

A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites*

Edna Maria de Araújo¹
Maria da Conceição Nascimento Costa²
Vijaya Krishna Hogan³
Tânia Maria de Araújo⁴
Acácia Batista Dias⁵
Lúcio Otávio Alves Oliveira⁶

ARAÚJO, E.M. et al. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

This study aimed to discuss the use of the variable of race/color as a determining factor for social inequalities and social exposure to the risk of illness and death. This was a reflection on the present production of national and international literature within the field of Public Health and Epidemiology. Forty-seven original articles and reviews produced between 1990 and 2005 were included in this study. It was observed that international studies have sought to debate and find a basis for using the variable of race/color within the healthcare field. In Brazil, the use of this variable is still at an initial stage, but among the few investigations undertaken, differentials have been shown and further production of research along these lines has been encouraged. Investigations on the role of race/color in producing health differentials may produce information capable of contributing towards drawing up policies aimed at reducing healthcare inequalities.

Keywords: Social inequity. Health. Race/color. Public Health.

Propôs-se discutir o uso da variável raça/cor como fator determinante de desigualdades sociais e de exposição social ao risco de adoecimento e morte. Trata-se de uma reflexão sobre a produção atual da literatura nacional e internacional da área de Saúde Pública/Epidemiologia. Foram incluídos no estudo 47 artigos originais e de revisão no período de 1990 a 2005. Observou-se que os estudos internacionais procuram debater e fundamentar o uso da variável raça/cor no campo da saúde. No Brasil, a utilização dessa variável em estudos de desigualdade em saúde é ainda incipiente, mas, entre as poucas investigações realizadas, têm sido evidenciados diferenciais que instigam maior produção de pesquisas nessa direção. Investigações sobre o papel da raça/cor na produção de diferenciais em saúde poderão produzir informações capazes de contribuir para a elaboração de políticas destinadas a reduzir desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Desigualdade social. Saúde. Raça/cor. Saúde Coletiva.

¹ Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n. Novo Horizonte, BA, Brasil. 44.031-460 ednakam@gmail.com

² Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia.

³ Universidade da Carolina do Norte.

⁴ Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁵ Departamento de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁶ Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia, Região 03 (Bahia/Sergipe)

Introdução

O tratamento diferenciado dado aos diversos segmentos sociais, no Brasil, tem contribuído para que o mesmo seja classificado como de elevado desenvolvimento quando são considerados os indicadores sociais da população branca, e de muito baixo desenvolvimento quando estes indicadores se referem à população negra (Paixão, 2000). É notório que, embora o Brasil possua a maior concentração de população negra fora da África (Silva, 2000), este grupo social está desproporcionalmente representado em posições de poder e, do ponto de vista econômico e social, é mais pobre e menos instruído, em termos educacionais, que o restante da população brasileira (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE, 2002).

A população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade (FIBGE, 2004; Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA, 2003; Paixão, 2000; DIEESE, 2000). Ainda assim, até recentemente, verificava-se forte resistência à compreensão de que essas disparidades poderiam ser atribuídas, pelo menos em parte, ao preconceito racial existente na sociedade brasileira. Somente a partir dos anos noventa, o Brasil passou a reconhecer a existência de diferença racial como um dos fatores de desigualdade social.

A despeito de serem escassos os estudos nacionais, da área da saúde, que utilizam a variável raça/cor da pele e, embora alguns deles sinalizem para a elevada ocorrência de adoecimento e morte da população negra (Araújo, 2007; Batista, Escuder, Pereira, 2004; Barros, Victora, Horta, 2001), a explicação apresentada para este fato apoia-se na inserção socioeconômica das vítimas.

Deste modo, a raça/cor tem sido pouco abordada de modo a explicitar como a maneira preconceituosa e discriminatória como a sociedade trata os seus segmentos leva às desigualdades econômicas e sociais, e estrutura desvantagens que determinam posição de menor valor para os grupos discriminados. Nessa direção, raça/cor deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais.

Em outros contextos sociais, como nos Estados Unidos, por exemplo, a variável "raça/cor" tem se revelado como importante preditor do estado de saúde de populações concretas, quando analisada em investigações médicas e de saúde pública que se destinam a quantificar diferencial nas condições de saúde. Considerando que já se encontra estabelecido que as variações genéticas entre as raças humanas não são capazes de explicar os diferenciais em saúde por grupos de cor (Pearce et al., 2004; Cooper, 1984), alguns pesquisadores têm buscado esclarecer tais diferenças fundamentando-se na teoria de determinação social, segundo a qual é a posição ocupada pelos indivíduos e grupos no espaço social, ou seja, as formas como os homens relacionam-se entre si, com a natureza e no processo de trabalho, que desempenham o principal papel na determinação da doença e de sua desigual distribuição na população (Sant'anna, 2003; Hasenbalg, 1992).

O presente ensaio, ancorado nas premissas do modelo de determinação social, objetiva discutir aspectos do uso da variável raça/cor da pele enquanto determinante de desigualdades sociais e fator de exposição ao risco de adoecimento e mortalidade.

