

## **PRÁTICAS DISCRIMINATÓRIAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS**

### **Resumo:**

**Objetivo:** estimar a prevalência de práticas discriminatórias por profissionais de saúde e fatores associados na Região Metropolitana de Manaus.

**Métodos:** Foi realizado estudo transversal de base populacional com amostra probabilística de adultos ( $\geq 18$  anos), entrevistados nos domicílios. Foi investigada a prática de discriminação por profissionais de saúde nos últimos 12 meses, e os motivos apontados pelos entrevistados. Foram realizadas análises brutas e ajustadas por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

**Resultados:** Foram entrevistados 4.001 indivíduos. A prevalência de práticas discriminatórias por profissionais de saúde na Região Metropolitana de Manaus foi 12,9% (IC95% 11,8-13,9%). A classe social e a falta de dinheiro foram os principais motivadores de práticas discriminatórias. Ser da cor parda associou-se positivamente com experiências de segregação. Os hospitais representaram o ambiente em que tais práticas são mais frequentes.

**Conclusão:** Os resultados desta pesquisa postulam a necessidade de ampliação da discussão sobre discriminação em saúde, bem como adoção metas para erradicá-la em nosso meio. Entretanto, a temática é pouco abordada no contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Estudos Transversais; Discriminação; Profissionais da saúde; Região Metropolitana de Manaus

## INTRODUÇÃO

A discriminação caracteriza-se como o tratamento de maneira diferenciada e frequentemente desigual a indivíduos informal ou formalmente reunidos em determinada classe. Entre os possíveis motivos de discriminação estão: raça, etnia, cor da pele, status econômico, escolaridade, religião, gênero, idade, nacionalidade, doença e deficiência física.<sup>1; 2; 3</sup>

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), há várias manifestações de discriminação nos cuidados em saúde, incluindo a negação de assistência e barreiras injustas na prestação de serviços.. Qualidade inferior do cuidado prestado, desrespeito, abuso, e outras formas de maus-tratos também configuram práticas discriminatórias na assistência à saúde <sup>4;5</sup>.

Há evidências de que a percepção da discriminação influencia na saúde dos indivíduos <sup>2</sup>. Tal prática induz impacto negativo na vida dos discriminados. O estresse gerado afeta a saúde física e mental e aumenta a probabilidade de comportamentos de risco <sup>6</sup>.

A maioria dos instrumentos de avaliação de discriminação existentes são provenientes dos Estados Unidos. Tais análises consideraram a segregação racial ou étnica como as mais relevantes <sup>7;8</sup>.

A percepção da discriminação pelo sujeito por si só, está associada à abstenção da busca por assistência em saúde <sup>9</sup>. Experiências discriminatórias estão relacionadas positivamente com desfechos adversos em saúde mental, como depressão e uso abusivo de álcool <sup>8</sup>.

Entender como a discriminação e seu impacto afeta as pessoas é imprescindível para<sup>10</sup>: (i) reduzir as disparidades na assistência em saúde; (ii) garantir qualidade e competência na prestação do serviço; (iii) identificar barreiras; e (iv) desenvolver estratégias de promoção de saúde.

Nesse intuito, a presente pesquisa teve como objetivo estimar a prevalência de práticas discriminatórias por profissionais de saúde e fatores associados na Região Metropolitana de Manaus.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional. O inquérito foi realizado de maio a julho de 2015, em nove municípios que compõem a Região Metropolitana de Manaus, capital do estado do Amazonas, localizado na região Norte do Brasil.

De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Região Metropolitana – composta pelos municípios de Manaus, Presidente Figueiredo, Manacapuru, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva, Novo Airão, Iranduba e Itacoatiara- tinha, em 2011, 2.316.173 habitantes.<sup>11</sup>

Calculou-se o tamanho da amostra a partir de uma estimativa de 50% de uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses. Chegou-se a uma amostra de 3.598 indivíduos, considerando o nível de confiança 95%, precisão de 2% e efeito do desenho 1,5. Considerando 10% de eventuais perdas, chegou-se ao tamanho de amostra de 4.000 pessoas a serem entrevistadas.

