



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Introdução à Medicina

Discriminação percebida pela população cigana portuguesa nos cuidados de saúde

Tiago de Melo Resende do Souto Pereira

Orientado por:

Prof. Dr. Miguel Marques da Gama Barbosa

Co-Orientado por:

Ma. Sara Oliveira Quintela Martinho

MAIO'2022

Resumo

Introdução: A percepção de discriminação pelos utentes em contextos de saúde está associada a piores indicadores de saúde. Porém, medidas validadas para avaliar a discriminação em cuidados de saúde são escassas no contexto português. Este estudo teve como objetivos traduzir e validar a *Discrimination in Medical Settings (DMS) Scale* para a população portuguesa cigana, avaliar experiências de discriminação em contextos de saúde e avaliar a relação entre a discriminação percebida, a percepção individual de saúde e a confiança nos cuidados de saúde.

Método: 84 adultos (60.7% mulheres) de etnia cigana preencheram a DMS, 5 itens referentes a microagressões em contextos de saúde, 2 itens sobre a percepção de saúde e confiança nos cuidados e uma pergunta aberta sobre outras experiências de discriminação. A análise fatorial foi usada para determinar a estrutura fatorial subjacente à DMS e o coeficiente de Alpha de Cronbach para avaliar a fiabilidade e consistência interna da DMS.

Resultados: Uma versão de 7 itens apresentou um valor de alfa de Cronbach de .89 com um único fator a explicar 71.80% da variância. A discriminação global percebida a partir da DMS teve uma média de 2.46 (DP 1.03). Verificou-se uma correlação negativa entre a discriminação e a percepção de saúde ($r = -.31, p = .004$) e uma correlação negativa entre a discriminação e a confiança nos cuidados de saúde ($r = -.67, p < .001$).

Conclusão: A DMS apresentou uma adequada validade e fidelidade, constituindo um instrumento de grande utilidade para o estudo da discriminação percebida nos cuidados de saúde em Portugal. Os níveis de discriminação percebida pela população cigana portuguesa em contexto médico são elevados e estão associados a uma menor percepção individual de saúde e menor confiança nos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Discriminação, Saúde, Cigana, DMS, Portugal.

Abstract

Introduction: Perceived discrimination in medical settings is associated with poor health care outcomes. Nevertheless, few instruments have been developed to evaluate patients' perceived discrimination in Portugal. This paper aims to translate and validate the Discrimination in Medical Settings (DMS) Scale for the Portuguese Romani population, explore experiences of discrimination in healthcare settings and evaluate the link between perceived discrimination in medical settings, individual health perception and trust in health care.

Methods: 84 adults (60.7% women) of Roma ethnicity filled the DMS, 5 items referring to microaggressions in health contexts, 2 items about health perception and trust in care, and answered an open question about other experiences of discrimination. Factor analysis was used to determine the factor structure underlying the DMS and Cronbach's Alpha coefficient to assess the reliability and internal consistency of the DMS.

Results: A 7-item version had a Cronbach's alpha value of .89 with a single factor explaining 71.80% of the variance. The overall discrimination perceived from the DMS had an average of 2.46 (SD 1.03). There was a negative correlation between discrimination and health perception ($r = -.31, p = .004$) and a negative correlation between discrimination and trust in health care ($r = -.67, p < .001$).

Conclusions: The DMS is a useful instrument to study perceived discrimination in Portuguese healthcare settings. Levels of perceived discrimination in medical settings for Portuguese Romani were high and were strongly related to individual perceptions of health and healthcare trust.

Keywords: Discrimination, Healthcare, Romani, DMS, Portugal.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Índice

INTRODUÇÃO.....	06
MÉTODO.....	09
Participantes.....	09
Medidas.....	09
Procedimento.....	10
Análise de dados.....	11
RESULTADOS.....	12
Participantes.....	12
Discriminação nos cuidados de saúde – escala DMS.....	13
Percepção individual de saúde e confiança nos cuidados de saúde.....	15
Experiências de discriminação em contextos de saúde.....	16
Correlações e comparações entre médias.....	18
DISCUSSÃO.....	19
AGRADECIMENTOS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

Introdução

A discriminação percebida pelos utentes em contexto saúde está associada a piores indicadores de saúde, tais como uma menor utilização dos cuidados de saúde (Lee et al., 2009), menor satisfação com os cuidados (Benjamins & Middleton, 2019; Perez et al., 2009; Sorkin et al., 2010) e menor confiança no sistema de saúde e nos prestadores de cuidados (Bazargan et al., 2021; Washington & Randall, 2022). Estudos referem ainda uma menor utilização dos serviços de saúde mental (Burgess et al., 2008) e um aumento de internamentos hospitalares e do consumo dos serviços de urgência (Bird et al., 2001).