Metodologia

As reflexões apresentadas aqui se baseiam na análise da produção da literatura brasileira, norte-americana (Estados Unidos) e inglesa da área da Saúde Pública/Epidemiologia, publicada no período de 1990 a 2005. Foram levantadas e analisadas publicações relacionadas ao tema de interesse em Revistas indexadas pelas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais), Medline (base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine*, USA) e SciELO (biblioteca científica eletrônica). Os descritores selecionados foram: desigualdade social, desigualdade em saúde, raça/cor, raça/etnia; condições de saúde; saúde pública (em português); e *health inequalities, race/color, race/ethnicity, health status or public health* (em inglês).

Foram encontrados 118 trabalhos entre artigos originais completos e de revisão, editoriais, comentários e perspectivas publicados em português e em inglês. Estes foram identificados por descritor separadamente e utilizando-se a técnica de combinação booleana, ou seja, busca na base de dados inserindo-se vários descritores ao mesmo tempo. Foram selecionados, para esse estudo, somente 47 artigos originais e de revisão.

Desigualdades sociais e saúde

Para entender a origem das desigualdades em saúde ou em qualquer área, faz-se necessário buscar os princípios estruturantes da desigualdade em sua gênese. Rousseau (1754) concebia, na espécie humana, dois tipos de desigualdade: a natural, estabelecida pela própria natureza, e a moral ou política, que depende de uma espécie de convenção estabelecida ou, pelo menos, autorizada pelo consentimento dos homens. A primeira delas refere-se à diferença das idades, da saúde, das forças do corpo e das qualidades do espírito ou da alma. A segunda consiste dos diferentes privilégios de que gozam alguns com prejuízo de outros, como ser mais rico, mais poderoso do que os outros, ou mesmo fazer-se obedecer. Para esse autor, não se pode perguntar qual é a fonte da desigualdade natural porque a resposta se encontraria enunciada na simples definição da palavra. Ainda menos pode-se procurar saber se haveria alguma ligação essencial entre as duas desigualdades, pois isso equivaleria a perguntar, em outras palavras, se aqueles que mandam valem necessariamente mais do que os que obedecem, e se a força do corpo e do espírito, a sabedoria ou a virtude, se encontram sempre nos mesmos indivíduos em proporção do poder ou da riqueza.

Enguita (1998) ressalta que a desigualdade, como a sabedoria popular destaca, é tão velha quanto a própria vida, mas, enquanto fenômeno natural, não causa preocupação. O que é preocupante é a desigualdade produzida socialmente, porque nela está implícito que as vantagens obtidas por uns implicam desvantagens para outros. Entretanto, aproximar-se dessa problemática requer: o estudo das condições de vida, expressão das condições materiais de grupos humanos de determinada sociedade (Castellanos, 1997), dos processos de reprodução social da vida cotidiana, incorporando heterogeneidades contextuais, subjetivas e qualitativas, questionando sistemas simbólicos, analisando diferenças nas situações de saúde de grupos étnicos, gênero, reprodução, ambiente social familiar e, paralelamente, relações entre classes.

Nesse sentido, compete indagar em que medida as diferenças enquanto expressão de diversidade - entre ser branco ou ser negro, ser menino ou ser menina, ter ou não ter uma necessidade especial, ser rico ou ser pobre, ser do norte ou ser do sul, ser índio ou não, morar em área urbana ou rural - se tornam motivo de desigualdades e injustiças (Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef, 2000). É a partir dessa realidade que se aplica o princípio da equidade, que se traduz no reconhecimento de que é preciso tratar de maneira distinta aqueles que não se encontram em condições de igualdade, para que se alcancem relações mais justas (Vianna, 2001). Sendo assim, lutar pela equidade significa atentar para as diferenças que geram situações de vulnerabilidade, promovem desvantagens e se transformam em injustiças.

Particularizando-se a questão das diferenças raciais no Brasil, constata-se que os indicadores sociais, marcadores da condição de vida dos segmentos sociais, têm demonstrado que a população negra apresenta pior nível de educação, saúde, renda, habitação, maior adoecimento, inclusive psíquico; maior mortalidade; reside em áreas desprovidas de infraestrutura básica, e tem pior acesso aos serviços de saúde (IPEA, 2002). Mulheres e homens negros são duas vezes mais pobres e vivem 2,6 vezes mais em situação de indigência quando comparados com homens e mulheres brancas, tendo sido essa uma tendência crescente. Além disso, os negros brasileiros apresentam as mais altas taxas de analfabetismo, e, entre a população alfabetizada, estes são 12% menos alfabetizados em comparação com a população branca (Sant'anna, 2003; Hasenbalg, 1992). Mesmo quando os negros conseguem estudar mais, seus salários são menores e também são mínimas as chances de ascensão e mobilidade social (IPEA, 2002; Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial - INSPIR, 1999). A distribuição desses indicadores brasileiros tem representado um importante papel na negação da "democracia racial", haja vista as profundas diferenças observadas nas condições de vida dos segmentos populacionais.

