

Discriminação múltipla nos cuidados de saúde

1. O que é a discriminação múltipla?

A discriminação múltipla ocorre quando alguém é discriminado por mais de um motivo, por exemplo, em razão do género e da religião, da idade e da etnia, etc. Pode ser:

- **Aditiva:** quando é possível distinguir os efeitos específicos dos diferentes motivos da discriminação. Por exemplo, uma mulher idosa pode ser discriminada no local de trabalho em razão do sexo e no acesso aos cuidados de saúde em razão da idade; ou
- **Intersetorial:** quando a discriminação assenta na combinação de duas ou mais características. Por exemplo, ao dar à luz num hospital, uma mulher de etnia cigana pode ser alvo de discriminação não só por ser mulher (nem todas as mulheres são alvo deste tipo de discriminação), nem só por ser de etnia cigana (nem todas as pessoas pertencentes a esta etnia enfrentam este problema), mas devido à combinação das duas características. **Este relatório da FRA tem por tema a discriminação múltipla intersetorial.**

2. Qual a proteção jurídica existente contra a discriminação múltipla?

A legislação da UE proíbe a discriminação em razão de seis motivos, a saber, o sexo, a idade, a deficiência, a crença ou religião, a raça ou origem étnica, e a orientação sexual, mas garante melhor proteção contra a discriminação em razão da raça ou da origem étnica ou em razão da orientação sexual do que contra a discriminação por outros motivos. Por exemplo, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, a legislação da UE protege explicitamente contra a discriminação unicamente em razão do sexo, da raça ou da origem étnica, gerando uma «hierarquia de razões» artificial em que determinados tipos de discriminação são mais protegidos do que outros. A «diretiva horizontal», proposta pela Comissão Europeia em 2008, que garantiria igual proteção contra todos os tipos de discriminação, independentemente das razões subjacentes, está ainda em fase de negociação.

Nem a legislação da UE nem a da maior parte dos Estados-Membros reconhecem de forma específica a discriminação múltipla ou estabelecem disposições para a combater. Apenas 6 dos 27 Estados-Membros contemplam a discriminação múltipla nas suas legislações. Tanto os autores das queixas como os advogados e os juizes desconhecem muitas vezes a discriminação múltipla e o que esta significa.

3. Qual é a dimensão do fenómeno da discriminação múltipla nos cuidados de saúde?

Há pouca informação sobre a discriminação múltipla no acesso aos cuidados de saúde a nível europeu, pelo que é difícil avaliar plenamente a dimensão do problema. Embora o género e a idade sejam registados de forma sistemática, a origem étnica e a deficiência raramente o são. A consequente falta de estatísticas fiáveis relativas à saúde torna difícil obter uma imagem real da situação no que respeita às desigualdades múltiplas. Contudo, os dados relativos à totalidade dos setores recolhidos pelos inquiridos da FRA sobre minorias e discriminação (EU-MIDIS) indicam que as minorias migrantes e étnicas são especialmente vulneráveis à discriminação múltipla. Cerca de 14% dos inquiridos do EU-MIDIS afirmaram ter-se sentido discriminados por razões múltiplas nos últimos 12 meses, em comparação com apenas 3% da maioria da população ([FRA, EU-MIDIS Data in Focus Report 5: Multiple discrimination](#)) (FRA, EU-MIDIS Data in Focus, Relatório 5 sobre discriminação múltipla).

Além disso, o verdadeiro nível de discriminação - incluindo a discriminação múltipla - nos cuidados de saúde pode também estar escondido pelo facto de muitas pessoas preferirem intentar ações legais por outras razões que não a discriminação, nomeadamente por negligência médica, porque são mais simples de provar e podem dar origem a indemnizações mais elevadas do que os processos por discriminação.

4. Que barreiras ao acesso aos cuidados de saúde enfrentam as vítimas de discriminação múltipla?

Barreiras de comunicação e linguísticas: muitas vezes, uma interpretação errada ou mesmo inexistente compromete a prestação de cuidados de saúde. As mulheres migrantes, que frequentemente acompanham os seus parceiros na qualidade de membros da família, podem ter dificuldades em aprender línguas, sobretudo quando se limitam ao trabalho doméstico. Os migrantes mais velhos, que falaram a língua do país de destino durante muitos anos, podem esquecê-la por razões de saúde como, por exemplo, a demência. Um domínio particularmente preocupante é o do impacto das barreiras linguísticas sobre as pessoas com problemas psicossociais ou deficiências intelectuais, barreiras essas que representam um problema especialmente para as pessoas oriundas da migração, uma vez que a psicoterapia e os testes cognitivos que normalmente têm de ser aplicados na língua materna do paciente.

Falta de informação sobre os direitos e serviços de saúde: embora possa estar relacionada com a língua (incluindo a língua gestual e o Braille), a falta de informação também diz respeito ao consentimento informado sobre os procedimentos. Utentes dos cuidados de saúde de etnia cigana e mulheres muçulmanas relataram que nem sempre lhes foram prestadas informações adequadas porque os profissionais de saúde os consideravam demasiado pouco instruídos para compreenderem e comunicarem os seus problemas.