A desconfiança nos serviços de saúde associa-se a uma diminuição da adesão à terapêutica prescrita pelos profissionais (Abel et al., 2013) e a estilos de vida saudáveis, bem como a uma menor satisfação com os cuidados médicos recebidos (Birkhäuer et al., 2017). Para além disso, associa-se a uma pior relação médico-doente, podendo comprometer a abordagem de temas relevantes para a gestão da saúde e da doença dos utentes (Jaiswal & Halkitis, 2019).

Para além da discriminação flagrante, um dos fatores que compromete a relação médico-doente é a perceção de microagressões em contexto médico (Taylor, 2009). Microagressões são comportamentos subtis, verbais ou não verbais, que refletem preconceitos implícitos acerca de uma minoria (Owen et al., 2014).

As comunidades ciganas são dos grupos étnicos mais afetados por fenómenos de pobreza, discriminação e exclusão social na Europa (Izsák, 2015), sendo que vários estudos revelaram piores indicadores de saúde face aos grupos maioritários (McFadden, 2018). Estima-se que existam cerca de 11 milhões de pessoas de etnia cigana na Europa e entre 40 mil a 60 mil ciganos em Portugal (Izsák, 2015; Vicente, 2009), número difícil de aferir tendo em conta a impossibilidade de colheita de dados étnico-raciais nos estudos demográficos pela Constituição Portuguesa (Princípio da Igualdade, 2001). Também por isso, poucos são os estudos longitudinais que permitem um conhecimento aprofundado sobre as características e condições de vida dos ciganos portugueses, nomeadamente as necessidades socioculturais quando encaram as instituições de saúde (Mendes et al., 2014).

Em Portugal, existe frequentemente uma relação conflituosa entre os profissionais de saúde e as pessoas de etnia cigana, que se reflete numa desconfiança mútua (Silva et al., 2000). Alguns hospitais da zona de Lisboa têm já figuras conciliadoras que atuam, apesar de não reconhecidas profissionalmente, como mediadores socioculturais de etnia cigana (Gaudêncio & Gomes, 2006). A existência destas figuras evidencia, por um lado, o reconhecimento da necessidade de melhorar a comunicação com esta população, mas, por outro, a ainda pouca representatividade da mesma na prática da Medicina em Portugal.

Segundo o primeiro retrato nacional sobre as comunidades ciganas e a saúde (Vicente, 2009), são cinco os principais fatores responsáveis por piores indicadores de saúde nesta população: a pobreza e exclusão social, a inexistência de práticas de prevenção, a falta de literacia em saúde, a ausência de estilos de vida saudáveis e, não menos importante, a desigualdade entre a população cigana e a população geral face aos serviços de saúde. Em relação ao último fator, é evidenciada a necessidade de colaboração e o envolvimento das próprias comunidades ciganas e dos profissionais de saúde.

São necessários mais estudos que avaliem a discriminação percecionada pela população de etnia cigana nos cuidados de saúde e quais as suas consequências ao nível da perceção individual de saúde, do acesso aos serviços de saúde, da falta de adesão à terapêutica, do consumo dos serviços de urgência e da confiança nos cuidados de saúde. Para tal, são necessárias escalas que avaliem a discriminação percecionada nos cuidados de saúde. Existem poucas escalas para o efeito e nenhuma escala validada para a língua portuguesa.

A primeira escala validada para avaliar a discriminação existente nos cuidados de saúde foi a *“Discrimination in Medical Settings (DMS) Scale”* (Peek et al., 2011). Esta escala surgiu da adaptação da *“Everyday Discrimination Scale (EDS)”* (Williams et al., 1997) especificamente aos serviços de saúde e foi originalmente validada com uma amostra de afroamericanos diabéticos, mas tem vindo a ser utilizada em populações de todo o mundo (Benjamins & Middleton, 2019; Gil-Salmerón et al., 2021; Hall et al., 2022; Washington & Randall, 2022). Um desses estudos analisou a discriminação percecionada

por 1407 migrantes nos cuidados de saúde de dez países europeus, assim como a disponibilidade dos serviços de tradução (Gil-Salmerón et al., 2021). Em Chicago, Benjamins e Middleton (2019) usaram a DMS para estudar a discriminação nas diferentes instalações dos cuidados de saúde (p. ex., consultório, serviço de urgência), avaliando, ainda, a profissão dos perpetradores. Recentemente, Bazargan et al. (2021) desenvolveram um questionário de avaliação de discriminação nos cuidados de saúde para uma amostra de adultos californianos. Este questionário, contrariamente à DMS, incidiu sobretudo na discriminação associada ao rendimento global e tipo/falta de seguro de saúde, algo que não corresponde à realidade portuguesa, centrada num Serviço Nacional de Saúde tendencialmente gratuito.