Foram elegíveis indivíduos adultos com 18 anos ou mais anos de idade. O processo de amostragem ocorreu em três estágios. No primeiro estágio consideraram-se os 2.647 setores censitários urbanos da Região Metropolitana de Manaus <sup>12</sup>, dentre os quais 400 setores primários e 20 setores de reposição foram sorteados. O segundo estágio balizou-se em procedimento sistemático com o objetivo de apontar dez domicílios em cada setor identificado. Nesse processo, um número aleatório definiu a ordem de procura nas residências a cada 20 endereços de maneira sistemática. No terceiro estágio, todos os moradores acima de 18 anos foram cadastrados na residência apontada. O sorteio do entrevistado ponderou as cotas de sexo e idade da população do setor censitário de modo a aumentar a representatividade.

O desfecho primário foi a prática discriminatória por profissionais da saúde, aferido pela pergunta “O(A) sr(a) já se sentiu discriminado (a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?”. Esta pergunta foi idêntica à realizada pela Pesquisa Nacional de Saúde 2013, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde<sup>13</sup>. Os motivos das práticas discriminatórias por profissionais de saúde foram apontados pelos entrevistados e classificados em: renda/falta de dinheiro; classe social; raça/cor da pele; tipo de ocupação; tipo de enfermidade; preferência sexual; religião/crença; sexo; e idade.

As variáveis independentes estudadas foram: faixa etária, sexo, estado civil, cor da pele, escolaridade, classe social, plano de saúde, uso de serviços de saúde e doenças crônicas autorreferidas.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os questionários foram preenchidos em dispositivo eletrônico por entrevistadores com experiência em pesquisa quantitativa. Realizaram-se pré-testes com 150 participantes para atestar a compreensão do instrumento. Para controle de qualidade dos dados coletados, 20% das entrevistas foram auditadas por telefone junto ao entrevistado e parte do áudio da entrevista foi gravada pelo dispositivo.

Todas as variáveis de caracterização da amostra foram analisadas por estatística descritiva. Para identificar os fatores relacionados à ocorrência de discriminação em serviços de saúde, calcularam-se as razões de prevalência brutas e ajustadas por sexo e idade e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. Considerou-se o delineamento amostral complexo nos cálculos, os quais foram executados no STATA 14.1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, parecer 974.428/2015, tendo recebido o CAAE 42203615.4.0000.5020. A pesquisa teve o auxílio CNPq – Chamada Pública nº 43/2013 (processo 404990/2013-4) e auxílio CNPq – Chamada Pública Universal 2014 (processo 448093/2014-6).

## RESULTADOS

Este estudo contou com 4.001 entrevistados. A amostra foi composta predominantemente por mulheres, na faixa etária entre 18 a 34 anos, solteiros, de cor da pele parda, escolaridade até ensino médio, não possuidores de plano de saúde, classe econômica C e aqueles que procuram pelo mesmo serviço de saúde. A Tabela 1 apresenta as principais características da amostra. Em relação aos últimos 12 meses da data da entrevista, houve maior procura por atendimento médico (x%), seguido por odontológico (x%) e internação hospitalar (x%).

A prevalência de práticas discriminatórias por profissionais de saúde na Região Metropolitana de Manaus foi 12,9% (IC95% 11,8; 13,9%). Os entrevistados mais acometidos por discriminação de qualquer tipo foram aqueles do sexo feminino (x%, IC95% ...), com idade entre 35 e 44 anos (x%, IC95% ...), divorciados (x%, IC95% ...), de cor da pele parda (x%, IC95% ...), sem instrução (x%, IC95% ...) e detentores de plano de saúde (x%, IC95% ...) (Tabela 1). Dentre os que utilizaram algum serviço de saúde no último ano, observaram-se maior frequência de práticas discriminatórias em hospitais (x%, IC95% ...), em comparação com xxx....

