



Online Brazilian Journal of Nursing

E-ISSN: 1676-4285

objn@enf.uff.br

Universidade Federal Fluminense
Brasil

da Cruz, Isabel CF

Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 2, 2006, pp. 216-230
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**OBJN**
Online Brazilian Journal of Nursing

**PORTUGUÊS**

Universidade Federal Fluminense

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA**


Artigos Originais

Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra

Isabel CF da Cruz

RESUMO

Esta análise da literatura trata de aspectos relativos ao processo saúde doença na população negra e busca identificar as manifestações do racismo e sexismo institucionais, assim como as ações para preveni-los e/ou neutralizá-los.

Descritores: Iniquidades Raciais. Racismo. Sexismo. Políticas afirmativas.

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra – NESEN¹, criado em 1994, desenvolve pesquisas inter-disciplinares e inter-institucionais sobre o processo de bem-estar/saúde-doença/mal-estar em afro-brasileiros, ao longo do ciclo vital, com recorte de gênero e classe social.

É um pouco dessa experiência que utilizaremos aqui para discutir não só a respeito das iniquidades raciais e o seu impacto sobre a saúde da população negra, mas também para sugerir as necessárias ações afirmativas em atenção ao processo saúde/doença e ao bem-estar que nos conduzam a um contexto de equidade. Para tanto, se analisará alguns indicadores de acesso e qualidade em saúde, buscando compreender:

- Quais as condições de saúde e vida da população negra?
- Qual o perfil de saúde da população negra?

A partir desta análise, teremos condições de responder as principais perguntas deste estudo:

- Há racismo em saúde no Brasil?
- Como o racismo se expressa?
- Quais estratégias devem ser implementadas para sua prevenção e/ou neutralização?

Desigualdade ou iniquidade em saúde?

alguns autores² consideram impossível eliminar as desigualdades, e concordamos, porque as pessoas são diversas. Contudo, avaliamos que é plenamente possível eliminar as situações que se configurem como racismo institucional³, o qual pode ser evidenciado/detectado em processos, atitudes ou comportamentos que denotam discriminação derivada de estereótipos, preconceito inconsciente, ignorância ou falta de atenção, que colocam pessoas e grupos em situações de desvantagem.

Antes de buscar as informações e analisá-las, é necessário explicitar alguns conceitos

que ajudam estruturar o nosso modo de pensar e agir. Com base na pesquisa de Barbosa⁴, o racismo brasileiro não é nada cordial e, na área da saúde, ou se interpreta que ele é pertinente à existência da pessoa negra ou então, como é o caso brasileiro, se ignora a sua existência.

A opção por ignorar o racismo (e por vezes o sexismo também) faz com que, por exemplo, um estudo como o realizado por Nunes et al² sobre mensuração das desigualdades em saúde ignore solenemente a categoria cor/raça e, por conveniência, desconsidere também a categoria gênero ao não trazer para o corpo do estudo, entre outros aspectos, a análise sobre a taxa de mortalidade materna.

Conseqüentemente, como o racismo à brasileira é sutil e cínico, optamos por denunciá-lo de forma também enviesada. Neste sentido, não utilizaremos o conceito de desigualdade, por considerá-lo inadequado para descrever o que é sentido e vivido por nós, pessoas negras. Justifica-se esta decisão porque segundo Willians⁵, o racismo se enraíza nas estruturas institucionais organizadas e não só na atitude ou no comportamento individual. Portanto, interessamos a expressão do racismo no plano político.

A igualdade é um princípio de cidadania, segundo o qual as pessoas são iguais e, por conseguinte, gozam dos mesmos direitos. Como no Brasil, há um ditado popular que diz: “todos são iguais perante a lei, porém uns são mais iguais do que os outros”, vemos que até o mais humilde popular sabe que igualdade não é sinônimo de equidade. Por outro lado, nem toda desigualdade tem uma relação direta com uma situação de injustiça. As pessoas são diferentes e reagem diversamente às ações e políticas gerando desigualdades nos resultados, sem contudo estes resultados serem injustos, profundamente discrepantes entre si, e, principalmente, deletérios para um segmento ou pessoa.

Porém, caso os resultados de uma deter-

Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. Online braz j nurs [internet]. 2006 Jan [cited month day year]; 5 (2):216-230. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6950>

minada ação ou política evidenciem diferenças significativas entre os grupos que deveriam se beneficiar, ou então demonstrem um evidente prejuízo para um dos grupos, temos não uma situação de desigualdade, mas de iniquidade. A iniquidade é uma diferença carregada de injustiça, porque geralmente decorre de uma situação que poderia ser evitada por aqueles que têm o poder de decidir. Assim, o mesmo gestor que defende o princípio da igualdade, é também aquele(a) que se recusa a apoiar políticas que reduzam as “desigualdades” raciais².

Por conta das iniquidades vividas pela população negra brasileira ao longo destes 500 anos, o movimento negro se organiza em torno de estratégias de luta que buscam a equidade, ou seja, o reconhecimento de que os grupos étnicos que compõem a sociedade brasileira são diferentes entre si e que, os afro-brasileiros, por razões de violação continuada de seus direitos humanos mais fundamentais, merecem tratamento diferenciado do poder público, de modo a eliminar ou reduzir a níveis não significativos, as iniquidades existentes.

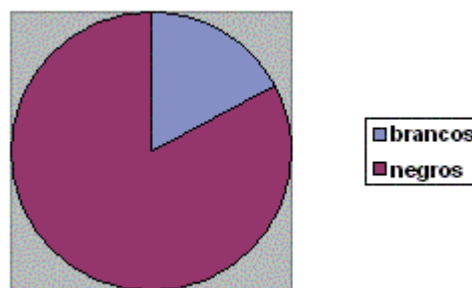
Quanto à metodologia, tentaremos responder as perguntas formuladas para este estudo a partir da literatura existente. Os dados são apresentados de forma descritiva. Para tanto, observou-se uma recomendação de Barbosa⁴ quando afirma que a relação racial entre brancos e negros, em sociedades racistas, impõe o referencial dialético de análise, quando se pretende a compreensão da totalidade. Isto porque, o objeto racismo-saúde requer para sua evidenciação a coleta de dados do Eu e do Outro, pois são complementares e compartilham um contexto que se pauta pela subordinação da diferença e se concretiza na iniquidade. Assim, sempre que possível, contrastaremos os dados sobre a população negra (pretos e pardos) com os dados da população branca, com recorte de gênero, inclusive.

