

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

ESTUDOS E PESQUISAS



FUNASA
FUNASA

CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA EQUIDADE



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde
Humberto Sérgio Costa Lima

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Valdi Camarcio Bezerra

Diretor-executivo
Lenildo Dias de Moraes

Chefe de Gabinete
Cristina Santana

Diretora do Departamento de Engenharia de Saúde Pública
Kátia Regina Ern

Diretor do Departamento de Saúde Indígena
Alexandre Rocha Santos Padilha

Diretor do Departamento de Administração
Wilmar Alves Martins

Diretor do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
Déo Costa Ramos

Auditor-Chefe
Edgard Távora de Sousa

Procurador-Chefe
Marco Aurélio Ventura Peixoto

Assessor Parlamentar
Jorge Augusto Oliveira Vinhas

Assessora de Comunicação e Educação em Saúde
Suelene Gusmão

**Saúde da População Negra no Brasil:
Contribuições para a Promoção da Equidade**

Brasília, 2005

Copyright © 2005
Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**)
Ministério da Saúde

Editor
Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde
Núcleo de Editoração e Mídias de Rede/Ascom/Presi/**Funasa**/MS
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N. 5º andar - sala 511
70.070-040 - Brasília/DF

Distribuição e Informação
Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional/**Funasa**
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 7º Andar
Telefone: 0XX61 314-6206
70.070-040 - Brasília/DF

Tiragem
1.000 exemplares

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.

1. Saúde da população negra. I. Título.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Prefácio

A publicação **“Saúde da população negra no Brasil: contribuição para a promoção da equidade”** representa um marco para a saúde pública brasileira, simboliza, no âmbito do Ministério da Saúde, o início de um desafio que é a implementação de uma política de promoção à saúde voltada para as diferenças e diversidades étnico-raciais.

Pensar em saúde é pensar em equidade, acesso aos serviços e, principalmente, a diminuição das desigualdades.

É nesta lógica que a presente pesquisa, dirigida aos profissionais e gestores da saúde, visa contribuir com a Política Pública da Saúde, apostando num futuro no qual não sejam mais necessárias políticas destinadas especialmente a grupos historicamente discriminados.

Sob esta perspectiva espero que a publicação da presente pesquisa seja, na verdade, o início de um processo de discussão a ser ampliado e difundido a todos os gestores e profissionais de saúde do Brasil.

Valdi Camarcio Bezerra
Presidente



Apresentação

A proposta de realização do Projeto “*Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade*” surge da parceria técnico-financeira firmada entre o Banco Mundial, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/MS¹ e o Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (PCRI_Saúde/DFID)².

Foram atividades relacionadas ao projeto *Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade*

1. Redação de uma monografia sobre a situação de saúde da população negra brasileira³.
2. Realização de estudos sobre diferenciais raciais:
 - a) No acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial⁴;
 - b) Na esperança de vida e nos anos de vida perdidos⁵;
 - c) Nos perfis e estimativas de mortalidade infantil⁶;
 - d) Nas taxas de mortalidade apresentadas para a população adulta⁷;
 - e) Nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna⁸.
3. Elaboração de um artigo de revisão da literatura internacional sobre o impacto do racismo na saúde e sobre o modo como as necessidades e demandas dos grupos minorizados foram/são incorporadas às práticas e políticas de saúde

1. Projeto 914BRA3002 - Convênio Funasa/MS e Unesco.

2. O PCRI é formado por dois componentes: um que focaliza a ação municipal e o outro que focaliza ações em saúde. O Componente Saúde constitui-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado dentro do Ministério da Saúde, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal. O propósito é contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas efetivamente equitativas dentro do Sistema Único de Saúde. O Componente Municipal desenvolve suas atividades, prioritariamente, em estados da região Nordeste.

3. Autora: Fernanda Lopes, coordenadora do projeto.

4. Autora: Isabel Cristina Fonseca da Cruz.

5. Autores: Marcelo Jorge de Paula Paixão, Luiz Marcelo Ferreira Carvano, Juarez de Castro Oliveira, Leila Regina Ervatti.

6. Autores: Estela María García de Pinto da Cunha, Alberto Augusto Eichman Jakob.

7. Autores: Luís Eduardo Batista, Anna Volochko, Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira, Vanessa Martins.

8. Autores: Alaerte Leandro Martins, Hélio Bertolozzi Soares, Mirian Santos Paiva, Vânia Muniz Nequer Soares.

em diferentes realidades sociopolíticas, a saber: Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá e África do Sul⁹.

4. Produção de informações sobre processo e resultado da implementação de políticas públicas de saúde com ênfase na promoção da equidade racial¹⁰.

O primeiro capítulo intitulado ***“Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil”*** contém uma revisão da literatura nacional sobre disparidades raciais em saúde, um sumário com alguns dos principais achados do Projeto **914BRA3002**, recomendações para ações, programas e projetos baseadas nos resultados da pesquisa, nas diretrizes e metas descritas no Plano Nacional de Saúde (segundo semestre de 2004).

Não serão incluídos nesta publicação o resultado dos componentes 2a e 2e.

9. Autora: Jurema Werneck.

10. Autoras: Marta de Oliveira da Silva e Nataly Damasceno de Figueiredo.

Sumário

Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil Fernanda Lopes	9
Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões Marcelo Jorge de Paula Paixão; Luiz Marcelo Ferreira Carvano; Juarez de Castro Oliveira Leila Regina Ervatti	49
Metodologia do cálculo de esperança de vida ao nascer Juarez de Castro Oliveira Leila Regina Ervatti	191
Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade para o Brasil Estela Maria García de Pinto da Cunha Alberto Augusto Eichman Jakob.....	201
Mortalidade da população negra adulta no Brasil Luís Eduardo Batista; Anna Volochko Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira Vanessa Martins	237
Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido Jurema Werneck	315
Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil Marta de Oliveira da Silva Nataly Damasceno de Figueiredo	387
Histórico da implementação do quesito cor: um relato de experiências Edna Muniz de Souza Shirley Santos Mário Rogério Bento Chindalena Barbosa.....	437



Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil¹¹

Fernanda Lopes – Bióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, pesquisadora dos grupos Nepaids/CNPq e Cebrap – População e Sociedade/CNPq. Atualmente coordena o Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, uma parceria entre o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), o Governo Brasileiro e a Sociedade Civil.

“Digo apenas não à violência, ao racismo e à pobreza na certeza que esta vida vai mudar ou não vai continuar...”
(Magno Souza e Maurílio de Oliveira)

1. Falando de saúde, doença e vulnerabilidades

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. **No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade.**

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infundável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

No campo da saúde, o conceito de vulnerabilidade emergiu no início da década de 1990 entre aqueles que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da aids. Embora seja um recurso teórico aperfeiçoado no campo de estudos e pesquisas em aids, o conceito de vulnerabilidade não lhe é restrito.

11. A versão preliminar deste artigo integra o Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.

Se pretendêssemos apresentar o conceito de forma sintética, definiríamos por vulnerabilidade o “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 conseqüências indesejáveis daquela situação”.

A princípio, qualquer pessoa poderia qualificar sua situação frente às formas conhecidas de exposição aos fatores físicos, químicos, biológicos e ambientais que, por ventura, podem desencadear doenças ou agravos. Para as coletividades, todavia, as situações sociais e programáticas extrapolam, muitas vezes, o limite da percepção e da possibilidade de transformação de cada pessoa isoladamente (Ayres e col., 1999).

Com a finalidade de avaliar a vulnerabilidade à infecção por HIV e ao adoecimento por aids, Mann e col. (1993) definiram três planos interdependentes de análise: o componente individual, o componente social ou coletivo e o componente político ou programático.

No plano individual, os autores apresentam inúmeras definições para o conceito de vulnerabilidade:

- em termos absolutos, a expressão designa os desprotegidos;
- em termos relativos, refere-se àqueles que estão expostos a um risco maior do que a média;
- em termos epidemiológicos, o conceito relaciona-se àqueles que apresentam maiores graus de exposição;
- em termos médicos, é atribuído às pessoas incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica que lhe é oferecida;
- em termos operacionais, a expressão diz respeito àqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência;
- em termos de direitos humanos, refere-se àqueles que estão expostos ao risco de discriminação ou de tratamento injusto que desafie os princípios de igualdade e dignidade humana;
- em termos sociais, àqueles que não têm seus direitos efetivados e àqueles que não têm acesso aos serviços e bens sociais disponíveis;
- em termos econômicos, aos incapazes de ter acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras; e
- em termos políticos, diz respeito aos carentes de poder ou incapazes de conseguir representação total.

A dimensão programática da vulnerabilidade é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições.

A força do ambiente sociopolítico, econômico e cultural determina o sucesso dos programas e, em última instância, seu impacto sobre as pessoas. Neste sentido, a dimensão social da vulnerabilidade pode ser descrita:

- a) pelo acesso que as pessoas e os coletivos têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais;
- b) pela liberdade de expressão, representação e decisão;
- c) pelos indicadores de saúde, educação e renda;
- d) pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria;
- e) pela participação dos grupos nas estruturas de governo; e
- f) pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raça/cor, etnias, gênero, idade, orientação sexual, denominação religiosa e origem geográfica.

1.1. O tecido social nacional e o viés racial nas desigualdades socioeconômicas

1.1.1 A cor da pobreza

A elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e de saúde depende da compreensão das fragmentações derivadas dos fenômenos socioculturais, políticos e econômicos, seja no nível pessoal, coletivo, regional ou mundial.

O mundo atual nega liberdades elementares a um grande número de pessoas. Por vezes, a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, em alguns casos vincula-se à carência de serviços públicos e assistência social e, em outros, a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis.

No Brasil, o grau de pobreza é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar. Embora cerca de 64% dos países tenham renda inferior à brasileira, aqui o grau de desigualdades é um dos mais elevados do mundo (Barros e col., 2000).

A pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia. Esta afirmação, interpretada por alguns como esquizofrênica, está pautada em números tão cruéis quanto seu reflexo nos corpos e nas mentes de negros e negras, índios e índias¹².

De acordo com os dados analisados por Jaccoud e Beghin (2002), em 1992, 40,7% da população brasileira era considerada pobre; em 2001, esse percentual caiu para 33,6%. Nesse período, a proporção de negros pobres equivalia a duas vezes a proporção observada na população branca - 55,3% versus 28,9% em 1992 e 46,8% versus 22,4% em 2001. Nesse ano, homens e mulheres apresentaram-se distribuídos de forma semelhante entre os pobres – cerca de 1/3 da população. Ao incluir a variável raça/cor na análise dos dados, entretanto, observou-se que esta situação era vivida por quase metade das mulheres negras contra apenas 22,4% das mulheres brancas. Na indigência, a proporção de mulheres e homens negros foi cerca de 28% em 1992 e 22% em 2001, contudo este percentual foi 2,3 vezes maior quando comparado àquele apresentado para mulheres e homens brancos em 1992 e 2,6 vezes maior em 2001.

Segundo Milton Santos (2000), os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, a eles é oferecida uma cidadania abstrata; que não cabe em qualquer tempo e lugar e que, na maioria das vezes, não pode ser sequer reclamada. Por mais que se deseje negar, essa cidadania não consistente e não reivindicável, vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, índios e índias.

Se cidadania é o repertório de direitos efetivamente disponíveis, os coletivos cujo Estado não garante os meios para o desenvolvimento, não têm condições de exercer atividades globalizadas. Para estes brasileiros a transposição das barreiras socioeconômicas é quase impossível.

1.1.2 Aqui se vive com muito pouco

Em 1999, a renda *per capita* média nos domicílios com chefia negra correspondia a 42% dos valores observados nos domicílios com chefia branca (Martins, 2001). Em 2001 vivia-se com uma renda *per capita* média de R\$ 205,40 nos domicílios negros e com pouco mais que o dobro nos domicílios brancos. Em ordem decrescente de renda domiciliar *per capita* apareciam as residências chefiadas por homens brancos, mulheres brancas – com R\$ 482,10 e R\$ 481,20, respectivamente – seguidas daquelas chefiadas por homens negros e mulheres negras – R\$ 208,60 e R\$ 202,20 (Jaccoud e Beghin, 2002).

12. Neste texto não serão abordadas questões relativas às condições de vida e saúde da população indígena.

O baixo nível de renda, seja individual ou domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Para ilustrar tal situação destacamos o fato de que, em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até 1/2 salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação¹³ (IBGE, 2000; Jaccoud e Beghin, 2002).

Considerando que “os negros representam 45% da população brasileira, mas correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza, e que os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres, tem-se a certeza de que nascer negro no Brasil implica maior probabilidade de crescer pobre” (Henriques, 2003 apud Oliveira e Figueiredo, 2004). A pseudoneutralidade do Estado Brasileiro frente às desvantagens materiais e simbólicas acumuladas pela população negra tem-se revelado um formidável fracasso, seja no campo social ou na saúde.

1.1.3 Escolaridade, ocupação e rendimentos

O fenômeno da pobreza torna-se algo crônico do Brasil, a baixa escolaridade da população como um todo dificulta tanto a inserção no mercado de trabalho formal como a obtenção de um emprego decente¹⁴. Em 1999, a taxa de alfabetização para a população negra foi 13 pontos percentuais menores que para a população branca (78% versus 90%), sendo o maior índice educacional observado entre os homens brancos (0,887) e o menor entre os homens negros (0,753). As mulheres brancas tiveram o índice calculado em 0,877 e as negras, em 0,773 (Sant’Anna, 2001).

Entre os brasileiros e brasileiras de 15 anos ou mais, a taxa de analfabetismo era de 12,4% em 2001. Para os negros, 18,2% e para os brancos, 7,7%. Em média, a população branca estudava 6,9 anos e a negra, 4,7 anos. A menor média de anos de estudo foi observada na região nordeste: 5,7 para os brancos e 4,0 para os negros. No Sudeste, onde se encontra a maior média para a população geral (6,7 anos), os negros estudavam, em média, 2,1 anos menos que os brancos (Jaccoud e Beghin, 2002).

13. De acordo com o Ipea e o IBGE são consideradas características indesejáveis: construção da habitação com material não durável; alta densidade; inadequação no sistema de saneamento e abastecimento de água; ausência de energia elétrica e de coleta de lixo.

14. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), trabalho decente significa trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, e que seja capaz de garantir uma vida a todas as pessoas que dele dependem.

Quando se estuda mais, os ocupados e ocupadas deparam-se com o racismo e a discriminação racial em suas mais variadas formas, todas eficientes no que tange à exclusão: menores salários, menores chances de ascensão, menores proporções de cargos de chefia, emprego em outras áreas que não aquela que se especializaram (INSPIR, 1999; Martins, 2001; NOP-FPA, 2003).

Segundo pesquisa realizada por Soares (2000), se houvesse o fim da discriminação, as mulheres negras ganhariam, em média, cerca de 60% mais; as brancas ganhariam em torno de 40% e os homens negros entre 10% e 25% mais, a depender do lugar ocupado na distribuição de renda. **No mundo do trabalho se paga um preço alto por ser negro e um preço muito mais alto por ser mulher e ter a pele negra**, e assim, a tese amplamente difundida de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à cor da pele vem sendo paulatinamente derrubada.

A educação formal catalisa a mobilidade social: para os brancos as possibilidades obtidas com o aumento do nível de escolaridade permitem explorar o mundo de uma outra forma, dado que contam com auxílio de sua rede social. Para os negros, entretanto, ela oferece oportunidades restritas, dado que as novas gerações (geralmente mais escolarizadas) ainda não encontram o suporte necessário para mudança em sua rede social/comunitária.

2. Noções e conceitos essenciais para a promoção da equidade racial

2.1. O conceito de Direitos Humanos

Sabemos que um dos primeiros passos para minimizar as vulnerabilidades é identificar os direitos não efetivados tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo e, em seguida, elaborar estratégias de promoção. A perspectiva universalista do quadro de Direitos Humanos oferece uma referência generalizável sob a qual se pode examinar qualquer contexto social ou estrutura de programa, avaliando o quanto esses afastam (ou aproximam) as pessoas dos mais altos e desejáveis padrões de qualidade de vida. Segundo França Jr. e col (2000), “a identificação das possibilidades e limites da interlocução entre a Saúde Coletiva e os Direitos Humanos pode reforçar a perspectiva de que **o bom cuidado em saúde é, acima de tudo, um Direito Humano**”.

De acordo com Comparato (1999), os direitos humanos são definidos como um sistema de valores éticos, hierarquicamente organizados de acordo com o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização do valor supremo da justiça. Segundo o autor, no decorrer da história,

a compreensão de dignidade foi balizada pela dor física e pelo sofrimento moral de muitos e desencadeada pelo fenômeno ideológico. Em função disso, a exigência de condições sociais adequadas para a realização de todas as virtualidades do ser humano é intensificada pelo tempo e justificada pelos princípios de irreversibilidade e complementaridade solidária dos direitos já declarados.

2.2. A noção de raça

Em nosso país a noção de raça tem sido fundamental na organização dos princípios da sociedade. De acordo com alguns autores, a idéia de raça não pode ser considerada universal por não prescindir de uma fundamentação objetiva, “natural” ou biológica (Frota Pessoa, 1996; Santos RV, 1996). Para eles, a “fragilidade” terminológica e conceitual pode dificultar sua aplicação em estudos e pesquisas sobre saúde.

Aqueles que defendem o uso do termo reiteram seu caráter mutável, plástico e afirmam que sua utilidade analítica está centrada, exatamente, na negação de uma fundamentação biológica e na confirmação de sua propriedade social e política plena (Fanon, 1983; Guimarães, 1995; Hasenbalg, 1996; Maggie, 1996; López, 2000a,b; Perea, 2000; Goodman, 2000; Delgado, 2000). De acordo com estes autores, **a utilização científica do termo permite compreender e intervir em certas ações (inter)subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como em suas implicações e desfechos.**

Para Cashmore (2000), o conceito de raça poderia ser definido sob três prismas: 1. da classificação; 2. da significância; 3. da sinonímia. Do prisma da classificação, o termo designaria um *grupo ou categoria de pessoas conectadas por uma origem comum*; do prisma da significância, ele seria *uma expressão, som ou imagem cujos significados, viabilizados somente por meio da aplicação de regras e códigos, seriam plásticos e mutantes*; e, do prisma da sinonímia designaria *um modo de entender e interpretar as diversidades por meio de marcadores inteligíveis*.