Este estudo teve como objetivo traduzir e validar a DMS para a população portuguesa, avaliar as experiências de discriminação da população de etnia cigana e avaliar a relação entre a discriminação percebida e a percepção individual de saúde e confiança nos cuidados de saúde.

Método

Participantes

Este estudo incluiu 84 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos (60,7% mulheres e 39,3% homens). Foram selecionados adultos portugueses de etnia cigana com contacto prévio com os cuidados de saúde portugueses.

Medidas

Dados sociodemográficos

Foram recolhidos os dados referentes à idade, género, estatuto civil, nacionalidade, naturalidade, estatuto laboral e escolaridade.

Discriminação em contextos de saúde

A discriminação baseada na etnia foi medida através da *Discrimination in Medical Settings Scale* (DMS; Peek, Nunez-Smith, Drum & Lewis, 2011). A DMS é uma escala construída a partir da *Everyday Discrimination Scale* (EDS; Williams, Yan Yu, Jackson & Anderson, 1997) e validada originalmente para a população Afroamericana. Esta escala apresenta uma forte validade convergente e discriminante e consistência interna e é composta por sete itens avaliados originalmente através de uma escala de Likert de 5 pontos. De forma a contrariar a tendência ao centro, utilizou-se neste estudo uma escala de Likert de 4 pontos (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – por vezes e 4 – frequentemente). A tradução de inglês para português foi realizada por três investigadores portugueses e um tradutor português bilingue, independente, sem conhecimento prévio da escala original. A etapa seguinte contemplou a aplicação do pré-teste, numa amostra constituída por 15 pessoas portuguesas de etnia cigana, incluindo 3 mediadores socioculturais.

Microagressões em contextos de saúde

A perceção de microagressões no contexto de cuidados de saúde foi avaliada através de 5 itens independentes construídos pelos autores e avaliados numa escala de tipo Likert de 4 pontos (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – por vezes e 4 – frequentemente). Os itens (1) assumiu que seria pobre, (2) assumiu que tinha baixa escolaridade, (3) evitou o

contacto visual, (4) agiu com desconfiança, foram adaptados da *The Racial and Ethnic Microaggressions Scale* (REMS, Nadal, 2011), concretamente das secções “*Assumptions of Inferiority*” e “*Second-Class Citizen and Assumptions of Criminality*”. O item (5) esperou mais tempo pela consulta, foi introduzido após conversas com mediadores socioculturais da comunidade.

Nome da medida

A perceção de saúde e confiança nos cuidados de saúde foi avaliada através de 2 itens independentes construídos pelos autores: (1) considero a minha saúde, e (2) considero a minha confiança nos cuidados de saúde; avaliados numa escala de tipo Likert de 4 pontos (1 – fraca, 2 – razoável, 3 – boa 4 – muito boa).

Experiências de discriminação

Foi introduzida uma pergunta aberta de resposta não obrigatória: “Vivenciou outras situações de discriminação não retratadas neste questionário? Se sim, quais?”.

Procedimento

Os participantes foram atribuídos autonomamente ao estudo, quer seja através do questionário online quer fisicamente. O tempo de resposta médio foi de 10 minutos. Primariamente foi explicado aos participantes o objetivo de fazer um levantamento da discriminação percecionada pelas pessoas de etnia cigana nos cuidados de saúde. Os participantes foram ainda informados da confidencialidade do estudo e do uso estritamente académico das respostas. Para responder aos itens do questionário, foi pedido aos participantes que pensassem em todas as vezes que contactaram os serviços de saúde portugueses (serviço de urgência, centro de saúde, consultas hospitalares, internamento, veículo de urgência, etc). Foi enviado um questionário online desenvolvido na plataforma *Google forms* a várias associações portuguesas que contactam com a população cigana e, posteriormente, divulgado nas redes sociais das mesmas. Para além disso, parte dos questionários foram divulgados de forma presencial no Distrito de Lisboa e de Setúbal, sendo que destes a maior parte foram respondidos por moradores do Bairro Amarelo (Setúbal), do Bairro das Murtas e do Bairro de Santos (ambos em Lisboa). O estudo foi conduzido entre fevereiro de 2022 e abril de 2022. Os participantes não obtiveram qualquer recompensa pela participação no estudo.