Dados relativos à saúde da população negra comparados à população branca

No que se refere às condições de saúde e de vida da população negra, os indicadores que nos ajudam na avaliação são: a escolaridade, a renda familiar, as condições de moradia e saneamento. As doenças não discriminam, mas um perfil crítico de saúde e de condições de vida pode ser determinante para a aquisição, cura ou reabilitação de um agravo em saúde.

A escolaridade é um importante indicador de saúde por estar relacionada a aquisição de comportamentos saudáveis e de habilidades para o gerenciamento da doença e do tratamento. No Brasil, a taxa de analfabetismo é de 12,4%. O gráfico a seguir apresentará a composição étnica da população de pessoas de 15 anos ou mais que não sabem ler, nem escrever.

Figura 1- Taxa de analfabetismo. Brasil.



Fonte: IBGE, 2002.

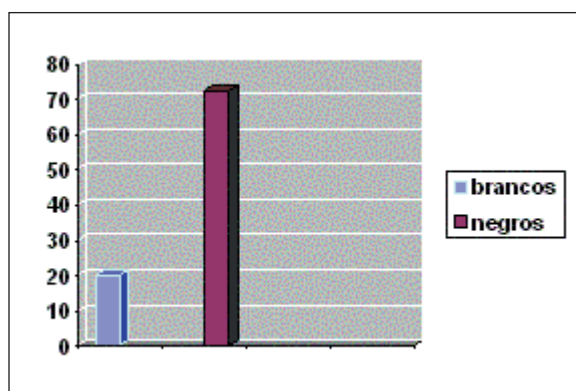
Enquanto, apenas 7,7% das pessoas analfabetas são brancas; 36,8%, (quase o quintuplo), são pessoas negras⁶. A iniquidade revelada quanto ao domínio do instrumental de leitura e escrita mantém o indivíduo em condições adversas de vida e saúde podendo comprometer o seu acesso ao sistema para aquisição dos serviços, como também a avaliação da qualidade do cuidado prestado. Além disso, a complexidade dos fenômenos relacionados à saúde e à doença e as habilidades que a pessoa deve ter

para manutenção de sua saúde e bem-estar, assim como para o tratamento de um problema crônico ou agudo de saúde, ou para o exercício do controle social do Sistema de Saúde, extrapolam o potencial de uma pessoa analfabeta.

No Brasil, um indicador oficial de condição de vida é o percentual da população com menos de quatro anos de estudo (analfabetismo funcional). Afinal, o processo saúde/doença pode ser um fenômeno complexo tanto para um analfabeto, quanto para um analfabeto funcional. Cabe ressaltar, que a opção governamental por este indicador tem um efeito prático como quando se utiliza uma peneira para tapar o sol.

Na população brasileira, 27,3% são analfabetos funcionais (sem domínio de habilidades em leitura, escrita, cálculos e ciências, em correspondência ao antigo ensino primário)⁶. A seguir, o gráfico sobre a distribuição de negros e brancos com escolaridade inferior a 4 anos.

Figura 2 - Analfabetismo funcional. Brasil.



Fonte: IBGE, 2002.

Mais uma iniquidade revelada. Nesta população, apenas 20,2% são brancos; enquanto 72,5% são pessoas negras. O impacto dos precários índices de escolaridade na saúde se traduzem, por exemplo, pela dificuldade da pessoa em acessar o Sistema e garantir a devida atenção, em tempo hábil, podendo resultar em uma maior proporção de óbitos mal definidos típicos

de precárias condições socioeconômicas e assistenciais². Igualmente, valores como este afetam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas nestas condições.

Como consequência da baixa escolaridade, a média brasileira de anos de estudo (última série concluída com aprovação) é de 6,1. Na população branca, a média é de 8 anos. Porém, na população negra a média é de 5,7 anos. Valor ainda distante dos 8 anos necessários para completar o primeiro grau e dos 11 anos, para o segundo grau. A distância seria maior se levássemos em consideração a formação pré-escolar, tão importante para o desenvolvimento da criança, e a graduação, curso vital para a superação do ciclo de pobreza.

O que reforça o nosso entendimento de iniquidade racial quanto à diferença nas taxas de escolaridade é que a média de 2,3 anos de estudo a mais para os brancos multiplica por dois o seu rendimento em relação às pessoas negras⁶.

Ainda que uma elevada escolaridade não seja garantia de uma vida sem discriminação, os dados revelam que a vida é bem pior para quem não pode estudar ou para quem estuda em um contexto que o considera inferior, e onde essas mensagens se comunicam de forma regular, porém diversa. A internalização de imagens culturais e estereótipos negativos tem um potencial efeito adverso sobre a escolaridade levando ao cumprimento de uma profecia de fracasso que, por sua vez, causa um baixo desempenho escolar. O baixo desempenho escolar conduz da sala de aula à porta da rua. O fim da história já é conhecido. Todavia, sobre a saúde o efeito adverso pode se expressar, entre outras coisas, pelo estresse psicológico, pelos sintomas depressivos, pelo risco de abuso de drogas e por problemas crônicos de saúde⁵.

Para ajudar na compreensão sobre as condições de saúde da população negra, apontaremos um outro indicador que tem uma forte

correlação direta com a escolaridade: a renda.





Portanto, para podermos avaliar o grau de saúde e bem-estar da população negra brasileira é preciso que analisemos inclusive a renda individual e/ou familiar, pois a raça, segundo Williams⁵, é um antecedente e determinante da situação socioeconômica e as diferenças (iniquidades) são um reflexo do grau de eficácia das políticas discriminatórias baseadas no pressuposto da “inferioridade da população negra.”

No Brasil, o percentual de pessoas com renda menor que meio salário mínimo é de 28,4% (em 2001, este valor era de 90 reais)⁶. Para se ter

uma idéia do que isto representa, atualmente, o valor para definição da linha de pobreza na região metropolitana do Rio de Janeiro é de R\$ 135,02⁷.