Ao apresentar as possíveis definições de raça, o autor relata que o termo entrou para a língua inglesa no começo do século XVI e que, até o começo do século XIX, foi usado principalmente para referir-se às características comuns apresentadas em virtude de uma mesma ascendência. Desde o início do século XIX foram atribuídos vários outros sentidos ao termo “raça”, contudo, os componentes fenotípicos da ascendência atraíam a atenção das pessoas tão prontamente que elas não eram capazes de perceber que **a validade da raça como conceito dependia do seu emprego numa explicação.**

Ao ponderar sobre o caráter polissêmico do termo raça, Cashmore afirma que **a diversidade de seus significados é influenciada pelas regras e códigos sociais de um determinado tempo histórico, pelos grupos sociais considerados, pelo espaço físico e simbólico que ocupam.**

Para descrever e analisar as desigualdades nas condições de vida e as especificidades dos processos de vulnerabilização experimentados por mulheres e homens negros, o termo raça será utilizado como sinônimo de grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos.

2.3. O conceito de racismo

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões “desviantes”, que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente atitudes que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidos em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida.

A socialização cultural coloca as pessoas e os grupos em posições de competição por *status* e por recursos valorizados e isso ajuda a explicar como os atores sociais desenvolvem estratégias para a obtenção de interesses específicos. **Em sendo o racismo um fenômeno ideológico, sua dinâmica é revitalizada e mantida com a evolução das sociedades, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos. São esses predicados que fazem do racismo um “fabricante” e multiplicador de vulnerabilidades.**

As sociedades latino-americanas incluindo a brasileira, definem as posições sociais de seus membros de modo a lhes garantir privilégios em sua relação com o Estado ou com os demais grupos sociais. No plano das relações intersubjetivas, esses privilégios são resguardados por etiquetas que têm, na aparência e na cor, as principais referências e marcos no espaço social (Munanga, 1990; Hasenbalg, 1996; Maggie, 1996; Guimarães, 1997; Bento, 1999).

2.3.1. Percorrendo as veias do racismo na América Latina

Nos países latino-americanos, o racismo apresenta dois pontos nevrálgicos: 1. o ideal do branqueamento ou embranqueamento e 2. a concepção desenvolvida por elites políticas sobre a harmonia e a tolerância raciais e sobre a ausência de preconceito e discriminação baseados na raça/cor – a propalada democracia racial.

Apresentado no final do século XIX como a solução harmoniosa para o problema racial, o ideal de branqueamento tinha como meta a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca. No passado, assim como agora, **os sistemas baseados no embranqueamento admitem o deslocamento social lento, ao longo do contínuo de cor, de modo que sejam mais aceitos aqueles que mais se aproximam da brancura**, isto é, aos mestiços se oferece a ilusão de mobilidade e ascensão, enquanto aos pretos as únicas possibilidades oferecidas são a exclusão e a negação da auto-imagem. Embora muitos pardos tendam a se identificar como brancos e alguns pretos classifiquem-se como pardos, eles (os pretos) dificilmente poderão classificar-se como brancos, assim, a impossibilidade de ocupar outros lugares estabelece um limite e denuncia a permanência da dicotomia negro *versus* branco (Fanon, 1983; Guimarães, 1995; Hasenbalg, 1996).

A democracia racial, traduzida pela convivência pacífica entre negros e brancos, pela proximidade geográfica, física e cultural e pelas relações afetuosas, quase familiares, propiciadas pela intensa mobilidade sexual dos homens brancos a partir do período colonial, teve como principal veículo de disseminação no Brasil, os trabalhos de Gilberto Freyre, cujo pensamento foi seguido por muitos outros. O projeto de nação levado a cabo neste período buscava afirmar-se na produção de uma nação pacífica, afetuosas e sensual, ancorada na idéia da mistura racial que absorvia o que de melhor, ou nem tanto, os três povos (brancos, negros e indígenas) teriam a oferecer (Werneck, 2004).

No Brasil, as hierarquias sociais são justificadas e racionalizadas de diferentes modos, todos eles (sem exceção) apelam à ordem “natural” de sua existência e apresentam-se como um traço constitutivo das relações sociais. Segundo Guimarães (1995), **o sistema de hierarquização brasileiro (e da América Latina em geral) interliga raça e cor, classe social (ocupação, renda) e *status* (origem familiar, educação formal) sem, contudo, deixar de ser sustentado pela dicotomia racial branco *versus* preto que alicerçou a ordem escravocrata por três séculos e persiste ativa na atualidade, resistindo à urbanização, à industrialização, às mudanças de sistema e regimes políticos.**

A “naturalidade” deste tipo de hierarquia social determina que o racismo seja socialmente apresentado como um “problema do negro”; como um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais. Neste cenário, os maiores desafios de uma prática anti-racista são: 1. contribuir para a conscientização dos negros

e para a ampliação de seu repertório de direitos; 2. desconstruir os princípios da “brancitude” alicerçados no reconhecimento das carências negras e, paradoxalmente, na proteção silenciosa (e constante) dos privilégios concretos e simbólicos dos demais.

3. Raça, racismo e saúde

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o *conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais*. Nesse sentido é impossível deixar de considerar o avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal), entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. **Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.**

Para ilustrar tais experiências destacamos algumas pesquisas cujos resultados foram publicados recentemente. De acordo com Perpétuo (2000) e Chacham (2000), em 1996, as mulheres negras apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal; menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez, receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e sobre a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. Em contrapartida, apresentaram maiores chances de ter o primeiro filho com 16 anos ou menos, de engravidar ainda que não quisessem, de não receber assistência médica durante todo o período gravídico e/ou de não serem examinadas adequadamente.

No ano 2000, 8,9% das mulheres que deram à luz na região Norte do país não realizaram consultas de pré-natal contra 6,5% das brancas, o que implica em 36% menos de chance de acesso a este tipo de assistência. No Nordeste, as proporções foram de 10,1% para as negras e 6,9% para as brancas, razão de 46%. No Centro-Oeste, 3,9% *versus* 1,8%. No Sudeste e Sul, a proporção de negras que não tiveram acesso aos cuidados no período gravídico foi o dobro das brancas (Cunha e Jakob, 2004).

Em termos locais, das 9.633 puérperas atendidas em maternidades do município do Rio de Janeiro, entre julho de 1999 e março de 2000, mais negras que brancas relataram diagnóstico de doença hipertensiva e sífilis durante a gestação. Na avaliação quantitativa dos cuidados no pré-natal, a situação de inadequação foi comum para a maioria das mulheres negras. Além da inadequação do pré-natal, a peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as pretas, 28,8% entre as pardas e 18,5%

entre as brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal em ambos os grupos, contudo, a proporção de puérperas que não tiveram acesso a este procedimento foi maior entre as pretas e pardas – 21,8% e 16,4% respectivamente. Todos os dados citados estão descritos no estudo realizado por Leal e col (2005).

3.1. Por que silenciemos frente à falta de sensibilidade dos cuidadores e cuidadoras?

Em todos os cantos do mundo a eficácia do cuidado em saúde varia de acordo com as condições socioeconômicas do sujeito, o lugar onde ele vive, a qualidade dos equipamentos sociais que ele tem acesso, a sensibilidade, a humanização e o compromisso da equipe de profissionais pelos quais ele é atendido.

A análise da estrutura social e sua evolução no tempo são imprescindíveis. Não se deve isolar os sujeitos uns dos outros, do seu ambiente e do seu observador. Em decorrência dessas premissas, o registro e a análise das desigualdades e iniquidades raciais em saúde só pode ser feito por pessoas sensíveis e aptas a compreender os diferentes sentidos e significados atribuídos às relações inter e intra-raciais, inter e intragêneros, inter e intrageracionais (Lopes e Malachias, 2000).

Aqueles que precisam do cuidado buscam um esquema de atendimento que considere suas necessidades; que seja conveniente com o seu perfil socioeconômico; que leve em consideração a sua posição na hierarquia social e de gênero dentro e fora da unidade familiar; que respeite seus traços culturais, suas crenças, seus valores e expectativas. A dificuldade enfrentada pelos cuidadores em contemplar esta diversidade e pluralidade compromete a resolutividade de suas ações.

A cultura é o conjunto de sinais, símbolos e significados sociais e o que eles comunicam. É o conjunto dos diversos modos de vida, relações sociais, formas de interação e interpretação da humanidade com o mundo e do mundo para com a humanidade. Os pensamentos e os comportamentos individuais se inserem dentro de um contexto mais amplo, logo, **todas as construções individuais são dependentes da linguagem, dos valores que ela comunica, determina, reforça e mantém; das instituições e dos sistemas de classificação sociocultural.**

O controle da linguagem não se dá no modelo lógico/racional porque a linguagem é a (re)construção do mundo e não o seu resumo, sendo assim, os sentidos e significados atribuídos ao objeto da comunicação o são, de acordo com o mundo que se quer construir, no momento que a construção é desejada e somente por aqueles que a querem (Ricoeur, 1988).

O preconceito¹⁵ (in)consciente, a ignorância, a falta de atenção ou a aceitação de estereótipos racistas que colocam segmentos populacionais em desvantagem; a sub-representação de negros e indígenas entre os cuidadores de nível superior e a falta de “habilidade” para o manejo de questões relativas à raça ou etnia (incompetência cultural) corroboram para a elaboração de estratégias menos evidentes, porém eficientes, de discriminação racial ou étnica¹⁶, seja numa perspectiva individual, coletiva ou mesmo institucional.

No caso da saúde, o uso da linguagem como meio de manutenção e legitimação das desigualdades sociais e raciais permite que sejam criados, cotidianamente, novos mecanismos para o não oferecimento de um serviço profissional, adequado e equânime. Do ponto de vista do usuário, são criados e recriados mecanismos para a não percepção ou não aceitação de atitudes negativas por parte dos profissionais. Enquanto aqueles simulam tratamento igualitário, estes fingem não perceber que estão sendo maltratados ou fingem não saber que não têm suas necessidades contempladas de forma insatisfatória.

Dados da pesquisa nacional sobre Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil, realizada pela Fundação Perseu Abramo e Instituto Rosa Luxemburgo Stuffing em 2003, revelam que 3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Em sua maioria, o agente discriminador foi o médico e, ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro.

Ao entrevistar usuários e usuárias portadores de hipertensão arterial essencial, atendidos em serviços públicos do município do Rio de Janeiro, Cruz (2004) observou que, embora a significância estatística tenha sido observada apenas em relação ao tratamento não cordial oferecido aos brancos pelo médico cardiologista, os negros relataram com mais frequência tratamento desigual. A falta de cordialidade por parte do recepcionista foi citada por 4,5% dos brancos e 13,3% dos negros; por parte do(a) auxiliar de enfermagem, 4,5% para os brancos e 5,4% para os negros; por parte do(a) clínico geral, 4,5% entre os brancos e 13,3% entre os negros.

15. O preconceito entendido como uma idéia preconcebida, sem razão objetiva ou refletida, é uma posição psicológica que acentua sentimentos e atitudes endereçados a um grupo como um todo ou a uma pessoa por ser membro daquele grupo (Munanga, 1999).

16 Discriminação é a atitude ou ação de distinguir tendo por base idéias preconceituosas. É a manifestação comportamental que perpetua privilégios e desigualdades históricas culturalmente aceitos (Munanga, 1999).

Na mesma pesquisa, a autora relata que muitos usuários não tentaram fazer nada a respeito do tratamento descortês recebido (75,9%). Não procuraram falar com a direção (52,4%), preferiram guardar o fato de ter sido mau tratado para si (56,8%) e não buscaram tomar outra atitude (59,5%). Embora a maior parte dos entrevistados tenha se omitido em relação ao problema, três quartos deles não consideraram o fato de ser tratado de forma descortês, no serviço de saúde, como algo natural. Esta percepção foi mais marcante entre os negros que entre os brancos.

Sabemos que as eventuais situações de estresse e descortesia fazem parte das relações interpessoais e que a capacidade de ser assertivo em situações desta natureza é uma habilidade a ser aprendida e exercitada. Contudo, uma vez que as estratégias de enfrentamento individuais são frágeis e causam sofrimento, recai sobre a instituição a responsabilidade de monitorar e neutralizar os atores, as ações e os procedimentos com potencial estigmatizante ou discriminatório.

No trabalho realizado por Leal e col (2005) com puérperas, as mulheres de cor preta e parda referiram menor grau de satisfação que as brancas em relação ao atendimento recebido no pré-natal, parto e em relação ao cuidado oferecido ao recém-nascido. A satisfação cresceu com os anos de estudo, entretanto, tanto nos níveis de instrução mais baixos, quanto nos mais elevados, as brancas mostraram maior satisfação.

As crenças dos profissionais e das instituições de saúde sobre os usuários são influenciadas pelo comportamento dos mesmos durante os encontros e o conteúdo desses encontros tem relação com sua denominação religiosa, seu *status* sociocultural e econômico. Neste sentido, **um usuário de atitude passiva, de origem mais humilde e pertencente a um grupo racial não hegemônico, tem menor chance de influenciar positivamente a decisão clínica do profissional sobre seus problemas de saúde, incluindo aqueles causados ou acirrados pela exposição constante as mais diversas fontes de estresse** (Van Ryn e col, 2003).

Para ilustrar estas considerações trazemos a declaração do obstetra e ginecologista Bartolomeu Penteado Coelho, diretor da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro) ao jornal Folha de São Paulo, em 26 de maio de 2002 (Petry, 2002). Ao ser questionado sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres puérperas entrevistadas por Leal e colaboradores o médico afirmou:

Em alguns lugares, como na Baixada Fluminense [periferia do Rio de Janeiro], o atendimento nos hospitais públicos é ruim, não importa a cor da pessoa.

Acontece que nesses lugares a maioria dos pacientes é pobre e grande parte deles é composta por negros. Como as gestantes negras são maioria, a pesquisa acaba concluindo que elas recebem um atendimento pior, quando, na verdade, as brancas é que são poucas.

A naturalização das desigualdades refletida, de forma bastante nítida, na atitude e no comportamento do profissional de saúde, médico conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, resulta do preconceito e da falta de atenção aos estereótipos racistas incorporados na prática cotidiana. As atitudes discriminatórias estão inseridas num contexto histórico, cultural e político e são respaldadas pela ideologia que perpassa esse contexto. Como descrito na literatura, muitos profissionais, adeptos da justiça e da equidade, contribuem, contraditoriamente, para violações sistemáticas de direitos.

Outros exemplos de baixa qualidade do tratamento oferecido às mulheres negras foi registrado por Perpétuo (2000). Segundo a autora, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – 1996 – deixaram nítidas as diferenças raciais presentes no cuidado oferecido às mulheres na área de saúde sexual e reprodutiva. A não realização de consultas ginecológicas completas¹⁷, a ausência de consultas de pré-natal, o número de consultas abaixo do preconizado e o não oferecimento do exame ginecológico pós-parto estiveram estatisticamente associados à variável cor da pele, mesmo após ajuste e controle por nível de escolaridade e renda.

Na mesma pesquisa nacional, observou-se que, das mulheres entrevistadas que tiveram filho(s) nos 5 (cinco) anos anteriores à realização da Pesquisa (n=3.025), as negras apresentaram menores probabilidades de realizar a primeira consulta em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez e maiores probabilidades de não terem recebido assistência médica durante todo o período gravídico. A chance de pelo menos um dos filhos dessas mulheres ter nascido em casa foi 3,73 vezes a chance observada para as brancas.

No Brasil, a indesejabilidade da discriminação baseada na cor, raça, etnia, orientação sexual, classe, denominação religiosa, porte de alguma deficiência, estilo de vida ou outra situação, leva os indivíduos a organizar o seu referencial de símbolos e significados sociais de uma outra forma. Assim, embora não seja ético orientar sua ação de modo a discriminar, o profissional tende a não perceber as desigualdades ou a insistir em sua inexistência, contribuindo para a inércia do sistema frente às mesmas e, por consequência, para a sua manutenção e/ou ampliação.

3.2. Colocando o preto no branco: o impacto da cegueira institucional na saúde da população negra

Como vimos, o nascer é mais difícil para os filhos de mães negras, da mesma forma, viver também apresenta-se como um grande desafio.

17. A autora informa que, para mulheres com até 35 anos de idade, a consulta ginecológica completa deve incluir exame físico e coleta de material para a realização do exame de Papanicolau. Para as mulheres com 35 anos e mais, a consulta é considerada completa ao incluir mamografia, além do exame físico e coleta de esfregaço vaginal.

Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem observado uma tendência de redução significativa das taxas de mortalidade de menores de um ano, entretanto, é triste constatar que o diferencial racial se mantém e que, para os negros, a redução das taxas apresentou-se proporcionalmente menor: se para os brancos ela reduziu em 43%, para os negros a diminuição foi de apenas 25% - tabela 1 (Cunha, 2001).

Tabela 1. Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor. Brasil, 1977, 1987 e 1993.

	Branca	Negra ^(a)	Total
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993 ^(b)	37	62	43

a) Inclui as populações classificadas como parda e preta.

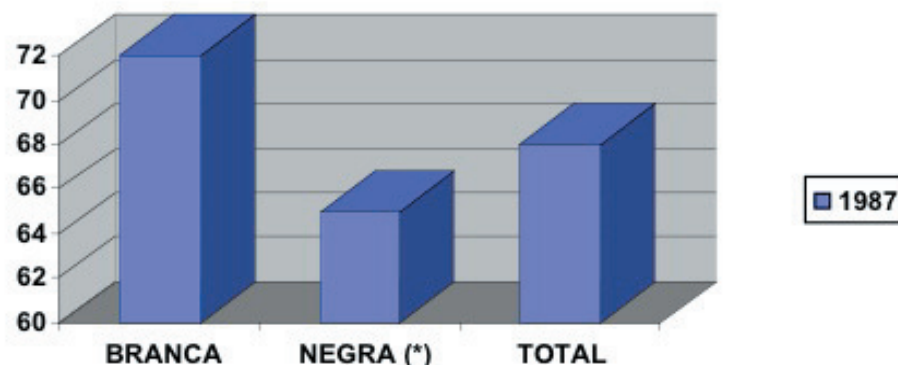
b) Estimativas de Simões e Cardoso (1997).