Por sua vez, têm sido apontados mecanismos pelos quais as desigualdades sociais e econômicas poderiam afetar a saúde, destacando-se, entre elas: as diferenças no acesso às oportunidades na vida (Kaplan, 2002), aumento da exclusão social, conflitos e desgaste da coesão social (Kawachi, 2000), falta de controle e perda do respeito (Wilkinson, 2003), diferentes possibilidades de controle e participação na vida social por meio do status, hierarquia e poder (Marmot, 1999). Esses achados têm instigado a realização de investigações que explorem a relação entre ambiente social e saúde.

Estudos realizados em países industrializados, como, por exemplo, *The Whitehall Study*, têm revelado um gradiente social nas taxas de mortalidade, mesmo entre pessoas que não são pobres. Segundo esses estudos, tal gradiente é influenciado por fatores tais como: posição social, participação social e controle (Marmot, 2003). De acordo com este autor, é errônea a ideia de que saúde e doença estão relacionadas diretamente com poder econômico e pobreza, respectivamente, já que existem países relativamente pobres, como Índia e Costa Rica, onde se observam baixas taxas de mortalidade.

Segundo Evans (1994, p.3), "o status de saúde está também correlacionado com status social". Essas evidências se constituem em espaços abertos para se investigar outros fatores também importantes na determinação do processo saúde - doença.

Raça/cor versus fatores biológicos em pesquisas na área de saúde

Grande parte da literatura envolvendo a relação entre raça e saúde enfatiza a falta de evidência científica ao se atribuírem, primariamente, a fatores biológicos, as diferenças raciais observadas em diversas doenças, assim como tem sido apontada, nos estudos sobre o tema, a necessidade de se considerarem fatores históricos e estruturais. Portanto, em pesquisas médicas e epidemiológicas a variável "raça" deve ser utilizada enquanto construto social, mais relacionada a fatores ambientais do que genéticos, haja vista a determinação genética explicar apenas uma parte ínfima do adoecimento e mortalidade das populações (Pearce et al., 2004).

De acordo com alguns autores, o termo "raça" favorece ambiguidade conceitual (Lopes, 1997; Jones, 1991) já que o seu sentido, mesmo em pesquisas na área de saúde, tanto pode expressar uma perspectiva de construção social como, também, biológica. Isso se deve à imprecisão ou polissemia do conceito de raça e etnia, além da inexistência de características que permitam definir de forma inquestionável a raça de uma pessoa, já que aspectos políticos, étnicos e sociais podem desempenhar papel crucial na sua definição (Chor et al., 2005; Krieger, 2000a; Jones, 1991).

Nesse sentido, Pearce et al. (2004, p.16) salientam que a concepção de que genótipo determina fenótipo é errônea, pois, embora fatores genéticos tenham influência sobre a saúde, eles são "apenas uma peça de uma conjuntura mais ampla". A constante interação entre genes e ambiente indica que poucas doenças são puramente hereditárias, mesmo se elas forem genéticas. Estudos realizados por esses pesquisadores na Nova Zelândia evidenciaram que doenças hereditárias puramente genéticas são muito raras - a exemplo de Fibrose Cística (1/2.300 nascimentos), Distrofia Muscular de Duchenne (1/3000) e Doença de Huntington (1/10.000) - e representam uma pequena proporção da carga total de doenças.

Desse modo, a suposição de que doenças são genéticas porque elas ocorrem em pessoas de uma mesma família, pode, na realidade, estar refletindo muito mais um ambiente e estilo de vida comum do que uma influência genética (Pearce et al., 2004). Estudos têm evidenciado que fatores genéticos têm menos importância na determinação de adoecimento e mortalidade da população do que fatores ambientais. Por exemplo, tendências observadas nas taxas de mortalidade fornecem evidências de que fatores genéticos são insuficientes para explicar diferenças raciais em saúde, haja vista que a melhoria das condições de vida se relaciona com a redução de muitas doenças, sugerindo fortemente que elas não são, sobretudo, genéticas (Pearce et al., 2004).

O uso da variável raça/cor da pele, em Saúde Pública, como um significado de identidade da origem geográfica das pessoas ou como marcador genético não tem sentido porque a ciência já demonstrou que, do ponto de vista das ciências biológicas, há maior variação genética entre indivíduos com características fenotípicas semelhantes do que entre aqueles com fenótipos diferentes (Southern Education Foundation - SEF, 2001). Portanto, do ponto de vista genético: "a única coisa certa é que um

indivíduo é um ser humano" (Torres, 2001, p.189). Dessa forma, todos os seres humanos pertencem a uma mesma espécie, o que derruba a ideia de raças geográficas (SEF, 2001). O consenso que há entre os autores é que o uso da variável raça/cor poderá ser útil apenas como marcador do risco de discriminação ou de exposições sociais.