A Tabela 2 aponta que a classe social (x%) e a falta de dinheiro (x%) foram os principais motivadores de práticas discriminatórias por profissionais de saúde na Região Metropolitana de Manaus.

A Tabela 3 apresenta a associação entre discriminação e as variáveis estudadas. O aumento da idade, com exceção dos idosos, mulheres, casados e pardos associaram-se positivamente com experiências discriminatórias. Internação hospitalar e ida ao dentista nos

últimos 12 meses, procura pelo mesmo serviço médico e acometimento por hipertensão arterial e hipercolesterolemia também foram associados a práticas discriminatórias por profissionais de saúde.

## DISCUSSÃO

A cada cem adultos entrevistados, 13 referiram alguma prática discriminatória em algum atendimento em saúde ao longo da vida. As principais razões foram a classe social e a falta de dinheiro. Ser da cor parda associou-se positivamente com experiências de segregação. Os hospitais representaram o ambiente em que tais práticas são mais frequentes.

Alguns aspectos sugerem cautela na interpretação dos achados. Motivos de práticas discriminatórias podem ter sido elencados como resposta das perguntas objetivas deste estudo e representar viés de aferição. Deve ser aventada a possibilidade do viés recordatório quanto a lembrança dos episódios discriminatórios em saúde. Cabe destacar a existência de alguns fatores que podem influenciar os resultados que não foram incluídos na análise como o elevado tempo de espera em fila para atendimento médico, insatisfação, carência de recursos físicos e humanos para acolher a grande demanda (reprimida), comportamento hostil de profissionais de saúde por elementos de estresse no serviço.

Um estudo na cidade de Pittsburgh-Estados Unidos mostrou que apenas 6% dos 50 participantes brancos experimentaram discriminação, enquanto que 42% dos 50 americanos afrodescendentes foram vítimas de discriminação durante atendimento em saúde <sup>5</sup>.

Os diferentes tons de pele se relacionam com experiências de discriminação nos serviços e disparidades em saúde. Em estudo multicêntrico de base populacional realizado em países da América Latina, pessoas não-brancas relataram mais discriminação baseada pela classe social e cor <sup>14</sup>.

Em estudo etnográfico realizado em Salvador, a percepção dos participantes sobre discriminação e racismo em serviços de saúde evidenciou que a classe social e raça foram motivos de preconceito atrelados um ao outro <sup>15</sup>. Além disso, indivíduos que atribuíam suas experiências discriminatórias à sua situação de pobreza, relatavam agravo da discriminação quando sua cor era negra.

Percepções de práticas racistas em saúde estão negativamente relacionadas com o estabelecimento de boa comunicação e troca de informações entre indivíduos negros e brancos com profissionais de saúde <sup>16</sup>. A Pesquisa Mundial de Saúde feita no Brasil em 2003 e a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 evidenciaram resultados semelhantes quanto a classe social e falta de dinheiro representarem os principais motivadores de discriminação em saúde <sup>17; 18</sup>. A prevalência nacional de discriminação em saúde é de pouco mais de 10,5% <sup>18</sup>. Essa taxa também foi estimada em algumas capitais brasileiras: 13,6% em Porto Alegre, 7,4% em Florianópolis, 12,0% em São Paulo e 2,3% em Belo Horizonte <sup>19; 20; 21</sup>.

A elevada prevalência de discriminação em saúde no Região Metropolitana de Manaus, acima da nacional, pode ser entendida a medida que a população da Região Norte tem maior probabilidade de relatar discriminação por falta de dinheiro e classe social quando comparada com moradores da Região Sudeste <sup>18</sup>. Baixa densidade de profissionais por usuários do sistema de saúde somada às grandes distâncias percorridas na busca por locais de atendimento em ambientes urbanos e rurais favorecem a sobrecarga profissional e, conseqüentemente, experiências negativas em saúde vivenciadas pelas pessoas. <sup>22</sup>.