Análise de dados

Para análise descritiva foram reportadas as médias e frequências. Foi realizada uma média total da DMS, com valores mais elevados a indicar maior percepção de discriminação. Foi realizada uma análise fatorial exploratória para avaliar a validade da DSM, sendo selecionados os fatores que obtiveram valores de eigenvalues superiores a um, interpretados no scree plot. A extração dos fatores principais foi efetuada depois da rotação ortogonal Varimax e critério de Kaiser. Para análise da consistência interna da DMS, foi realizado o cálculo do coeficiente alfa de cronbach, considerando-se valores aceitáveis entre .60 e .70 e recomendados superiores a .70.

Foi usada a análise de t-student para comparação de médias da percepção de discriminação entre grupos independentes ao nível do género, estatuto civil, presencial vs online e estatuto laboral. Correlações de Pearson foram utilizadas para associar a percepção de discriminação e as seguintes variáveis: idade, percepção de saúde, confiança nos cuidados de saúde e escolaridade. Foi usado o programa IBM SPSS Statistics for Windows, versão 28.0. e o grau de significância estatística definido foi $p < 0.05$.

Resultados

Participantes

Na Tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas dos 84 participantes. Todos participantes são portugueses, sendo 52.4% naturais de Lisboa. A idade média foi 39.5 anos (DP = 15.6). Cerca de dois terços dos participantes estão desempregados. Quase 50% dos participantes têm um nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo (ou seja, 4 anos).

Tabela 1

Características sociodemográficas dos participantes

	<i>N (%)</i>
Género	
Feminino	51 (60.7)
Masculino	33 (39.3)
Estatuto cívil	
Solteiro(a)	41 (48,8)
Casado(a)	11 (13,1)
União de Facto	27 (32,1)
Separado(a) / Divorciado(a)	1 (1,2)
Viúvo(a)	4 (4,8)
Nacionalidade	
Portuguesa	84 (100)
Estatuto Laboral	
Com emprego	22 (26,2)
Desempregado(a)	54 (64,3)
De baixa	1 (1,2)
Reformado(a)	7 (8,3)
Escolaridade	
1.º Ciclo	40 (47,6)
2.º Ciclo	11 (13,1)
3.º Ciclo	19 (22,6)
Ensino Secundário	7 (8,3)
Ensino Superior	7 (8,3)

Naturalidade	
Beja	1 (1,2)
Braga	1 (1,2)
Bragança	1 (1,2)
Castelo Branco	1 (1,2)
Coimbra	3 (3,6)
Évora	1 (1,2)
Faro	1 (1,2)
Leiria	3 (3,6)
Lisboa	44 (52,4)
Portalegre	6 (7,1)
Porto	3 (3,6)
Santarém	2 (2,4)
Setubal	16 (19)
Viana do Castelo	1 (1,2)

Nota. N = 84. Idade média dos participantes foi 39.5 anos (DP = 15.6).

Discriminação nos cuidados de saúde – escala DMS

A discriminação global percebida a partir da DMS teve uma média de 2.46 (DP 1.03). A análise fatorial exploratória revelou um único fator, com um eigenvalue de 5.03, responsável por 71,80% de variância (Tabela 2). A escala DMS revelou uma excelente consistência interna (13alfa de cronbach = .934). O item da DMS com um valor médio mais elevado foi “Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu como se fosse superior a si” (2.68 [DP 1.25]) e o item com um valor médio mais baixo foi “Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu como se tivesse medo de si” (2.14 [DP 1.26]).

Tabela 2*Médias e análise fatorial da DMS*

	Média (DP)	Varição observada	Varição teórica	Factor 1
Sentiu-se tratado(a) com menos simpatia do que as pessoas que não se de etnia cigana.	2.64 (1.17)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.90
Sentiu-se tratado(a) com menos respeito do que as pessoas que não são de etnia cigana.	2.55 (1.21)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.89
Considera que recebeu um serviço médico pior do que as pessoas que não são de etnia cigana.	2.26 (1.19)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.82
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) tratou-o(a) como se não fosse inteligente.	2.49 (1.22)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.86
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu como se tivesse medo de si.	2.14 (1.26)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.79
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu como se fosse superior a si.	2.68 (1.25)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.87
Sentiu que um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) não deu atenção ao que disse.	2.44 (1.24)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	.81
Todos os 7 itens	2.46 (1.03)	1.0 – 4.0	1.0 – 4.0	
Valor próprio				5,03
Variância explicada (%)				71,80

Nota. N = 84. A extração dos fatores principais foi efetuada depois da rotação ortogonal Varimax e critério de Kaiser. Fatores acima de .70 estão a negrito. Adaptado de “Adapting the everyday discrimination scale to medical settings: reliability and validity testing in a sample of African American patients”, de Monica E. Peek, Marcella Nunez-Smith, Melinda Drum, e Tené T. Lewis, 2011, *Ethnicity & Disease*, 21 (4):502–9. PMID: 22428358.