Fonte: FIBGE. Censos Demográficos – 1980, 1991; PNAd, 1995. Tabulações especiais Nepo/Unicamp. In Cunha (2001).

Ainda em relação à mortalidade infantil, a autora refere-se ao fato de as desigualdades raciais terem se acentuado no decorrer dos anos. De acordo com os dados do Censo de 1980, a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos menores de um ano era de 21%. No transcurso de 10 anos este valor aumentou para 40%, ou seja, **os filhos de mães negras estiveram mais expostos aos riscos de adoecer e morrer que os filhos de mães brancas**. Os diferenciais raciais estiveram presentes em todas as grandes regiões brasileiras, ressaltando que as mais gritantes disparidades foram observadas nas regiões Sul e Sudeste – 38% e 33%, respectivamente. Os filhos de mães negras da região Nordeste estiveram sujeitos a um risco 63% mais elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida quando comparados aos filhos de mães brancas, residentes na região Sul (Cunha, 2001).

A partir dos níveis de mortalidade infantil e assumindo um determinado padrão de mortalidade, é possível calcular o número médio de anos que a população viverá. De acordo com Cunha (1997), na década de 1980, a estimativa da expectativa de vida girava em torno de 68 anos de idade (gráfico 1). Ao desagregar os dados por raça/cor foi possível observar que, enquanto os brancos atingiam uma expectativa de 72 anos, os negros alcançaram 65 anos. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra – de sete anos – manteve-se quase constante desde a década de 1940 a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral. (Wood e Carvalho, 1994).

Gráfico 1. Expectativa de vida ao nascer (em anos), segundo raça/cor. Brasil. 1987



Fonte; IBGE. Censo Demográfico 1991.

Tabulações especiais. In Cunha e Jakob (2004).

* Considera-se a população classificada como parda e preta.

Ao controlar os dados por escolaridade e rendimento da mãe, Wood e Carvalho (1994) observaram que, em todas as desagregações, persistiam as desigualdades raciais. As desigualdades nas expectativas de vida ao nascer eram maiores nos grupos de rendimento e educação mais elevados (tabela 2).

Tabela 2. Expectativa de vida ao nascer por renda familiar mensal, escolaridade e raça/cor. Brasil, 1980.

Especificação		Raça branca (a)	Não branca (b)	A-B
Renda Familiar	A	59,5	55,8	3,7
	B	64,4	59,8	4,6
	C	66,2	61,2	4,8
	D	70,4	63,7	6,7
Escolaridade	Nenhuma	59,4	54,9	4,5
	1-4 anos	66,2	62,2	4,0
	4 anos e mais	72,3	66,6	5,7

A = Cr\$ 1,00 a Cr\$ 150,00; B = Cr\$ 151,00 a Cr\$ 300,00; C = Cr\$ 301,00 a Cr\$ 500,00; D = Mais de Cr\$ 500,00.

* Educação refere-se à escolaridade da mãe.

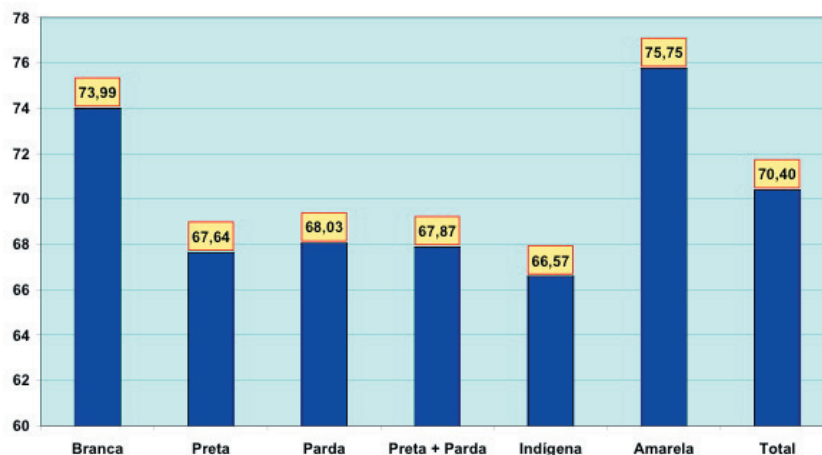
Fonte: Dados básicos: Censo Demográfico de 1980. In Wood & Carvalho (1994).

Como resultado do processo de geração dos indicadores de esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor e sexo, elaborado e empreendido por Paixão e col. (2004), obteve-se uma estimativa de 70,4 anos para a população brasileira como um todo. O grupo de cor que apresentou a maior esperança de vida ao nascer foi o contingente amarelo – 75,7 anos. Os brancos apareceram com uma esperança de vida de 74 anos.

Já os negros (pretos e pardos) apresentaram, no seu conjunto, uma esperança de vida ao nascer de 67,8 anos. Os pardos apresentaram uma esperança de vida ligeiramente superior aos pretos, situando-se em 0,3 anos. Todavia, a diferença entre ambos os grupos e os brancos foi bastante significativa, tendo se situado em 6,3 anos para os pretos e 5,9 anos para os pardos. **Ou seja, no seu conjunto, os negros apresentaram uma esperança de vida ao nascer 6,1 inferior aos brancos, demonstrando que ao longo de todo o século XX, as desigualdades raciais desse indicador foram reduzidas de modo tímido (mais especificamente, um ano a cada meio século).**

O contingente que apresentou a menor esperança de vida ao nascer foi o indígena – 66,57, contando com uma esperança de vida ao nascer de 7,42 anos inferior aos brancos, de 1,3 anos inferior aos negros e 9,18 anos a menos quando comparados aos amarelos – gráfico 2.

Gráfico 2. Esperança de vida ao nascer (em anos) por raça/cor. Brasil, 2000



Fonte (dados básicos): IBGE, Censo Demográfico 2000.

Notas (*) Nos dados básicos, inclusive as mulheres sem declaração de raça/cor.

(**) Dados básicos sem significância estatística para produzir estimativas. In: Paixão e col (2004).

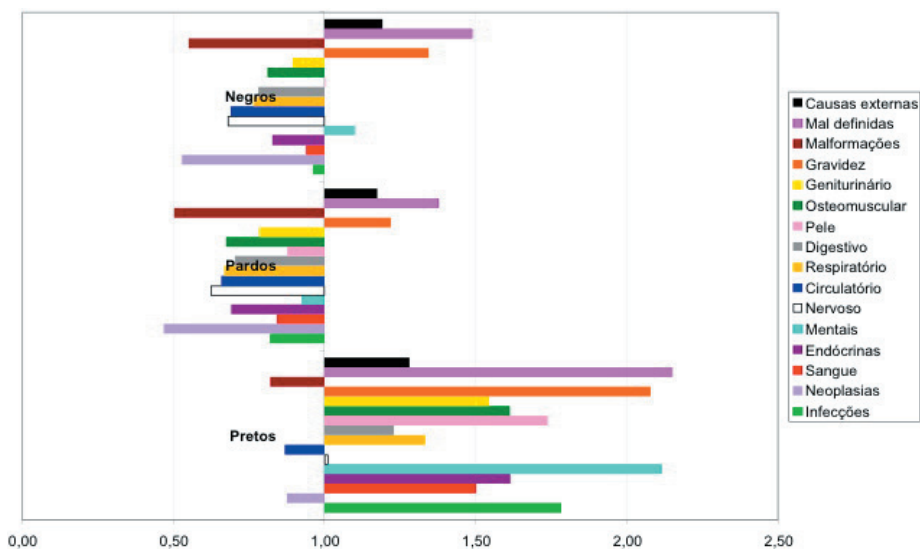
Para a população como um todo, os anos de vida perdidos somam-se em 11,3. As mulheres perdem menos tempo de vida que os homens (8,9 anos e 13,5, respectivamente) e os pretos mais tempo que os brancos (9,7 anos e 8,2 anos), sendo a somatória de anos potenciais de vida perdidos dos pardos estabelecida num intermédio entre brancos e pretos – 8,4 anos .

Os dados de Paixão e col (2004) também nos permitem observar que, para as mesmas patologias ou agravos, as vidas negras são subtraídas mais cedo, chamando-nos a atenção os anos perdidos de vida de mulheres e homens pretos no que diz respeito às

causas mal definidas e às causas externas, mais especificamente homicídios¹⁸. As doenças infecciosas, em especial o HIV/aids e a tuberculose, embora assumam uma pequena porção no total de anos potenciais de vida perdidos tanto para brancos quanto para pardos e pretos, assumem maior impacto nas vidas negras, mormente nas pretas.

Ao analisar a mortalidade na idade adulta, agora partindo das taxas, Batista e col (2004) mostram que a mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos em quase todos os capítulos da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), exceto para as Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório e Malformações Congênicas. As taxas de morte para os pretos aparecem 2 vezes mais que para os brancos nos óbitos determinados por Doenças Mentais¹⁹; Gravidez, Parto e Puerpério e Causas Mal Definidas; mais de 50% maior nas Infecções, nas causas relacionadas ao Tecido Sangüíneo, Glândulas Endócrinas, Pele, Tecido Osteomuscular e Regiões Geniturinárias e menos de 50% maior nas Doenças do Sistema Nervoso, Digestivo, Respiratório e Causas Externas (gráfico 3).

Gráfico 3. Relação de taxa de mortalidade de adultos pretos, pardos e negros sobre brancos. Brasil, 2000



Fonte: SIM – Datasus/FSeade. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP. In Batista e col (2004).

18. Os autores afirmam que no triênio 1998-2000, um quarto dos óbitos declarados para os homens negros foram atribuídos às causas externas. Para os brancos o percentual foi de 16%. Os homicídios perfizeram um total de 48% para os homens negros e 34,4% para os brancos. O ataque com arma de fogo ou instrumento perfurocor-tante também foi mais freqüente nas declarações de óbitos de homens negros.
19. As conseqüências indesejáveis do uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo a morte têm afetado a vida da população negra, em especial os homens (Paixão e col, 2004; Batista e col 2004). Cabe aqui ressaltar que as maiores taxas de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais entre homens negros, estão concentradas nas regiões mais pobres, detentoras dos menores IDH, com maiores taxas de desemprego e/ou emprego informal, cabendo investimentos em ações intersetoriais.

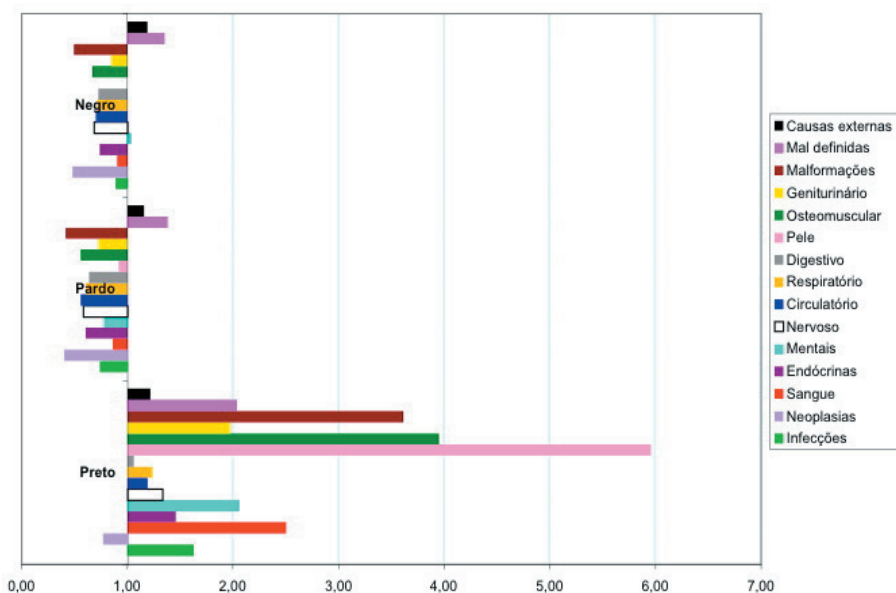
Quando analisaram a mortalidade por sexo, Batista e col. (2004) observaram que os óbitos masculinos (273.349) representavam pouco mais de 2/3 dos óbitos do país. Os brancos constituíam 50,7% da população e contribuíram com 49,97% dos óbitos; os pretos, 6,4% e 7,6%; os pardos, 39,0% e 31,1%; os amarelos e índios 1,4% da população e 2,0% dos óbitos. Aqueles com cor ignorada representavam 2,5% deste segmento e 8,9 dos óbitos em 2000.

Em ordem decrescente as seis primeiras causas que figuravam os registros de óbito na população masculina eram:

1. Causas externas - 32,1%.
2. Doenças do aparelho circulatório - 20,1%.
3. Causas mal definidas - 10,9%.
4. Neoplasias - 10,8%.
5. Doenças do aparelho digestivo - 6,8%.
6. Doenças infecciosas e parasitárias - 6,2%.

Chamou-nos atenção o fato de a taxa de mortalidade por Doenças da Pele ser cerca de 6 vezes maior para homens pretos quando comparada à taxa apresentada para os homens brancos, situação estranhamente semelhante na relação entre as taxas de mortalidade por Doenças Osteomusculares, quase quatro vezes maior para os pretos, as Malformações Congênitas cerca de 3,5 vezes. Em relação à morte por Causas Mal Definidas, Doenças Mentais e Doenças Genitourinárias a razão entre as taxas descritas para pretos e brancos é mais que o dobro (gráfico 4).

Gráfico 4. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos. Brasil, 2000



Fonte: SIM – Datasus/FSeade. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP. In Batista e col (2004).

Em 2000 ocorreram, aproximadamente, 134.344 óbitos femininos numa taxa de 208,17/100 mil e as taxas apresentadas para os seis principais grupos de causas foram:

1. Doenças do Aparelho Circulatório - 56,99/100 mil.
2. Neoplasias - 42,76/100 mil.
3. Sintomas e Sinais Mal-definidos - 26,11/100 mil.
4. Causas Externas - 19,59/100 mil.
5. Doenças do Aparelho Respiratório - 14,22/100 mil.
6. Infecções e Parasitárias - 12,70/100 mil.

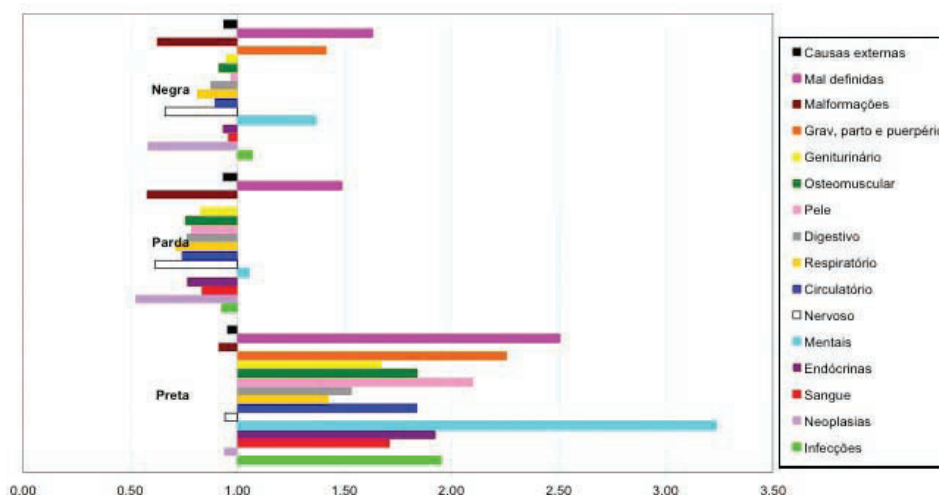
Nesse ano, morreram 65.358 mulheres brancas, 11.318 pretas, 35.089 pardas, 46.407 negras (pretas mais pardas), 1.599 amarelas e indígenas e 20.977 mulheres de raça/cor ignoradas. Na população feminina, as mulheres pretas constituíam 6,2%, no entanto, seus óbitos perfizeram 8,4% do total (n=134.344). As brancas, que representavam 54,8% da população feminina brasileira, contribuíram com 48,6% dos óbitos deste segmento. Já as mulheres pardas (37,5% da população feminina), apresentaram proporção de óbitos igual a 26,1% do total. As mulheres amarelas e indígenas repre-

sentam 0,9% da população feminina e 1,2% dos óbitos femininos. Quanto à raça/cor ignorada, essa categoria representa 0,6% da população, mas 15,6% dos óbitos femininos do país.

Entre as brancas a taxa foi de 184,67/100 mil e entre as pardas 145,11/100 mil, números superados no grupo das pretas, que apresentaram taxa de mortalidade igual a 284,36/100 mil. Cabe aqui ressaltar que a mortalidade das mulheres pretas superou a taxa média nacional e que os demais grupos apresentaram taxas abaixo da média.

A relação entre as taxas obedeceu a um padrão de diferenciação, sendo mais marcante as diferenças observadas para as mortes por Doenças Mentais, Causas mal definidas, Gravidez, Parto e Puerpério e Doenças da Pele (gráfico 5).

Gráfico 5. Relação entre taxa de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre mortalidade de brancas. Mulheres adultas. Brasil, 2000



Fonte: SIM – Datasus/FSede. Base tabulações especiais: Instituto de Saúde/SP. In Batista e col (2004).