Por outro lado, Travassos e Williams (2004) chamam a atenção para as limitações dos estudos que analisam a raça/cor na área de Saúde Pública e, em especial, destacam os seguintes problemas: não conceituação e justificativa da utilização da variável raça/cor nos estudos de desigualdades em saúde; a utilização desta variável sem que a mesma esteja acompanhada por uma ou mais variáveis de estratificação social para evitar erro de especificação do complexo de riscos; e interpretações e conclusões simplistas que podem levar à ênfase espúria na explicação dessas desigualdades. Chor e Lima (2005, p.8) chamam a atenção para os métodos classificatórios de raça/cor. A combinação de autotranscrição e classificação por terceiros, embora seja considerada como método padrão-ouro, deve ser aplicada de acordo com o objeto de estudo, já que, sendo raça/etnia entendida como uma "construção sociocultural, o conceito de "padrão-ouro" não parece ser adequado".

Desigualdades em saúde e raça/cor em países desenvolvidos

A relação entre raça/cor e saúde vem sendo investigada em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, trazendo à tona a importância da reflexão sobre o problema. Têm-se verificado também esforços para construção de propostas metodológicas nesta perspectiva (Krieger, 2000a), que vêm servindo de referência para outras nações.

Pesquisadores americanos têm observado que doenças crônicas que incidem entre negros e brancos acometem, de forma mais contundente, os indivíduos de nível socioeconômico mais baixo. Essa constatação tem levado epidemiologistas norte-americanos, que estudam desigualdade em saúde determinada por raça e gênero, a tratar o nível socioeconômico como possível variável de confusão da associação entre raça e doença (Williams, 1996; Osborne, 1992). Entretanto, há controvérsias quanto às diferenças residuais encontradas na comparação dos resultados de saúde entre negros e brancos. Essas podem ser atribuídas a fatores genéticos ou a fatores socioambientais (Pearce et al., 2004; Osborne, 1992), a depender da ideologia de quem as observa (Krieger, 2000a). No entanto, para Cooper (1984) não faz sentido tratar o nível socioeconômico como variável confundidora na associação entre raça e doença, uma vez que a raça é um dos fatores determinantes do status socioeconômico.

Nos Estados Unidos, a partir da década de 1990, foi estimulado o estudo de aspectos de desigualdades sociais que, além da condição socioeconômica, ressaltassem o papel da raça/cor e gênero na produção de resultados negativos em saúde (Krieger, 2000b; Williams, 1996; Krieger, 1994; Williams, 1994). Naquele país, raça e gênero são usados extensivamente na literatura médica e de Saúde Pública para quantificar diferenças raciais no tratamento e nos resultados em saúde, e o emprego desta abordagem tem aumentado recentemente. Os estudos que relacionam raça com disparidades sociais nos resultados de saúde demonstram que essa variável é um importante preditor do *status* de saúde, haja vista negros estarem em desvantagem quando comparados com brancos, na maioria dos indicadores de *status* econômico e de saúde.

Está bastante documentado pela literatura que pobreza está associada com risco elevado de baixo peso ao nascer entre afros e brancos americanos. Na revisão de literatura conduzida por Dressler et al. (2005), foi observado que pesquisas sobre baixo peso ao nascer e pressão arterial também evidenciaram piores resultados para a população negra. Entretanto, embora o ajustamento por pobreza reduza substancialmente, não elimina o excesso de risco na população afro-americana (Krieger, 2000b; Rowley, 1993). Em 1996, uma publicação do Instituto de Medicina norte-americano também evidenciou que existem grandes diferenças raciais na qualidade e intensidade do tratamento médico, mesmo após ajustamento por fatores de acesso, condição socioeconômica e severidade da doença (Williams, 1996). Portanto, raça tende a predizer riscos aumentados de saúde independentemente da condição econômica, pois, apesar de essas duas variáveis estarem correlacionadas, elas não são idênticas (Lovell, 1998). Nessa perspectiva, raça/cor é uma dimensão particular da estratificação social, que define

diferenças no acesso para bens e serviços que poderiam ser atribuídas à classe social. No entanto, ambos os conceitos carregam significados construídos socialmente. A raça/cor está baseada nas características físicas dos indivíduos, enquanto classe social é um produto das relações sociais.

Desigualdades em saúde e raça/cor no Brasil

Embora, no Brasil, as desigualdades sociais entre negros e brancos sejam gritantes, a falta de equidade determinada pela raça é tema pouco explorado na literatura da área de saúde (Chor, Lima, 2005; Travassos, 2004; Cunha, 2001). É ínfima a produção acadêmica sobre o tema, e as justificativas para esse fato, possivelmente, estão circunscritas ao mito da "democracia racial" cultivado ao longo dos anos. A ideia, difundida nacionalmente por Freyre (2004), ganhou notoriedade internacional e criou a ilusão, até mesmo entre a população negra, de igualdade de tratamento entre segmentos de cor. Essa pode ser uma das razões pelas quais raça/cor é uma das variáveis menos utilizadas nos estudos sobre desigualdades em saúde, não obstante sua grande relevância como marcador das discrepâncias entre grupos, em termos de condições de vida. Essa falsa "democracia" se desvela cada vez mais por meio das diferenças evidenciadas pelos indicadores socioeconômicos, educacionais e culturais e, também, já pelos resultados evidenciados em estudos sobre desigualdades em saúde.