Os hospitais representam ambientes de recuperação e cura ao mesmo tempo que têm significados negativos quando relacionados aos estados de doença, privação, controle e

morte <sup>23</sup>. Em estudo canadense, 87% dos médicos relataram estresse profissional nos hospitais onde trabalham. Entre os fatores estressantes estão o número de horas trabalhadas, as condições de trabalho, a situação financeira e discriminação sofrida <sup>24</sup>.

Estresse ocupacional repercute negativamente na assistência em saúde prestada, sendo a discriminação uma possível manifestação. Tal prática é prejudicial em diversas perspectivas: para a população, como fator desencorajador da utilização do serviço, para os gestores em saúde, como complicador do cumprimento das metas e políticas de saúde e para os próprios profissionais de saúde como limitador da formação de vínculo e da qualidade do atendimento prestado <sup>25</sup>. Os resultados desta pesquisa postulam a necessidade de ampliação da discussão sobre o tema discriminação em saúde, visando a eliminação da discriminação nos serviços de saúde. Entretanto, a temática é pouco abordada no contexto brasileiro.

A elaboração de planos de ação contra discriminação em saúde vincula-se ao conhecimento dos motivadores e origens dessas práticas. Sugerem-se algumas estratégias para o combate de práticas discriminatórias em serviços de saúde<sup>26; 27</sup>: atendimento acolhedor e ético, redução do tempo de espera e de filas, educação continuada dos colaboradores, criação de meios de comunicação entre usuários e gestores e espaços institucionais para ouvidoria e discussão de desigualdades e problemas em saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 PENNER, L. A. et al. Racial Healthcare Disparities: A Social Psychological Analysis. **Eur Rev Soc Psychol**, v. 24, n. 1, p. 70-122, 2013. ISSN 1046-3283. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25197206> >.
- 2 HAUSMANN, L. R. et al. Perceived discrimination in health care and health status in a racially diverse sample. **Med Care**, v. 46, n. 9, p. 905-14, Sep 2008. ISSN 1537-1948. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18725844> >.
- 3 LEE, K. et al. Sexual and reproductive health services for women with disability: a qualitative study with service providers in the Philippines. **BMC Womens Health**, v. 15, p. 87, 2015. ISSN 1472-6874. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466892> >.
- 4 (WHO), W. H. O. Catalysing global action to eliminate discrimination in Health Care, with particular focus on HIV. [http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2015/unaidsghwaside\\_event2015/en/](http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2015/unaidsghwaside_event2015/en/), 2015.
- 5 HAUSMANN, L. R. et al. Perceived racial discrimination in health care and its association with patients' healthcare experiences: does the measure matter? **Ethn Dis**, v. 20, n. 1, p. 40-7, 2010. ISSN 1049-510X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178181> >.
- 6 SKOSIREVA, A. et al. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. **BMC Health Serv Res**, v. 14, p. 376, 2014. ISSN 1472-6963. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25196184> >.
- 7 COUTO, P. F.; GOTO, J. B.; BASTOS, J. L. Blood pressure and interpersonal discrimination: systematic review of epidemiologic studies. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 4, p. 956-63, Oct 2012. ISSN 1678-4170. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23033111> >.
- 8 GOTO, J. B.; COUTO, P. F.; BASTOS, J. L. [Systematic review of epidemiological studies on interpersonal discrimination and mental health]. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 3, p. 445-59, Mar 2013. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23532281> >.
- 9 WAMALA, S. et al. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. **J Epidemiol Community Health**, v. 61, n. 5, p.

