

7. Aspectos Conceituais e Metodológicos das Relações entre Discriminação e Saúde em Estudos Epidemiológicos

João Luiz Bastos
Eduardo Faerstein

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BASTOS, J.L., and FAERSTEIN, E. Aspectos Conceituais e Metodológicos das Relações entre Discriminação e Saúde em Estudos Epidemiológicos. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 115-134. ISBN: 978-85-7541-534-4. <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0009>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

7

Aspectos Conceituais e Metodológicos das Relações entre Discriminação e Saúde em Estudos Epidemiológicos¹

JOÃO LUIZ BASTOS
EDUARDO FAERSTEIN

Uma abordagem do fenômeno da discriminação em estudos epidemiológicos impõe desafios de considerável magnitude. Poder-se-ia ter como foco exclusivo a apresentação de um panorama atualizado dos estudos empíricos sobre os efeitos patogênicos que as experiências discriminatórias acarretam para indivíduos e grupos populacionais. Entretanto, dado o caráter embrionário do tema no campo da saúde (Paradies & Williams, 2008), essa tarefa implica também definir conceitualmente a discriminação, além de discutir como esta tem sido operacionalizada em investigações da área. Assim, o presente trabalho está estruturado em três partes fundamentais.

Na primeira versa-se sobre as diferenças conceituais entre discriminação, preconceito e estereótipo, do ponto de vista da psicologia social, primordialmente de origem norte-americana. Apesar de igualmente caros a sociólogos e antropólogos, coube a psicólogos sociais o desenvolvimento de análises reconhecidamente mais sistemáticas e matizadas desses conceitos, o que justifica a opção por se adotar tal perspectiva.

¹Versão revista e ampliada do artigo “Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies”, publicado em *Cadernos de Saúde Pública*, 28: 177-183.

Em seguida, apresenta-se o estado da arte dos estudos sobre as relações entre discriminação interpessoal e condições de saúde, destacando-se as principais teorias propostas para explicar as associações epidemiológicas. Aqui, o ponto de partida são revisões da literatura, publicadas a partir de 2000 (Brondolo *et al.*, 2011, 2003; Paradies, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009; Williams & Neighbors, 2001; Williams, Neighbors & Jackson, 2003; Williams & Williams-Morris, 2000).

Na última parte, baseada em uma revisão sistemática da literatura (Bastos *et al.*, 2010b, 2011) e na tese de doutorado do primeiro autor do texto (Bastos, 2010), discutem-se os instrumentos disponíveis para medir a discriminação e apresenta-se uma proposta para sua aferição em estudos epidemiológicos brasileiros. A discussão sobre os instrumentos disponíveis restringe-se àqueles cujo enfoque foi a discriminação racial. Esta tem sido a discriminação mais frequentemente investigada na temática do preconceito (Phelan, Link & Dovidio, 2008), de modo que os instrumentos destinados a aferi-la representam alguns dos mais importantes avanços teórico-metodológicos na área.

Cabe uma ressalva inicial: embora seja o foco deste trabalho, a discriminação interpessoal não deve ser compreendida isoladamente, desarticulada de outros processos igualmente relevantes em seu impacto sobre condições de saúde. Há vasta literatura que indica, por exemplo, que a discriminação institucional, expressa sob a forma de segregação espacial (Williams & Collins, 2002), e o racismo internalizado (Brondolo *et al.*, 2011; Jones, 2000; Williams *et al.*, 2010) constituem outras exposições danosas à saúde, comumente associadas à discriminação interpessoal (Williams & Mohammed, 2009). Encorajamos o leitor a conferir as publicações indicadas nesta introdução para acesso a discussões pormenorizadas de aspectos não contemplados no presente texto.

Preconceito, Estereótipo e Discriminação

Pretende-se nesta seção apresentar definições atualizadas dos termos ‘preconceito’, ‘estereótipo’ e ‘discriminação’, de modo que as partes subsequentes sejam apreciadas com maior precisão conceitual. A literatura que aborda as relações entre discriminação e condições de saúde é parcialmente caracterizada por falta de rigor terminológico (Paradies, 2006), o que compromete a formulação de interpretações adequadas aos resultados empíricos, no que se refere tanto ao nível de análise investigado quanto aos fenômenos efetivamente mensurados. Por vezes,

autores referem-se ao racismo – aparato discursivo que propõe uma classificação da humanidade baseada em características físicas e biológicas (Outhwaite & Bottomore, 1996) –, quando deveriam limitar suas explicações ao nível das relações interpessoais, ainda que influenciadas por uma ideologia racista. Da mesma forma, não é raro observar trabalhos que empregam os termos ‘preconceito’ e ‘discriminação’ de maneira intercambiável, quando o fenômeno avaliado se refere exclusivamente à discriminação.

Assim, da leitura desta seção deve resultar claro que a principal distinção entre os conceitos enunciados e a discriminação está no fato de esta necessariamente envolver uma ação, passível de caracterização por diversos entes envolvidos, da vítima ao perpetrador, até uma eventual terceira parte, a testemunha.

Comecemos, então, por preconceito, definido como uma atitude que, como tal, dispõe de um componente cognitivo – crenças sobre uma determinada categoria social –, de um componente afetivo – pois frequentemente envolve sentimentos – e de uma predisposição para se comportar negativa ou positivamente em relação a algum grupo socialmente definido (Dovidio *et al.*, 2010). Uma das primeiras definições do preconceito foi formulada por Gordon W. Allport, em sua obra seminal *A Natureza do Preconceito*, publicada em 1954. Nela, esse pioneiro pesquisador o definiu como “uma antipatia, baseada em uma generalização errônea e inflexível, [que] pode ser sentida ou expressada. Pode ser dirigida a um grupo como um todo, ou a um único indivíduo, devido ao pertencimento àquele grupo” (Allport, 1979: 9, tradução nossa). Outra definição de preconceito frequentemente aludida na literatura é a de Outhwaite e Bottomore (1996: 602) como “um julgamento prévio[,] rígido e negativo sobre um indivíduo ou grupo (...), efetuado antes de um exame ponderado e completo, e mantido rigidamente[,] mesmo em face de provas que o contradizem” (tradução nossa). Mas, o que talvez seja provavelmente uma das demarcações mais atuais do termo consta na recente obra de Dovidio e colaboradores (2010: 7), segundo quem o preconceito corresponde a uma “atitude individual, subjetivamente tanto positiva quanto negativa, contra grupos e seus membros, que cria ou mantém relações hierárquicas entre categorias sociais” (tradução nossa).

