

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE  
SERGIPE – FANESE  
CURSO DE GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

**MÁRIO LUÍS TAVARES MENDES**

**INIQUIDADES ÉTNICO/RACIAL EM SAÚDE- Revisão de literatura**

**Aracaju – SE  
2015**

**MÁRIO LUÍS TAVARES MENDES**

**INIQUIDADES ÉTNICO/RACIAL EM SAÚDE-Revisão de literatura**

**Trabalho de conclusão de curso apresentada à  
Coordenação do Curso de Gestão em Saúde Pública e  
da Família da FANESE, como cumprimento parcial  
para obtenção do grau de pós-graduação.**

**Aracaju –SE  
2015**

**MÁRIO LUÍS TAVARES MENDES**

**INIQUIDADES ÉTNICO/RACIAL EM SAÚDE- Revisão de literatura**

**Relatório apresentado à Coordenação do Curso de Gestão em Saúde Pública e da Família da FANESE, em cumprimento da disciplina TCC, e elemento obrigatório para a obtenção do grau de pós-graduação em Gestão em Saúde Pública e da Família, no período de 2015.2**

**Aracaju (SE), 13 de julho de 2015**

**Nota/Conteúdo: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)**

**Nota/Metodologia: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)**

**Média Ponderada: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)**

---

**Professor(a) Orientador(a)**

---

**Coordenador do Curso**

## Sumário

RESUMO	
RESUME	
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 JUSTIFICATIVA.....	2
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	3
4 METODOLOGIA.....	7
5 DISCUSSÃO.....	8
6 CONCLUSÃO.....	9
REFERÊNCIAS.....	10

## RESUMO

As iniquidades étnico/ racial em saúde no Brasil são evidentes e consequência do racismo, que é um processo histórico e inerente a colonização. Esse problema nega direitos fundamentais de cidadania aos grupos afetados e se torna em uma questão ético/moral, apesar da dimensão desse problema ainda são escassos estudos que tratam a epidemiologia com recortes étnico/racial no Brasil, o que leva a uma subvalorização desse problema no âmbito de saúde pública. O objetivo desse trabalho foi fazer uma revisão de literatura, através da pesquisa de periódicos indexados nos principais bancos de dados da área da saúde bem como na web, no sentido de contribuir com o entendimento do problema, das iniquidades étnico/ racial, no Brasil. Concluiu-se que ainda existem grandes iniquidades em saúde, desprivilegiando a população negra bem como a existência de racismo institucional que dificulta ou muitas vezes até impede o acesso aos serviços de saúde pela referida população.

**Palavras-chave:** Desigualdades em Saúde. Iniquidade Social. Origem Étnica e Saúde. Saúde da População Negra.

## **RESUME**

The ethnic / racial inequities in health in Brazil are evident and consequence of racism, which is a historical and inherent colonization process. This problem denies fundamental rights of citizenship to affected groups and becomes in a ethical / moral issue, despite the size of this problem are still few studies that deal with the epidemiology ethnic / racial clippings in Brazil, which leads to an underestimation of this problem in public health context. The aim of this study was to make a literature review through periodic research indexed in major health care databases and web, in order to contribute to the problem of understanding in Brazil. It was concluded that there are still major inequities in health, not favoring the black population and the existence of institutional racism that often hinders or prevents access to health services for this population.

Keywords: Health Inequalities. Social Inequity. Ethnicity and Health. Minority Health.

## 1 INTRODUÇÃO

Desigualdades sociais em saúde são cada vez mais parte da agenda de pesquisa de saúde pública em todo o mundo. Como resultado, a relação entre as desigualdades na saúde e formas de estratificação social têm sido cada vez mais evidenciados em muitas sociedades. Em particular, as desigualdades raciais em saúde permanecem como um tema emergente de investigação com base na persistência de disparidades raciais ao longo do tempo e na sua natureza intrinsecamente injusto(BASTOS, et al., 2010).

Estudos sobre características étnico-raciais são frequentes na maioria dos países com heterogeneidade racial, principalmente nos Estados Unidos, onde as disparidades raciais em saúde têm sido detalhadamente monitoradas por, pelo menos, cinco décadas(WILLIAMS; MOHAMMED, 2010). Em consequência a literatura de saúde é caracterizado por uma quantidade considerável de evidências indicando sistematicamente piores resultados de saúde em todo o curso da vida de alguns grupos minoritários.(SATCHER, et al., 2005)

No Brasil o racismo, principalmente o institucional, vem sendo discutido amplamente, não só por uma questão ético/moral mas também pela questão de cidadania. Uma vez que em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas, de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam(BARATA, 2001; BRASILIA, 2011).