- 409-15, May 2007. ISSN 0143-005X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17435207> >.
- 10 WEECH-MALDONADO, R. et al. The relationship between perceived discrimination and patient experiences with health care. **Med Care**, v. 50, n. 9 Suppl 2, p. S62-8, Sep 2012. ISSN 1537-1948. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895233> >.
- 11 SEPLAN. Governo do Estado do Amazonas. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico – SEPLAN. Produto Interno Bruto da Região Metropolitana de Manaus 2002 -2011. Manaus-AM, 2014. Disponível em: < <http://www.seplancti.am.gov.br/arquivos/download/argeditor/PIB-REGIAO-METROPOLITANA-MANAUS-2011.pdf> >. Acesso em: 14/04/2015.
- 12 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico de 2010. Amazonas. População residente total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, segundo as unidades da federação e os municípios., 2010. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=13&dados=4> >.
- 13 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013., Brasília, 2015. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/> >. Acesso em: jun 15.
- 14 PERREIRA, K. M.; TELLES, E. E. The color of health: skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. **Soc Sci Med**, v. 116, p. 241-50, Sep 2014. ISSN 1873-5347. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24957692> >.
- 15 TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. D. S. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84875911976&partnerID=40&md5=b59bc6618e035a12c330f959c24cc63b> >.
- 16 HAUSMANN, L. R. et al. Impact of perceived discrimination in healthcare on patient-provider communication. **Med Care**, v. 49, n. 7, p. 626-33, Jul 2011. ISSN 1537-1948. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478769> >.
- 17 GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S109-S118, 2005. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000700012&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700012&nrm=iso) >.

- 18 BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 371-378, 2016. ISSN 1413-8123. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200371&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200371&nrm=iso) >.
- 19 BAUMGARTEN, A. et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 353-362, 2015. ISSN 1679-4974. Disponível em: < [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742015000300002&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300002&nrm=iso) >.
- 20 BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. D. A.; CASSANTI, A. C. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s164-s175, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001400005&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400005&nrm=iso) >.
- 21 MACINKO, J. et al. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84871114934&partnerID=40&md5=d5f2116a208deb5d939be711cc75347e> >.
- 22 OLIVEIRA, H. M. D.; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 35-45, 2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100004&nrm=iso) >.
- 23 MARQUES, A. P. F. D. S. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, p. 0-0, 2004. ISSN 1677-7409. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200006&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200006&nrm=iso) >.
- 24 AMINAZADEH, N. et al. Is Canadian surgical residency training stressful? **Can J Surg**, v. 55, n. 4, p. S145-51, Aug 2012. ISSN 1488-2310. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854151> >.
- 25 HAUSMANN, L. R. et al. Perceived discrimination in health care and use of preventive health services. **J Gen Intern Med**, v. 23, n. 10, p. 1679-84, Oct 2008. ISSN 1525-1497. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18649109> >.

<sup>26</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, M.; SECRETARIA-EXECUTIVA; HUMANIZAÇÃO, N. T. D. P. N. D. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**, 2004.

<sup>27</sup> MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 541-544, 2015. ISSN 2237-9622. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000300541&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300541&nrm=iso) >.

**Tabela 1. Características da amostra estudada (n=4.001)**

Variáveis	Frequência (N)	Frequência (%)	Sofreu qualquer discriminação (%)	(IC 95%)
<b>Faixa etária</b>				
18 a 24 anos	838	20,9	9,4	7,5-11,4
25 a 34 anos	1152	28,8	13,2	11,3-15,2
35 a 44 anos	843	21,1	14,6	12,2-16,9
45 a 59 anos	772	19,3	14,2	11,7-16,7
60 anos ou mais	396	9,9	12,9	9,6-16,2
<b>Sexo</b>				
Masculino	1888	47,2	9,7	8,4-11,1
Feminino	2113	52,8	15,7	14,1 -17,3
<b>Estado civil</b>				
Casado	1409	35,2	15,4	13,5-17,3
Separado	157	3,9	12,7	7,5-17,9
Divorciado	103	2,6	21,5	13,5-29,5
Viúvo	159	4,0	14,4	8,9-19,9
Solteiro	2173	54,3	10,7	9,4-12,0
<b>Cor</b>				
Branca	636	15,9	10,0	7,6-12,3
Preta	300	7,5	13	9,2-16,8
Amarela	138	3,5	12,3	6,8-17,8
Parda	2886	72,2	13,5	12,2-14,7
Indígena	41	1,0	17,1	5,6-28,6
<b>Escolaridade</b>				
Superior completo	158	4,0	11,4	6,4-16,4
Até ensino médio	1903	47,5	12,3	10,8-13,8
Até fundamental	1185	29,7	13,2	11,2-15,1
Sem instrução	755	18,8	14,2	11,7-16,7
<b>Classe social</b>				
A/B	629	15,7	11,6	9,1-14,1
C	2285	57,1	12,74	11,4-14,1
D/E	1087	27,1	13,9	11,8-16,0
<b>Plano de saúde</b>				
Sim	523	13,0	35,5	8,4-13,8
Não	3478	87,0	13,1	12,0-14,3
<b>Uso de serviços de saúde</b>				
Médico 12 meses	3066	76,6	13,6	12,4-14,8
Internação 12 meses	273	6,8	22,7	17,7-27,7
Dentista 12 meses	1435	35,9	14,8	12,9-16,6
Procura mesmo local	2434	60,8	14,8	13,4-16,3