Por sua vez, o estereótipo, de acordo com Taguieff (1997), se traduz por uma ideia fixa, associada a uma categoria social, que deforma, empobrece e simplifica sobremaneira a realidade. Apesar de os estereótipos apresentarem peculiaridades das relações entre dois ou mais grupos humanos, psicólogos sociais sugerem que alguns de seus componentes são relativamente estáveis. O Modelo de Conteúdo do

Estereótipo (Fiske *et al.*, 2002), por exemplo, postula a existência de duas dimensões elementares do fenômeno, presentes em suas distintas formas de manifestação: calor e competência. Enquanto a dimensão calor estaria associada a grupos “cooperativos” e destituída de categorias sociais “competitivas”, a competência seria relacionada a grupos de maior *status* e negada aos considerados menos competentes. Grupos com estereótipos bem ou mal avaliados nessas duas dimensões, simultaneamente, despertariam emoções e reações semelhantes entre os indivíduos. Por exemplo, grupos “calorosos” e “competentes” provocariam orgulho e admiração, e isto poderia se aplicar ao próprio grupo daquele que manifesta os estereótipos com tais características. Por sua vez, grupos “calorosos”, porém “incompetentes”, produziram sentimentos de pena e simpatia, tal como ocorreria em relação às donas de casa e aos idosos. Grupos por vezes vistos como “frios” e “competentes” – um exemplo comumente citado na literatura é o dos judeus – evocariam inveja e ciúmes, ao passo que grupos “frios” e “incompetentes” produziram desgosto, raiva e indignação, como seria o caso de beneficiários da previdência social e dos pobres, de modo geral. Nesse sentido, uma definição recente de estereótipo o considera como um “conjunto de qualidades, que supostamente refletem a essência de um grupo humano; trata-se de crenças sobre as características e atributos de um grupo e seus membros, que moldam a forma como os indivíduos pensam sobre eles e a eles reagem” (Dovidio *et al.*, 2010: 8, tradução nossa).

A discriminação, por sua vez, é geralmente compreendida como um comportamento enviesado, o qual inclui não somente ações que trazem prejuízo ou desvantagem para outro grupo, como também aquelas que favorecem injustamente o grupo do próprio perpetrador, gerando desvantagens relativas (Dovidio *et al.*, 2010). Assim, diferentemente do preconceito e do estereótipo, a discriminação corresponde a um conjunto de comportamentos observáveis, que se identificam pelo “tratamento diferencial e desigual de pessoas ou de grupos em razão das suas origens, pertenças, aparências (...) ou opiniões, reais ou supostas” (Taguieff, 1997: 131). No âmbito da psicologia social, a discriminação interpessoal tem sido atualmente compreendida como um “conjunto de comportamentos que criam, mantêm ou reforçam a situação de vantagem de alguns grupos e seus membros em relação a outros” (Dovidio *et al.*, 2010: 10, tradução nossa).

Sintetizando: se o preconceito se refere a uma ideia preconcebida sobre algo ou alguém e o estereótipo a um conjunto de crenças sobre a suposta essência de um grupo social, a discriminação nos remete a um tratamento injusto, porque motivado por características identitárias ou pertencimento a grupos específicos, e

não por características pessoais (Allport, 1979). Como exposição potencialmente danosa à saúde e perpetrada contra indivíduos e grupos sociais, é a discriminação que tem sido mais frequentemente operacionalizada nos estudos epidemiológicos, ainda que com importantes limitações, como se verá adiante.

Discriminação e Condições em Saúde

Em sua maior parte – e especialmente nas primeiras décadas de seu maior desenvolvimento, ou seja, a partir de 1980 (Krieger, 2000) –, a literatura epidemiológica sobre discriminação examinou os efeitos patogênicos dessa exposição sobre condições e comportamentos em saúde da população negra, em diferentes contextos de pesquisa dos Estados Unidos (Stuber, Meyer & Link, 2008). As investigações na área também foram marcadas pelo estudo da relação entre discriminação e condições de saúde mental (Williams & Williams-Morris, 2000), tabagismo, uso e abuso de álcool (Paradies, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009), além de desfechos cardiovasculares, especialmente a pressão arterial (Williams & Neighbors, 2001; Williams, Neighbors & Jackson, 2003).

Nos últimos anos, entretanto, observa-se a internacionalização do interesse pelo tema: investigações têm sido conduzidas entre populações de outros países, como Nova Zelândia, Austrália, África do Sul, assim como entre imigrantes em diversos países europeus, envolvendo uma multiplicidade crescente de desfechos de saúde (Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009). A gama de condições investigadas tem variado expressivamente, incluindo, por exemplo, doença inflamatória pélvica, diabetes, infecções fúngicas, condições respiratórias, miomas uterinos, câncer de mama, obesidade abdominal, uso de drogas ilícitas, problemas com o sono, busca e satisfação com os serviços de saúde e adesão a prescrições médicas (Williams & Mohammed, 2009). A ampliação do foco se deu também com relação aos tipos de discriminação avaliados, que não se restringem mais aos comportamentos com motivação exclusivamente racista. Pesquisas passaram a incluir, embora não simultaneamente (Stuber, Meyer & Link, 2008), tratamentos discriminatórios atribuídos a estados de saúde mental, como a esquizofrenia (Thornicroft *et al.*, 2009), e à orientação sexual, especialmente a homossexualidade (Krieger & Sidney, 1997).