Na população 10% mais pobre, ou seja, que ganha até ½ salário mínimo, os brancos são apenas 7,8%, enquanto as pessoas negras são 92,2%. O inverso acontece no grupo que é 1% mais rico. Nesta parcela, os brancos são 87,2%, enquanto os negros são apenas 12,8%. Mais uma iniquidade revelada e garantida pela forte concentração de renda. No quadro a seguir, apresentaremos o rendimento conforme o tipo de família.

Quadro 1 – Distribuição do tipo de família e rendimento médio mensal. Brasil

	Unipessoal	Casal sem filhos	Casal com filhos	Pessoa de referência sem cônjuge	Outros tipos
	13,8	17,5	56,2	10,4	2,1
	R\$ 621,90	R\$ 676,00	R\$ 425,60	R\$ 287,50	R\$ 561,10
	28,3	2,2	4,4	56,5	8,8
	R\$ 673,10	R\$ 697,40	R\$ 500,00	R\$ 375,00	R\$ 510,30
	18,7	14,0	51,6	13,4	2,4
	R\$ 363,00	R\$ 259,70	R\$ 152,50	R\$ 208,50	R\$ 298,70
	21,8	1,6	4,8	63,4	8,4
	R\$ 334,30	R\$ 371,10	R\$ 205,10	R\$ 162,00	R\$ 215,40

Fonte: IBGE, 2002.

O quadro sobre o tipo de família e o rendimento médio mensal revela iniquidades de gênero e raça. Quanto ao gênero, verifica-se que nas famílias *tipo pessoa de referência sem cônjuge com filho*, recai sobre um grande número de mulheres, tanto negras (63,4%) quanto brancas (56,5%), a principal responsabilidade quanto à criação dos filhos. É interessante observar que os valores de rendimento das famílias chefiadas

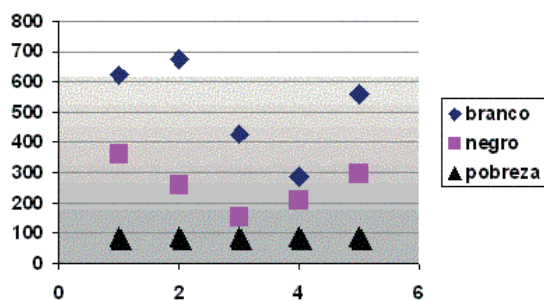
por mulheres brancas já são bem próximos aos das famílias chefiadas por homens brancos, chegando em alguns momentos a ultrapassar este patamar. Por outro lado, a família chefiada pela mulher negra sem cônjuge e com filhos é a que possui menor renda, aproximando-se muito da linha de pobreza. O rendimento das famílias chefiadas por mulheres negras é inferior às chefiadas pelo homem negro.

Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. Online braz j nurs [internet]. 2006 Jan [cited month day year]; 5 (2):216-230. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6950>

A iniquidade racial entre as famílias negras e brancas se revela porque os rendimentos das primeiras são em sua maioria, inferiores à metade do rendimento das últimas. O impacto desta iniquidade na saúde não é pequeno. Sabe-se, por exemplo, que o gasto médio familiar com saúde (leia-se doença), no Brasil, é da ordem de 6,5%. Para uma família que tem uma renda de 162 reais/mês, um gasto de R\$ 10,63 com despesas de saúde a aproxima mais ainda da linha de pobreza.

Nos gráficos a seguir, apresenta-se a relação entre a renda familiar de homens e mulheres (valor do SM em 2001) e a linha de pobreza (1/2 SM em 2001) para ilustrar o risco que um contexto de iniquidade social impõe a uma grande parcela da população.

Figura 3 - Renda familiar masculina, segundo cor. Brasil



Fonte: IBGE, 2002.

Tipo de família

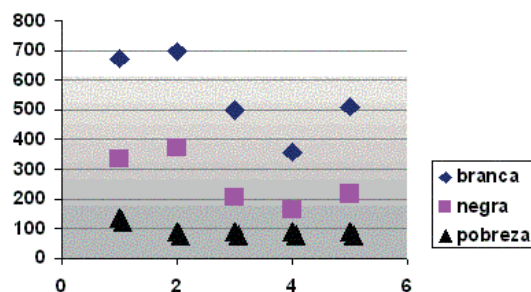
1. unipessoal
2. casal sem filhos
3. casal com filhos
4. pessoa de referência sem cônjuge com filhos
5. outro

Pelo gráfico na figura acima, observa-se que a família chefiada pelo homem negro está bem próxima da linha de pobreza, em comparação com a família chefiada pelos homens bran-

cos. Vale observar que, o tipo familiar mais próximo da linha de pobreza é aquele chefiado pelo homem branco sem sua cônjuge e com filhos. Isto nos leva a pensar sobre o papel da mulher na formação da renda e do patrimônio da família. Mas não neste estudo.

O gráfico a seguir trata da condição das famílias chefiadas por mulher negra e branca em relação à linha de pobreza.

Figura 4 - Renda familiar feminina, segundo cor. Brasil



Fonte: IBGE, 2002

Tipo de família

1. unipessoal
2. casal sem filhos
3. casal com filhos
4. pessoa de referência sem cônjuge com filhos
5. outro

A família chefiada pela mulher negra está mais próxima da linha de pobreza, em especial o tipo majoritário que é o da mulher sem o cônjuge com filhos. Cabe observar que, abaixo da linha de pobreza 43,9% das famílias sem condição de garantir a alimentação básica são chefiadas por mulheres negras⁸.

O racismo se soma ao sexismo quando se observa a família chefiada por mulher negra sem o cônjuge. O mercado afetivo também é mediado pelo imaginário social. Conseqüentemente,

embora as adolescentes e jovens negras iniciem a vida sexual e maternal precocemente, elas se casam mais tardiamente e têm maior dificuldade em contrair novo casamento⁸.

Os dados revelam que as iniquidades relativas à escolarização e renda familiar têm limitado o avanço socioeconômico da população negra e conseqüentemente têm comprometido as suas condições de vida, saúde e bem-estar. Como o espaço da família é aquele onde se organiza a cultura, a vida afetiva e a construção e gerência do patrimônio, deduz-se que assim como o nosso presente, o futuro da nossa etnia estará seriamente comprometido caso não se estabeleçam redes de apoio às nossas famílias.