Barreiras organizacionais e acessibilidade: estes fatores podem afetar de forma desproporcionada certos tipos de utentes dos cuidados de saúde. Por exemplo: inflexibilidade organizacional, como marcar consultas às sextas-feiras para mulheres muçulmanas, ou não ter em consideração as necessidades das mães migrantes que não dispõem de qualquer apoio familiar para tomar conta dos filhos quando recorrem aos cuidados de saúde. A falta de acessibilidades adequadas ou de alojamento razoável para pessoas com deficiência constitui também um problema.

Condições de vida e de trabalho: o receio de serem denunciados às autoridades e deportados e o receio de perder o emprego se faltarem impede muitas vezes os migrantes de recorrerem aos cuidados de saúde. Além disso, os migrantes mais velhos ou as pessoas com deficiência podem não conseguir trabalhar e/ou ser excluídos dos sistemas de proteção social, se não possuírem uma autorização de residência permanente.

Barreiras culturais e psicológicas: a falta de dignidade e de respeito por outras culturas pode igualmente constituir uma barreira. As mulheres migrantes, sobretudo as mulheres muçulmanas, podem sentir-se desconfortáveis diante de médicos e enfermeiros do sexo masculino, o que pode impedi-las de recorrer aos cuidados de saúde. As crianças das comunidades étnicas minoritárias com deficiências intelectuais podem igualmente ser mantidas em casa devido ao estigma associado à deficiência dentro da sua comunidade, levando os assistentes sociais a assumir erradamente que eles estão a ser apoiados em casa.

5. Quais são as principais conclusões do relatório?

O relatório mostra como os estereótipos, sejam eles baseados na cultura, no sexo, na idade, na origem étnica, na origem migrante, na religião ou numa combinação destas características, podem conduzir a um tratamento desigual dos diferentes grupos de utentes dos cuidados de saúde. A investigação detetou alguns estereótipos recorrentes nos diversos Estados-Membros analisados, incluindo os que se prendem com: aparência, sobretudo das mulheres muçulmanas que usam véus na cabeça; deficiência; simulação de doença, principalmente entre pessoas pertencentes a uma minoria migrante ou étnica, que sejam mais velhas ou que tenham deficiência; estereótipos culturais e a eventual associação entre minorias étnicas e VIH/SIDA.

Os pacientes e os profissionais de saúde entrevistados mencionaram sobretudo seis formas possíveis de discriminação nos cuidados de saúde, a saber: atraso no tratamento; recusa de tratamento; falta de dignidade e estereótipos; deficiente qualidade dos cuidados; ausência de consentimento informado; e assédio.

6. Onde podem as vítimas dirigir-se?

Em princípio, as vítimas devem dirigir-se às instâncias nacionais encarregadas de receber queixas, como, por exemplo, as provedorias, os organismos responsáveis em matéria de igualdade, etc. Na prática, porém, isso pode ser complicado, pois algumas dessas instâncias lidam com queixas relacionadas com a saúde, enquanto outras lidam com queixas relacionadas com discriminação. Além disso, existe frequentemente um sistema de diferentes organismos responsáveis em matéria de igualdade para diferentes motivos de discriminação. Essa complexidade pode deixar as vítimas em dúvida quanto à instância a que devem recorrer para serem ressarcidas.

7. O que pode ser feito?

A FRA identificou algumas formas de lidar mais eficazmente com a questão da discriminação múltipla.

Legislação da UE: a adoção da «diretiva horizontal» conduziria à eliminação da «hierarquia de razões», permitindo aos Estados-Membros lidar mais eficazmente com os problemas de discriminação múltipla através da legislação nacional.

Organismos para a igualdade e tribunais: as indemnizações atribuídas nos casos de discriminação múltipla devem ser mais elevadas do que as estabelecidas para a discriminação em razão de um único motivo, por forma a incentivar as vítimas e os seus advogados a intentarem ações contra esses casos.

Promoção da igualdade nos cuidados de saúde: os Estados-Membros podem explorar formas mais eficazes de garantir que os utentes dos cuidados de saúde sejam tratados com mais igualdade, dignidade e respeito, o que pode incluir formação antidiscriminação para os profissionais de saúde,

serviços linguísticos e de mediação gratuitos, e programas de sensibilização dedicados aos grupos étnicos minoritários e às pessoas com deficiência.

Acesso à justiça: os Estados-Membros devem divulgar melhor os mecanismos de apresentação de queixas junto dos utentes dos cuidados de saúde. Pelo seu lado, as entidades encarregadas de receber as reclamações devem facilitar o acesso à justiça através da divulgação de melhor informação em diversas línguas e formatos. Há também que reforçar os mecanismos de referência entre as instâncias dedicadas à saúde e as instâncias responsáveis pelo combate à discriminação.

Melhorar a recolha de dados: devem ser recolhidos dados sobre origem étnica e deficiência através de inquéritos nacionais, a fim de ajudar a detetar casos de desigualdades múltiplas e desfavorecimentos nos cuidados de saúde.

O relatório completo «Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination» (Acesso aos cuidados de saúde e qualidade dos mesmos: desigualdades e discriminação múltipla)» pode ser consultado em: <http://fra.europa.eu/>
O trabalho da FRA relativo à discriminação múltipla, incluindo uma ficha de projeto, pode ser consultado em: <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>
Para mais informações, é favor contactar a Equipa de Comunicação da FRA:
Correio eletrónico: media@fra.europa.eu / Tel.: +43 1 58030-642