No contexto dessa produção científica crescente, tem sido razoavelmente consistente a observação de associações entre discriminação e condições adversas de saúde, avaliadas segundo diferentes estratégias metodológicas e em variados

contextos socioculturais. Em meio à diversidade de enfoques e métodos, é igualmente notável que o referencial teórico acionado para interpretar essas associações seja relativamente uniforme entre os autores. Como será apresentado na seção seguinte, a maior parte dos trabalhos interpreta as experiências discriminatórias como uma forma específica de estresse para suas vítimas (Clark *et al.*, 1999) e, nessa perspectiva, oferece sentido às associações produzidas empiricamente.

Teorias sobre os efeitos adversos da discriminação sobre a saúde

Conforme mencionado, os mecanismos por meio dos quais as experiências discriminatórias se transformariam em condições adversas de saúde têm sido referidos de maneira consistente entre os estudiosos do tema. Pascoe e Smart-Richman (2009) talvez tenham sido as autoras que representaram de maneira mais elucidativa e abrangente um modelo conceitual para explicar as relações de interesse. As experiências discriminatórias, especialmente por se tratar de formas de estresse frequentemente imprevisíveis e de difícil controle (Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009), poderiam afetar a saúde por meio de três mecanismos principais:

- Em primeiro lugar, as experiências discriminatórias poderiam ter efeito direto sobre a saúde, ocasionando a manifestação de condições de saúde mental adversas como, por exemplo, sintomas depressivos, ansiedade e diminuição do bem-estar subjetivo, entre outras. Os estados de saúde mental negativos constituem, por si sós, desfechos adversos de saúde, que também poderiam contribuir para piores condições físicas de saúde.
- Além disso, os efeitos patológicos da discriminação poderiam ser igualmente mediados por alterações psicofisiológicas que provocam, entre as quais a manifestação de estados emocionais negativos, o aumento e maior variabilidade da frequência cardíaca, a produção crônica de hormônios envolvidos na resposta ao estresse (*e.g.*: cortisol) etc.
- Finalmente, as experiências discriminatórias poderiam influenciar os comportamentos relacionados à saúde. Neste caso, a discriminação faria com que os indivíduos adotassem comportamentos não saudáveis ou reduzissem sua participação em comportamentos benéficos para a saúde.

No caso do segundo mecanismo enunciado, o estresse provocado pelas experiências discriminatórias poderia resultar em envelhecimento celular precoce,

contribuir para o desgaste físico do corpo e desregular múltiplos sistemas biológicos (Williams & Mohammed, 2009). As experiências discriminatórias têm sido compreendidas como fatores que aumentam a sobrecarga alostática do organismo humano, tendo em vista que configuram eventos estressores de caráter frequentemente repetitivo ou crônico. A sobrecarga alostática se definiria por consequências fisiológicas do estresse crônico ou repetido, podendo se manifestar por meio de flutuações da pressão arterial, produção elevada de cortisol, epinefrina e outros marcadores biológicos específicos, relacionados a esses eventos deletérios para a saúde humana (Green & Darity, 2010).

Com relação ao terceiro mecanismo, os comportamentos adversos para a saúde poderiam ser manifestados como estratégias de enfrentamento das experiências discriminatórias (Williams & Mohammed, 2009). Há evidências relativamente consistentes das relações entre discriminação e tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas (Pascoe & Smart Richman, 2009) – que representam, potencialmente, formas de lidar com o estresse das experiências discriminatórias ou com sua antecipação – vigilância (Major, Quinton & McCoy, 2002).

Para além desses mecanismos causais, contudo, tem sido sugerido que as relações entre experiências discriminatórias e condições de saúde poderiam ser modificadas por outros fatores. Estes incluiriam, entre outros, o apoio social, as estratégias de enfrentamento, questões relacionadas à identidade de grupo, entre outras (Paradies, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009; Williams, Neighbors & Jackson, 2003). Por exemplo, a disponibilidade de amigos ou familiares com quem dialogar sobre as experiências discriminatórias poderia contribuir para a reconstrução da autoconfiança, prevenindo a ocorrência de desfechos de saúde mental negativos, como a depressão (Pascoe & Smart Richman, 2009). Por sua vez o efeito das experiências discriminatórias sobre condições de saúde também poderia variar, conforme as estratégias de enfrentamento adotadas. Alguns trabalhos sugerem que o enfrentamento ativo das experiências discriminatórias, sob a forma de confrontação do agente perpetrador e busca ativa por apoio social, pode amenizar os efeitos estressantes da discriminação (Pascoe & Smart Richman, 2009). As estratégias de enfrentamento focadas em emoções, frequentemente baseadas na ingestão compulsiva de comida ou no uso de álcool e drogas, por sua vez, podem aumentar o risco de obesidade, bem como tornar os indivíduos dependentes do uso de álcool e outras drogas. De modo geral, entretanto, há evidências de que o efeito das estratégias de enfrentamento sobre a relação entre discriminação e saúde é dependente do contexto sociocultural em

questão e de que tais estratégias são efetivas contra eventos discriminatórios de menor intensidade, apenas (Paradies, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009). Por fim, ter fortes conexões com determinadas identidades de grupo pode amenizar o estresse da discriminação, prevenindo que estereótipos negativos afetem a imagem que os indivíduos têm de si mesmos. Entretanto, uma forte conexão com identidades de grupo também pode levar os indivíduos a um estado de vigilância em relação às experiências discriminatórias, potencialmente aumentando sua percepção e relato (Paradies, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009).