Percepção individual de saúde e confiança nos cuidados de saúde

A Tabela 3 descreve as médias de respostas relacionadas com a percepção individual de saúde e confiança nos cuidados de saúde. Tanto em relação à percepção individual de saúde como à confiança nos cuidados de saúde, cerca 55% dos participantes consideraram “fraca” ou “razoável”. Verificou-se uma correlação negativa entre a idade e percepção de saúde ($r = -.58, p < .001$) e entre a idade e confiança nos cuidados de saúde ($r = -.23, p = .038$). Verificou-se ainda uma correlação positiva entre a escolaridade e percepção de saúde ($r = .53, p < .001$).

Tabela 3

Médias de resposta aos itens de percepção individual de saúde e confiança nos cuidados de saúde.

	Fraca	Razoável	Boa	Muito boa
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Percepção individual de saúde	18 (21.4)	28 (33.3)	24 (28.6)	14 (16.7)
Confiança nos cuidados de saúde	12 (14.3)	34 (40.5)	22 (26.2)	16 (19.0)

Experiências de discriminação em contextos de saúde

A Tabela 4 sumariza as médias de respostas aos cinco itens referentes às microagressões percebidas. O item com um valor médio mais elevado foi “Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu com desconfiança por ser de etnia cigana” (2.51 [DP 1.26]) e o item com um valor médio mais baixo foi “Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) assumiu que seria pobre por causa da sua etnia” (2.17 [DP 1.26]).

Tabela 4

Médias de resposta aos itens de microagressões percebidas

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Total
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>M (DP)</i>
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) assumiu que seria pobre por causa da sua etnia.	39 (46.4)	13 (15.5)	11 (13.1)	21 (25.0)	2.17 (1.26)
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) assumiu que tinha baixa escolaridade por causa da sua etnia.	31 (36.9)	8 (9.5)	19 (22.6)	26 (31.0)	2.48 (1.28)
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) evitou o contacto visual por causa da sua etnia.	32 (38.1)	15 (14.9)	19 (22.6)	18 (21.4)	2.27 (1.19)
Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu com desconfiança por ser de etnia cigana.	28 (33.3)	12 (14.3)	17 (20.2)	27 (32.1)	2.51 (1.26)
Sentiu que esperou mais tempo pela consulta por ser de etnia cigana.	37 (44.0)	17 (20.2)	8 (9.5)	22 (26.2)	2.18 (1.25)

A Tabela 5 descreve as respostas à pergunta “Vivenciou outras situações de discriminação não retratadas neste questionário? Se sim, quais?”.

Tabela 5

Respostas à pergunta: Vivenciou outras situações de discriminação não retratadas neste questionário? Se sim, quais?

Discurso e dimensão	Citação exemplificativa
Comunicação pouco eficaz	
Comunicação não adaptada a pessoas de etnias minoritárias é uma forma de etnocentrismo da saúde.	<p>“A utilização de linguagem complicada por parte dos médicos”</p> <p>“Falta de informação passada aos familiares, evitando o contacto direto com os mesmos”</p>
Discriminação negativa	
Identificação da etnia nos diários clínicos, receituários e outros registos.	<p>“Os hospitais por vezes discriminam dizendo que somos de etnia cigana”</p> <p>“Escrevem nos registos etnia cigana, mas não escrevem nada quando não é um cigano”</p> <p>“Escrevem nos receituários para a farmácia que sou cigano”</p>
Distanciamento	
Distanciamento físico face a pessoas de etnia cigana.	<p>“Isolamento, distanciamento, como se de lepra se tratasse!”</p> <p>“Açam que estamos mal vestidos e não temos higiene (...) têm medo de nos tocar”</p> <p>“Metem-me a um canto, como se fosse um cão”</p>
Falta de representatividade	
O escasso número de profissionais de saúde de etnia cigana torna os serviços de saúde um ambiente não acolhedor.	<p>“Não existir mediação intercultural nos cuidados de saúde”</p> <p>“Não somos atendidos por ciganos”</p>

“Mais pessoas de diferentes etnias a trabalhar nos centros de saúde ou hospitais”

Hostilidade face à presença da família

Choque cultural face à presença da família alargada vs. família nuclear. “Sinto que se for sozinho sou mais bem tratado do que se for com a minha família”
“A família não é bem-vinda (...) temos de ir com a família porque os idosos não são atendidos se não formos”