Na década de 1990, alguns autores, objetivando dar visibilidade aos diferenciais em saúde entre subgrupos, passaram a utilizar o conceito de vulnerabilidade, definido como "conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação" (Lopes, 2003, p.12).

De acordo com esse conceito, a exclusão social que é destinada aos negros configura a vulnerabilidade social, e o inadequado atendimento às suas necessidades jurídicas, de saúde, lazer, trabalho e habitação, dentre outras, constitui a vulnerabilidade programática que os expõe à condição de maior risco (Batista, 2003; Mann, 1999). Esse conceito se relaciona com a produção de desigualdades que se refletem nas condições de inserção social, econômica, cultural e ambiental da população e que, por sua vez, determina a falta de equidade que leva os grupos, em desvantagem na sociedade, a sofrerem as consequências negativas de tal inserção. Em que pese a escassez, no país, de estudos mais robustos sobre as diferenças existentes entre segmentos de cor, os indicadores sociais têm apontado pior situação de vida para a população negra, o que contribui para sua maior exposição a sofrer danos e riscos. A esse respeito, cabe destacar que a incorporação dessa questão na agenda política e social, e até mesmo o surgimento de pesquisas voltadas à análise das desigualdades raciais em saúde, se deve à pressão exercida pelos movimentos sociais, nacionais e internacionais. Nesse sentido também merece destaque a pressão exercida pela produção acadêmica internacional sobre essa temática desde a década de 1990.

Nos poucos estudos que tratam das desigualdades sociais no Brasil, têm se destacado, prioritariamente, diferenças de classes e regiões (Vianna, 2001; Szwarcwald, 1998; Souza, 1995; Minayo, 1993). Somente recentemente é que alguns autores têm relacionado a inserção social dos negros com os resultados em saúde, evidenciando diferenciais entre grupos segundo a raça/cor.

Dentre as investigações brasileiras que abordam diferenciais em saúde segundo a raça/cor, destacam-se, na literatura, os estudos brevemente descritos a seguir: Martins e Tanaka (2000), utilizando dados do Comitê de Mortalidade Materna do Estado do Paraná, evidenciaram grandes diferenças no risco de morrer devido a causas maternas, que desproporcionalmente afetaram mulheres negras e amarelas. Entretanto, a mortalidade materna, não diferiu entre pardas e brancas. Estudo sobre mortalidade infantil e de mulheres adultas, conduzido por Cunha (2001), evidenciou sobremortalidade de filhos menores de um ano de mães negras e de mulheres adultas negras em relação aos de brancas, mesmo quando foram controlados condicionantes sociais e econômicos da mortalidade, como: nível de instrução da mãe, categoria sócio-ocupacional e renda média mensal do chefe da família. Barros, Victora e Horta (2001), utilizando dados longitudinais sobre saúde, evidenciaram piores resultados em saúde para crianças negras no Sul do Brasil, mesmo após ajustamento por condição socioeconômica e outras variáveis (estado civil, idade materna, paridade, planejamento de gravidez, suporte social, fumo,

trabalho durante a gravidez e cuidados pré-natais). O ajustamento por estas variáveis reduziu a magnitude das associações segundo raça, mas não as eliminou. Os resultados também sugeriram que mães negras recebiam assistência à saúde de pior qualidade quando comparadas com mães brancas. Segundo Goodman (2000), no Brasil, as desigualdades raciais são mais comuns no tratamento do que no acesso aos serviços de assistência à saúde. Essa afirmação é corroborada por Chor e Lima (2005) ao evidenciarem que, em 2001, a proporção de óbitos sem assistência médica, entre os indígenas, foi de 9,0%, comparada à de 6,0% entre brancos. Essas autoras fazem referência a um estudo longitudinal realizado no Rio de Janeiro com funcionários de uma universidade onde se observou que, dentre outros aspectos, a assistência médica discriminatória poderia dificultar o diagnóstico e o controle da hipertensão arterial. Essas evidências têm contribuído para que o Ministério da Saúde, no documento "A Saúde da População Negra e o SUS", em suas proposições, tenha dado um enfoque de equidade considerando tanto as necessidades específicas em Saúde da População Negra, quanto as desigualdades que afetam esse segmento, em termos do acesso aos serviços e assistência prestada a essa população.