Condições de saúde frequentemente avaliadas em relação à discriminação

Os estudos epidemiológicos sobre condições de saúde mental predominam na literatura sobre as relações entre discriminação e saúde (Paradies, 2006; Williams & Williams-Morris, 2000), incluindo como desfechos avaliados ansiedade, bem-estar geral, estresse psicológico, esquizofrenia, perda de função cognitiva, desordens psiquiátricas, problemas de conduta, entre outros (Paradies, 2006; Williams, Neighbors & Jackson, 2003). Quase sem exceção, os trabalhos sobre discriminação e problemas de saúde mental relatam uma associação direta e forte entre esses dois eventos ou situações (Paradies, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009; Williams & Mohammed, 2009; Williams, Neighbors & Jackson, 2003; Williams & Williams-Morris, 2000). Essa relação parece consistente para todos os desfechos de saúde mental, não sendo modificada por gênero ou classificação de 'raça'/etnia dos participantes (Pascoe & Smart Richman, 2009). Além disso, a discriminação recente parece ser mais importante do que a discriminação crônica ou ocorrida ao longo da vida para as condições de saúde mental (Pascoe & Smart Richman, 2009). Entretanto, deve ser considerado que, possivelmente, as relações (ao longo da vida dos indivíduos) entre as experiências de discriminação, sua percepção e relato, e aspectos da saúde mental são mais complexas (por exemplo, bidirecionais) do que os métodos analíticos convencionais têm permitido captar.

Relativamente frequentes são também os trabalhos acerca dos possíveis efeitos da discriminação sobre a pressão arterial. É de longa data o interesse sobre a relação entre discriminação e pressão arterial (Brondolo *et al.*, 2011, 2003; Williams & Neighbors, 2001), bem como desfechos cardiovasculares, de modo mais amplo (Wyatt *et al.*, 2003), visto que experiências de estresse agudo estão relacionadas com o aumento da pressão arterial, especialmente em estudos com participantes em situações experimentais controladas (Brondolo *et al.*, 2011, 2003; Williams & Mohammed,

2009). Entretanto, os mecanismos pelos quais a discriminação resultaria em elevação crônica da pressão arterial permanecem pouco elucidados. Os padrões de associação (da discriminação com a pressão arterial) são complexos e paradoxais na literatura – ausência de associações e associações observadas apenas em estratos populacionais específicos têm sido relatadas (Williams & Mohammed, 2009).

Há, inclusive, estudos com resultados notadamente controversos: Krieger e Sidney (1996) observaram os níveis de pressão arterial mais elevados entre trabalhadores negros que não haviam relatado experiências discriminatórias, seguidos por indivíduos que relataram maior frequência de experiências discriminatórias e, por fim, aqueles que haviam relatado discriminação em frequência moderada. Segundo Krieger (2000), entre aqueles em posição socioeconômica inferior – inclusive os investigados no trabalho mencionado (Krieger & Sidney, 1996), a omissão de experiências discriminatórias se daria porque as pessoas mais discriminadas seriam justamente aquelas que não conseguiriam verbalizar tais experiências, por terem internalizado suas condições de opressão e exposição a tratamentos injustos. Contudo, essas interpretações têm sido questionadas por outros pesquisadores, como Conde e Gorman (2009), os quais argumentam que a validade do conceito de internalização referido por Krieger ainda não foi estabelecida e que os resultados que o relacionam com condições adversas de saúde são suscetíveis de explicações alternativas. Em suma, apesar de mais intensamente estudados, não há consistência entre os efeitos observados da discriminação sobre a pressão arterial e desfechos cardiovasculares; quando detectados, esses efeitos não tendem a se modificar segundo gênero, tampouco variar conforme o tipo de discriminação avaliada – aguda ou crônica (Pascoe & Smart Richman, 2009).

Por fim, os comportamentos e outras condições de saúde comumente associados com a discriminação incluem a autoavaliação do estado geral de saúde; uso e abuso de álcool; tabagismo; uso de drogas ilícitas; comportamentos saudáveis – sono regular, dieta rica em legumes, frutas e verduras, prática de exercício físico – e adesão a prescrições médicas – consultas, medicamentos (Paradies, 2006; Williams & Mohammed, 2009; Williams, Neighbors & Jackson, 2003). Desfechos adversos quanto a esses aspectos associam-se consistentemente e de forma direta com as experiências discriminatórias. Entretanto, as associações mais fortes têm sido observadas entre indivíduos do sexo feminino, conforme registra uma revisão prévia da literatura (Pascoe & Smart Richman, 2009).

Medindo a Discriminação em Estudos Epidemiológicos

Apesar de Blank, Dabady e Citro (2004) se referirem aos tratamentos discriminatórios com motivação exclusivamente racial em sua obra, a síntese que fizeram das estratégias metodológicas para aferição do fenômeno em nível individual e ecológico merece ser aqui revisada. A apresentação dessas estratégias contribui para situar criticamente a principal forma pela qual a discriminação tem sido operacionalizada em estudos epidemiológicos, isto é, por meio de perguntas incluídas em inquéritos de saúde, que questionam os participantes sobre experiências de tratamento injusto em diferentes instâncias e domínios de vida. Segundo Blank, Dabady e Citro (2004), as estratégias metodológicas para mensuração da discriminação compreendem: experimentos laboratoriais; experimentos de campo; análise de dados observacionais e experimentos naturais; e análise de indicadores populacionais de discriminação.

Como exemplo de um experimento laboratorial, Blank, Dabady e Citro (2004) citam o clássico trabalho de Word, Zanna e Cooper (1974), os quais procuraram avaliar comportamentos discriminatórios não verbais de entrevistadores brancos em relação a candidatos negros. Os entrevistadores eram estudantes universitários, que foram orientados a selecionar, em uma série de candidatos negros e brancos, potenciais membros para compor um grupo encarregado de conduzir uma campanha de *marketing*. Os candidatos haviam sido treinados para responder de forma padronizada aos entrevistadores, os quais teriam seus comportamentos não verbais avaliados. Os autores observaram que o comportamento não verbal dos entrevistadores se mostrou menos caloroso para com os candidatos negros, medido por maior distância física, menor tempo de duração e mais falhas de comunicação nessas entrevistas.