Como afirmam Oliveira e Figueiredo (2004), **a falta de utilização da perspectiva étnico-racial na busca por equidade nas políticas e nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identificação de disparidades, obstaculiza a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribui para tornar o campo da saúde produtor e reprodutor de desigualdades raciais.**

4. A importância da competência étnico-racial e cultural na promoção da saúde

4.1 Mortes maternas

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na CID-10, define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou situação da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

De acordo com os resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna no Brasil de 2001 (*apud* Ventura, 2002), o Estado Brasileiro estima a ocorrência anual de 3.000 a 5.000 casos de morte materna evitáveis, com variações entre os diferentes estados e regiões. Nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) as mulheres apresentam-se especialmente vulneráveis à mortalidade e à morbidade maternas, sobretudo porque possuem os mais baixos rendimentos individual e familiar, as maiores limitações de acesso à saúde e à educação, as piores condições de moradia e habitação.

As mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem *status* social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem. Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas (Laurenti e col, 2003 *apud* Martins e col, 2004).

Entre as causas de mortes maternas, as principais relacionam-se às complicações de aborto. As complicações ligadas às condições inseguras em que o aborto foi praticado são responsáveis pela maioria das mortes de mulheres de 15 a 19 anos. Tanto nas situações em que o aborto é permitido por lei, quanto nos casos em que a prática é proibida, sofrem principalmente as mulheres pobres que não dispõem de recursos para financiar a assistência em clínicas privadas (Ventura, 2002). Neste caso, caberia ressaltar que os negros constituem 63% da população pobre e que, entre os pobres, a maioria é mulher (Jaccoud e Beghain, 2002).

4.2. HIV/aids

Outro problema de saúde pública alarmante é a pandemia de HIV/Aids. Em todos os lugares do mundo onde as desigualdades raciais são naturalizadas, a epidemia da aids atinge de forma mais severa os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados. Nos Estados Unidos, por exemplo, 42% das 362.827 pessoas que viviam com HIV até dezembro de 2001 eram negras (até dezembro de 1999, essa proporção era de 37,2%).

De acordo com o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) até dezembro de 2001 dos 807.075 casos reportados entre adultos e adolescentes, 57,0% vieram a óbito. De 1996 a 1997, o número de mortes por aids diminuiu bruscamente e continuou a declinar até 2001 em todos os grupos raciais/étnicos, com exceção dos indígenas norte-americanos e nativos do Alasca. Além disso, embora o número absoluto de mortes tenha diminuído, a participação relativa da população negra entre aqueles que foram a óbito permaneceu maior que a dos brancos em todas as faixas etárias e, especialmente, entre as mulheres .

No Brasil, há tempos o movimento de mulheres negras vem chamando atenção para a possibilidade de aumento de infecção na população negra, mormente, entre as mulheres.

Dados de uma pesquisa nacional realizada em 1999, em domicílios da zona urbana (MS/Cebrap, 2000), mostram que o uso de preservativo masculino é mais comum entre a população jovem brasileira que entre os adultos (46% para aqueles de 16 a 24 anos contra 18% para aqueles com 25 anos ou mais). Todavia a população jovem esteja, aparentemente, adotando práticas sexuais mais seguras, notam-se disparidades brutais no grupo das meninas: enquanto 42% das brancas protegem-se utilizando preservativo, apenas 28% das negras o fazem (Pinho e col., 2002).

Em outra pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde, com o auxílio do Ibope, observou-se que, para a população negra sexualmente ativa, de 14 anos e mais, o preço do preservativo é um dos principais impeditivos do uso. Para cada branco que citou o preço em primeiro lugar, existiram 2,2 negros citando-o. Para 45% desse grupo, o uso de preservativo em todas as relações faria diferença no orçamento contra 37,6% relatado pela população branca na mesma situação. Em função do ônus da compra em seu orçamento familiar, os negros dependem mais do serviço de saúde para obter o recurso preventivo, embora tenham menos conhecimento sobre a distribuição gratuita dos mesmos (MS/Ibope, 2003). No mesmo estudo destaca-se o fato de a proporção de realização do teste anti-HIV ser maior entre os não negros que entre os negros – 33,2% versus 27,1% (França Junior e col., 2003).

A falta de acesso aos recursos preventivos (teste e preservativo), a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independentemente de sua idade.

Este cenário das múltiplas dimensões da vulnerabilidade é ilustrado com os dados do município de Porto Alegre: nos bairros em que se registrou o maior número de casos novos de aids, mais de 80% da população se autodeclara negra (preta ou parda). No Estado de São Paulo, a análise de uma série histórica traçada para pacientes atendidos no Centro de Referência e Treinamento em DST-Aids, da Secretaria de Estado da Saúde, de 1980-2000, foi evidente o aumento do número de negros inscritos no serviço, bem como do percentual de óbitos entre os mesmos (CE- DST/aids, 2001). Ainda em São Paulo, Luppi (2001) observou que, entre as mulheres que buscaram realizar o teste anti-HIV num Centro de Testagem, a maioria que teve diagnóstico de infecção era negra.

A vida com HIV apresenta-se especialmente difícil para as mulheres negras. É o que mostram as pesquisas realizadas por Guimarães CD (2001), no Rio de Janeiro, e Lopes (2003), em São Paulo. De acordo com Guimarães CD (2001), as mulheres negras doentes de aids vivenciam mais histórias de peregrinação em busca de internação e tratamento que as demais.

Em São Paulo, Lopes (2003) relata que mulheres negras atendidas em três Centros de Referência (CR) no período de 1999-2000, apresentaram as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e familiar e, com maior frequência, elas figuraram como as principais responsáveis pelo orçamento familiar, sendo responsáveis por cuidar de uma quantidade maior de pessoas. Em sua maioria, as mulheres negras entrevistadas tiveram seu diagnóstico realizado em virtude do próprio adoecimento, da morte/adoecimento do parceiro ou do(s) filho(s); deixaram de receber orientação no momento anterior e/ou posterior ao teste e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, tiveram menos chances de acesso a informações corretas e adequadas sobre seu estado clínico, redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre uso de antiretrovirais para o recém-nascido. Ainda no serviço especializado, elas relataram: maiores dificuldades em entender o que os médicos – infectologista e ginecologista – diziam maiores dificuldades em tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações em conversar sobre sua vida sexual ou em solicitar orientação.

No ano 2000, a taxa de mortalidade por aids no Brasil foi de 10,61/100mil para as mulheres brancas, 21,49/100mil para as pretas, 22,77/100mil para os homens brancos e 41,75/100mil para os pretos (Batista e col, 2004).

4.3. Promovendo a saúde da população negra de forma equânime

Ao ilustrar esta seção sobre competência étnico-racial e cultural na promoção da saúde, com dados sobre mortalidade materna e HIV/aids, reiteramos a necessidade de novos comportamentos, novas atitudes e novas políticas que sigam juntas, entrelaçadas, seja do ponto de vista do profissional de saúde, do programa, do serviço ou mesmo do sistema único de saúde.

A vulnerabilidade é sempre definida na relação com o outro, seja o outro uma pessoa, um regime político ou um equipamento social. **Ao considerar os sujeitos como unidades estatísticas independentes, ignora-se completamente a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos. Em paralelo, e de modo complementar, ao desconsiderar que as desvantagens simbólicas e materiais são fatores determinantes e incrementadores das vulnerabilidades, os profissionais de saúde contribuem decisivamente para os processos de vulnerabilização, especialmente no que diz respeito à população negra.**

Ao qualificar a vulnerabilidade como algo multidimensional, instável e assimétrico, faz-se urgente a intervenção sobre os fatores estruturais que determinaram ou determinam essa ou aquela condição de saúde. É necessário, pois, incorporar nas práticas individuais, nas ações programáticas e nas políticas, de forma efetiva e adequada, a diversidade cultural inter e intragrupos, as especificidades apresentadas por cada um, seja devido a sua origem geográfica, orientação sexual, religião, heranças culturais, raciais e étnicas, faixa etária, ao fato de portar alguma deficiência ou patologia específica, entre outras (Lopes, 2003; Cruz, 2004; Werneck, 2004).

Para Piovesan e col. (1998), a democracia confunde-se com a igualdade na mesma medida que a implementação do direito à igualdade impõe os desafios de eliminar toda e qualquer forma de discriminação e promover a igualdade. Segundo a autora, “o direito à igualdade pressupõe o direito à diferença, inspirado na crença de que somos iguais, mas diferentes, e diferentes mas, sobretudo iguais”.

É essencial, pois, respeitar as diferenças, apreciá-las, apreender delas aquilo que seja útil para melhor assistir ao usuário ou usuária. Especialmente no universo do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), a competência étnico-racial e cultural e a diversidade devem ser visualizadas como objetivos continuamente aspirados. Esta virtude propiciará o alcance da equidade num período menor de tempo, sem que isto custe tantas outras vidas.

5. O Plano Nacional de Saúde

Os Planos de Saúde, incluindo o nacional, são referidos na portaria 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão” como instrumentos de gestão do SUS, logo, os Planos devem ser a base para as atividades e programas definidos para cada nível de direção do SUS, como previsto nas Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990, Decreto nº 1.232/1994 (que define as bases para as transferências Fundo a Fundo) e no Decreto 1.651/1995 (que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria). Devem explicitar as intenções políticas, estratégias, prioridades e metas de governo, definindo, inclusive, suas propostas orçamentárias.

Em função da necessidade instituída por um instrumento legal, ao concluir a elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2004-2007 no âmbito da saúde, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) decidiu iniciar a construção do Plano Nacional de Saúde (PNS). O processo foi concluído no segundo semestre de 2004, por ocasião da elaboração dos projetos da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), com apreciação e aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Entendendo o desafio a ser enfrentado, coube a SE/MS, no processo de formulação do PNS, a definição das estratégias a serem seguidas, as prioridades de investimento, a programação pactuada integrada e a racionalização do sistema mediante política de regionalização (SE/MS, 2004). O Plano Nacional de Saúde, enquanto instrumento de gestão do SUS, tem como uma de suas bases a formulação/revisão do PPA e deve conter as metas nacionais e regionais de saúde.

Os princípios constitutivos do PNS são:

- a análise da situação de saúde;
- os princípios orientadores (arcabouço jurídico-legal e as diretrizes nos quais o instrumento se assenta);
- os objetivos a serem alcançados (23 objetivos setoriais definidos a partir da orientação estratégica do Governo Federal, e que envolvem as dimensões social, econômica, regional, ambiental e democrática);
- as diretrizes, com prioridades conferidas e as estratégias gerais adotadas
- as metas;
- o modelo de gestão, monitoramento e avaliação do Plano (gestão compartilhada das ações com estados e municípios, aliada à implementação do sistema de monitoramento).

O setor saúde, por sua complexidade, requer um instrumento que agregue o conjunto de políticas definidas no PNS e que considere as especificidades de cada região e estado brasileiros. Tendo como referência os objetivos estabelecidos, são fixadas diretrizes que indicam as prioridades. As prioridades são definidas segundo as necessidades da população, a caracterização epidemiológica dos problemas de saúde, disponibilidade efetiva de recursos cognitivos e materiais voltados para o enfrentamento do problema. Ao serem definidas as prioridades define-se, também, estratégias gerais a serem adotadas na consecução do Plano e as metas a serem alcançadas em cada parte do país (SE/MS, 2004).

As diretrizes e metas norteiam a definição das ações a serem implementadas, mas essas não são objetos do PNS. As ações que dão conseqüência prática às diretrizes do PNS são detalhadas nos instrumentos operacionais, nas programações anuais e/ou projetos específicos.

5.1. O Plano Nacional de Saúde e a saúde da população negra brasileira - recomendações para programas, ações e projetos

A versão do PNS discutida durante o ano de 2004 reitera a necessidade de iniciativas de longo, médio e curto prazos, além do atendimento de demandas mais imediatas, mediante a adoção de ações afirmativas em saúde. A formação permanente e contínua dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado consideram as especificidades genéticas, derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes, aquelas derivadas da indisponibilidade de recursos socioeconômicos, da desnutrição, da pressão social. No instrumento de gestão também têm destaque a necessidade de assegurar a efetiva participação da população negra no planejamento das ações e no seu monitoramento. A realização de estudos e pesquisas que subsidiem o aperfeiçoamento da promoção e da atenção à saúde, também é apresentada como necessidade e, para que este avanço na produção de conhecimento seja viabilizado, o PNS orienta gestores, gerentes e outros profissionais de saúde para a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

É inegável o avanço proposto pelo PNS dado que apresenta a saúde da população negra como um objeto a ser abordado de forma diferenciada, entretanto, ao definir metas, o PNS segue a mesma lógica que orienta o PPA-2004-2007, destacando apenas as necessidades relacionadas à anemia falciforme e à vida nos quilombos.

Buscando garantir a inclusão do componente raça/cor na identificação de prioridades a serem pactuadas com os gestores estaduais e municipais e referendadas pelas instâncias de controle social (ver relatório da XII Conferência Nacional de Saúde) e contribuir para

a operacionalização das diretrizes nas programações anuais e/ou projetos específicos, apresentamos algumas recomendações.

No tocante à informação em saúde

1. Inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços.
2. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para coleta da informação autodeclarada de raça/cor²⁰, segundo as categorias do IBGE, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.
3. Utilização da raça/cor como categoria analítica na construção dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais²¹.
4. Inclusão do quesito raça/cor em todos os levantamentos/pesquisas epidemiológicas, sobretudo aquelas conduzidas/financiadas por organizações governamentais.
5. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para alimentação dos sistemas, processamento, análise e interpretação dos dados desagregados por raça/cor.
7. Investimentos em tecnologias de integração e compatibilização das diversas bases de dados existentes, na área social e da saúde.
8. Investimentos na criação de um sistema único de informação em saúde no qual figure o quesito raça/cor.
9. Avaliação e Monitoramento da qualidade da informação.

No tocante à promoção da saúde

1. Inclusão do quesito raça/cor entre as variáveis utilizadas para traçar o perfil da população beneficiada em todas as ações.
2. Disseminação de informações em linguagem adequada para corpo técnico-administrativo e para população em geral, especialmente no que tange às doenças mais frequentes na população negra (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* II, miomatoses, anemia falciforme, deficiência de G6PD).
3. Elaboração e veiculação de peças e campanhas publicitárias que contemplem a diversidade existente no país e contribuam para minimização da violência simbólica, dos estereótipos e estigmas.

20. Ver anexo 1

21. Cabe aqui ressaltar que em 21 de maio de 2004 foi aprovada a inclusão da raça/cor, atividade econômica e ocupação como categorias analíticas na apresentação dos indicadores da Ripsa, para além das categorias tradicionalmente utilizadas tais como sexo, idade e escolaridade.

4. Desenvolvimento e aprimoramento dos indicadores de desigualdades e exclusão social originadas por fatores econômicos, de gênero, de raça, etnia, orientação sexual, idade, porte de necessidades especiais ou deficiências e denominação religiosa.
5. Utilizar os indicadores de desigualdades e exclusão social para a formulação e o desenvolvimento das macropolíticas econômicas e sociais, fundamentais para a garantia da qualidade de vida e saúde.
6. Efetivação de parcerias intersetoriais e com a sociedade civil organizada, para diminuição da vulnerabilidade social, especialmente no que diz respeito à educação, trabalho e emprego, qualificação profissional, habitação e moradia, saneamento básico, abastecimento público de água, transporte e segurança.
7. Garantia de criação e manutenção de espaços de reflexão sobre a situação do negro no Brasil, sobre as relações sociais estabelecidas entre negros e brancos, homens e mulheres nos vários estratos socioeconômicos, nos vários momentos da vida, nos espaços públicos e privados e seu impacto na saúde.
8. Elaboração e implementação de estratégias que devolvam aos sujeitos as características de cordialidade e afetividade, que fortaleçam ou recriem identidade e auto-estima e, ao mesmo tempo, desencadeiem processos de conscientização e empoderamento.
9. Utilização de abordagens que possibilitem a ampliação do repertório de direitos e a efetivação/expansão da cidadania.
10. Condução de todas as ações de educação em saúde por profissionais que respeitem valores culturais e religiosos, as diferentes representações sobre a pessoa humana, a saúde e a doença.
11. Adequação da linguagem e inclusão do simbólico das religiões de matrizes africanas nas ações de comunicação em saúde.
12. Reconhecimento dos templos de tradição afro-brasileira na rede de equipamentos sociais como espaços de promoção da saúde, acolhimento e educação popular.
13. Elaboração de estratégias de educação preventiva em saúde bucal, que levem em consideração as necessidades específicas das comunidades quilombolas (atenção culturalmente competente), incluindo a distribuição de *kits* de higiene oral para aqueles que não estejam matriculados na rede pública de ensino.
14. Elaboração de estratégias de educação para o planejamento familiar que leve em consideração as desigualdades de gênero, a diversidade sociocultural, étnico-racial e religiosa.
15. Ampliação de acesso a métodos contraceptivos, incluindo preservativos feminino e masculino.

No tocante à participação e controle social

1. Incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado e membros das religiões de matrizes africanas nos espaços de controle social do SUS, incluindo os comitês de mortalidade materna²².
2. Incentivo à participação de representantes do movimento negro organizado na proposição, implementação, monitoramento e avaliação de políticas e programas, em especial aqueles relacionados à informação em saúde.
3. Inclusão do tema “impacto do racismo e da discriminação racial nas condições de vida e de saúde da população negra brasileira” em todos os materiais e atividades de formação dos conselheiros de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal.
4. Incentivo e fomento para a realização de conferências estaduais e municipais de saúde da população negra (conforme recomendações da 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde).

No tocante ao desenvolvimento institucional e atenção à saúde

1. Análise de normas, regimentos, procedimentos e processos visando adequá-los aos princípios de equidade racial.
2. Determinação/fixação de metas diferenciadas para superação das disparidades raciais em saúde.
3. Criação e manutenção de serviços de Disque-Saúde para disseminação de informações em saúde, acolhimento de queixas e/ou denúncias de práticas discriminatórias no SUS.
4. Inclusão de textos com resultados de estudos e pesquisas sobre os diferenciais raciais nas condições de vida e saúde da população brasileira em todo e qualquer programa de formação de profissionais da saúde e educação em saúde (incluindo agentes comunitários).
5. Ampliação da oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, geração, raça e etnia, além das populações itinerantes e especialmente vulneráveis, tais como a população do campo²³.