Por outro lado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes por raça/cor, na condição de saúde autoavaliada, em análise conduzida por Dachs (2002), após ajustar por educação e nível de renda, tendo como fonte os dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar de 1998 (PNAD). No Estado de São Paulo, estudo conduzido por Batista (2003), com base em dados provenientes de declarações de óbito de 1999, com o objetivo de descrever o perfil da mortalidade de homens e mulheres pretos residentes no Estado de São Paulo, com enfoque nas desigualdades de gênero e raça/cor, evidenciou as mais altas taxas brutas de mortalidade para homens e mulheres negras. Kilsztajn et al. (2005) também observaram maior taxa bruta de mortalidade por homicídio para negros na região metropolitana de São Paulo, embora raça não tenha sido significativa quando ajustada pelas variáveis anos de estudo, sexo e idade. Lopes (2005, p.5), no entanto, considera que os estudos sobre desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde devem transpor a barreira dos números, indo além da comparação de dados estatísticos, uma vez que o racismo nem sempre se mostra "de forma explícita e mensurável nas interações sociais".

Cardoso et al. (2005) analisaram a consistência dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC) como fontes de dados para a avaliação de desigualdades em raça/cor em saúde no Brasil no período de 1999-2002, e observaram significativa redução do número de óbitos e de registros de nascidos vivos, de raça/cor não informada nesse período.

Leal, Gama e Cunha (2005) analisaram as desigualdades sociais e no acesso e utilização dos serviços de saúde em relação à cor da pele em amostra representativa de puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto, no município do Rio de Janeiro, de 1999 a 2001, e observaram persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Chor e Lima (2005) destacaram que a discriminação racial, projetada nas diferenças socioeconômicas que se acumulam ao longo da vida de sucessivas gerações, encontram-se na origem de grande parte das desigualdades étnico-raciais em saúde.

Apesar das pesquisas supracitadas terem utilizado metodologias distintas - o que dificulta o estabelecimento de comparação mais consistente entre elas - é possível observar que os estudos sobre desigualdades raciais em saúde produzidos no Brasil, até aqui, têm: debatido raça/cor enquanto construção social; levantado evidências sobre a falta de equidade em saúde segundo essa variável; avaliado a disponibilidade e qualidade da informação sobre raça/cor em sistemas de registros oficiais; chamado a atenção para os problemas e limitações referentes aos métodos de classificação racial, e contribuído para desmistificar a ideia de "democracia racial" no Brasil.

Considerações finais

Neste estudo foram destacados: o papel das desigualdades sociais na produção de diferenciais em saúde segundo segmentos de cor; a emergência do conceito de raça como campo fértil para acessar indicadores de desigualdades, e as possibilidades e limites da utilização da variável raça/cor na área da Saúde Pública. Os estudos mostraram que, a despeito das limitações em seu uso, essa variável pode captar as desigualdades em saúde às quais grupos sociais estão expostos.

Os artigos da literatura internacional deram maior ênfase à fundamentação do uso da variável raça/cor, proposição de metodologias e apontaram a necessidade de superação das limitações destacadas pela literatura, dando a impressão de que o foco nesses aspectos representa uma fase posterior à das denúncias simplesmente. Já os estudos brasileiros deram maior destaque aos diferenciais em saúde segundo raça/cor, pontuando aspectos sobre o uso de métodos classificatórios e avaliando a qualidade e disponibilidade de dados sobre raça/cor, o que poderia traduzir fase mais incipiente, em estudos sobre a temática, em relação aos estudos da literatura internacional.

Entretanto, mesmo que ainda incipiente, a produção de pesquisas no Brasil, aliada ao que tem sido demandado pelos movimentos sociais, tem contribuído para a elaboração de políticas públicas com vistas à redução de desigualdades raciais em saúde. Prova disso é que, apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu planejamento, ter considerado a população brasileira "supostamente homogênea deixando de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população" (Paim, 2003, p.184), algumas medidas têm sido tomadas para que este equívoco seja revisto. Dentre estas, merece destaque o documento produzido pelo Ministério da Saúde (MS) intitulado "A Saúde da População Negra e o SUS", onde está estabelecido que: as desigualdades étnico-raciais em saúde deverão ocupar um papel mais expressivo na agenda de pesquisas epidemiológicas no país, a fim de preencher importante lacuna no conhecimento das condições de saúde da população; a inclusão do campo raça/cor deverá ser ampliada para outros bancos de dados nacionais, além do SIM e SINASC; pactuação junto ao CNPq para inclusão do recorte raça/cor como requisito metodológico nos editais de pesquisas financiados com recursos do MS, sendo essa ação equitativa definida pelo comprometimento, tanto de gestores e técnicos da saúde como pela participação ativa das organizações da sociedade civil.

Os recentes editais para financiamento de pesquisas sobre desigualdades sociais em saúde, com enfoque na saúde da população negra, por instituições de fomento, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), é um indício de que começa haver consenso em torno dessa questão, e essa possibilidade já está sendo colocada como pauta na agenda governamental na perspectiva acima anunciada.

Pesquisas que considerem as limitações relacionadas aos estudos de desigualdades sociais em saúde segundo raça/cor, no sentido de superá-las, poderão representar uma grande contribuição para a Saúde Pública e para a desconstrução das disparidades em saúde, ao fomentarem a criação de políticas e intervenções específicas. Além disso, esse investimento constitui uma oportunidade para que a produção acadêmica no campo da Saúde Pública se revigore ao ser demandada pela necessidade social, e estimule a realização de outras investigações que contribuam para dar visibilidade à real situação de saúde dos diferentes grupos sociais.