As condições de saúde e de vida da população negra ficariam melhor delineadas se tivessem informações sobre as condições de domicílio e da oferta de serviços de água em rede, esgotamento sanitário e coleta de lixo, desagregadas por cor/raça. A título de ilustração, no Brasil, 73% dos domicílios são próprios e 62,2% possuem condições adequadas de água e saneamento. Evitamos neste estudo relacionar condições de moradia com a renda familiar para então depreender qual a condição da população negra, porque entendemos que em 2003 já não cabe mais a analogia de que pobre e negro são a mesma categoria de análise, uma vez que as bases de dados governamentais já incluíram o item cor/raça nos sistemas de informação. Nossos problemas agora são garantir a coleta desta informação de forma confiável e obter do sistema os dados desejados desagregados por cor/raça. Ainda que estejamos em plena era da informação, o dado não é disponibilizado tão facilmente.

Diante do exposto sobre as condições de vida e saúde a partir da escolaridade e renda, buscaremos traçar um perfil de situação de saúde, ou melhor, de doença, da população negra.

Os indicadores que propiciam uma ava-

liação da situação de saúde são: a(s) taxa(s) de mortalidade infantil (mil nascidos vivos), a mortalidade proporcional (60 anos ou mais), a taxa de mortalidade por homicídios, a taxa de incidência de tuberculose, a esperança de vida ao nascer, a percepção de saúde enquanto boa ou muito boa, a restrição das atividades e a presença de doenças crônicas.

Pelas razões já explicitadas, só obtivemos os valores nacionais que não contemplam a informação desagregada por cor/raça sobre a mortalidade de crianças menores de 5 anos por diarreia (6,8%), sobre a mortalidade proporcional (53,8%) e sobre a taxa de incidência da tuberculose (48%).

Alguns dos indicadores aqui apresentados desagregados por cor/raça referem-se aos dados do Estado de São Paulo⁹ ou obtidos de outros estudos. Ainda que isto seja uma limitação importante, acreditamos que estas informações podem ser relevantes.

Quanto à mortalidade infantil, considerada como um dos melhores indicadores da situação de saúde e condições de vida, pois reflete tanto as condições sócio-econômicas da mãe como também a qualidade da assistência perinatal ao recém-nascido, sendo portanto, um indicador muito utilizado quando se estuda desigualdade(2003)⁶, os dados revelam que no Brasil, a taxa é de 28,7 por mil nascidos vivos. Embora não tenhamos ainda estes dados desagregados por cor, vale observar que na região nordeste, onde há uma grande concentração de pessoas negras, esta taxa é de 43 (Bahia: 39,8; Alagoas: 60; Maranhão: 47,6)⁶. Independente da questão racial, estas diferenças no Brasil entre as regiões e estados já configuram situações de iniquidade.

Com base nos dados de 1993/1994, Sant'Anna¹⁰ verificou que enquanto a taxa de mortalidade infantil (neonatal) era de 37,3 para as crianças brancas, para as crianças negras era de 62,3. Para crianças menores de 5 anos as taxas

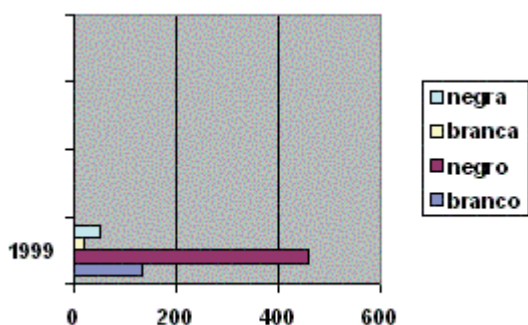
Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. Online braz j nurs [internet]. 2006 Jan [cited month day year]; 5 (2):216-230. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6950>

de mortalidade eram mais elevadas: 45,7 para as crianças brancas e 76,1 para as crianças negras.

Por saber que de 1993 até a presente data, nenhuma política afirmativa em saúde foi implementada neste país, podemos inferir que esta situação de iniquidade permanece constante, com variações estaduais. Em São Paulo, por exemplo, há uma diferença significativa entre as taxas de mortalidade infantil de negros (30,12) e brancos (27,86).

Em um contexto de iniquidade, cada etapa do ciclo vital do ser humano é uma barreira a ser vencida, esgotando a energia da pessoa para o enfrentamento dos desafios cotidianos naturais. Após vencer a fome na fase intra-uterina, a precária assistência perinatal, a fome e a desidratação, a pessoa negra corre um elevado risco de morrer precocemente por uma causa externa violenta. No Brasil, no que se refere à mortalidade por homicídios, 20,3 dos homens e 5,6% das mulheres, a cada ano, morrem vítimas da violência. Isto representa uma taxa de 175 pessoas por 100 mil habitantes. Quanto ao grupo étnico, verificamos que em São Paulo⁹, as seguintes taxas, apresentadas no gráfico a seguir:

Figura 5 - Mortes violentas por gênero/cor. São Paulo.



Fonte: Batista, 2002.

Os resultados revelam mais do que uma profunda iniquidade em saúde. Eles revelam uma guerra civil não declarada contra a popu-

lação negra. Para cada 100 mil habitantes, morrem 457,4 homens negros e 52,62 mulheres negras. A imagem do gráfico é uma representação que fala por si só de um dos efeitos da aplicação eficaz de políticas discriminatórias, pautadas na premissa da inferioridade da pessoa negra tida, ainda em 2003, como “escrava”.

Quanto à mortalidade proporcional aos 60 anos ou mais, um indicador importante, pois espera-se que quanto mais desenvolvida seja uma sociedade e quanto melhores as suas condições de vida, maior deverá ser a chance de morrer de velhice. No Brasil, de todos os óbitos ocorridos, apenas 53,8% acontecem acima dos 60 anos⁶. Cabe observar que em países com boas condições de vida, esta taxa é de 95%. Porém, ainda que não tenhamos dados sobre este indicador desagregados por raça, gostaríamos de chamar a atenção para alguns dados sobre a previdência social que podem nos ajudar a entender melhor as condições de vida da população negra e o seu impacto na saúde e na longevidade.