22. Até o presente momento apenas os comitês de São Paulo – capital – e Curitiba coletam a informação sobre raça/cor. É essencial que na capacitação para a implantação de comitês, esta ação seja apresentada como obrigatória. O monitoramento e a avaliação de qualidade desta, e de outras ações, deve estar sob a responsabilidade dos órgãos competentes.

23. De acordo com o Ministério da Saúde, a população do campo compreende: trabalhadores rurais que não têm acesso à terra, trabalhadores rurais em regime de trabalho temporário, agricultores familiares, população ribeirinha, comunidades quilombolas residentes em vilas e povoados, populações que moram nas periferias das cidades e trabalham no campo.

6. Desenvolvimento e adaptação de um plano estratégico e dinâmico para implementação, monitoramento e avaliação das políticas, programas, projetos e ações, considerando os obstáculos técnicos e políticos e incluindo um amplo espectro de apoiadores no processo de planejamento e gestão.
7. Fortalecimento das práticas de acolhimento e de respeito ao cidadão e cidadã nos serviços de saúde, de modo que sejam superadas todas as formas de discriminação, sejam elas étnico-raciais, de gênero, geração, por orientação sexual, denominação religiosa, em razão do porte de algum tipo de deficiência, patologia ou qualquer outra situação.
8. Investimentos na qualificação, humanização do cuidado e na instrumentalização para o manejo de questões relativas à raça/etnia, etnocentrismo e racismo, discriminação, estigmas e preconceitos.

Atenção básica, com ênfase na estratégia de saúde da família

9. Ampliação da estratégia de saúde da família com base nas necessidades epidemiológicas comprovadas, na concentração de população negra, população em situação de pobreza e na localização das comunidades quilombolas.
10. Investimentos na elaboração e execução de normas mais eficientes sobre implantação do serviço, desenvolvimento dos recursos humanos (incluindo gestores/gerentes) e interlocução com outros programas já existentes.
11. Inclusão da perspectiva da competência étnico-racial e cultural no processo de formação permanente dos profissionais técnicos, administrativos e ocupacionais.
12. Investimentos na formação contínua de profissionais de saúde e gestores, em todos os níveis, no tocante ao acolhimento, cuidado e assistência oferecidos/prestados aos membros das religiões de matrizes africanas, respeitando seus valores e práticas.
13. Incentivos para realização de visitas regulares das equipes do PSF/Pacs nos templos de religiões de matriz africana respeitando a visão de mundo presentes nos mesmos.
14. Investimentos na ampliação dos pólos de capacitação e qualificação externa, motivando o estabelecimento de parcerias que incluam organizações do movimento social, pesquisadoras e pesquisadores negros que têm se dedicado à produção do conhecimento científico em saúde da população negra.
15. Investimentos na política de avaliação, privilegiando a construção e monitoramento de indicadores de processo que permitam verificar o impacto diferenciado das ações sobre os vários segmentos populacionais.
16. Investimentos na política e nos sistemas de referência e contra-referência para os níveis de média e alta complexidade.
17. Investimentos no *marketing* social dirigido a Estratégia de Saúde da Família.

18. Investimentos no estabelecimento de parcerias intersetoriais e com outros programas da área da saúde (parcerias intra-setoriais), especialmente aqueles desenvolvidos pelas áreas técnicas de saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, DST/aids, saúde da população idosa e saúde da população do campo.
19. Elaboração e efetivação de contratos que resguardem o estreito relacionamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com sua comunidade.
20. Estabelecimento de ações intersetoriais que possibilitem aos ACS aumentar seu nível de escolaridade e, conseqüentemente, ampliar seu rendimento nos processos de formação continuada.
21. Inclusão oficial de membros das religiões de matrizes africanas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dado que os mesmos tradicionalmente vêm atuando como tal.

Atenção Hospitalar

22. Ampliar o acesso de negros e negras aos serviços hospitalares de boa qualidade e resolutividade²⁴.
23. Implantação de novos serviços com base em critérios demográficos e epidemiológicos, na concentração de morbidade hospitalar derivada de violência²⁵ e/ou outras causas externas de agravo.
24. Investimentos na educação permanente de profissionais técnicos e administrativos, para melhoria da qualidade da comunicação entre esses, os pacientes e seus familiares, com respeito à diversidade sociocultural e religiosa.
25. Livre acesso de sacerdotes e sacerdotisas afro-religiosos nas unidades de saúde, especialmente hospitais e maternidades²⁶.

24. A resolutividade da assistência hospitalar não depende só da qualidade das instalações físicas, disponibilidade e condições de uso dos equipamentos, mas também dos recursos humanos disponíveis, de sua capacitação e adequação às necessidades da população atendida (medicina baseada em evidências, com competência cultural e um suporte social efetivo).

25. Para a implantação e implementação do Sistema Nacional de Atenção às Urgências recomenda-se considerar, entre outras coisas, as informações disponibilizadas pela Secretaria Nacional, Secretarias Estaduais e Municipais de Segurança Pública.

26. De acordo com os participantes do **III Seminário Nacional Religiões Afro-brasileiras e Saúde**, realizado em março de 2004, na cidade de Recife/ PE, é importante ressaltar que, para os adeptos das religiões afro-brasileiras, o corpo é a morada dos deuses/deusas, e por isso merece atenção especial. Para que os deuses e deusas se comuniquem com um membro da comunidade, de forma efetiva, prazerosa e saudável, é preciso ter corpo, mente e espírito em equilíbrio. O equilíbrio do corpo se dá via fortalecimento da energia vital e é ele que proporciona a integração subjetiva e a inclusão social daquele membro. Neste sentido, os líderes religiosos têm um papel fundamental na busca e manutenção desse equilíbrio, na melhoria da qualidade de vida e de saúde do sujeito hospitalizado.

6. Referências bibliográficas

AYRES, JCRM; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, GJ; SALETTI, Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R (orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

BATISTA, LE; VOLOCHKO, A; FERREIRA, CEC; MARTINS, V. Mortalidade da População Adulta no Brasil e Grandes Regiões Segundo sexo e raça/cor. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

Barros RP; Henriques R; Mendonça, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev Brasileira de Ciências Sociais* 2000; 15 (42):127-141.

BENTO, MA. Institucionalização da luta anti-racismo e branquitude. In: Heringer H., org. **A cor da desigualdade: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil**. Rio de Janeiro: IERÊ (Instituto de Estudos Raciais Étnicos); 1999. p 11-30.

CASHMORE, E. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. São Paulo: Summus; 2000.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. **HIV/AIDS Surveillance Report. US HIV and AIDS cases reported through December 2001**. Year-end edition, v. 13, n. 2; 2001b.

[CE- DST/AIDS] Coordenação Estadual de DST/AIDS da Secretaria do Estado da Saúde - São Paulo. **Boletim Epidemiológico de AIDS** 2001 out; Ano XIX(2).

CHACHAM AS. Condicionantes Socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da RedeSaúde** 2001 mar. 23; p. 44-47.

COMPARATO, FK. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 1-55.

CRUZ, ICF. Diferenciais raciais no acesso e na qualidade do cuidado e assistência prestados aos portadores de hipertensão arterial. In: Lopes F (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

CUNHA, EMGP. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: Hogan DJ, org. **Population change in Brazil: contemporary perspectives**. Campinas: Population Studies Center (NEPO/UNICAMP); 2001. p. 333-336.

_____. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil? In: Barata RB et al., orgs. **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Série Epidemiológica, n. 1, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 219-234.

_____, Jakobo AAE. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil. In: Lopes F (coord) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

DELGADO, R. Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. p. 131-140.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Coleção **Outra Gente**, v. 1, Salvador: Fator; 1983.

FRANÇA JÚNIOR, I; AYRES, JCRM, CALAZANS, GJ. Saúde coletiva e direitos humanos: um diálogo possível e necessário. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2000 ago 28–set. 3; Salvador, Bahia, Brasil. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2000. [CDRom, texto 1981].

FRANÇA-JUNIOR, I; LOPES, F; PAIVA, V; VENTURI, G. **Acesso ao teste anti-hiv no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE**. Disponível em <<http://www.Aids.gov.br>>. Acesso em 10 dez. 2003.

FROTA-PESSOA, O. Raça e eugenia. In: SCHWARCZ, LM; QUEIROZ, RS (orgs.) **Raça e diversidade**. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996. p. 29-46.

GOODMAN, AH. Why genes don't count (for racial differences in health). **American Journal of Public Health** 2000; 90(11): 1.699-1.702.

GUIMARÃES, ASA. Racismo e restrição dos direitos individuais: a discriminação racial “publicizada”. **Estudos Afro-Asiáticos** 1997; 31: 51-78.

_____. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos** 1995; 27:45-63.

GUIMARÃES, CD. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?** Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2001.

GUIMARÃES, MAC. Vulnerabilidade subjetiva. In: **Anais do Seminário A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS** 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil; 2001.

_____. Afro-descendência, Aids e vulnerabilidade subjetiva. **Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à AIDS** 2001 jan-mar; 46 (Encarte Brasil): p. 8-9.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 235-249.

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. **Censo 2000**. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condiçãodevida/indicadoresminimos>> [2001 Jan 24].

[INSPIR] Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial. **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.

[IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: um recorte de raça e gênero**. Disponível em <URL: <http://www.ipea.gov.br/pub>> [2001 Ago 28]

JACCCOUD LB, BEGHIN N. **Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília:IPEA, 2002.

LEAL MC, Gama SGN, Cunha CB. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Município do Rio de Janeiro - Brasil, 1999-2001**. Rio de Janeiro, 2004 (mimeo).

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

LOPES, F; MALACHIAS, R. Assumir a diferença para promover a igualdade: a importância do quesito cor na investigação epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de AIDS do PE-DST/AIDS Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo** 2001 out; Ano XIX(2): 3-5. Disponível em <<http://www.jbaidas.com.br>>

LÓPEZ, IFH. Race and erasure: the salience of race to Latinos/as. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000a. p. 369-378.

_____. The social construct of race. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000b. p 163-175.

LUPPI, CG. **A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres atendidas em centro de testagem e aconselhamento: um estudo caso-controle**. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]

MAGGIE, Y. “Aqueles a quem foi negada a cor do dia”: as categorias cor e raça na cultura brasileira. In: MAIO, MC; SANTOS, RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 225-234.

MANN, J; TARANTOLA, DJM; NETTER, TW. **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/Relume-Dumará, 1993.

MARTINS, AL; SOARES, HB; PAIVA, MS; SOARES, VMN. Diferenciais raciais nos

perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

MARTINS, RB. **Desigualdades raciais no Brasil**. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/pub/Desigualdades_raciais.ppt>. Acesso em 15 dez. 2001.

[MS/CEBRAP] Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS**. Série Avaliação, n. 4. Brasília: MS; 2000.

[MS/IBOPE] Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. **Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa**. Disponível em <<http://www.Aids.gov.br>>. Acesso em 10 dez. 2003.

MUNANGA, K. Mestiçagem e identidade afro-brasileira. In: Oliveira I, org. **Relações raciais e educação: alguns determinantes**. Cadernos PENESB, n. 1. Rio de Janeiro: Intertexto; 1999. p. 9-20.

_____. Racismo: da desigualdade à intolerância. **São Paulo em Perspectiva** 1990; 4(2):51-54.

[NOP-FPA] Núcleo de Opinião e Pesquisa - Fundação Perseu Abramo. **Discriminação Racial e Preconceito de Cor no Brasil**. Disponível em <<http://www.fpa.org.br>> . Acesso em 10 dez. 2003.

[NEN] Núcleo de Estudos Negros. **As idéias racistas, os negros e a educação**. Florianópolis: Atilende, 2002.

OLIVEIRA, M; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PAIXÃO, MJP; CARVANO, LMF; OLIVEIRA, JC; ERVATTI, LR. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões. In: LOPES, F. (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PEREA, JF. The black/white binary paradigm of race. In: Delgado R, Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p. 344-353.

PERPÉTUO, IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva.

Jornal da RedeSaúde 2000; 22: 10-16.

PETRY, S. Até na hora do parto negra é discriminada. **Folha de S. Paulo On Line**, Cotidiano, 2002 maio 26.

PINHO, MD; BERQUÓ, E; LOPES, F; OLIVEIRA, KA; LIMA, LCA; PEREIRA, N. Juventudes, Raça e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 19(2): 277-294, jul./dez. 2002.

PINTO, E; SOUZAS, R. A mortalidade materna e a questão raça/etnia: importância da lei do quesito cor no sistema de saúde. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos** 2002 maio; Ano 3, 5: 28-30.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988. p. 67-76; 119-130.

SANT'ANNA, W. Relações raciais no Brasil: entre a unanimidade e a paralisia [documento]. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos** 2001; Ano 2, 4: 53-68.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.

SANTOS, RV. Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 125-142.

SOARES, S. Discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho. **Mercado de trabalho: conjuntura e análise** [edição especial para a Conferência Nacional contra o Racismo e a Intolerância]. IPEA: Rio de Janeiro, Ano 6, n. 13; 2001 jun. p. 39-45.

VALONGUEIRO, S; CAMPINEIRO, D. Demand for health care in Brazil: a preliminary analysis by regions. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CDRom]** 2002 nov 4-8; Minas Gerais, Brasil. Ouro Preto: ABEP, 2002.

VAN RYN, M; FU, SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Journal of Public Health** 2003; 93(2): 248-255.

WERNECK J. Iniquidades Raciais em Saúde e Políticas de Enfrentamento: As experiências de Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido (artigo de revisão bibliográfica). In: LOPES, F (org.). **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

WOOD CH.; CARVALHO JAM. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. **Rev Brasileira de Estudos Populacionais** 1994; 11(1): 3-15.



A importância da autodeclaração de cor

Não obstante os militantes do movimento social negro brasileiro questionem os termos utilizados pelo Estado para classificar os indivíduos quanto à raça/cor, é importante saber que o método de escolha fechada é suficientemente confiável para ser utilizado na coleta de dados.

A classificação racial dos indivíduos muitas vezes pode ser vista como um obstáculo para a análise confiável dos dados e é fato que, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo, existem vieses de categorização. A cor (ou pertencimento racial) que alguém se atribui é confirmada ou negada pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e o reconhecimento a partir do olhar do outro.

No Brasil, o fator socioeconômico é um dos fortes contribuintes para que as pessoas mudem sua raça/cor: à medida que elevam seu nível socioeconômico, elas tendem a relatar, com menos frequência, que são pretas, podendo até se apresentar como pardas ou outras derivações semânticas. Ainda assim, **é importante que a classificação seja autodeclarada, porque o maior problema em se considerar a variável raça/cor como uma categoria analítica não está em sua forma de classificação propriamente dita, mas nos mecanismos sociais e simbólicos que motivam os sujeitos a optarem por esta ou aquela categoria de cor.**

Da população total residente no Brasil em 1991, classificaram-se como brancos 51,6%; como pretos 5,0%; como amarelos 0,4%; como pardos 42,4% e como indígenas 0,2%. Nos dados censitários de 2000, a distribuição por categoria de raça/cor foi: 53,4% de brancos, 6,1% de pretos, 0,5% de amarelos, 38,9% de pardos e 4,1% de indígenas; logo, a população negra brasileira em 2000 correspondia a 45,0% do total (população autoclassificada preta + população autoclassificada parda). Os casos em que a informação sobre raça/cor foi ignorada corresponderam a 0,2% em 1991 e 0,7% em 2000.

Ao comparar um subconjunto de resultados da amostra censitária de 2000 com os dados da população total residente por cor no censo de 1991, observou-se uma participação relativamente maior das parcelas da população classificadas como de cor branca e de cor preta e um decréscimo na população autoclassificada parda. Em nenhuma outra época, desde 1872, verificou-se um crescimento absoluto e relativo

tão expressivo para a categoria de cor preta, quanto o observado entre os anos de 1991 e 2000.

Os sistemas classificatórios e seus significados marcam distinções no social, logo, não formam uma essência imutável, pelo contrário apresentam-se dinâmicos, em constante (re)construção.

Referências bibliográficas

LOPES F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/aids no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2003. p. 126-129.

Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões

Marcelo Jorge de Paula Paixão – Economista, mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorando do curso de sociologia no Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Professor do Instituto de Economia da UFRJ. Coordenador do Observatório Afro-brasileiro.

Luiz Marcelo Ferreira Carvano – Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestrando em Pesquisa Social e Estudos Populacionais na Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Enge/IBGE). Pesquisador do Observatório Afro-brasileiro.

Juarez de Castro Oliveira – Bacharel em Estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Enge/IBGE). Mestre em Demografia pelo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade/Cepal). Gerente do Projeto Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica do IBGE.

Leila Regina Ervatti – Demógrafa. Tecnologista da Gerência de Análise da Dinâmica Demográfica da Coordenadoria de População e Indicadores Sociais do IBGE.

*“Filósofos suicidas, agricultores famintos
Desaparecendo; debaixo dos arquivos”
(Renato Russo)*

1. Introdução

O presente estudo trata das esperanças de vida ao nascer e dos anos médios de vida perdidos da população brasileira segundo os grupos de raça/cor e sexo. Para isso, foram utilizados os microdados da amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000, do IBGE, e o SIM/DATASUS, do Ministério da Saúde, no período de 1998 a 2000. A análise dessas informações permitirá melhor compreensão das desigualdades raciais nos perfis da mortalidade da população, proporcionando ampliar o grau de eficácia das políticas públicas na área da saúde no Brasil.

Em nosso país, as ciências sociais tradicionalmente não têm designado às desigualdades raciais um papel determinante do quadro social da nação. Lacuna esta que o atual estudo pretende, em parte, preencher ao pressupor que as diferenças raciais e de sexo são estruturantes do processo de construção das desigualdades, bem como estão presentes, enquanto variáveis-chaves, no âmago das grandes mazelas sociais do país. Essas disparidades advêm do padrão brasileiro de relações sociorraciais e das práticas usuais de preconceito e discriminação, abertas e veladas, estabelecidas entre as pessoas que se auto-identificam, e são identificadas socialmente, como brancas, em relação àquelas que se auto-identificam, e são identificadas socialmente, como negras. Naturalmente, tal compreensão afasta-se da concepção de que no Brasil inexista discriminações raciais contra negros e indígenas, ou que vivamos em uma democracia racial, muito pelo contrário.