É preciso considerar que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilégio de setores autodefinidos como racialmente superiores. Tais vantagens, ao conferir a esses grupos poder de manejo e controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tendem a tornar extremamente difícil seu engajamento na ruptura das prerrogativas resultantes da iniquidade e na repactuação ética necessária.(BRASILIA, 2011)

Uma das principais características negativas do sistema de saúde brasileiro, são as iniquidades existentes. Ela é marcante entre os diferentes segmentos populacionais segundo raça/cor da pele/etnia(ARAÚJO, et al., 2010).

O objetivo desse artigo é descrever como a raça/etnia e cor da pele impacta na assistência e no acesso aos serviços de saúde, ou seja, como esses fatores são determinantes na situação de saúde de grupos populacionais que sofrem com discriminações.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Um dos grandes problemas do sistema de Saúde Brasileiro é a falta de reconhecimento ou aceitação de que as iniquidades influenciam no processo saúde-doença-cuidado e morte, principalmente as iniquidades étnicos/raciais. Para se alcançar a verdadeira equidade nos sistemas de saúde é preciso que essas iniquidades sejam atenuadas ou até mesmos extintos, pois trata-se não só de uma questão de cidadania mas também uma questão ético/moral, uma vez que estimulam a violação dos direitos humanos mais elementares. No Brasil ainda existem poucos estudos que tratam da relação epidemiologia e os recortes étnicos/ raciais, então logo, diante do exposto é de suma importância que sejam feitos estudos que trazem a luz do conhecimento essas questões e mostram como o racismo social, institucional, racial, que estão arraigado na sociedade brasileira, promovem impactos nefastos na saúde das minorias étnicas, em especial a população negra.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A ocupação de terras até então desconhecidas levou o europeu ao contato com homens diferentes, que passaram a ser descritos como estranhos em seus costumes e diversos em sua natureza. É com a intensificação do conhecimento e a colonização dos novos territórios em meados do século XVIII, que inicia a construção de uma suposta inferioridade física dos outros continentes e de uma debilidade natural dos povos que neles habitavam(SCHWARCZ, 2007)

No Brasil é nesse contexto que começaram a surgir as palavras raças/cor. Esta ideia identificava uma hierarquia entre as “raças”, onde os brancos europeus ocupavam as posições mais altas e os negros, as mais baixas(SEYFERTH, 2006). Quando influenciadas pelo paradigma evolucionista darwinista, as teorias “raciais” afirmaram, de maneira geral, que o progresso da espécie humana seria o resultado da competição entre as “raças”, com a sobrevivência da mais apta e o perecimento das demais, face à seleção natural e social em curso (SEYFERTH, 2006).

No entanto, a raça/cor no Brasil, tem sido pouco abordada de modo a explicitar como a maneira preconceituosa e discriminatória de 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(ARAÚJO, ET AL.,2009)

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).

A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros faz com que a forma de viver nos diferentes grupos sociais seja condicionada. Estudos apontam que estratificação étnico-racial está diretamente relacionado com a distribuição da doença e da

morte(SATCHER, ET AL., 2005). Além disso, as evidências disponíveis sugerem que a associação entre essas variáveis sociais e de saúde não mudaram ao longo do tempo. Nas sociedades racialmente estratificadas, a discriminação institucional ligada à ideologia racista leva a grandes diferenças nas condições de saúde da população(LILLIE-BLANTON; LAVEIST, 1996; WILLIAMS, 2000).

O racismo no Brasil é um fenômeno complexo, cujas manifestações são diferentes a cada tempo e lugar. Não é uma questão de opinião pessoal, ele se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas(BATISTA, 2007).

É preciso considerar que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilégio de setores autodefinidos como racialmente superiores. Tais vantagens, ao conferir a esses grupos poder de manejo e controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tendem a tornar extremamente difícil seu engajamento na ruptura das prerrogativas resultantes da iniquidade e na repactuação ética necessária(FUNESA, 2005)

Segundo a Declaração da Unesco sobre a Raça e os Preconceitos Raciais, de 27 de novembro de 1978, o racismo manifesta-se por meio de disposições legais ou regimentais e por práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos antissociais; impede o desenvolvimento de suas vítimas, perverte quem o pratica, divide as nações internamente(UNESCO, 1978)

Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde derivam, principalmente, de fatores como: condições em que a pessoa nasce; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços potencialmente disponíveis(OMS, 2010).

Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde derivam, principalmente, de fatores como: condições em que a pessoa nasce; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços potencialmente disponíveis, fatores esses que não deixam de estar intimamente ligados a questão étnico-raciais(TEIXEIRA, 2012).

Além da discriminação pela cor da pele, o negro no Brasil também sofre com a discriminação social visto que, historicamente o mesmo vem sofrendo com as mazelas das iniquidades na distribuição de renda e no acesso aos bens públicos(SANTANNA, 2003).

As questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde.

Embora nas últimas décadas, as taxas de mortalidade na população em geral tenham diminuído e aumentado a expectativa de vida, a população negra ainda apresenta altas taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral(DE ARAÚJO; DA SILVA, 2011).

O racismo secularmente praticado contra a população negra afeta a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, é fator estruturante na desumanização da atenção prestada a este contingente populacional na saúde(BATISTA, ET AL., 2012).

Uma análise realizada no Mato Grosso do Sul verificou uma razão de chances para morte materna 5,13 vezes maior para mulheres classificadas como sendo de raça preta em relação a mulheres consideradas brancas(TEXEIRA ET AL., 2012).

A mortalidade infantil também é mais importante para recém-nascidos considerados de raça preta, sendo de 30% a 80% maior do que entre os considerados como brancos(CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR.,2005).

Mulheres pretas e pardas encontram-se entre os grupos mais vulneráveis ao óbito materno; embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de grupos e pessoas. A etnia não é por si só fator de risco, mas a inserção social adversa do grupo racial constitui-se em vulnerabilidade(BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004).

Os pretos e pardos apresentaram maior razão de chances de autoavaliarem sua situação de saúde como negativa, em relação a brancos. A introdução da análise das diferenças étnico-raciais pode ajudar a não só compreender melhor a origem de algumas dessas disparidades, mas também a identificar possibilidades de atuação para diminuí-las(CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013).

A partir da década de 1980, o Brasil vivenciou um processo de redemocratização política que, na Saúde, com o Movimento de Reforma Sanitária, culminou na reformulação de seu Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. De um modelo de Saúde Previdenciário, que limitava o direito a saúde aos trabalhadores, com inserção formal no mercado de trabalho, foi substituído por um modelo universal e igualitário de assistência à saúde para todos os brasileiros. Um dos pilares do SUS é a equidade na distribuição dos recursos(GRANJA, ET. AL., 2010).

É fundamental que ao falarmos nas iniquidades raciais/étnicos em saúde tenhamos em mente alguns

conceitos pois, alguns desses conceitos são usados como se fossem sinônimos. Começamos com o conceito iniquidades que são diferenças que, além de evitáveis, são também injustas com sentido na dimensão política de repartição das riquezas na sociedade(WHITEHEAD, 1992), a equidade no campo da saúde apresenta dois conceitos, é considerada horizontal quando se pretende identificar e tratar igualitariamente pessoas com necessidades iguais de saúde e vertical quando trata de modo diferente, pessoas com necessidades distintas de saúde(JARDANIVISKI; GUIMARÃES, 1993).

#### **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão da literatura que abordou a variável étnico/racial em estudos de iniquidades em saúde. Foram feitas buscas por periódicos indexadas pelas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais), MEDLINE (Literatura internacional da área médica e biomédica) e SCIELO (Biblioteca científica Eletrônica), Periódicos da CAPES, PubMed, na Web. Foram utilizados os termos (race OR ethnicity OR skin colour) AND inequality AND health; Desigualdades em Saúde. Iniquidade Social. Origem Étnica e Saúde. Saúde da População Negra.. Todos os artigos utilizados na bibliografia foram lidos na íntegra e foram feitos fichamentos.

## 5 DISCUSSÃO

A estratificação racial no Brasil vem desde a época da colonização, acompanhado do racismo inerente a esse processo. No século XIX com o fim da escravidão, a população negra viu mais uma vez seus direitos renegados, uma vez que não houve políticas de inclusão social para os recém-libertos, todos esses fatores persistem até os dias de hoje e relegaram o negro a uma condição social de pobreza. Esses condicionantes fazem com que a população negra esteja mais exposta a fatores de risco tornando sua condição de saúde ainda mais vulnerável.

Essas questões nos leva a pensar a questão da saúde como direito social no âmbito dos direitos de solidariedade, e não apenas relacionado à possibilidade dos indivíduos poderem pagar pela assistência, mas à atividade prestadora do Estado, independente das possibilidades individuais, ou seja, uma garantia para a qualidade de vida e promoção da cidadania.