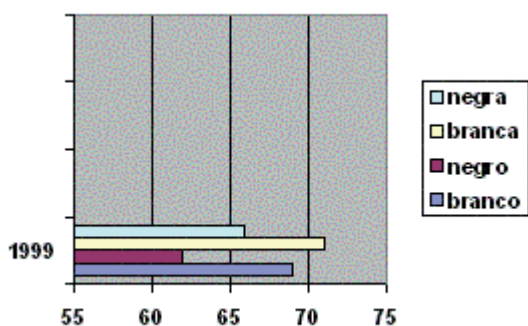
Segundo Sant’Anna¹⁰, de uma forma geral houve uma queda de 6,7% do percentual de pessoas em idade ativa cobertas pela previdência pública. Esta queda foi mais acentuada para a população negra (7,9%) do que para a população branca (6,7%). Das mulheres negras, em 2001, apenas 44,2% têm previdência social (menor grupo); enquanto 51,5% das mulheres brancas possuem o benefício. Dos homens negros, 56% têm direito à previdência, porém dentre os homens brancos, 62,2% são beneficiários (maior grupo). Ainda segundo a autora, dos benefícios distribuídos à pessoa idosa, no âmbito nacional, as taxas são de 77,1% para pessoas negras e de 77,9% para pessoas brancas. Contudo, este valor equitativo deve-se sobretudo, aos benefícios auferidos pela previdência rural (instituição não contributiva). Quando dirigimos nosso olhar para a previdência clássica, observamos que a diferença entre pessoas idosas negras (75,3%) e

brancas (83,1%) atinge o índice de 7,8%.

As iniquidades de raça e gênero são evidentes pelos índices de mortalidade e previdência. Mas, no quesito previdência, gostaríamos de alertar para mais uma ideologia de opressão presente: a discriminação por idade. Se a sociedade já considera objetos obsoletos crianças, mulheres e homens jovens, o que ela não faz com pessoas idosas, vulneráveis pelas mais diversas razões, pertencentes ao grupo não hegemônico. Entendemos que esta questão deve ser estudada com mais profundidade.

Quanto à esperança de vida ao nascer, apresentaremos a seguir a representação a partir dos dados de Batista⁹.

Figura 6 - Esperança de vida, segundo gênero/cor. São Paulo.



Fonte: Batista, 2002.

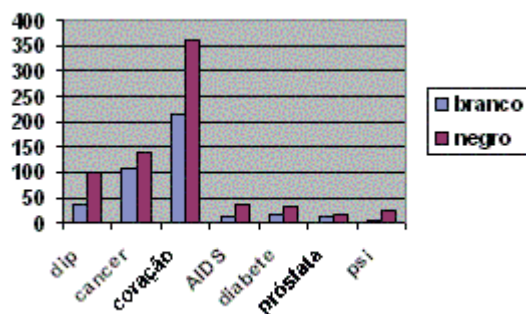
A esperança de vida enquanto um indicador representa o impacto das taxas de mortalidade nos diferentes grupos (etários, de gênero e raça) dada uma determinada estrutura epidemiológica. Os epidemiologistas ainda não incorporaram a necessidade de se analisar separadamente, além dos dois sexos, os grupos étnicos. Os dados revelam diferenças substantivas, típicas de um contexto de injustiça social, na esperança de vida para as mulheres (66 anos) e homens negros (62 anos) comparados aos homens brancos (69 anos) e mulheres brancas (71 anos). A iniquidade revelada

pelas taxas de esperança de vida ao nascer, se deve, segundo Barbosa⁴, a inter-seccionalidade dos sistemas de opressão de classe, gênero e raça. Vale destacar que, a autora muito apropriadamente aponta o racismo como um fator patogênico a ser considerado pelos profissionais de saúde, tendo em vista o diferencial encontrado quando se compara a esperança de vida das mulheres negras em relação aos homens brancos. Porém, o sexismo também faz vítimas no grupo tido como o opressor, neste caso os homens, mas principalmente quando o suposto opressor pertence a um grupo não-hegemônico: o homem negro.

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza outros indicadores sobre a situação de saúde, tais como: taxa de incidência de tuberculose (48/100mil), percepção de saúde como boa ou muito boa (79,1); restrição das atividades (6,3) e o quadro de morbidade ou de presença de doenças crônicas (31,6). Infelizmente estes dados não estão acessíveis desagregados por raça/cor. Eles são importantes porque têm a vantagem de captar as diferenças na qualidade de vida das pessoas, em vez de considerar apenas a causa de morte¹¹.

Quanto às causas de mortalidade por doenças, elas estão apresentadas a seguir, com base no estudo de Batista⁹, para os homens.

Figura 7 Taxa de mortalidade masculina, segundo cor. São Paulo



Fonte: Batista, 2002.

No gráfico acima, observa-se que os homens negros estão de um modo geral mais doentes que os homens brancos. Ainda que muitas destas doenças tenham um fator etiológico conhecido e determinado pelas ciências da saúde, parece-nos que um fator patogênico comum a estas doenças quando comparamos os grupos por raça/cor, é o racismo que justifica ao menos a diferença entre as taxas de morbidade.

As doenças infecciosas e parasitárias evidenciam, entre outras coisas, as condições de vida. Como para a população negra as condições ambientais são as piores, verifica-se que os homens negros (97,64) tiveram mais doenças desta natureza do que os homens brancos (36,25).

A diferença nas taxas de mortalidade de negros (137,76) e de brancos (108,55) por neoplasias podem indicar diagnóstico tardio do problema e discriminação no tratamento. Contudo, são necessárias pesquisas sobre acesso e qualidade do cuidado, com recorte étnico, para se delinear melhor a situação.

As doenças do aparelho circulatório só perdem para as causas violentas quanto à taxa de mortalidade. São elevadas para ambos os grupos étnicos, porém muito mais para os homens negros (359,85) do que para os brancos (212,93). Estas doenças refletem a qualidade e os hábitos de vida, assim como o estresse e seu enfrentamento. No caso da população negra, há estudos^{12,13} que descrevem uma relação positiva entre o estresse causado pelo racismo e níveis elevados e constantes da pressão arterial, sugerindo portanto que o racismo é um fator de risco para doenças circulatórias.