**Doenças crônicas autorreferidas**

Hipertensão arterial	787	19,7	17,4	14,8-20,0
Diabetes	245	6,1	14,7	10,3-19,2
Colesterol alto	596	14,9	17,4	14,4-20,5

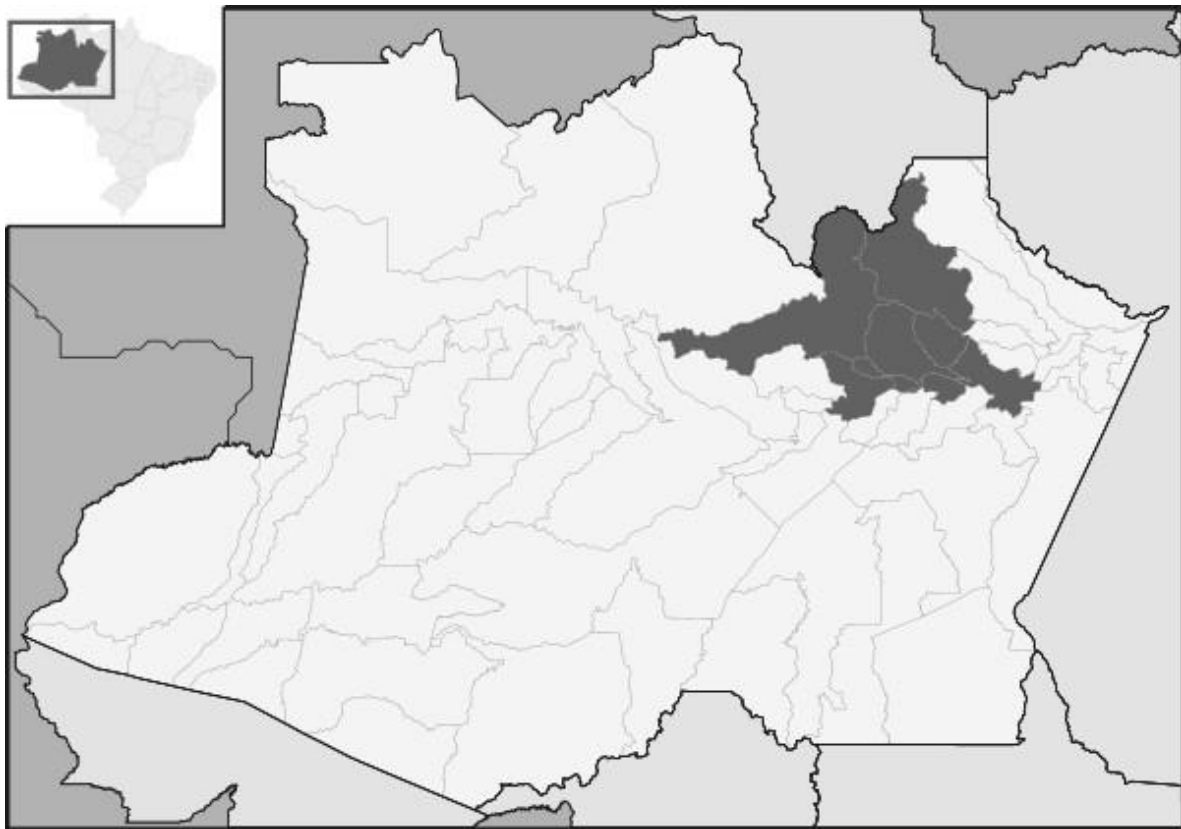
**Tabela 2. Frequência dos motivadores da discriminação em serviços de saúde na Região Metropolitana de Manaus (n 515)**