Por sua vez, os experimentos de campo são geralmente designados como “estudos de auditagem”. No mercado de trabalho, por exemplo, a aplicação do método se dá mediante o recrutamento de pares combinados de candidatos em buscas reais por emprego. Os candidatos são cuidadosamente emparelhados no que se refere a idade, aparência física, estilo de comunicação, escolaridade, experiência prévia de trabalho e outras características importantes para uma decisão contratual, exceto aquela para a qual se deseja aferir a ocorrência de discriminação, como o sexo e a ‘raça’, por exemplo. A constatação de que as taxas de admissão variam conforme ‘raça’, sexo ou posição socioeconômica dos indivíduos sugeriria a existência de discriminação no mercado de trabalho avaliado.

Estudos observacionais vêm constituindo a ferramenta básica por meio da qual diferentes aspectos das desigualdades raciais, de gênero, classe etc. têm sido explorados. Como exemplos dessa abordagem situam-se estudos que tratam das desigualdades étnico-raciais em saúde como via para se atribuir à discriminação uma das possíveis causas das disparidades observadas. Em diversos estudos no Brasil, como, por exemplo, os de Matijasevich e colaboradores (2008) e Chor e colaboradores (2004), foram utilizados modelos de regressão em que uma condição de saúde é a variável dependente. A persistência de associação da variável dependente com a variável 'raça', após ajuste para variáveis de confundimento ou mediadoras, poderia ser interpretada, em alguns desses casos, como resultado da discriminação.

Experimentos naturais ou quase experimentos constituem outras estratégias de utilização de dados observacionais. Estes se baseiam na análise ecológica de dados antes e após a implementação de nova legislação, por exemplo, que ocasione a redução ou completa eliminação de determinado tipo de discriminação. Por exemplo, Chay e Greenstone (2000) verificaram que a redução na desigualdade das taxas de mortalidade infantil entre negros e brancos estadunidenses entre 1955 a 1975 ocorreu após a conquista de direitos civis em meados da década de 1960. Entre essas conquistas, os autores destacaram esforços dirigidos à eliminação da discriminação e suas conseqüentes barreiras ao acesso de negros aos serviços de saúde como importante fator para a observada redução da desigualdade.

Finalmente, dispõe-se da estratégia metodológica baseada em questionários acerca da história e natureza de experiências discriminatórias, bem como em entrevistas em profundidade sobre o tema com um número menor de indivíduos (Blank, Dabady & Citro, 2004). Especificamente em relação aos questionários, estes podem ser aplicados para investigar tanto a perpetração de atos discriminatórios por parte dos respondentes quanto sua vitimização. No caso da vitimização, investiga-se o contato que os indivíduos tiveram com situações de tratamento injusto com motivação discriminatória em diferentes situações e domínios da vida. Os autores do presente trabalho e outros colaboradores conduziram uma revisão sistemática da literatura, publicada em 2010-2011 (Bastos *et al.*, 2010b, 2011), em que avaliaram 24 dos 27 questionários existentes para aferição da vitimização por discriminação racial em inquéritos epidemiológicos. Nela, constatou-se que os instrumentos são de desenvolvimento relativamente recente (especialmente nos últimos 12 anos) e ainda se encontram em seus estágios iniciais de validação e aperfeiçoamento. Quase todos (23) os questionários têm origem nos Estados Unidos e abordam, em sua maior parte, indivíduos negros. Esses instrumentos apresentam, frequentemente,

menos do que trinta perguntas, e o método mais recorrente de abordagem dos entrevistados é o autopreenchimento.

Conforme aludido, os referenciais teóricos mais comumente acionados no desenvolvimento dos questionários divulgados têm em comum teorias e evidências sobre as consequências psiconeuroendócrinas das fontes de estresse e das estratégias para enfrentá-las. Em decorrência, os instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de avaliar não somente a discriminação (uma forma específica de estresse), mas também constructos correlatos como, por exemplo, estratégias comportamentais e emocionais para lidar com tal experiência. Em geral, os questionários revisados apresentaram boas propriedades psicométricas, que conferem razoável validade e confiabilidade às mensurações das experiências discriminatórias (Bastos *et al.*, 2010b, 2011). Entretanto, algumas de suas limitações também merecem destaque. Em particular, os questionários abordam seus entrevistados como se estes fossem sempre capazes de decifrar a natureza multifacetada das experiências discriminatórias. Frequentemente, assume-se que os respondentes são capazes de distinguir claramente a razão pela qual foram discriminados e tende-se a ignorar a possibilidade de a discriminação racial se combinar com outros tipos, como a de gênero e a de classe, por exemplo.

Além disso, observa-se relativa falta de clareza conceitual, pois os termos discriminação, racismo e preconceito são, com alguma frequência, utilizados de modo impreciso e intercambiável durante a elaboração dos instrumentos. Finalmente, poucos instrumentos foram desenvolvidos com base na recomendação (Wilson, 2005) de se elaborar um mapa do constructo, previamente à formulação das perguntas que o mesmo deverá conter. Isso compromete a mensuração das experiências discriminatórias, pois o mapa permite que as perguntas do instrumento apresentem uma abrangência adequada do fenômeno. No caso da discriminação, por exemplo, o mapa do constructo corresponderia a uma elaboração teórica sobre o modo como esta se manifesta, especificando um gradiente de intensidade, no qual suas formas brandas e intensas estariam representadas sob a forma de perguntas.