Correlações e comparações entre médias

Verificou-se uma correlação negativa entre a discriminação e perceção de saúde ($r = -.31, p = .004$) e uma correlação negativa entre a discriminação e confiança ($r = -.67, p < .001$). Não se verificaram diferenças significativas nas médias de discriminação entre participantes do género masculino ($M = 2.43, DP = .89$) e do género feminino ($M = 2.47, DP = 1.12$) ($t(82) = -.14, p = .886$). Não se verificaram diferenças significativas nas médias de discriminação entre participantes com emprego ($M = 2.42, DP = .87$) e desempregados ($M = 2.44, DP = 1.10$) ($t(74) = -.11, p = .913$). No que diz respeito ao estatuto civil, não se verificaram diferenças entre as médias de discriminação entre participantes solteiros ($M = 2.56, DP = .1.14$) e casados ($M = 2.29, DP = 1.13$) ($t(50) = -.71, p = .480$). Verificaram-se diferenças significativas nas médias de discriminação entre participantes que preencheram o questionário presencial ($M = 2.59, DP = 1.09$) e online ($M = 2.14, DP = .82$) ($t(82) = 2.11, p = .039$).

Discussão

Este estudo teve como objetivo principal a tradução e validação da escala DMS à população cigana portuguesa. A DMS apresentou uma excelente consistência interna, o que se assemelha aos estudos prévios que usaram a DMS (Peek et al., 2011; Hall et al., 2022). Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a percepção de discriminação nos cuidados de saúde pela população portuguesa de etnia cigana.

O elevado grau de percepção de discriminação por parte da comunidade cigana no quotidiano e em contexto de saúde vai ao encontro de estudos prévios que verificaram níveis semelhantes de ideias estereotipadas e atitudes preconceituosas por parte dos profissionais de saúde quando comparados com a população em geral (FitzGerald & Hurst, 2017). A associação negativa entre a percepção de discriminação e a confiança nos cuidados de saúde verificada neste estudo vai ao encontro com os resultados de Bazargan et al. (2021) numa amostra de adultos de diferente etnias do estado da Califórnia, nos Estados Unidos. A falta de confiança nos prestadores de saúde é especialmente importante no que diz respeito às comunidades ciganas onde existe uma reduzida literacia em saúde (McFadden, 2018; Vicente et al., 2009). A conceção de saúde desta população assume-se maioritariamente como a não existência de sintomas agudos, o que propicia a procura preferencial por cuidados de saúde hospitalares, concretamente em contexto de urgência, e torna secundária a ideia de medicina preventiva (Vicente et al., 2009). Uma menor confiança nos cuidados de saúde por parte desta população poderá traduzir-se numa menor adesão à terapêutica crónica e, por outro lado, numa maior afluência aos serviços de urgência comparativamente à população em geral (Vicente et al., 2009). Esta afirmação vai ao encontro dos resultados de um estudo realizado por López-Cevallos et al. (2014), em que verificaram que a desconfiança nos serviços de saúde e a percepção de discriminação por parte de latinos residentes em zonas rurais, tinham um maior impacto na satisfação com os cuidados prestados do que na frequência de utilização de serviços de saúde. Contrariamente, estudos prévios referem uma menor procura por cuidados médicos pelas pessoas com maiores níveis de desconfiança nos serviços de saúde (Trachtenberg et al., 2005; LaVeist et al., 2009).

A associação negativa entre a discriminação percebida e percepção individual de pior saúde pode ser explicada, por um lado, por um aumento do recurso aos serviços de saúde por parte das pessoas com pior percepção individual de saúde e, conseqüentemente, um maior contacto com situações de discriminação (Almond, 2017). Por outro lado, a maior frequência de experiências de discriminação poderá resultar em conseqüências nefastas na saúde individual e, desse modo, se associar a uma pior percepção de saúde.

Por fim, os participantes que preencheram o questionário presencial percebem uma maior discriminação do que os participantes que preencheram o questionário online. Este resultado pode ser explicado por diferenças entre o estatuto socioeconómico entre as pessoas que responderam presencialmente (maioritariamente moradores em habitação social) e as pessoas que responderam via online. O estatuto socioeconómico não foi incluído nos dados sociodemográficos, pelo que esta explicação é meramente hipotética.

Em relação aos itens adicionados referentes às microagressões, o item com valor mais elevado foi “Um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) agiu com desconfiança por ser de etnia cigana”. Ao longo da aplicação do questionário, foram vários os exemplos não avaliados formalmente que retrataram a desconfiança sentida pelos profissionais, como retirar o telemóvel de cima da secretária por medo de que este seja roubado, algo que configura uma assunção de criminalidade baseada na etnia (Torres-Harding et al., 2012). Este configura-se um exemplo paradigmático de microagressão, na medida em que, perante a exposição repetida a tais comportamentos, as pessoas de etnia cigana adquirem o reconhecimento de certos gestos subtis, aparentemente inocentes à cultura dominante (Phillips & Lowery, 2018).