<b>Motivos de discriminação</b>	<b>Quantidade (N)</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>(IC 95%)</b>
Falta de dinheiro	256	6,4	5,6-7,2
Classe social	329	8,2	7,4-9,1
Raça/cor	88	2,2	1,7-2,6
Tipo de ocupação	69	1,7	1,3-2,1
Tipo de doença	89	2,2	1,8-2,7
Preferência sexual	20	0,5	0,3-0,7
Religião/crença	50	1,2	0,9-1,6
Sexo	20	0,5	0,3-0,7
Idade	68	1,7	1,3-2,1
Outro	47	1,2	0,8-1,5
Qualquer motivo	515	12,9	11,8-13,9

**Tabela 3. Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas, intervalos de confiança (IC95%) e valor-p dos fatores associados à discriminação**

Variáveis	RP (IC 95%)	Valor-p
<b>Faixa etária</b>		
18 a 24 anos	1,00	
25 a 34 anos	1,41 (1,09-1,82)	0,009
35 a 44 anos	1,55 (1,19-2,02)	0,001
45 a 59 anos	1,52 (1,16-2,00)	0,002
60 anos ou mais	1,36 (0,98-1,89)	0,070
<b>Sexo</b>		
Masculino	1,00	
Feminino	1,62 (1,37-1,92)	<0,001
<b>Estado civil</b>		
Casado	1,00	
Separado	0,93 (0,61-1,42)	0,734
Divorciado	1,43 (0,97-2,12)	0,075
Viúvo	0,90 (0,59-1,39)	0,641
Solteiro	0,75 (0,62-0,90)	0,002
<b>Cor</b>		
Branca	1,00	
Preta	1,30 (0,90-1,90)	0,164
Amarela	1,15 (0,69-1,91)	0,596
Parda	1,32 (1,03-1,70)	0,030
Indígena	1,56 (0,75-3,21)	0,233
<b>Escolaridade</b>		
Superior completo	1,00	
Até ensino médio	1,21 (0,77-1,90)	0,411
Até fundamental	1,34 (0,83-2,17)	0,235
Sem instrução	1,13 (0,7-1,82)	0,627
<b>Classe social</b>		
A/B	1,00	
C	1,04 (0,81-1,32)	0,765
D/E	1,10 (0,83-1,42)	0,506
<b>Plano de saúde</b>		
Sim	1,00	
Não	0,84 (0,65-1,08)	0,170
<b>Uso de serviços de saúde</b>		
Médico 12 meses	1,18 (0,96-1,46)	0,113
Internação 12 meses	1,74 (1,37-2,19)	<0,001
Dentista 12 meses	1,25 (1,06-1,48)	0,007
Procura mesmo local	1,39 (1,16-1,67)	<0,001
<b>Doenças crônicas autorreferidas</b>		
Hipertensão arterial	1,36 (1,11-1,67)	0,003
Diabetes	1,02 (0,74-1,43)	0,885
Colesterol alto	1,26 (1,02-1,56)	0,033

**Figura 1. Mapa do Amazonas evidenciando a Região Metropolitana de Manaus**



## **Revista Ciência e Saúde Coletiva**

### **INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> ...  
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

## **Outros trabalhos publicados**

### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.