Proposta de Aferição da Discriminação em Estudos Epidemiológicos Brasileiros

Tendo em vista as fragilidades mencionadas e a predominância de questionários com origem nos Estados Unidos, a tese de doutorado recentemente defendida pelo primeiro autor do presente texto (Bastos, 2010) propõe um instrumento para

aferição do fenómeno no Brasil (Bastos *et al.*, 2012). Precedido pelas pesquisas pioneiras de Faerstein e colaboradores (2004), Santana e colaboradores (2007) e Pavão e colaboradores (2012) sobre as relações entre discriminação com hipertensão e outros desfechos de saúde, incluindo transtornos mentais, o desenvolvimento desse questionário brasileiro teve como ponto de partida a ênfase nas interações entre diferentes tipos de discriminação, seguindo-se a perspectiva teórica da interseccionalidade (Bastos *et al.*, 2012; Crenshaw, 1995), bem como uma definição rigorosa de um mapa do constructo (Bastos *et al.*, 2012). Essa abordagem mais ampla, incluindo diferentes tipos de discriminação, foi pautada por resultados prévios da literatura que sugerem que os efeitos das experiências discriminatórias sobre a saúde estão mais ligados à percepção genérica de tratamento diferencial e injusto do que à suposta motivação (*e.g.*: ‘raça’, sexo, classe social etc.) para tais eventos (Kessler, Mickelson & Williams, 1999).

Considerando-se o desafio de desenvolvê-lo em um país marcado por diferenças regionais e expressivas desigualdades sociais, esse instrumento foi inicialmente concebido e avaliado em meio a uma população específica, a de um grupo de estudantes universitários da cidade do Rio de Janeiro, na região Sudeste do Brasil (Bastos *et al.*, 2012). Em etapas futuras de construção e refinamento do referido instrumento, espera-se ampliar sua aplicabilidade a outros estratos populacionais, de modo que seja passível de utilização em inquéritos epidemiológicos de maior escala.

O instrumento limitou-se à avaliação da discriminação explícita, que corresponde a atos isolados de discriminação, executados por indivíduos com base em seus preconceitos (Mallick, 1995). Esse tipo de discriminação abarca um conjunto de comportamentos com gradiente de intensidade (Blank, Dabady & Citro, 2004), no qual as formas mais brandas incluem ofensas à reputação ou comentários depreciativos e a restrição de contatos a membros do mesmo grupo social. Por sua vez, as formas mais extremas envolvem práticas segregacionistas, agressões físicas e o extermínio de grupos ou indivíduos. A partir da definição do constructo e de seu mapa, realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre questionários de discriminação, bem como um estudo qualitativo (Bastos *et al.*, 2010a) para avaliar os sentidos atribuídos à discriminação por membros da população em estudo, verificando-se a pertinência de tal constructo no contexto sociocultural investigado. Essas etapas forneceram subsídios (Bastos *et al.*, 2010a, 2010b, 2011) para a elaboração das perguntas integrantes do instrumento, as quais foram posteriormente avaliadas por seis estudiosos do tema no Brasil e um nos Estados Unidos, quanto à forma, ao conteúdo e à abrangência do constructo a ser avaliado (Bastos *et al.*, 2012).

O instrumento foi, em seguida, submetido a sessões de pré-testes, utilizando-se a técnica de entrevista cognitiva (Fowler, 1995) com dez voluntários. Tais entrevistas individuais, com cerca de uma hora de duração cada, visaram a checar a compreensão de termos específicos dos itens, tais como discriminação, preconceito e incômodo, bem como o processo percorrido pelos respondentes na formulação de respostas. Realizou-se também um estudo piloto com 15 estudantes de graduação de diferentes cursos da mesma instituição pública de ensino superior. Essa etapa permitiu, entre outros aspectos, a definição da rotina de abordagem dos entrevistados e a identificação de problemas residuais de compreensão de questões específicas (Bastos *et al.*, 2012).

Incorporadas as sugestões de alteração, de acordo com os resultados das entrevistas cognitivas e do estudo piloto, produziu-se uma versão final do instrumento para ser aplicada em um conjunto maior de estudantes, ou seja, 424 indivíduos, sob a modalidade de autopreenchimento. O questionário sobre experiências discriminatórias foi aplicado novamente 15 dias depois em 13% (n=55) desse total de estudantes. Na versão final do instrumento questiona-se sobre a experiência de tratamentos diferenciais específicos, sem definição de um período recordatório para sua ocorrência (Anexo). A resposta a cada um dos 18 itens é registrada conforme uma escala ordinal de Likert com quatro pontos: “Não” (1); “Sim, poucas vezes” (2); “Sim, várias vezes” (3) e “Sim, sempre” (4). Os entrevistados que respondem positivamente a tais perguntas são orientados a responder mais três subitens referentes a cada uma das situações abordadas. O primeiro subitem inclui um ou mais motivos para o tratamento diferencial (*e.g.* condição socioeconômica e/ou classe social, cor ou raça, deficiência física etc.) e os outros dois investigam o grau de incômodo gerado pelas experiências, bem como a atribuição do evento à discriminação. O grau de incômodo gerado pelo tratamento é mensurado utilizando-se a escala de Likert com quatro pontos, com as opções de resposta “Não”, “Sim, um pouco”, “Sim, razoavelmente” e “Sim, muito”. Por sua vez, a atribuição do tratamento diferencial à discriminação é aferida de maneira dicotômica, por meio das respostas “Não” e “Sim” (Bastos *et al.*, 2012).