Iniciamos este trabalho analisando a qualidade da base de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), utilizada no estudo; a seguir, procuramos observar a evolução do preenchimento do quesito raça/cor em seu cadastro desde 1996, quando esse item foi incluído, e traçamos o perfil dos registros de óbito com raça/cor ignorada, em termos regionais, etários e por tipo de causa de mortalidade; a partir dos registros de óbito com o quesito raça/cor preenchido, levantamos o perfil de mortalidade dos grupos de raça/cor e sexo, no Brasil e Grandes Regiões, no triênio 1998-2000; em seguida investigamos os indicadores de esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor e sexo da população brasileira para as Grandes Regiões e apresentamos a metodologia utilizada nos cálculos; verificamos os anos médios de vida perdidos por esses grupos segundo a metodologia utilizada e listamos as dificuldades apresentadas para a realização desses cálculos; ao término da análise dos indicadores contidos no estudo, há propostas de orientação de políticas públicas, tendo em vista as exigências de um concomitante progresso das condições de saúde da população do Brasil e de redução das disparidades sociorraciais encontradas em nosso meio.

2. Grau de cobertura da variável raça/cor nos registros do SIM

No Brasil, a primeira instituição a coletar informações vitais da população (nascimentos de vivos, falecimentos, casamentos) foi a Igreja Católica. Conforme é sabido, até o final do Império, o país não havia procedido a uma separação entre o poder eclesiástico e o Estado. Por esse motivo, todas as informações referentes às variáveis demográficas ficavam localizadas nas paróquias. No final do século XIX (1888), o governo passou a organizar um sistema de estatísticas vitais de caráter laico: o Registro Civil de Pessoas Naturais (Vasconcelos, 1994, 1998; Senra, 1996). A laicização dos registros de estatísticas vitais não implicou em sua instantânea adesão pela população. Hakkert (1996, p. 34) aponta que *“mesmo depois da secularização, demorou para que a população fosse conscientizada da necessidade do registro, até certo ponto pela influência dos próprios párocos, que freqüentemente desestimulava o registro de nascimento e casamento perante as autoridades*

civis. Até poucos anos atrás, o número de batismos registrados pela Igreja costumava superar o número de nascimentos e casamentos perante as autoridades civis”.

Até os anos de 1970, os dados do Registro Civil não eram organizados por nenhum tipo de órgão com competência específica para essa finalidade. Em 1973, o Governo Federal incumbiu o IBGE da tarefa de coletar junto aos cartórios as informações vitais, inclusive, sobre os óbitos da população. Desse modo, trimestralmente, os cartórios de registros civis devem enviar aos escritórios locais ou regionais desse órgão de governo, dentre outras informações sobre registros vitais, os mapas de óbitos e de óbitos fetais (RC-3 e RC-4). Esses mapas, portanto, listam os casos de falecimento registrados naquela comarca durante aquele período (Hakkert, 1996). De acordo com Vasconcelos (1998, p. 116), *“nestes mapas estão contidas informações sobre sexo, idade, estado civil, local de nascimento e de residência do falecido, assim como local e data do óbito e local e data do registro. No entanto, a causa de morte não é informada; registra-se apenas a sua natureza: natural ou violenta”.*

Em 1976, o Ministério da Saúde viria a organizar o seu próprio sistema de informações sobre a mortalidade da população por meio da implantação de um certificado médico de óbito padronizado (Declaração de Óbito) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Vale salientar que, antes desse atestado padronizado, havia mais de 40 formulários de óbitos em todo o território nacional (Vasconcelos, 1998). Não obstante o SIM venha a ser um sistema paralelo de processamento de informações sobre os óbitos da população, ele é bem mais detalhado que o cadastro de óbitos do Registro Civil. Dessa forma, *“o cadastro do Ministério da Saúde contém informações sobre escolaridade e profissão do falecido, assistência médica, necropsia, médico que assina o atestado, causa de morte (causa básica e associada)”,* dentre outras informações. *“Para os óbitos fetais e menores de um ano, incluem-se informações sobre escolaridade e profissão dos pais, idade da mãe, peso ao nascer, características da gravidez e do parto”* (Vasconcelos, 1994, p. 156).

Portanto, atualmente, o país possui dois registros de informações sobre mortalidade, o Registro Civil de Pessoas Naturais, sob a responsabilidade do IBGE, e o SIM, do Ministério da Saúde. Ambos os registros dependem da emissão de uma Declaração de Óbito e seu posterior registro no Cartório de Registro Civil. *“Para que seja emitido um registro de óbito é preciso ser apresentado um atestado de óbito assinado por um médico ou por duas testemunhas na hipótese de não haver médico no local do falecimento. Baseado no atestado de óbito e em outras informações sobre o falecido, fornecidas pelo declarante no momento do registro, o oficial do cartório registra legalmente o óbito e emite a certidão de óbito, bem como a guia de sepultamento”* (Vasconcelos, 1998, p. 115).

No caso do SIM, as informações não são coletadas de mapas de informação preenchidos anteriormente por um cartório, mas diretamente por meio da primeira via da Declaração de Óbito, que é repassada pelos cartórios para as secretarias municipais de saúde, que os enviam para as secretarias estaduais de mesma incumbência,

as quais, após conferência geral dos dados, finalmente os tabulam e os enviam para o SIM/Datasus. Visando reduzir o número de subnotificações, especialmente de óbitos infantis, o registro do SIM também prevê um procedimento alternativo de coleta das Declarações de Óbitos que, além dos cartórios, obtém parte de suas informações nos hospitais, domicílios, cemitérios, dentre outros lugares (Vasconcelos, 1998, p. 119).

Em uma situação ideal, todos os casos de óbitos deveriam ser registrados pelo poder público. Com isso, o governo poderia ter maior e melhor controle sobre a evolução de um dos principais indicadores demográficos existentes, concomitantemente favorecendo um melhor planejamento das políticas de saúde (prevenção e tratamento de doenças), de assistência social, de segurança pública e mesmo institucional, tal como é o caso do controle dos registros eleitorais dos cidadãos. Mais especificamente, no que tange ao processo de geração dos indicadores sociais, a universalização da cobertura dos óbitos é fundamental para que seja factível a geração de indicadores, de forma direta, sobre a taxa de mortalidade, de morbinatalidade e esperança de vida da população. Todavia, nem sempre esses cadastros são de boa qualidade e por vezes inexistem, particularmente em países do chamado Terceiro Mundo, como é o caso do Brasil (Valongueiro e Aguiar, 1998).

Até pouco tempo atrás, os registros dos óbitos eram tolhidos pelos custos financeiros desse procedimento, tendo em vista que a emissão do Atestado de Óbito não era gratuita a quem dele necessitasse. No entanto, desde 1996, tal realidade foi alterada por lei, passando os cartórios a serem obrigados a registrar sem custos os eventos vitais de nascimento e falecimento. Contudo, a literatura sobre o tema é consensual em apontar que, mesmo nos dias atuais, ocorre uma nítida falta de solidez no sistema de registros de óbitos da população brasileira. Vasconcelos (1998, p. 119) aponta que os motivos dessas falhas decorrem das baixas condições socioeconômicas da população; a extensão do país com largas regiões de difícil acesso; uma grande proporção de população vivendo nas áreas rurais; o analfabetismo; e o grande desinteresse de uma significativa parcela da população em proceder ao registro, tendo em vista a burocracia envolvida à formalização dos óbitos. Ainda, segundo a mesma autora, a maior taxa de sub-registros ocorre entre os óbitos infantis e entre os óbitos sem assistência médica.

Hakkert (1996, p. 42) salienta que também contribui para manter os níveis de subnotificação de registros de falecimentos elevados, a desigual distribuição dos cartórios pelo território nacional. Desse modo, *“em 1980, existiam 7.421 cartórios de registro civil em funcionamento no Brasil. Enquanto a densidade destes chegava a 6,91 por mil km² no Estado do Rio de Janeiro, a região Norte contava com apenas 0,10 por 1.000 km²”*. Outro importante fator de subnotificação, segundo o mesmo autor, é a franca disseminação de cemitérios clandestinos pelo país. Isso ocorre tanto nas áreas rurais, onde esses cemitérios são popularmente denominados de *cruzeiros*, como nos centros urbanos, onde não é incomum a prática adotada pelos donos de

cemitérios que, por razões financeiras, acabam aceitando realizar enterros à margem dos marcos legais, ou seja, sem que seja apresentada uma Declaração de Óbito por parte dos responsáveis pelo ritual fúnebre.

Para além dos problemas da subnotificação dos registros de óbitos, há baixa qualidade das informações neles contidas. Isso decorre, primeiramente, de falhas de preenchimento, derivadas tanto de informações malprestadas pelos declarantes dos óbitos, como por falhas nos procedimentos de coleta dos dados por parte dos funcionários responsáveis. E, em segundo lugar, decorre das precárias condições de atendimento médico, laboratorial e hospitalar que aumentam o número de casos de falecimentos cujas causas de morte não são identificadas. Dessa forma, no triênio 1998-2000, do total de registros de óbitos contidos na base do SIM, 13,8% dos brasileiros do sexo masculino e 15,5% das brasileiras de sexo feminino tiveram como motivo de morte causas não identificadas. À guisa de comparação, Vasconcelos (1998) apontou que, nos anos de 1980, o percentual de registros com causas maldefinidas era de 2% na Argentina, 4% no México e 8% no Chile.

Os sub-registros de óbitos no Brasil, segundo a faixa etária, concentram-se nas idades inferiores a um ano de idade. Simões (2002), baseado em informações levantadas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Benfam, apontou que, na faixa de idade de 0 a 2 meses, o grau de subnotificação em todo o país chegava a 51,5%, alcançando cerca de 80% na região Nordeste (tabela 1).

Tabela 1. Cobertura e sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade por grandes regiões e alguns estados, 1996

Idade (em meses)	Cobertura de Óbitos %	Sub-registro %
Brasil		
O A II	48,5	51,5
Norte Urbano		
O A II	46,2	53,8
Nordeste		
O A II	20,6	79,4
Minas e Espírito Santo		
O A II	71,9	28,1
São Paulo		
O A II	90,9	9,1
Sul		
O A II	79,5	20,5
Paraná		
O A II	80,0	20,0
Centro-Oeste		
O A II	79,6	20,4

Fonte: Simões (1996), baseado em dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde/Benfam.

O fato de a maior parte dos sub-registros de óbitos concentrar-se na faixa etária abaixo de um ano não implica que nas demais faixas esse problema esteja ausente. Oliveira e Albuquerque (s/d, p. 10) calcularam que, no ano de 2000, o percentual de cobertura dos óbitos da população acima dos cinco anos no Brasil seja de 80% para homens e de 75,76% para mulheres. Segundo os autores, o problema do sub-registro ocorre com maior intensidade na população jovem do que na população adulta e idosa. Isto ocorreria *“pela necessidade da família em possuir o documento que atesta o falecimento da pessoa, pois, não raramente, existem direitos ou benefícios a serem, horizontal ou verticalmente, transmitidos”*. Essa realidade, porém, não é sinônimo de que não haja subnotificações de grupos etários mais avançados, até porque, em um contexto de elevada pobreza e informalidade no mercado de trabalho, a maioria das pessoas não tem bens ou direitos a serem transmitidos após sua morte, desestimulando a oficialização do falecimento. Assim, de acordo com esses autores, mesmo na faixa etária superior a 80 anos o nível estimado de omissão de registros de óbitos seria de 16% para os homens e de 21% para as mulheres.

O histórico de subnotificações de registros de óbitos não deve elidir o fato de que o grau de cobertura dos falecimentos vem fazendo progressos nas últimas décadas. Contribui para esse fato a urbanização do país, o aumento do nível médio de escolaridade da população, a abertura de novas vias de comunicação e transporte em direção aos pontos mais ermos do país, além do próprio incremento dos sistemas de recolhimento dessa sorte de informação. Igualmente positiva vem sendo a tendência à convergência dos indicadores de mortalidade do Registro Civil e do SIM. Vasconcelos (1994, 1998) apontou que, em 1978, a base de dados do Registro Civil continha 20% a mais de casos notificados em relação ao SIM. Já no ano de 1994, essa diferença, positiva para o Registro Civil, havia se reduzido para 3,9%.

Apesar dessa evolução favorável, cabe salientar que esse movimento não é marcado por uma via de mão única, existindo contratendências que contribuem para manter os sub-registros, tanto no Registro Civil como no SIM, em patamares elevados. Destarte, além dos fatores anteriormente elencados, que persistem conquanto em níveis mais baixos, deve ser listado como um fator da subnotificação o aumento da violência nas grandes cidades, que terminou por urbanizar um fenômeno antes basicamente rural e de pequenas cidades, qual seja, o enterro de pessoas falecidas em cemitérios clandestinos, agora transformados, nas metrópoles, em pontos de desova e outras formas de desaparecimento dos corpos. Assim, uma pesquisa realizada por Leonarda Musumeci (IE-UFRJ/Cesec), por exemplo, mostrou que, no estado do Rio de Janeiro, *“o número de pessoas registradas como desaparecidas no estado praticamente dobrou em dez anos, passando de 2.473 (em 1993 – N.A.) para 4.800 no ano passado (em 2003 – N.A.), o que representa um aumento de 94%. No período foram contabilizados 39 mil desaparecimentos, o que corresponde duas vezes à população de Búzios”* (O Globo, 2004, p. 26).

Por outro lado, mais especificamente no que diz respeito à base de dados do SIM, Vasconcelos (1994, p. 156) salienta que “ainda que as informações coletadas pelo Ministério da Saúde permitam uma descrição mais detalhada das características sociodemográficas do falecido e sobre circunstâncias do processo que o levou à morte, os problemas que envolvem certas informações comprometem a sua informação para várias regiões do país”. Desse modo, em grande medida, a riqueza de informações contidas na Declaração de Óbito perde-se devido ao grande número de informações não preenchidas. Assim, na maior parte dos casos, os registros de óbitos não trouxeram informações tais como características socioeconômicas e condições de atendimento médico durante o processo de falecimento. Em todo Brasil, no ano de 1991, a autora calculou que os valores ignorados em algumas variáveis contidas no registro do SIM chegavam a: estado civil, 6,3%; grau de instrução do morto, 36,5%; ocupação do falecido, 62%; ocupação do pai, 47,8%; grau de instrução do pai, 59,2%; ocupação da mãe, 82,1%; idade da mãe, 41,9%; grau de instrução da mãe, 51,4%; assistência médica (se tiveram ou não), 34,7%; e médico atestante (se tiveram ou não), 32,8% (Vasconcelos, 1998, p. 121).

A respeito da pronunciada heterogeneidade na qualidade dos indicadores do SIM pelo país, Vasconcelos (2000), baseada em dados de 1996, apontou que as unidades da federação formavam quatro grupos distintos. No Grupo 1, *boa qualidade de dados*, o sistema de coleta de informações do Ministério da Saúde foi considerado consolidado, apresentando razões de cobertura de óbitos de 95% e baixa discrepância, em termos de volume de informações, em relação ao Registro Civil. No Grupo 2, *qualidade de dados regular e deficiente*, a autora listou as unidades da federação onde os registros do Ministério da Saúde estavam em processo de consolidação, ou seja, mais de 65% da população vivia em municípios com informação de mortalidade regular, o grau estimado de cobertura dos óbitos alcançava entre 55% e 93% e as diferenças em relação ao Registro Civil, no que tange ao volume de informações, tendia a ser baixo. No Grupo 3, *qualidade de dados deficiente*, encontravam-se os estados onde o SIM não estava consolidado, menos de 65% da população vivia em municípios com coleta de informação regular sobre mortalidade, as taxas de cobertura de óbito variavam de 53% a 71% e havia sensível discrepância, em termos de volume de informações, comparativamente ao Registro Civil. E, no Grupo 4, *qualidade de dados muito deficiente*, estavam os locais onde os registros do Ministério da Saúde apresentam baixa confiabilidade, isto é, as razões de subnotificações são elevadas e as diferenças entre o SIM e o Registro Civil são bastante acentuadas.

Do Grupo 1 faziam parte os estados da região Sul e Sudeste, com exceção de Minas Gerais, o estado de Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal. Segundo a autora, nessas unidades da federação, viviam 49% da população brasileira. Vasconcelos subdividiu o Grupo 2: na primeira parcela, com informações de óbito regular, estariam os estados de Minas Gerais, Goiás, Pernambuco, Sergipe, Acre, Amapá e Roraima;

na segunda parcela, com informações de mortalidade deficientes devido às baixas proporções nas coberturas dos óbitos, estariam os estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Alagoas. O Grupo 3 seria composto pelos estados de Mato Grosso, Bahia, Ceará, Amazonas, Rondônia e Tocantins. De acordo com a autora, a baixa qualidade das informações sobre mortalidade nestas unidades da federação residiria nas condições desfavoráveis à própria coleta desse tipo de informação, tal como a grande extensão territorial, ausência de assistência médica, baixa razão de urbanização e, conseqüentemente, baixa proporção de oficialização dos eventos fatais. Assim, no interior desse último grupo, a confiabilidade das informações tenderia a ser maior nas capitais e nas cidades proporcionalmente mais importantes. No Grupo 4, por fim, estavam os estados do Piauí e do Maranhão, os mais pobres do país. Destarte, segundo as estimativas de Vasconcelos (2000), o grau de cobertura dos registros de óbitos no Maranhão era de 29% e, no Piauí, era de 19%, sendo que 80% da população desses estados viviam em municípios que apresentavam uma situação de coleta não regular de informações sobre mortalidade.