Colaboradores

Edna Maria de Araújo concebeu o estudo, planejou, executou e redigiu relatório final; Maria da Conceição Nascimento Costa colaborou na redação e revisão do texto; Vijaya Krishna Hogan colaborou na redação e revisão; Tânia Maria de Araújo participou da organização e redação; Acácia Batista Dias participou da redação e revisão; e Lúcio Otávio Alves Oliveira participou do planejamento e levantamento dos artigos nas bases de dados, revisou e contribuiu na organização das referências bibliográficas.

Agradecimentos

Aos alunos de Iniciação Científica Cristiane dos Santos Silva, Círcia Marques Gonçalves, Felipe Souza Nery e Mariana Rabelo Gomes, que contribuíram na formatação do texto e organização das referências bibliográficas. Ao CNPq/DECIT, pelo apoio financeiro recebido (Edital 026/2006) e FAPESB (Processo n.148/2007 PPSUS-BA).

Referências

- ARAÚJO, E.M. **Mortalidade por causas externas**: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador, 1998 a 2003. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; HORTA, B.L. Ethnicity and infant health in Southern Brazil: a birth cohort study. **Int. J. Epidemiol.**, v.30, p.1001-8, 2001.
- BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L. Pode o estudo da mortalidade denunciar as desigualdades raciais? In: BARBOSA, L.M.A.; SILVA, P.B.G.; SILVÉRIO, V.R. (Orgs.). **De preto a afro-descendente**: trajetos de pesquisa sobre relações étnico-raciais no Brasil. São Carlos: EDUFSCar, 2003. p.243-60.
- BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L.; PEREIRA, J.C.R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no estado de São Paulo, 1999-2001. **Rev. Saude Publica**, v.38, n.5, p.630-6, 2004.
- CARDOSO, A.M.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. Mortalidade infantil segundo raça/cor: o que dizem os sistemas nacionais de informação. **Cad. Saude Pública**, v.21, n.5, p.1602-8, 2005.
- CASTELLANOS, PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.31-75.
- CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.5, p.1586-94, 2005.
- COOPER, R.A. Note on the biologic concept of race and its application in epidemiologic research. **Am. Heart J.**, v.108, n.3, p.715-22, 1984.
- CUNHA, E.M.G.P. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. **J. Redesaúde**, v.23, p.48-50, 2001.
- DACHS, N.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, p.641-57, 2002.
- DIEESE. **Síntese de indicadores sociais**. 2000 Fonte: IBGE. Disponível em: <<http://www.sindieletromg.org.br>>. Acesso em: 27 mai. 2007.
- DRESSLER, W.W.; OTHS, K.S.; GRAVLEE, C.C. Race and ethnicity in Public Health research: models to explain health disparities. **Ann. Rev. Anthropol.**, v.34, n.1, p.231-52, 2005.

ENGUITA, M.F. Analyzing inequality resources and chances: exploitation and discrimination. In: WORLD CONGRESS OF SOCIOLOGY, 14., 1998, Montreal. **Anais...** Montreal, 1998. p.24.

EVANS, R.G. Introduction. In: EVANS, R.G.; BARER, M.L.; MARMOT, T.R. (Orgs.). **Why are some people healthy and others not?** The determinants of health of populations. New York: Aldine De Gruyter, 1994. p.3-26.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - FIBGE. **Síntese de indicadores sociais**. 2004. Disponível em: <www.ibge.org.>. Acesso em: 20 jan. 2007.

_____. **Censo demográfico 2000**. Características da população e dos domicílios: resultado do universo. Rio de Janeiro: FIBGE, 2002. v.1.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Situação mundial da infância 2000**. Brasília: Unicef, 2000.

GOODMAN, A.H. Why genes don't count (for racial differences in health). **Am. J. Public Health**, v.90, p.1699-702, 2000.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 49.ed. Rio de Janeiro: Global Editora, 2004.

HASENBALG, C. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Boletim de conjuntura 2003**. Setembro, n.62. Disponível em: <www.ipea.gov.br/publicações/detboletins>. Acesso em: 18 mar. 2007.

_____. **Desigualdades raciais no Brasil**: um balanço de intervenção governamental. Brasília: IPEA, 2002.

INSTITUTO SINDICAL INTERAMERICANO PELA IGUALDADE RACIAL - INSPIR. **Mapa da população negra no mercado de trabalho**: regiões metropolitanas de São Paulo, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre e Distrito Federal. São Paulo: AFL-CIO, 1999.

JONES, C.P.; LA VEIST, T.A.; LILLIE-BLANTON, M. Race in the epidemiologic literature: an examination of the American Journal of Epidemiology, 1921-1990. **Am. J. Epidemiol.**, v.134, n.10, p.1079-84, 1991.

KAPLAN, G.A. Upstream approaches to reducing socioeconomic inequalities in health. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.5, supl.1, p.18-27, 2002.