Essa versão do questionário foi, então, avaliada preliminarmente em termos psicométricos, quanto à sua dimensionalidade, confiabilidade (teste-reteste e consistência interna) e validade de constructo (convergente e por grupos extremos). A análise fatorial exploratória corroborou a hipótese de sua unidimensionalidade, em acordo com a opinião dos especialistas consultados sobre a forma, o conteúdo e a abrangência das perguntas. A consistência interna do questionário, avaliada por

alfa de Cronbach, foi de 0,8 e a confiabilidade teste-reteste foi maior do que 0,5 para 14 dos 18 itens, segundo o coeficiente kappa ponderado. Algumas perguntas do questionário, entretanto, apresentaram percentual baixo de respostas positivas (<10%). O escore da escala foi estatisticamente mais alto, indicando maior exposição à discriminação, em indivíduos socialmente desprivilegiados (autoclassificados pardos e pretos, do sexo feminino, que ingressaram na universidade por cotas e os de pior posição socioeconômica). Esse escore também se associou com comportamentos e condições de saúde adversos (tabagismo, especialmente antes dos 17 anos de idade, transtornos mentais comuns e autoavaliação regular/ ruim/ muito ruim de saúde) (Bastos *et al.*, 2012).

Os resultados preliminares sugerem que o instrumento tem desempenho satisfatório na avaliação de experiências discriminatórias. Entretanto, conforme mencionado anteriormente, há necessidade de adaptá-lo para uso em outros contextos de pesquisa. Nesses novos contextos, os itens que apresentaram pouca variabilidade, bem como outros indicadores psicométricos insatisfatórios, poderiam ser apreciados quanto à necessidade de reformulação e, até mesmo, de substituição por questões que ocupem o mesmo espaço no mapa conceitual. Novas avaliações psicométricas do instrumento, incluindo validação de constructo divergente e técnicas mais rigorosas, como análises fatoriais confirmatórias, devem ser executadas futuramente. Os autores do trabalho convidam pesquisadores interessados a submeter o instrumento a novas avaliações psicométricas e adaptações pertinentes.

A discriminação se configura como um fator de risco cada vez mais estabelecido para condições e comportamentos adversos em saúde, com base no pressuposto de que representa uma forma específica de estresse para os indivíduos. Entretanto, o avanço do conhecimento na área depende tanto da articulação teórica e empírica da discriminação interpessoal com a institucional, o racismo internalizado e constructos relacionados, como estigma e estereótipo (Phelan, Link & Dovidio, 2008; Stuber, Meyer & Link, 2008) quanto do enfrentamento de questões vinculadas à aferição do fenômeno. No âmbito de sua mensuração, deve-se priorizar a definição de um mapa do constructo e a avaliação de diferentes tipos de discriminação simultaneamente. A exploração conjunta desses aspectos propiciará uma compreensão mais ampla dos padrões de discriminação e de suas consequências sobre a saúde, aumentando nossa capacidade de reduzir sua ocorrência na sociedade.

Agradecimentos

Agradecemos a Aluísio J. D. Barros, pela orientação e colaboração intelectual para a tese de doutorado que originou parte deste texto.

Fontes de financiamento

Trabalho parcialmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj – Processo n. E-26/110.315/2007) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo n. 482537/2009-4). J. L. Bastos foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo CNPq (bolsa de doutorado) entre março de 2007 e julho de 2010.

Referências

- ALLPORT, G. W. *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Perseus Books, 1979.
- BASTOS, J. L. *Desigualdades ‘Raciais’ em Saúde: medindo a experiência de discriminação autorrelatada no Brasil*, 2010. Tese de Doutorado, Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.
- BASTOS, J. L. et al. Experiências de discriminação entre universitários do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 44: 28-38, 2010a.
- BASTOS, J. L. et al. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 70: 1.091-1.099, 2010b.
- BASTOS, J. L. et al. Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. *Saúde & Transformação Social*, 1: 4-16, 2011.
- BASTOS, J. L. et al. Explicit discrimination and health: development and psychometric properties of an assessment instrument. *Revista de Saúde Pública*, 46(2): 269-278, 2012.
- BLANK, R. M.; DABADY, M. & CITRO, C. F. *Measuring Racial Discrimination: panel on methods for assessing discrimination*. Washington: The National Academies Press, 2004.
- BRONDOLO, E. et al. Perceived racism and blood pressure: a review of the literature and conceptual and methodological critique. *Annals of Behavioral Medicine*, 25: 55-65, 2003.
- BRONDOLO, E. et al. Racism and hypertension: a review of the empirical evidence and implications for clinical practice. *American Journal of Hypertension*, 24: 518-529, 2011.
- CHAY, K. Y. & GREENSTONE, M. The convergence in black-white infant mortality rates during the 1960's. *American Economic Review*, 90: 326-332, 2000.
- CHOR, D. et al. Association of weight change with ethnicity and life course socioeconomic position among Brazilian civil servants. *International Journal of Epidemiology*, 33: 100-106, 2004.
- CLARK, R. et al. Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *American Psychology*, 54: 805-816, 1999.
- CONDE, E. & GORMAN, D. Krieger's conceptualization and measurement of discrimination and internalized oppression in studies of adverse health outcomes. *GeoJournal*, 74: 131-142, 2009.
- CRENSHAW, K. W. The intersection of race and gender. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In: CRENSHAW, K. W. et al. (Eds.). *Critical Race Theory: the key writings that formed the movement*. New York: New Press, 1995.
- DOVIDIO, J. F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: theoretical and empirical overview. In: DOVIDIO, J. F. et al. (Eds.). *The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*. London: Sage, 2010.