Mesmo com a expansão da Estratégia Saúde da família, privilegiando muitos municípios com grande proporção de população negra, surgem questões como por exemplo o SUS está acabando com as Iniquidades em saúde? Aquelas que são injustas e evitáveis de acordo com **Whitehead em 1992**. A resposta que nos surge é que por um lado com a criação do Sistema único de saúde o negro foi incluído de uma certa forma, pois o SUS conseguiu diminuir as grandes disparidades que existiam antes da sua criação, por outro lado, o cenário ainda é muito negro, pois ainda existe uma grande disparidade no acesso aos serviços de saúde (**Batista, et al., 2012**), existe ainda uma razão de chances para morte materna 5,13 vezes maior para mulheres classificadas como sendo de raça preta em relação a mulheres consideradas brancas (**Texeira et al., 2012**), a mortalidade infantil também é mais importante para recém-nascidos considerados de raça preta, sendo de 30% a 80% maior do que entre os considerados como brancos (**Cardoso; Santos; Coimbra Jr., 2005**) e mulheres pretas e pardas encontram-se entre os grupos mais vulneráveis ao óbito materno. Existem ainda obstáculos no acesso e no consumo aos serviços de saúde devido à causas que não são de ordem da saúde, ou seja que não são de ordem sanitária, mas sim de causas com raízes na herança racista que advém dos tempos da colonização. Essas causas são tornadas mais grave com a pujança do capitalismo que não consegue reduzir a abismal diferença social entre negros e brancos na sociedade brasileira.

Logo é de suma importância que os princípios fundamentais do SUS sejam colocados em prática, principalmente o princípio da equidade vertical defendido por **Jardaniviski e Guimarães em 1993**, através da discriminação positiva que combatam as desigualdades injustas e evitáveis, assim como o indispensável monitoramento dessas intervenções.

## **6 CONCLUSÃO**

A partir dos exposto conclui-se que no Brasil ainda existem grandes iniquidades em saúde, desprivilegiando a população negra bem como a existência de racismo institucional que dificulta ou muitas vezes impede o acesso aos serviços de saúde pela referida população, o que se traduz em índices de saúde extremamente precários comparados aos índices da população Branca.

## REFERÊNCIAS

1. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. **Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a focus on their psychometric properties.** *Soc Sci Med.* 2010;70(7):1091-1099. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.020.
2. Williams DR, Mohammed S.A. **Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research .** NIH Public Access. 2010;32(1):1-38. doi:10.1007/s10865-008-9185-0.
3. Satcher D, Fryer GE, McCann J, Troutman A, Woolf SH, Rust G. **What If We Were Equal? A Comparison Of The Black-White Mortality Gap In 1960 And 2000.** *Health Aff.* 2005;24(2):459-464. doi:10.1377/hlthaff.24.2.459.
4. Barata RB. **Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença.** *Rev USP.* 2001;51(1):138-145.
5. Brasilia. **Racismo como determinante social de saude.** Brasilia. 2011.
6. Araújo D, Maria E, Costa N, et al. **Desigualdades em saúde e raça / cor da pele : revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos ( 1996-2005 ).** 2010.
7. Schwarcz, L.M. **O Espetáculo Das Raças-Cientistas, Instituições E Questão Racial No Brasil 1870-1930, 7a ed.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
8. Seyferth G. **Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização.** In: Maio MC, Santos RV, editores. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, pg. 41-58.
9. 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.
10. PEARCE, N. et al. **Genetics, race, ethnicity and health.** *BMJ,* v.328, p.1070-2, 2004.
11. 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.
12. HASENBALG, C. **Relações raciais no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.
13. LILLIE-BLANTON, M.; LAVEIST; T. (1996). **"Race/ethnicity, the social environment, and health."** *Social Science & Medicine* 43(1): 83-91.
14. Williams D.R. **Understanding and addressing racial disparities in health care.** *Health care Financ Rev* 2000; 21(4):75-90.
15. Granja, G. F. et al. **Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados.** *Revista Baiana de Saúde Pública.* v.34, n.1, p.72-86 jan./mar. 2010.
16. UNESCO. **Declaração sobre Raça e os Preconceitos Raciais.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm>.
17. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para**

- a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005. 446 p.: il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/pdf/saudepopneg.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf)
18. SantAnna W. **Dossiê assimetrias raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2003.
19. Batista, L. E. Werneck, j. Lopes, F. **Saúde da população negra**. 2. ed. 2012. Brasília, DF.
20. De Araújo, C. L., Da Silva, R. X. **Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. In: Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes. 1a. Ed. Río de Janeiro, Brasil 2011.
21. Whitehead M. **The concepts and principles of equity and health**. Int J Health Serv 1992; 22:429-45.
22. Jardaniviski E, Guimarães P.C.V. **O desafio da equidade no setor Saúde**. Rev Adm Empres. 1993; 33: 38-51.
23. Teixeira N.Z.F; Pereira W.R; Barbosa D.A; Vianna L.A.C. **Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso**. Rev Bras Saúde Matern Infant 2012; 12:27-35.
24. Cardoso A.M; Santos R.V; Coimbra Jr. C.E. **Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?** Cad Saúde Pública 2005; 21:1602-8.
25. 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 a 2001**. Rev Saúde Pública. 2004; 38: 630-6.
26. Chiavegatto Filho A.D.P; Laurenti R. **Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada** . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1572-1582, ago, 2013 .