KAWACHI, I. Income inequality and health. In: BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (Orgs.). **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000. p.77-93.

KILSZTAJN S. et al. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo Brasil, 2000. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.5, p.1408-15, 2005.

KRIEGER, N. Discrimination and health. In: BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (Orgs.). **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000a. p.36-75.

_____. Epidemiology, racism, and health: the case of low birth weight. **Epidemiology**, v.11, p.237-9, 2000b.

_____. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? **Soc. Sci. Med.**, v.39, p.887-903, 1994.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saude Publica**, v.39, n.1, p.100-7, 2005.

- LOPES, A.A. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. In: BARATA, R. et al. (Orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997. p.245-56.
- LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.5, p.1595-601, 2005.
- _____. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Bol. Inst. Saude**, n.31, p.7-11, 2003.
- LOVELL, P.A.; WOOD C.H. Skin color, racial identity, and life chances in Brazil. **Lat. Am. Perspect.**, v.25, p.90-109, 1998.
- MAIO, M.C. et al. Cor/raça no estudo pró-saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.1, p.171-80, 2005.
- MANN, J.M. Health and human rights. In: MANN, J.M. et al. (Orgs.). **Health and human rights: a reader**. New York: Routledge, 1999. p.216-36.
- MARMOT, M.G. Understanding social inequalities in health. **Perspect. Biol. Med.**, v.46, n.3, p.S9-S23, 2003.
- _____. **Introduction**. In: MARMOT, M.; WILKINSON, R.G. (Orgs.). **Social determinants of health**. Oxford: University Press, 1999. p.1-16.
- MARTINS, A.L.; TANAKA, A.C.D. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v.10, p.27-38, 2000.
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência para todos. **Cad. Saude Publica**, v.9, n.1, p.65-78, 1993.
- OSBORNE, N.G. The use of race in medical research. **JAMA**, v.267, p.275-9, 1992.
- PAIM, J.S. Gestão da atenção nas cidades. In: RASSI-NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 3).
- PAIXÃO, M. **Brasil 2000: novos marcos para as relações sociais**. Rio de Janeiro: Fase, 2000.
- PEARCE, N. et al. Genetics, race, ethnicity and health. **BMJ**, v.328, p.1070-2, 2004.
- ROUSSEAU, J.J. **A origem da desigualdade (1754)**. Trad. Maria Lacerda de Moura. Edição Ridendo Castigat Mores, 2001. Disponível em: <www.jahr.org>. Acesso em: 20 jan. 2004.
- ROWLEY, D.L. et al. Racism; sexism; and social class: implications for studies of health; disease; and well-being. **Am. J. Prev. Med.**, v.9, p.82-122, 1993.
- SANT'ANNA, W. **Dossiê assimetrias raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2003.
- SILVA, N.V. Cor e mobilidade ocupacional. In: SILVA, N.V.; PASTORE, J. (Orgs.). **Mobilidade social no Brasil**. São Paulo: Makron Books, 2000. p.85-98.
- SOUTHERN EDUCATION FOUNDATION - SEF. **Beyond racism**. Atlanta: SEF, 2001.
- SOUZA, E.R. **Homicídios: metáfora de uma nação autofágica**. 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1995.
- SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.4, p.161-70, 1998.

TORRES, C. Equity in health as seen from an ethnic focus. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.10, n.3, p.188-201, 2001.

TRAVASSOS, C.; WILLIAMS, D.R. O conceito e mensuração de raça em relação à saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.3, p.660-78, 2004.

VIANNA, S.M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

WILKINSON, R.; MARMOT, M.G. **Social determinants of health: the solid facts**. 2.ed. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2003.

WILLIAMS, D.R. Race/ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues. **Int. J. Health Serv.**, v.26, p.483-505, 1996.

_____. The concept of race in health services research: 1966 to 1990. **Health Serv. Res.**, v.29, p.261-74, 1994.

ARAÚJO, E.M. et al. La utilización de la variable raza/color en Salud Pública: posibilidades y límites. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

Se propone discutir el uso de la variable raza/color como factor determinante de desigualdades sociales y de exposición social al riesgo de adolecer y de muerte. Se trata de una reflexión sobre la producción actual de la literatura brasileña e internacional del área de Salud Pública/Epidemiología. Se incluyen en el estudio 47 artículos originales y de revisión en el periodo de 1990 a 2005. Se observa que los estudios internacionales tratan de debater y fundamentar el uso de la variable raza/color en el campo de la salud. En Brasil la utilización de esta variable en estudios de desigualdad en salud es todavía incipiente, pero entre las pocas investigaciones realizadas se han evidenciado diferenciales que instigan mayor producción de investigaciones en esta dirección. Investigaciones sobre el papel de la raza/color en la producción de diferenciales en salud podrán producir informaciones capaces de contribuir a la elaboración de políticas destinadas a reducir desigualdades en salud.

Palabras clave: Inequidad social. Salud. Raza/color. Salud Colectiva.

Recebido em 20/07/08. Aprovado em 18/05/09.