ 3 ANOS DE IDADE, SEU FILHO(A) TEVE PNEUMONIA OU BRONCOPNEUMONIA?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 	QP330
<i>Se respondeu Sim na pergunta acima, fazer a pergunta abaixo:</i>		
8. DE ZERO ATÉ 3 ANOS DE IDADE, SEU FILHO/A INTERNOU EM HOSPITAL OU FOI ATENDIDO EM SALA DE EMERGÊNCIA POR PNEUMONIA OU BRONCOPNEUMONIA??	<ul style="list-style-type: none"> • Sim o-1 • Não o-0 • Não feito a pergunta o-9 	QP331
9. TEM NOS ÚLTIMOS 12 MESES A CRIANÇA TIDO ALGUMA DAS DOENÇAS DE PELE?		
<i>(Pode marcar mais de uma opção, ou apenas “não refere problema de pele nos últimos 12 meses”)</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Eczema o-0 • Verruga o-1 • Escabiose o-2 • Psoríase o-3 • Outro o-4 • Qual? _____ 	QP332 QP333 QP334 QP335 QP336 QP337
	<ul style="list-style-type: none"> • Não refere problema de pele nos últimos 12 meses o-5 	QP338

Questionário sobre características do leito e local de dormir

1. NA CASA TEM COLCHÃO FORRADO DE PLÁSTICO OU COM CAPA COM MATERIAL ANTI-ALÉRGICO?

- Sim o-1
- Não o-0

QP339

2. NA CASA TEM TRAVESSEIRO FORRADO DE PLÁSTICO OU COM CAPA COM MATERIAL ANTI-ALÉRGICO?

- Sim o-1
- Não o-0

QP340

3. ONDE A CRIANÇA (DA PESQUISA) DORME?

- Cama com colchão o-0
- Colchão sem cama o-1
- Outro o-2: _____

QP341

QP342

4. COM QUE FREQUÊNCIA TROCA A ROUPA DE CAMA(OU DE ONDE A CRIANÇA DORME) (*criança da pesquisa*)?

- Mais de uma vez por semana.... o-0
- Toda semana..... o-1
- 15 em 15 dias..... o-2
- Mês em mês..... o-3
- Não se aplica/outro/não sabe.... o-9

QP343

5. COM QUE FREQUÊNCIA REALIZA ESTES CUIDADOS COM O LUGAR ONDE A CRIANÇA DORME (*criança da pesquisa*)?

(*pode marcar mais de uma opção*)

Frequência

	Todos os dias	Toda semana	Todo mês	De 6/6 meses	1 vez/ano	Não se Aplica/outro/não sabe	
4.1 Põe ao sol.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP344
4.2 "Bate" a poeira.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP345
4.3 Aspira o pó.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP346

6. COM QUE FREQUÊNCIA REALIZA ESTES CUIDADOS COM O (OS) TRAVESSEIRO(S) DO LUGAR ONDE A CRIANÇA DORME (*criança da pesquisa*)?

(*pode marcar mais de uma opção*)

	Frequência						Código
	Todos os dias	Toda semana	Todo mês	De 6/6 meses	1 vez/ano	Não se Aplica/outro/não sabe	
5.1 Põe ao sol.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP347
5.2 “Bate” a poeira	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP348
5.3 Aspira o pó.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP349
5.4 Lava.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP350

7. COM QUE FREQUÊNCIA REALIZA ESTES CUIDADOS COM O LOCAL (QUARTO) ONDE DORME A CRIANÇA (*da pesquisa*)?

(*pode marcar mais de uma opção*)

CUIDADO COM O LOCAL ONDE DORME	Frequência						Código
	Todos os dias	Toda semana	Todo mês	De 6/6 meses	Não / Nunca	Não se Aplica/outro/não sabe	
6.1 Varre	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP351
6.2 Passa pano úmido no chão.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP352
6.3 Passa pano úmido na parede...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP353
6.4 Aspira o pó.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 9	QP354

8. OS CUIDADOS COM O LOCAL (QUARTO) ONDE DORME A CRIANÇA FORAM ADOTADOS PARA (*marcar apenas uma opção*) (*Se respondeu SIM a uma das opções da pergunta 7 acima*)

• Limpeza de rotina em todos os quartos.....	<input type="radio"/> 0	QP357	QP355
• Apenas para os leitos de pessoas alérgicas	<input type="radio"/> 1		QP356
• Outro	<input type="radio"/> 2 (especificar)		QP358
• As respostas 0,1,2 acima foram negativas	<input type="radio"/> 9		QP359