Quanto à mortalidade por AIDS, verifica-se mais uma vez uma situação de iniquidade, tendo em vista as elevadas diferenças entre as taxas de mortalidade entre negros (37,94) e brancos (14,44). O discurso oficial já fala na proletarização da AIDS e isto pode ser uma sinalização de que já não se necessita investir tanto em seu

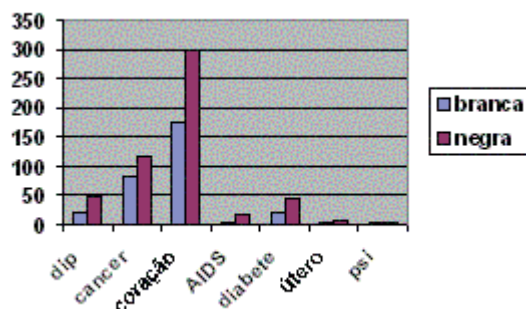
tratamento e prevenção.

A taxa de mortalidade por diabetes para negros (30,22) revela iniquidade quando comparada a de brancos (18,16). Igualmente, a taxa de mortalidade por câncer de próstata em homens negros (17,63) e brancos (11,70).

Merece destaque a brutal diferença na taxa de mortalidade por transtornos mentais entre homens negros (25,72) e homens brancos (6,38). Parece que na área de saúde mental encontra-se um maior impacto dos sistemas de opressão dados pelo racismo e pelo sexismo. O homem negro revela nesta área uma vulnerabilidade e, provavelmente, a posse de um conjunto ineficaz de estratégias de enfrentamento do estresse.

Quanto às causas de mortalidade por doenças em mulheres, elas estão apresentadas a seguir, com base no estudo de Batista⁹.

Figura 8 Taxa de mortalidade feminina, segundo cor. São Paulo



Fonte: Batista, 2002.

As doenças infecciosas e parasitárias causaram muito mais mortes em mulheres negras (47,12) do que em mulheres brancas (19,30). Esta iniquidade repete-se na taxa de mortalidade de negras (196,23) e de brancas (81,72) por neoplasias. As doenças do aparelho circulatório também são elevadas para ambos os grupos étnicos, mais ainda para as mulheres negras (297,81) do que para as brancas (174,48). Quanto à mortalidade por AIDS, vemos mais

uma iniquidade pois a taxa de mortalidade para negras é de 16,96 enquanto para brancas é de 4,92. Cabe ressaltar que em 95% dos casos de AIDS em mulheres a transmissão é pelo cônjuge. Assim, nesta doença em especial, além da superação da discriminação institucional, para sua prevenção e controle é necessário intensificar as estratégias de empoderamento e negociação da mulher para vencer as barreiras impostas pelo sexismo.

No que se refere à taxa de mortalidade por diabetes para negras (43,46) persiste a iniquidade quando comparada a de brancas (22,41). Igualmente, a taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino em mulheres negras (8,85) e brancas (3,9).

Ainda que a taxa de mortalidade por transtornos mentais entre mulheres negras (4,35) seja muito maior de que a de mulheres brancas (1,92), vemos que comparada a taxa de mortalidade dos homens negros (25,72), as mulheres negras parecem possuir um melhor instrumental que lhes permite superar o estresse do racismo e do sexismo.

À medida que o item cor/raça realmente fizer parte dos documentos do SUS por todo o país, teremos condições de delinear melhor o perfil de morbi-mortalidade da população negra. Porém, os números apresentados, em que pese as limitações existentes, são no nosso entender suficientes para demonstrar que em saúde não há desigualdades entre a população negra e a população branca neste país. O que há é racismo institucional.

Assim, devido a persistente sub-notificação do item cor/raça nos documentos, fica difícil para o momento estabelecer qual o gasto do Ministério da Saúde (MS) com a população negra, um indicador importante sobre o financiamento da saúde.

De uma maneira geral, o que se sabe é que por habitante, o MS gasta por ano R\$ 98,92. O

gasto em ambulatório é de R\$ 3,45. O gasto médio por internação de alta complexidade (e nestes casos estão incluídas as vítimas de violência) é de R\$ 2.292,54. Embora no Brasil a saúde seja um direito constitucional, as famílias têm um gasto médio de 6,5% do orçamento com saúde. O gasto familiar per capita anual é de R\$ 294,49, com plano de saúde é de R\$ 25,15 e com medicamento de uso contínuo é de R\$ 52,08². É importante lembrar que o rendimento médio mensal da população ocupada é de R\$ 376,08 para as famílias negras⁶. Por estes números podemos inferir o quanto estas famílias podem estar gastando ou não com seus problemas de saúde. E não gastar, neste caso, não significa estar recebendo do Estado os serviços que lhe são devidos. Ao contrário, pode significar abandono do tratamento ou não procura da atenção em saúde por descrédito com o SUS. Por outro lado, gastar evidencia que o SUS não está cumprindo o seu propósito e que a (o) usuária (o) negra (o) está susceptível à oferta de planos de saúde ou cartões de desconto de atenção médica para a população de baixa renda, sem atenção integral.

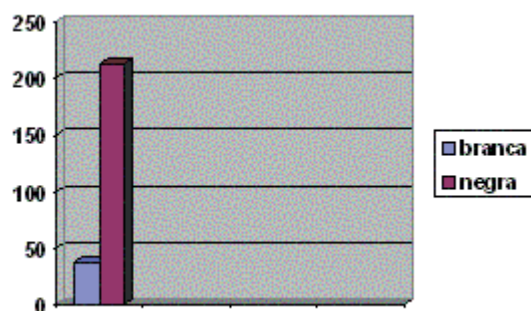
Quanto à oferta de instituições de saúde para a população negra, um dos indicadores sobre os recursos humanos e sobre a capacidade dos serviços de saúde, também não está acessíveis: os dados desagregados por cor/raça. Contudo, é reconhecida a condição de iniquidade na oferta, ao menos em termos regionais, no Brasil. No sentido de corrigir estas profundas diferenças, o MS vem implementando um programa de interiorização do trabalho de médicos (as) e enfermeiras (os). O Brasil possui em média 2,67 médicos para cada mil habitantes. Mas, para a região nordeste esta média cai para 0,85. Menor ainda é o número de enfermeiras (os) (0,41) e de dentistas (0,69). O número de leitos é de 2,99 para mil habitantes enquanto o de ambulatórios é de 3,4 para 100 mil².

Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. Online braz j nurs [internet]. 2006 Jan [cited month day year]; 5 (2):216-230. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6950>

No que se refere ao acesso e à utilização dos serviços de saúde pela população negra, só teremos estes dados conforme o item cor/raça passe a ser considerado uma categoria relevante de análise para o monitoramento da qualidade da assistência prestada. Em termos gerais, nesta dimensão da assistência em saúde, observa-se que o percentual de internações pelo SUS é de 11,4% e o de consultas é de 49,1%. Para 48,9% da população o SUS é a principal alternativa de atendimento em saúde. Isto indica que o SUS tem que melhorar, ampliar e diversificar suas ações para garantir atenção integral à saúde. Reforça esta exigência a constatação de que 25,2% das pessoas entre 05 e 19 anos nunca receberam um atendimento odontológico, por exemplo.

Além do referencial discriminatório que aparece como causa das iniquidades em saúde apontadas, há ainda a precariedade da oferta dos serviços comprometendo a qualidade do cuidado à saúde para a população negra, um indicador importante quando se estuda discriminação institucional. Nesta dimensão, a taxa de mortalidade materna (decorrência da gravidez, aborto, parto e puerpério) é a que melhor tem refletido a condição de iniquidade vivida, em especial pelas mulheres negras. Os resultados obtidos com os relatórios sobre a mortalidade materna¹⁴ são sugestivos de discriminação institucional. Na América Latina, a taxa de mortalidade materna oscila entre 114 a 338 mortes para cada 100 mil, enquanto que, em determinados países desenvolvidos, esta taxa varia de 3 a 10 mortes. Mais trágico do que os números apresentados, é saber que estas mortes, com o conhecimento científico e tecnológico existente nos dias atuais, poderiam ser evitadas. A seguir, com base nos dados de Batista⁹, apresentamos as taxas de mortalidade entre mulheres brancas e negras.

Figura 9 - Taxa de mortalidade materna, segundo cor. São Paulo.



Fonte: Batista, 2002.

A iniquidade é patente. A taxa de mortalidade das mulheres negras (212,80) é quase seis vezes maior do que a taxa de mulheres brancas (37,73) ainda que, para ambos os grupos tenhamos um valor absurdamente elevado. Como os gestores ainda não se sensibilizaram quanto à discriminação racial vivida pelas mulheres negras, verifica-se, por exemplo, o estabelecimento de metas universais para a redução da mortalidade materna, desconsiderando a possibilidade de implementar uma política afirmativa que busque a equalização da solução. Assim, tendo em vista que a meta do MS é de reduzir em 25% a taxa de mortalidade materna, com base nos dados de São Paulo⁹, a taxa para as mulheres brancas cairia de 37,73 para 28,33, um valor ainda alto para um país em desenvolvimento como o Brasil. Contudo, a meta de redução de 25% para as mulheres negras ainda seria de baixo impacto, pois a taxa cairia de 212,8 para 159,6 - valor ainda inaceitável. Para tornar a taxa de mortalidade igual para as mulheres brancas e negras, o MS teria de se comprometer-se com uma meta 22 vezes maior para as mulheres negras do que para as mulheres brancas. Bem, sabemos que isto não implica em estabelecer uma política racista, como muitos ainda insistirão em dizer. Todos ganham com políticas de equidade e humanização da assistência.

De suma importância para uma melhor compreensão sobre saúde da população negra, nesta dimensão sobre qualidade da assistência em saúde, é o percentual de óbitos por causas mal definidas, por ser indicativo da qualidade do tratamento. Não acessível esta informação desagregada por cor/raça. No Brasil, esta taxa gira em torno de 14,3%, sendo maior nas regiões menos desenvolvidas².

Dois indicadores de qualidade são a taxa de mortalidade por câncer de mama e de colo de útero. Quanto ao câncer cérvico-uterino já observamos anteriormente a diferença entre as taxas. Esta diferença em detrimento da mulher negra se mantém no caso da mortalidade por câncer de mama. As taxas são 19,96 para mulheres negras e 8,85 para as mulheres brancas. Esta iniquidade sugere discriminação na abordagem inicial e, conseqüentemente, no tratamento.

No Brasil, outros indicadores de qualidade são o número de hospitais creditados como amigos da criança e/ou maternidade segura (177) e os percentuais de atendimento (80%) e internação do SUS (84,6%) e não-SUS (92,8% para ambos) avaliados pela (o) usuária (o) como Bom e Muito Bom. Estes números mostram que o SUS pode ter uma boa representação para a população negra, em que pese as iniquidades vivenciadas. Isto não é paradoxal, porque muitas das desatenções recebidas podem não ser percebidas pela (o) usuária(o) como tal. E mesmo que perceba assim, pode avaliar que é um mal menor. Tanto que as taxas de satisfação são semelhantes para o serviço oferecido pelo SUS e pelo não-SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, constata-se que em todas as dimensões da saúde, a população negra encontra-se em nítida desvantagem quando comparada

à população branca. Mesmo os indicadores para os quais neste estudo não foi possível apresentar dados desagregados por cor/raça, pode-se inferir, a partir das condições globais que é impossível haver para o momento uma situação de igualdade ou de pequena desigualdade.

Com base no que foi aqui apresentado e discutido, retornamos às principais perguntas deste estudo não para respondê-las, em razão das limitações apontadas, mas para utilizá-las como um ordenamento da etapa de síntese da nossa reflexão:

Há racismo em saúde no Brasil?

Cabe observar que os dados sobre iniquidades em saúde aqui apresentados não são tão recentes e nem desconhecidos dos gestores. Isto é preocupante porque a fixação do Ministério da Saúde em uma política que, ano após ano, ignora estas mórbidas diferenças quanto aos índices sociodemográficos e às taxas de mortalidade entre a população negra e a população branca, constitui, no nosso entendimento, discriminação institucional de gênero e raça cuja finalidade só pode ser a manutenção de um prejuízo que conduza regular e paulatinamente à redução e ao enfraquecimento de um determinado grupo populacional (mulheres e negras [os]), visando o aprimoramento da estrutura de exploração do capital.

Como o racismo se expressa?