Quando os registros de mortalidade inexistem ou são de qualidade questionável, as estatísticas de mortalidade baseiam-se em estimativas indiretas sobre a probabilidade de sobrevivência dos filhos. Segundo Silva e Pessoa (2002, p. 1) *“as quantidades populacionais requeridas para estimar as taxas de mortalidade infantil usando este método incluem o número total de mulheres, o número total de filhos nascidos vivos e o número total de filhos nascidos vivos que já morreram, todos referentes a cada um dos grupos de mulheres classificadas nos grupos quinquenais de idade: 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, ..., 45 a 49 anos”*. A partir dessas informações, os indicadores são aplicados ao procedimento CEBCS (*Children ever Born and Children Surviving*) do programa Mortpak, desenvolvido pela divisão de população das Nações Unidas (Monteiro, 1996).

No Brasil, em geral, a construção das tábuas de mortalidade baseia-se no modelo Oeste das tábuas de Coale-Demeny, variante Trussel, e as principais fontes de pesquisas demográficas são a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Pnad) e a amostra do Censo Demográfico, ambas do IBGE. A partir dessas técnicas, modelos e bases de dados, é factível chegar-se aos níveis de mortalidade infantil (menores de um ano de idade); de mortalidade de crianças entre um e cinco (exclusive) anos de idade e a esperança de vida ao nascer. Mais adiante, quando forem analisadas as esperanças de vida dos grupos de raça/cor no Brasil, retomamos esse assunto.

3. Evolução do quesito raça/cor na base de dados do SIM: 1996-2000

3.1. Evolução dos registros de óbito com raça/cor declarada

Esta longa digressão sobre a qualidade dos indicadores de mortalidade no Brasil é de fundamental importância para a compreensão do debate principal deste estudo. A análise dos indicadores sobre a mortalidade dos grupos raça/cor e sexo da população brasileira não poderia ser realizada sem que se tivesse uma compreensão inicial do grau de consistência da própria base de dados em seu conjunto. Nesse sentido, como ponto de partida da presente abordagem, pode-se considerar que a introdução da variável raça/cor representa um agravamento do problema constatado anteriormente no que tange às lacunas das bases de dados sobre os níveis e padrões de mortalidade no país.

O fato de o modelo brasileiro de relações raciais ter construído uma imagem mítica acerca de seu modo de funcionamento – negando a existência das práticas discriminatórias – trouxe um conjunto de seqüelas sobre o processo de construção de políticas públicas, bem como sobre a geração de indicadores sociais, que em princípio as fundamentariam. Dessa forma, só recentemente é que passou a ser usual a inclusão da variável raça/cor da população nos questionários de algumas pesquisas e cadastros oficiais. Mesmo assim, um grande número de informações derivadas dos cadastros ou das pesquisas realizadas por órgãos governamentais ainda não coleta essa sorte de informação. Exemplo conspícuo a esse respeito, e que dialoga diretamente com o tema do presente artigo, vem a ser o próprio Registro Civil de Pessoas Naturais, o qual ainda hoje não agrega a variável raça/cor. De todo modo, essas insuficiências são marcadamente presentes na área da saúde, campo que tradicionalmente vem se mostrando refratário a análises e à adoção de políticas especificamente destinadas à população negra (Oliveira, 2003).

O processo de minoração do grau de omissão da variável raça/cor nos cadastros e pesquisas na área de saúde não passa de uma década. Especificamente no caso do SIM, a inclusão desse quesito nas Declarações de Óbitos tem apenas oito anos, devendo sua origem às proposições de políticas de ação afirmativa tecidas pelo Subgrupo Saúde do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra, criada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995.

Em abril de 1996, o Subgrupo Saúde do GTI organizou um seminário cujas conclusões continham um conjunto de proposições; entre elas havia: *“Introdução do quesito ‘cor’ ou a identificação racial no prontuário do paciente, bem como naqueles instrumentos relativos à gerência e à gestão do SUS (AIH, UCA, etc.), de forma a permitir*

um diagnóstico epidemiológico dos grupos raciais/étnicos e a realização de estudos específicos” (Grupo de Trabalho Interministerial, 1996, p. 17, item 11). Em 1998, em documento oficial assinado por dois representantes do Ministério da Saúde no GTI, os técnicos apontavam que “uma das medidas concretizadas, ainda no início do ano de 1996, foi a inclusão do quesito raça/cor (amarela, branca, indígena, parda e preta) nos formulários oficiais, nacionalmente padronizados de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos”. Assim, os mesmos representantes do Ministério da Saúde concluíram em seu relatório: “Isso permitirá a elaboração de estatísticas e análises, a partir de 1998, além de servir de base para a utilização desse quesito nos demais documentos civis e militares de nossa população. As informações sobre a mortalidade incidente na população agilizarão a tomada de decisões quanto à execução de ações de caráter preventivo” (Alves e Barbosa, 1998, p. 7).

Destarte, ainda no ano de 1996, o quesito raça/cor foi incluído na Declaração de Óbitos do SIM. Conforme já foi possível salientar, a riqueza potencial desse registro, em termos de quantidade de informações a serem geradas, não tem se feito acompanhar pelo preenchimento dos diversos itens contidos nesse documento que, assim, permanece impraticável de ser plenamente mobilizado pelos pesquisadores e formuladores de políticas públicas. O mesmo ocorre no que tange à variável raça/cor. Ou seja, a mera existência desse item nos questionários não implica que o processo de preenchimento das informações venha a ser feito de modo adequado pelo declarante do óbito e pelo profissional responsável. Não obstante, a evolução da base de registros do SIM mostra uma permanente redução no percentual de casos de registros de óbitos com raça/cor ignorada em todo o país. Assim, de um percentual de 96,6%, em 1996, ano de inclusão do quesito nas Declarações de Óbitos, houve contínua queda: em 1997, 56,3%; em 1998, 35,4%; em 1999, 26,3%; e, em 2000, 15,7% (tabela 2).

Tabela 2. Evolução do preenchimento do quesito raça/cor nos registros do SIM – 1996-2000

Ano	Cor	Sul		Nordeste		Sudeste		Norte		C oeste		Brasil	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1996	Branco	29	0,02	9	0,00	10.575	2,26	4	0,02	11	0,02	10.628	1,2
	Negro	4	0,00			2.426	0,52	1	0,00	4	0,01	2.435	0,3
	Outros	20	0,01	23	0,01	17.032	3,64	5	0,02	9	0,02	17.089	1,9
	Ignorado	149.299	99,96	203.992	99,98	437.732	93,58	21.218	99,95	49.324	99,95	861.565	96,6
	Total	149.352	100,00	204.024	100,00	467.765	100,00	21.228	100,00	49.348	100,00	891.717	100,0
1997	Branco	67.666	46,72	19.438	9,41	153.999	33,47	2.510	11,56	6.811	13,14	250.424	28,3
	Negro	7.825	5,40	28.251	13,67	75.269	16,36	7.217	33,25	7.828	15,10	126.390	14,3
	Outros	633	0,44	2.401	1,16	6.005	1,31	314	1,45	366	0,71	9.719	1,1
	Ignorado	68.704	47,44	156.521	75,76	224.784	48,86	11.664	53,74	36.839	71,06	498.512	56,3
	Total	144.828	100,00	206.611	100,00	460.057	100,00	21.705	100,00	51.844	100,00	885.045	100,0
1998	Branco	102.646	67,08	32.122	14,84	238.724	51,59	3.760	16,09	10.236	19,24	387.488	42,6
	Negro	12.121	7,92	51.902	23,97	104.373	22,56	10.218	43,73	11.715	22,02	190.329	20,9
	Outros	1.084	0,71	2.148	0,99	4.923	1,06	491	2,10	387	0,73	9.033	1,0
	Ignorado	37.179	24,30	130.351	60,20	114.699	24,79	8.899	38,08	30.862	58,01	321.990	35,4
	Total	153.030	100,00	216.523	100,00	462.719	100,00	23.368	100,00	53.200	100,00	908.840	100,0
1999	Branco	113.095	75,43	38.011	17,15	255.781	54,75	4.759	19,60	15.701	28,83	427.347	46,6
	Negro	13.183	8,79	71.599	32,31	111.086	23,78	13.265	54,62	15.555	28,56	224.688	24,5
	Outros	1.095	0,73	9.647	4,35	11.967	2,56	717	2,95	827	1,52	24.253	2,6
	Ignorado	22.552	15,04	102.322	46,18	88.315	18,91	5.544	22,83	22.386	41,10	241.119	26,3
	Total	149.925	100,00	221.581	100,00	467.149	100,00	24.285	100,00	54.469	100,00	917.409	100,0
2000	Branco	125.676	82,52	55.933	24,51	282.936	60,98	6.520	25,12	23.725	43,75	494.790	53,5
	Negro	13.970	9,17	102.283	44,81	119.140	25,68	15.294	58,93	21.523	39,69	272.210	29,4
	Outros	716	0,47	1.661	0,73	8.717	1,88	666	2,57	727	1,34	12.487	1,4
	Ignorado	11.940	7,84	68.359	29,95	53.154	11,46	3.475	13,39	8.250	15,21	145.178	15,7
	Total	152.302	100,00	228.236	100,00	463.947	100,00	25.955	100,00	54.225	100,00	924.665	100,0

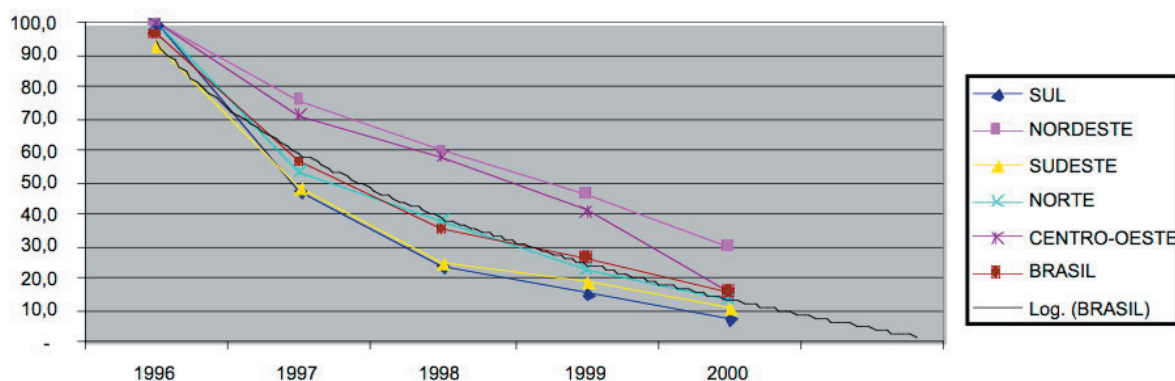
Fonte: Microdados do SIM/Datasus.

Se aplicarmos uma linha de tendência no gráfico 1, é razoável afirmar que, nos dias atuais, hipoteticamente o SIM já esteja se aproximando de uma quase universalização das declarações de raça/cor nas Declarações de Óbitos. Entretanto, apesar do caráter auspicioso desses indicadores, ele deve ser visto com certa ressalva, pois uma série de aspectos remanesce comprometendo a qualidade das informações contidas nessa base de dados.

Vemos na tabela 2 espelhadas as tradicionais disparidades regionais do país: em 2000, enquanto Sudeste (11,5%) e Sul (7,8%) apresentavam os menores percentuais de registros de óbitos com raça/cor ignorada; Norte e Centro-Oeste, 15,2% e 13,4%, respectivamente; coube ao Nordeste a taxa mais elevada (29,9%), ou seja, do ponto de vista proporcional, mais do que o dobro das outras regiões.

Sabemos também que os brancos formam a maioria da população nas áreas meridionais do país, ocorrendo o inverso nas regiões Norte e Nordeste, onde se sobressaem os pretos e pardos. Dessa forma, o fato de o maior percentual de registros de óbitos contendo a informação sobre raça/cor concentrar-se nas regiões Sudeste e Sul (ou, dito de outro modo, o fato de a maior proporção de omissões de informações a esse respeito ser encontrada na região Nordeste) torna inevitável que, no somatório nacional, o registro do SIM apresente um certo viés de branqueamento de sua base. Essa suspeita é reforçada pelo próprio fato de que, nas regiões setentrionais, o nível de subnotificação dos casos de falecimento tende a ser maior do que nas demais regiões brasileiras (Vasconcelos, 1998).

Gráfico 1. Percentual de casos de cor/raça ignorada nos registros do SIM. Brasil e grandes regiões, 1996-2000

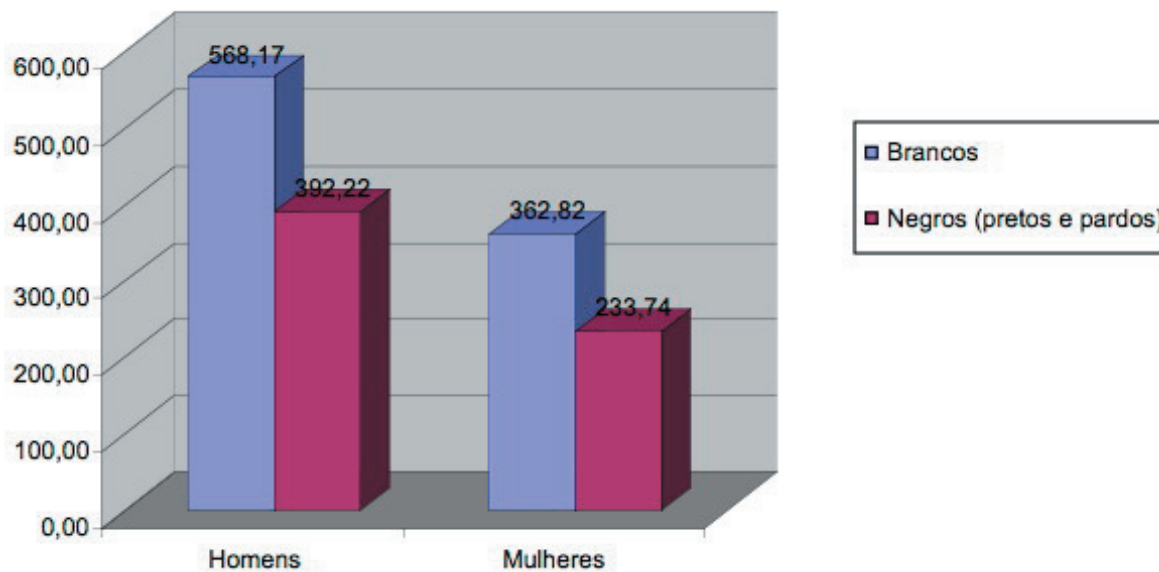


Fonte: Microdados SIM.

Outro motivo que leva à suspeita quanto a um possível viés branqueador nas bases de dados do SIM reporta-se às razões de mortalidade por 100 mil habitantes de acordo com os contingentes de raça/cor e sexo. Essa taxa é encontrada quando procedido o cruzamento das informações do SIM com os indicadores gerados a partir da amostra de 10% do Censo Demográfico de 2000.

O gráfico 2 mostra que, no Brasil, no período 1998-2000, as razões de mortalidade dos brancos do sexo masculinas foram de 568,17 óbitos por 100 mil habitantes, e que essa mesma proporção entre as mulheres brancas foi de 362,82 óbitos por 100 mil habitantes. Entre os negros, as razões de mortalidade foram de 392,22 óbitos de homens por 100 mil habitantes e de 233,74 óbitos de mulheres por 100 mil habitantes. Logo, podemos perceber que, tanto entre as pessoas do sexo masculino como entre aquelas do sexo feminino, a razão de mortalidade de pessoas brancas era superior à razão de mortalidade de pessoas negras. Todavia, essa informação é contraditória com o estado da arte sobre o tema que, fundamentado em estimativas indiretas, tende a acentuar justamente o contrário, ou seja, a maior taxa de mortalidade dos negros em relação aos brancos, tendo em vista as suas maiores taxas de mortalidade de crianças abaixo de um ano de idade, de crianças de até cinco anos de idade e sua menor esperança de vida ao nascer (Cunha, 1996; Wood e Carvalho, 1994).

Gráfico 2. Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes segundo os grupos de raça/cor e sexo. Brasil, 1998-2000



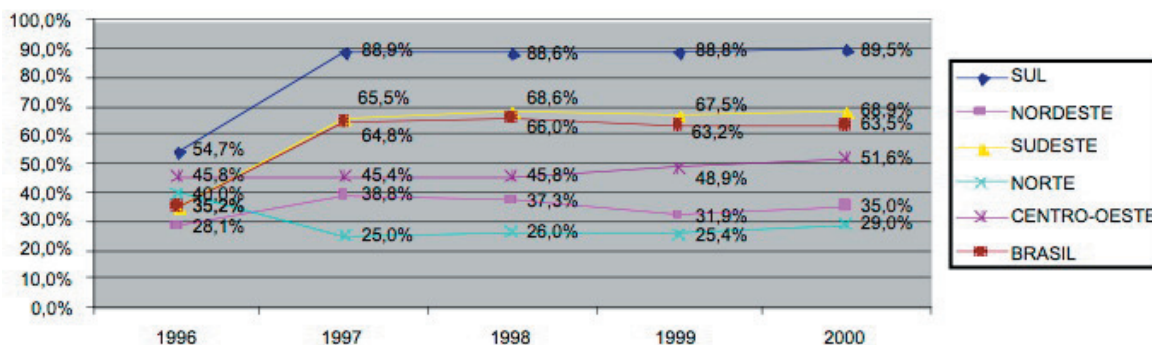
Fonte: Microdados SIM, 1998-2000 e microdados da amostra de 10% do censo 2000 – IBGE.

O grau de cobertura oficial de raça/cor dos óbitos pode também estar sendo comprometido pela evasão e invasão de registros de um grupo racial para outro. Na verdade, os conceitos de evasão e invasão de registros na área da demografia imbricam-se fundamentalmente com aspectos regionais, tendo em vista as disparidades quanto à oferta de determinados serviços de saúde entre as cidades que, desse modo, tende a superestimar em alguns sítios (e subestimar em outros) indicadores como taxas de natalidade e de mortalidade (Santos, 1978; Hakkert, 1996).