A análise de conteúdo das vivências de discriminação em contexto de saúde destaca um maior distanciamento físico por parte dos profissionais de saúde, concretamente no que diz respeito ao toque. Este tópico foi abordado por Benjamins e Middleton (2019) na sua escala de discriminação nos cuidados de saúde, tendo verificado que a população afroamericana é a que refere menor toque por parte dos médicos e enfermeiros. Numa revisão sistemática, McFadden (2018) dá como exemplo evidente de discriminação relatada pelas comunidades ciganas europeias a existência de chuveiros, refeitórios e

outras instalações exclusivas para pessoas ciganas. Este exemplo vai ao encontro de uma atitude que procura manter um maior distanciamento físico.

A identificação da etnia nos registos médicos foi outra preocupação relatada por membros da comunidade. Esta prática é vista como uma discriminação negativa, na qual a descrição não é usada como forma de ajustar a comunicação ou respeitar certas práticas/crenças inerentes à sua cultura, mas como uma forma de sinalização de alguém potencialmente conflituoso (Braun et al., 2007).

Em relação à falta/má comunicação com os profissionais de saúde, esta revelou-se sobretudo no uso de uma linguagem não adaptada e na falta de informação clínica dada aos familiares. Estas experiências partilhadas vão ao encontro de outros estudos referentes às populações de etnia cigana e os cuidados de saúde de países europeus (Hanssens et al., 2016; McFadden, 2018).

Importa, ainda, realçar a hostilidade sentida face à presença da família nos hospitais, evidenciada em frases como “sinto que se for sozinho sou mais bem tratado do que se for com a minha família”. Contrariamente à cultura dominante, quando um membro da família é internado, a família alargada e não apenas um núcleo familiar restrito desloca-se ao hospital, algo que poderá gerar um choque cultural nos serviços de saúde (Silva et al., 2000).

Várias limitações foram identificadas neste estudo como ser baseado na perceção individual dos participantes e ter uma amostra relativamente pequena e pouco ampla geograficamente, ainda que se trate de uma população de difícil acesso. Este estudo foi incapaz de estabelecer uma relação de causalidade graças à sua natureza transversal e não incluiu o estatuto socioeconómico, o que pode ser uma fonte de viés, nomeadamente na comparação entre o grupo que respondeu ao questionário online e o que respondeu presencialmente.

Este estudo validou a escala DMS para a população portuguesa. Esta escala pode constituir um instrumento de grande utilidade para o estudo da discriminação percebida nos cuidados de saúde em Portugal. Adicionalmente, os resultados deste estudo sugerem que os níveis de discriminação percebida pela população cigana

portuguesa em contexto médico são elevados e estão associados a uma menor perceção individual de saúde e menor confiança nos cuidados de saúde.

Agradecimentos

Agradeço aos meus orientadores Miguel Barbosa e Sara Martinho por todas as sugestões, a todas as associações e mediadores que me ajudaram no contacto com a população de etnia cigana e a todos as pessoas que participaram neste estudo.

Agradeço à Rita por ser quem é e à minha família por ser quem sou.

Referências bibliográficas

Art.º13, n.º 2 da Constituição da República Portuguesa: “Não pode haver discriminação, pelo que ninguém pode ser beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da ascendência, sexo, raça, língua, territórios de origem, credos religiosos, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação

Abel, W. M., & Eford, J. T. (2013). The Association between Trust in Health Care Providers and Medication Adherence among Black Women with Hypertension. *Frontiers in Public Health*, 1. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00066>

Almond, A. L. (2017). Measuring racial microaggression in medical practice. *Ethnicity & Health*, 24(6), 589–606. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1359497>

Bazargan, M., Cobb, S., & Assari, S. (2021). Discrimination and Medical Mistrust in a Racially and Ethnically Diverse Sample of California Adults. *The Annals of Family Medicine*, 19(1), 4–15. <https://doi.org/10.1370/afm.2632>

Benjamins, M. R., & Middleton, M. (2019). Perceived discrimination in medical settings and perceived quality of care: A population-based study in Chicago. *PloS one*, 14(4), e0215976. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215976>

Bird ST, Bogart LM. Perceived race-based and socioeconomic status(SES)-based discrimination in interactions with health care providers. *Ethn Dis*. 2001; 11(3):554–63. PMID: 11572421

Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>

Braun, L., Fausto-Sterling, A., Fullwiley, D., Hammonds, E. M., Nelson, A., Quivers, W., Reverby, S. M., & Shields, A. E. (2007). Racial Categories in Medical Practice: How Useful Are They? *PLoS Medicine*, 4(9), e271. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040271>

Burgess, D. J., Ding, Y., Hargreaves, M., van Ryn, M., & Phelan, S. (2008). The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental

health care in a multi-ethnic community sample. *Journal of health care for the poor and underserved*, 19(3), 894–911. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0063>

FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>

Gaudêncio, R., & Gomes, C. (2006, April 9). “ACREDITAM NO QUE EU LHES EXPLICO PORQUE EU SOU UM DELES.” PÚBLICO. <https://www.publico.pt/2006/04/09/jornal/acreditam-no-que-eu-lhes-explico-porque-eu-sou-um-deles-72782>

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7901. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>

Hall, O. T., Jordan, A., Teater, J., Dixon-Shambley, K., McKiever, M. E., Baek, M., Garcia, S., Rood, K. M., & Fielin, D. A. (2022). Experiences of racial discrimination in the medical setting and associations with medical mistrust and expectations of care among black patients seeking addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 133, 108551. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108551>

Hanssens, L. G. M., Devisch, I., Lobbestael, J., Cottenie, B., & Willems, S. (2016). Accessible health care for Roma: a gypsy’s tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0327-7>

Izsák, R. (2015, May). Comprehensive study of the human rights situation of Roma worldwide, with a particular focus on the phenomenon of anti-Gypsyism (GE.15-09350).

Jaiswal, J., & Halkitis, P. N. (2019). Towards a More Inclusive and Dynamic Understanding of Medical Mistrust Informed by Science. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 45(2), 79–85. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1619511>

LaVeist, T. A., Isaac, L. A., & Williams, K. P. (2009). Mistrust of health care organizations is associated with underutilization of health services. *Health services research*, 44(6), 2093–2105. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01017.x>

Lee C, Ayers SL, Kronenfeld JJ. The association between perceived provider discrimination, healthcare utilization and health status in racial and ethnic minorities. *Ethn Dis.* 2009; 19(3):330–7. PMID: 19769017

López-Cevallos, D. F., Harvey, S. M., & Warren, J. T. (2014). Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Satisfaction With Health Care Among Young-Adult Rural Latinos. *The Journal of Rural Health*, 30(4), 344–351. <https://doi.org/10.1111/jrh.12063>

Vicente, M. J. (2009). As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional. *Public Health Programme (European Union). Project Health and the Roma Community: analysis of the situation in Europe (2007-2009)*

McFadden, A. (2018). Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *European Journal of Public Health.* <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx226>

Mendes, M. M., Magano, O. and Candeias, P. (2014). *Estudo Nacional sobre as comunidades ciganas.* Lisbon: High Commission for Migration

Nadal K. L. (2011). The Racial and Ethnic Microaggressions Scale (REMS): construction, reliability, and validity. *Journal of counseling psychology*, 58(4), 470–480. <https://doi.org/10.1037/a0025193>

Owen, J., Tao, K. W., Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Rodolfa, E. (2014). Addressing racial and ethnic microaggressions in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 283–290. <https://doi.org/10.1037/a0037420>

Peek, M. E., Nunez-Smith, M., Drum, M., & Lewis, T. T. (2011). Adapting the everyday discrimination scale to medical settings: reliability and validity testing in a sample of African American patients. *Ethnicity & disease*, 21(4), 502–509.

Perez D, Sribney W, Rodriguez M. Perceived Discrimination and Self-Reported Quality of Care Among Latinos in the United States. *Journal of General Internal Medicine.* 2009; 24(0):548–54

Phillips, L. T., & Lowery, B. S. (2018). Herd Invisibility: The Psychology of Racial Privilege. *Current Directions in Psychological Science*, 27(3), 156–162. <https://doi.org/10.1177/0963721417753600>

Silva, Luísa Ferreira et al; “A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de saúde Comunitária”; in IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra 2000.

Sorkin D, Ngo-Metzger Q, De Alba I. Racial/Ethnic Discrimination in Health Care: Impact on Perceived Quality of Care. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 25(5):390–6. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1257-5> PMID: 20146022

Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.017>

Torres-Harding, S. R., Andrade, A. L., & Romero Diaz, C. E. (2012). The Racial Microaggressions Scale (RMAS): A new scale to measure experiences of racial microaggressions in people of color. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(2), 153–164. <https://doi.org/10.1037/a0027658>

Trachtenberg, F., Dugan, E., & Hall, M. A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care. *The Journal of family practice*, 54(4), 344–352.

Vicente, M. J. (2008). *As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional*. Public Health Programme (European Union). Project Health and the Roma Community: analysis of the situation in Europe (2007-2009) Vicente, 2009

Washington, A., & Randall, J. (2022). "We're Not Taken Seriously": Describing the Experiences of Perceived Discrimination in Medical Settings for Black Women. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01276-9>

Williams, D. R., Yan Yu, Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. *Journal of health psychology*, 2(3), 335–351. <https://doi.org/10.1177/135910539700200305>