Ainda que os processos sejam dissimulados, o racismo em saúde se expressa pelas taxas de iniquidade. Portanto, o reconhecimento da iniquidade em saúde pelo Estado é uma condição *sine qua non* para o estabelecimento de políticas afirmativas para a população negra e para a desconstrução do referencial discriminatório que tem orientado a máquina adminis-

Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. Online braz j nurs [internet]. 2006 Jan [cited month day year]; 5 (2):216-230. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6950>

trativa e suas ações governamentais.

Quais estratégias devem ser implementadas para a neutralização do racismo em saúde?

Muito tem que ser feito, e rapidamente, para interromper a mortalidade precoce da nossa população e melhorar a qualidade de vida. Neste sentido, é necessário intensificar a pressão política sobre o MS para corrigir as profundas diferenças nas taxas de morbi-mortalidade dos grupos étnicos e a discriminação institucional por raça e gênero. O MS precisa rever o seu plano de metas e implantar uma POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA¹⁵, que estabeleça ações afirmativas em saúde para garantir a equidade no acesso e na qualidade do cuidado que é prestado no sistema.

Uma estratégia importante é promover a consolidação do registro do Item Cor/Raça/Etnia nos impressos do SUS. O item raça/cor deve se tornar ainda uma relevante categoria de análise nos procedimentos regulares de monitoramento do acesso e da qualidade do serviço prestado pelo SUS.

Na realidade, a pressão política exercida pelo movimento social organizado deve ser constante, por intermédio dos Conselhos de Saúde, de modo que se possa neutralizar a discriminação racial, um ranço ideológico que ainda persiste em uma estrutura de saúde que foi conquistada pelos movimentos sociais e consagrada na Constituição de 1988 como um direito. Poucos países do mundo têm uma legislação em saúde avançada e humanista como a nossa. Porém, a Reforma Sanitária é um movimento. Corremos o risco de perder espaços e conquistas ou de ter estes espaços e conquistas apropriados por aqueles que, por estarem mais habituados ao poder sabem muito bem como preservá-lo. A consolidação do direito à saúde com equidade para a população negra será mais ou menos rápida conforme o movimento negro exerça também o controle social do Sis-

tema Único de Saúde.

Neste sentido, faz-se necessário, entre outras coisas, capacitar as lideranças do movimento negro para o exercício efetivo do controle social nas instâncias municipais, estaduais e federais. A liderança após a capacitação deverá conhecer os fundamentos básicos sobre saúde enquanto um direito da (o) cidadã (o), sobre a legislação, modelo de gestão e orçamento do SUS, sobre o controle social propriamente dito (participação nos Conselhos e Conferências de Saúde) e sobre o monitoramento do acesso e da qualidade na atenção à saúde da população negra, em especial.

Como a saúde é um conceito transversal no nosso entender, a efetiva participação do movimento negro no controle social do SUS não exclui a participação em outras instituições gestoras de políticas públicas.

A título de sugestões futuras, consideramos importante para o combate à iniquidade em saúde e o monitoramento do acesso e da qualidade em saúde, a inclusão nos estudos de outros indicadores sobre a vida da população negra, tais como: hábitos de vida, indicadores sobre a riqueza ou patrimônio, e de cidadania, como por exemplo; exercício de atividades de participação ou controle social.

Além disso, pensamos que o gestor em nível local precisa estar atento aos dados descritos, em especial quanto à acessibilidade dos serviços à população negra que precisa ser monitorada, sobretudo no atendimento de agravos mais incidentes e prevalentes nestes. (anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras). É preciso também estabelecer a ótica da promoção da saúde com propostas de melhoria na qualidade de vida da população negra, tais como: espaços de lazer, estímulo a participação e controle social, acesso ao conhecimento de sua condição histórica e socialmente posta, programas de geração de renda, en-

tre outras ações. Faz-se urgente a conscientização dos profissionais na unidade de saúde sobre o que é e como se manifesta o racismo institucional, assim como sobre as medidas de repressão à discriminação.

Os desafios estão postos e para a neutralização das ideologias discriminatórias faz-se necessária a atuação efetiva de todos e todas. Imediatamente.

REFERÊNCIAS

1. Cruz, ICF. Health and African-Brazilian Ethnicity Research Group. Online Brazilian Journal of Nursing [internet] 2002 [cited Jan 2002];1 (1) Available from: www.uff.br/nepae/africanbrazilianhealth.htm
2. Nunes, A. et al Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília OPAS/IPEA, 2001
3. The Lancet Institutionalised racism in health care. The Lancet 1999; 353 (9155):765
4. Barbosa, M. S. Racismo e saúde. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998
5. Williams, D. R. La raza, la situación socioeconómica y la salud : los efectos sumados del racismo y la discriminación. Available from www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etn/Laraza.pdf Acesso em 06/08/2003
6. IBGE Síntese de indicadores sociais. 2002. RJ. IBGE, 2003
7. Observatório Afro-brasileiro. Indicadores. [internet] [s.d.] [cited Sep 14 2003] Available from www.observatorioafrobrasileiro.org/metodologia.html
8. Carneiro, S. Mulheres negras, violência e pobreza. In: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (Brasil). Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher -- Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Brasília: A Secretaria, 2003. 68p. p11-19
9. Batista, L. E. Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte. [tese de doutorado]. Araraquara, SP: Universidade Estadual Paulista, 2002
10. Sant'Anna, W. Dossiê assimetrias raciais no Brasil: alerta para a elaboração de políticas. Rede Feminista de Saúde. [internet] 2003 [cited Sep 17 2003]. Available from: <http://www.redesaude.org.br/2006/imgs/Dossi%EA%20Assimetrias%20Raciais%20no%20Brasil.pdf>
11. Néri, M. et al Desigualdade social e saúde no Brasil Cad. Saúde Pública, 18(supl):77-87, 2002
12. Din-Dzietham, R. et al. Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. Social Science & Medicine. [internet] 2003 [cited Jul 28 2003]. Available from <http://www.periodicos.capes.gov.br/>
13. Krieger, N. Racial and gender discrimination: risk factors for high blood pressure? Soc. Sci. Med. 1990; 30 (12): 1273-1281
14. Rede Feminista de Saúde. Dossiê de mortalidade materna. Available from: <http://www.redesaude.org.br> Acesso em 23/08/03
15. OPAS/OMS Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Brasília, Sistema Nações Unidas. PNUD/OPAS, 2002