- FAERSTEIN, E. et al. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants. *American Journal of Epidemiology*, 159: S35-S35, 2004.
- FISKE, S. T. et al. A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, (82): 878-902, 2002.
- FOWLER, F. J. *Improving Survey Questions: design and evaluation*. Thousand Oaks: Sage, 1995.
- GREEN, T. L. & DARITY, W. A. JR. Under the skin: using theories from biology and the social sciences to explore the mechanisms behind the black-white health gap. *American Journal of Public Health*, 100(1): S36-40, 2010.
- JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*, 90: 1.212-1.215, 2000.
- KESSLER, R. C.; MICKELSON, K. D. & WILLIAMS, D. R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 40: 208-230, 1999.
- KRIEGER, N. Discrimination and health. In: BERKMAN L. F. & KAWACHI, I. (Eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- KRIEGER, N. & SIDNEY, S. Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA Study of Young Black and White Adults. *American Journal of Public Health*, 86: 1.370-1.378, 1996.
- KRIEGER, N. & SIDNEY, S. Prevalence and health implications of anti-gay discrimination: a study of black and white women and men in the CARDIA cohort. Coronary artery risk development in young adults. *International Journal of Health Service*, 27: 157-176, 1997.
- MAJOR, B.; QUINTON, W. J. & MCCOY, S. K. Antecedents and consequences of attributions to discrimination: theoretical and empirical advances. In: ZANNA, M. P. (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*. San Diego: Academic Press, 2002.
- MALLICK, K. Individual discrimination. In: MAGILL, F. N. (Ed.). *International Encyclopedia of Sociology*. London: Fitzroy Dearborn Publishers, 1995.
- MATIJASEVICH, A. et al. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: comparison of 3 birth cohorts. *American Journal of Public Health*, (98): 692-668, 2008.
- OUTHWAITE, W. & BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- PARADIES, Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35: 888-901, 2006.
- PARADIES, Y. C. & WILLIAMS, D. R. Racism and health. In: QUAH, S. & HEGGENHOUGEN, K. (Ed.). *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press, 2008.
- PASCOE, E. A. & SMART RICHMAN, L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychology Bulletin*, 135: 531-554, 2009.
- PAVÃO, A. L. et al. Racial discrimination and health in Brazil: evidence from a population-based survey. *Ethnicity & Disease*, 22(3): 353-359, 2012.
- PHELAN, J. C.; LINK, B. G. & DOVIDIO, J. F. Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67: 358-367, 2008.
- SANTANA, V. et al. Skin colour, perception of racism and depression among adolescents in urban Brazil. *Child and Adolescent Mental Health*, 12: 125-131, 2007.
- STUBER, J.; MEYER, I. & LINK, B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67: 351-357, 2008.
- TAGUIEFF, P. A. *O Racismo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.
- THORNICROFT, G. et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 9.661: 408-415, 2009.

WILLIAMS, D.R. & COLLINS, C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. In: LAVEIST, T. A. (Ed.). *Race, Ethnicity and Health: a public health reader*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.

WILLIAMS, D. R. & MOHAMMED, S. A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavior & Medicine*, 32: 20-47, 2009.

WILLIAMS, D. R. & NEIGHBORS, H. Racism, discrimination and hypertension: evidence and needed research. *Ethnicity & Disease*, 11: 800-816, 2001.

WILLIAMS, D. R. & WILLIAMS-MORRIS, R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity & Health*, 5: 243-268, 2000.

WILLIAMS, D.R.; NEIGHBORS, H.W. & JACKSON, J. S. Racial/ethnic discrimination and health:

findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93: 200-208, 2003.

WILLIAMS, D. R. et al. Race, socioeconomic status, and health: complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Annals of the New York Academy of Science*, 1.186: 69-101, 2010.

WILSON, M. *Constructing Measures: an item response modeling approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2005.

WORD, C. O.; ZANNA, M. P. & COOPER, J. The nonverbal mediation of self-fulfilling prophecies in interracial interaction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 10(2): 109-120, 1974.

WYATT, S. B. Et al. Racism and cardiovascular disease in African Americans. *American Journal of the Medical Science*, 325(6): 315-331, 2003.

Anexo – Itens da primeira versão do questionário de discriminação

Rio de Janeiro, RJ, 2010. Traduzido de Bastos et al., 2012

Pergunta	Situação específica de tratamento diferencial
1	Você já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, você era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom?
2	Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, você já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes?
3	Ao frequentar repartições públicas, como receita federal, cartório, departamentos de trânsito, companhias de água, luz, esgoto ou outras, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?
4	Você já foi vigiado, perseguido ou detido por seguranças ou policiais sem que tenha dado motivos para isso? Pense que isso pode ter acontecido em lojas, bancos, na rua, festas, locais públicos, entre outros.
5	Você já foi agredido fisicamente por policiais, seguranças, desconhecidos ou até por conhecidos, sem que tenha dado motivos para isso?
6	Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade curricular na escola ou na universidade? Considere situações atuais (universidade) e passadas (escola) nas quais você foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.
7	Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade no trabalho ou no estágio profissional? Considere as situações em que você foi tratado assim por alguém da sua equipe ou algum cliente, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.
8	Você já foi avaliado em provas ou outros trabalhos acadêmicos da escola ou da universidade de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas?
9	Você já foi avaliado de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas em algum estágio ou trabalho profissional?
10	Ao tentar ficar ou namorar com alguém, você já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivos para isso? Considere apenas as situações em que você foi tratado de forma pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas.
11	A família de alguma pessoa com quem você se relacionou afetivamente ficou, namorou ou casou rejeitou você ou tentou impedir sua relação com ele(a)?
12	Você já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, tios, primos ou avós em relação aos outros familiares?
13	Você já foi chamado por nomes, palavras das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, <i>shoppings</i> , bancos, lojas, festas, escola, local de trabalho ou outros locais públicos.
14	Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas da escola ou da universidade? Pense que isto pode ter acontecido recentemente (universidade) ou no passado (escola), durante a prática de esportes, aulas, realização de trabalhos em grupo, festas, reuniões importantes ou outros encontros com os colegas.

Anexo – Itens da primeira versão do questionário de discriminação (cont.)

Rio de Janeiro, RJ, 2010. Traduzido de Bastos et al., 2012

Pergunta	Situação específica de tratamento diferencial
15	Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas de estágio ou trabalho? Pense que isto pode ter acontecido durante a realização de trabalhos em equipe, reuniões de trabalho, congressos, eventos ou festas e reuniões informais.
16	Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações.
17	Você já participou de um processo seletivo para conseguir emprego ou estágio e foi recusado, mesmo tendo os melhores pré-requisitos dentre todos os candidatos?
18	Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?