Analogamente, no atual estágio institucional do processo de coleta das informações de raça/cor, é evidente que há evasão de registros de raça/cor das pessoas falecidas para os registros de óbitos com raça/cor ignorada. É bastante provável ainda que esse tipo de evasão ocorra em maior proporção nos óbitos de pessoas negras. Essa falha pode ser gerada tanto por dificuldades do declarante do óbito em prestar esse tipo de informação, como por especial falta de preparo do responsável pelo preenchimento da informação na Declaração de Óbito. Assim, segundo essa hipótese, em maior proporção do que tende a ocorrer entre as pessoas brancas que morreram, pode estar ocorrendo maior dificuldade no processo de identificação racial de uma pessoa negra que tenha falecido.

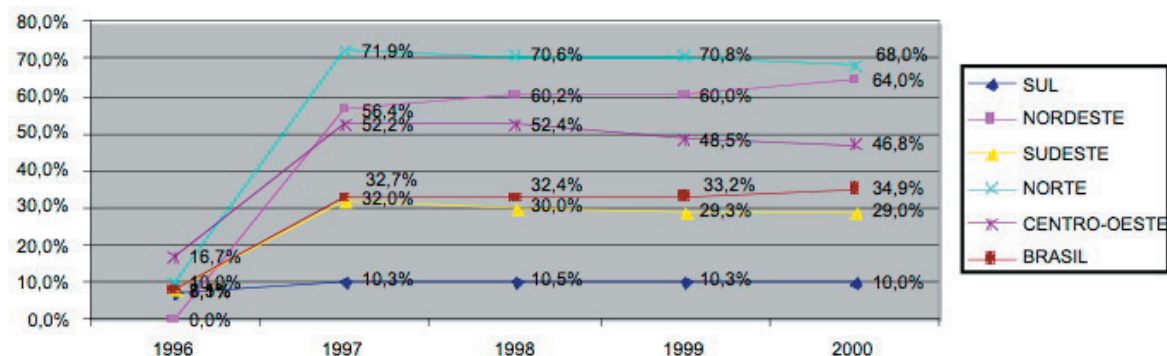
A análise dos gráficos 3 e 4 revela que, em todo o Brasil, em 2000, do total de registros de óbitos com raça/cor declarada, os brancos perfaziam 51,6% e os negros (pretos e pardos) perfaziam 46,8%. Esses percentuais apresentam ligeira discrepância em relação à presença relativa de ambos os contingentes na população brasileira que, no mesmo ano, eram, respectivamente, de 53,8% e 44,4%. Vale também salientar que nas Grandes Regiões também ocorre certa proximidade entre as proporções de registros de raça/cor declarados no SIM e as respectivas composições raciais regionais.

Gráfico 3. Percentual de registros de óbitos com raça/cor declarada "Branca" sobre total de registros de óbitos com raça/cor declarada, Brasil e grandes regiões, 1996-2000



Fonte: Microdados SIM.

Gráfico 4. Percentual de registros de óbitos com raça/cor declarada "Preta" e "Parda" sobre total de registros de óbitos com raça/cor declarada, Brasil e grandes regiões, 1996-2000



Fonte: Microdados SIM.

Apesar desses percentuais sugerirem certa compatibilidade entre a composição racial da população, tal como descrita pelo Censo, e a composição racial dos registros de óbitos, tal como descrita no SIM, ela é duvidosa, pois supõe que os padrões de mortalidade dos grupos de raça/cor estariam compassados às suas correspondentes proporções na população, suposição que, tal como foi visto, tende a ser discrepante com a literatura sobre o tema. Com isso, reforçam-se as suspeitas quanto ao menor grau de cobertura dos registros do SIM em relação à população negra, comparativamente ao que ocorre entre os brancos.

Tal hipótese, infelizmente, não pôde ser testada com o uso de uma literatura específica sobre o tema, tendo em vista não ter sido localizada nenhuma fonte bibliográfica a esse respeito. De toda forma, como último reforço quanto à pertinência da hipótese, a natureza do padrão brasileiro de relações raciais tende a classificar de forma mais valorativa as pessoas brancas (não criando maiores embaraços à sua classificação enquanto tal) e a classificar de forma pejorativa uma pessoa negra (pelo contrário, criando embaraços à sua classificação enquanto tal).

Por essa soma de motivos, não nos parece absurda a suposição quanto à existência de um menor grau de evasão de registro na Declaração de Óbito da raça/cor de uma pessoa falecida identificada socialmente como branca comparativamente a uma pessoa falecida identificada socialmente como negra (preta ou parda), e isso pode estar sendo expresso nos indicadores de mortalidade contidos na base de dados do SIM.

3.2. Perfil dos registros dos óbitos de raça/cor ignorada

O elevado percentual de registros de óbitos com raça/cor ignorada nos leva a constatar que, nos registros do SIM, além das cinco formas de classificação racial dos falecidos – branca, preta, parda, amarela e indígena –, há uma sexta categoria: raça/cor

ignorada. Por esse motivo, é fundamental esmiuçarmos qual é realmente o perfil dos registros de falecimento sem declaração de raça/cor, para termos uma avaliação mais consistente sobre as informações (ou a sua perda) presentes na base de dados do SIM.

A tabela 3 nos mostra que, em todo o Brasil, no triênio 1998-2000, a maior parte dos registros de óbito com raça/cor ignorada era encontrada na faixa etária inferior a um ano de idade, tanto para os homens (38,1%) como para as mulheres (37,9%). Entre os homens, as proporções de registros com raça/cor ignorada sobre o total de registros de óbito declinavam com a idade até a faixa entre 15 e 25 anos (20,7%). A partir daí, as taxas voltavam a apresentar certa elevação até chegar a 25% na faixa etária acima dos 60 anos. No caso das mulheres, tais proporções igualmente declinavam até a faixa etária entre 26 e 39 anos (24,9%), mantendo-se basicamente nesse patamar nos demais grupos etários, chegando a 26,2% na faixa acima dos 60 anos.

Tabela 3. Percentual dos registros de óbitos com raça/cor ignorada e declarada, sobre o total de registros de óbitos, de acordo com grupos de sexo, segundo faixas etárias selecionadas média trienal 1998-2000; Brasil.

Causa-morte	Homem C/raça declarada	Homem S/raça declarada	Mulher C/raça declarada	Mulher S/raça declarada
Menos de 1 ano	61,6%	38,4%	62,1%	37,9%
Entre um e quatro anos	70,0%	30,0%	69,0%	31,0%
Entre 5 e 14 anos	72,1%	27,9%	72,0%	28,0%
Entre 15 e 25 anos	79,3%	20,7%	74,4%	25,3%
Entre 26 e 39 anos	77,4%	22,6%	75,1%	24,9%
Entre 41 e 59 anos	76,6%	23,4%	75,2%	24,8%
Mais de 60 anos	75,1%	24,9%	75,1%	24,9%
Total	74,7%	25,3%	73,8%	26,2%

Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Na tabela 4 podemos ver a distribuição dos registros de óbitos com raça/cor ignorada na composição racial das causas de mortalidade. O percentual de registros de óbitos com raça/cor ignorada era mais expressivo nas afecções do período perinatal (50,2% entre os homens e 51,4% entre as mulheres). Isso é coerente com o que vem sendo visto ao longo deste estudo, posto que esse tipo de causa de morte afeta as crianças menores de um ano de idade. As mortes por malformação congênita (31,3% entre os homens e 30,1% entre as mulheres), conquanto de forma não exclusiva, igualmente relacionada aos primeiros anos de vida, também aparecia entre as que mais apresentavam registros de óbitos de raça/cor ignorada. A causa de morte derivada da gravidez, parto e puerpério também aparecia como um vetor com especial incidência proporcional de registro de óbito com raça/cor ignorada (33,3%).

Tabela 4. Percentual de registros de óbitos com raça/cor ignorada e declarada, sobre o total de registros de óbitos, de acordo com grupo de sexo e causa de mortalidade. Brasil, média trienal 1998-2000

Causa-morte	Homem C/raça declarada	Homem S/raça declarada	Mulher C/raça declarada	Mulher S/raça declarada
Infeciosa e Parasitária	73,0%	27,0%	71,2%	28,8%
Neoplasias	80,9%	19,1%	80,6%	19,4%
Doenças do Sangue	71,6%	28,4%	73,1%	26,9%
Metabólica, Endócrina e Nutricionais	74,9%	25,1%	75,6%	24,6%
Aparelho Circulatório	77%	23,0%	77,0%	23,0%
Aparelho Respiratório	77,1%	22,9%	76,2%	23,8%
Aparelho Digestivo	76,1%	23,9%	76,1%	23,9%
Afecções do Período Perinatal	49,8%	50,2%	48,6%	51,4%
Malformação Congênita	68,7%	31,3%	69,9%	30,1%
Gravidez, Parto e Puerpério			66,7%	33,3%
Causas Mal Definidas	62,0%	38,6%	60,5%	39,5%
Causas Externas	79,9%	20,1%	78,8%	21,2%
Homicídios	83,5%	16,5%	82,9%	17,1%

Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Também digno de destaque foi o elevado percentual de registros de óbitos com raça/cor ignoradas nas causas de morte mal definidas (38,6% entre os homens e 39,5% entre as mulheres). Ou seja, esse “tipo” de causa de morte, que por si já expressa um baixo perfil da qualidade do atendimento médico, laboratorial e ambulatorial, se expressa em uma outra forma de deficiência no processo de preenchimento dos registros de informações.

Não obstante, com poucas exceções (neoplasias, cerca de 19% entre homens e mulheres, e homicídios, 16,5% entre os homens e 17,1% entre as mulheres) em todas as causas de morte elencadas, o percentual de casos de registros de óbito com registro de raça/cor ignorada superava a casa dos 20%.

As tabelas 5a e 5b mostram a composição das causas de morte, segundo os grupos de sexo e idade, nos registros de óbito com raça/cor ignorada no triênio 1998-2000.

Na faixa etária inferior a um ano, praticamente metade dos casos de raça/cor ignorada, tanto entre os homens com entre as mulheres, correspondiam a afecções do período perinatal.

Entre os homens (tabela 5a), nas faixas etárias que vão do 1 aos 39 anos, a faixa modal dos registros de óbitos era representada pelas mortes por causas externas, com especial destaque (70,5%) para a faixa compreendida entre os 15 e os 25 anos. A partir dos 40 anos, as doenças do aparelho circulatório representavam a maior parte dos registros. Houve também presença significativa de causas mal definidas em todas as faixas etárias.

Tabela 5a. Composição da causalidade de mortalidade de pessoas de raça/cor ignorada do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal, 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,7%	14,5%	14,1%	4,3%	10,6%	6,1%	3,1%	5,6%
Neoplasias (tumores)	0,3%	8,3%	8,0%	3,0%	4,0%	11,6%	11,5%	8,7%
Doenças do sangue e associados	0,7%	1,6%	1,5%	0,7%	0,6%	0,4%	0,4%	0,5%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,8%	3,0%	1,4%	1,0%	1,9%	3,9%	4,4%	3,5%
Doenças do aparelho circulatório	0,6%	2,6%	4,8%	4,2%	10,2%	27,3%	32,8%	22,8%
Doenças do aparelho respiratório	7,5%	14,5%	6,1%	3,2%	4,5%	6,0%	11,2%	8,3%
Doenças do aparelho digestivo	0,6%	2,1%	1,6%	1,6%	7,2%	8,9%	3,9%	4,8%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Algumas afecções originadas no período perinatal	49,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%
Malformações congênicas defor e anom cromossomicas	8,6%	4,0%	1,8%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	1,1%
Causas mal definidas	14,8%	18,3%	13,4%	9,0%	14,4%	18,5%	27,0%	21,0%
Causas externas de morbidade e mortalidade	1,7%	22,8%	39,6%	70,5%	41,6%	12,9%	2,7%	14,3%
Homicídios	0,1%	1,6%	4,0%	33,2%	15,9%	3,4%	0,3%	4,6%
Outras (**)	1,9%	8,3%	7,7%	3,3%	4,8%	4,3%	3,0%	3,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo Grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

No caso das mulheres (tabela 5b) ocorria maior diluição das causas de morte acima de um ano de idade, havendo, porém, destaque para o elevado percentual das causas de morte mal definidas – entre 15,4% e 27,3% conforme o patamar etário – e a presença de doenças infecciosas e parasitárias até os 39 anos. A partir dos 40 anos, as doenças do aparelho circulatório passavam a ser a causa de morte modal, bem como são expressivos os índices de óbitos por neoplasias, principalmente dos 40 aos 59 anos.

Tabela 5b. Composição da causalidade de mortalidade de pessoas de raça/cor ignorada do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal, 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,1%	14,8%	8,3%	9,2%	11,1%	5,1%	2,8%	5,1%
Neoplasias (tumores)	0,4%	7,4%	10,4%	6,6%	13,0%	18,7%	9,6%	10,1%
Doenças do sangue e associados	0,7%	1,9%	1,7%	1,8%	1,2%	0,6%	0,4%	0,6%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,9%	3,6%	2,9%	2,8%	3,2%	6,2%	6,8%	5,8%
Doenças do aparelho circulatório	0,7%	3,7%	6,7%	7,9%	18,4%	31,0%	34,7%	27,6%
Doenças do aparelho respiratório	7,7%	17,2%	9,3%	2,8%	6,4%	6,7%	10,7%	9,3%
Doenças do aparelho digestivo	0,5%	2,0%	2,4%	5,7%	4,9%	4,7%	3,4%	3,3%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,3%	1,8%	3,9%	0,2%	0,0%	0,4%
Algumas afecções originadas no período perinatal	47,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%
Malformações congênitas defor e anom cromossomicas	9,3%	5,5%	3,0%	10,6%	0,0%	0,1%	0,0%	1,3%
Causas mal definidas	15,4%	17,0%	15,3%	23,0%	17,8%	19,0%	27,3%	23,3%
Causas externas de morbidade e mortalidade	1,6%	18,4%	29,4%	11,5%	13,8%	4,0%	1,4%	4,0%
Homicídios	0,1%	1,2%	2,2%	7,6%	3,3%	0,6%	0,1%	0,6%
Outras	1,9%	8,5%	10,3%	3,2%	6,5%	3,7%	2,7%	3,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo Grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

4. Estrutura das causas de mortalidade nos grupos de raça/cor

4.1. Perfil da mortalidade dos grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões

Após verificarmos os limites e as potencialidades de uso das bases de registros do SIM, passamos ao perfil das causas de morte nos grupos raciais decompostos por sexo. Tal como na seção anterior, os indicadores aqui utilizados baseiam-se na média do triênio 1998-2000. Com isso, infelizmente será perdida uma certa qualidade da informação, tendo em vista a evolução do grau de preenchimento da variável raça/cor nos registros do SIM ao longo desse período. Porém, devido à natureza desses indicadores, sensíveis a fatores estocásticos que possam ocorrer ano a ano, tal procedimento acabou sendo inevitável (Machado e Rigotti, 1996; Abreu e Rodrigues, 2000). Para tornar a leitura do texto mais fluida, evitaremos a permanente repetição desse período de tempo no qual transcorreram os eventos em estudo. Igualmente, o atual estudo deixará de considerar as falhas de notificações dos registros de óbitos, passando a dialogar com os indicadores existentes da base de dados do SIM, mormente a variável raça/cor quando declarada, como se representasse todo o universo de falecimentos durante o referido período. Por esse motivo, quando forem feitos comentários sobre as estruturas das causas de mortalidade dos distintos grupos raciais e de cor, devemos prestar atenção para o fato de que se tratam de indicadores que não levam em consideração as omissões de registro de casos de falecimentos, bem como, salvo quando mencionado, os registros de óbitos com raça/cor ignorada. Por essa razão, os dados que serão debatidos não expressam necessariamente a efetiva realidade existente nos distintos padrões de mortalidade dos grupos de raça/cor, muito embora possam servir de indicativos da situação que, de fato, esteja ocorrendo.

Finalmente, as limitações das bases de dados do SIM não permitiram uma análise consistente da estrutura de mortalidade, nem do grupo amarelo e nem do grupo indígena, desagregada por causas de morte e por grupos etários. Por esse motivo serão feitas somente duas referências a estes contingentes, uma para cada grupo de sexo, quando forem ser analisadas as composições das causas de mortalidade no interior de cada grupo racial ou de cor, de todas as faixas etárias.

4.1.1. Perfil da mortalidade do sexo masculino segundo os grupos de raça/cor por faixa etária

a) Abaixo de um ano

Entre os bebês brancos do sexo masculino que não completaram um ano de vida, a causa de morte modal foi por afecções do período perinatal (49,5%); a seguir vieram as malformações congênitas (13,5% de falecimentos), as doenças do aparelho respiratório (9%), as doenças infecciosas e parasitárias (8,4%) e as causas mal definidas (8,1%) (tabela 6).

Entre os bebês pretos do sexo masculino que faleceram antes de um ano de idade, as afecções do período perinatal responderam por 41,6% das mortes. Em segundo lugar, sinalizando especiais baixas condições de atendimento médico, apareceram as causas não identificadas (13,9%). As doenças infecciosas e parasitárias (13,3%), as doenças do aparelho respiratório (11,4%) e as malformações congênitas (7,5%) também se mostraram como importantes causas relativas de mortes dessas crianças (tabela 7).

No caso dos bebês pardos do sexo masculino que morreram antes de completar um ano de idade, mais uma vez foram as afecções do período perinatal a causa de morte mais importante (46,1%). Tal como ocorrido entre os pretos, as causas mal definidas vieram em segundo lugar: 14,2%; depois temos 11,4% de mortes por doenças infecciosas e parasitárias e 9,8% por doenças do aparelho respiratório (tabela 8).

Entre os bebês negros do sexo masculino que não completaram um ano de idade, 45,6% dos casos fatais foram gerados por afecções do período perinatal, 14,2% por causas mal definidas (reforçando as suspeitas quanto ao mau atendimento médico nessa faixa etária), 11,6% por doenças infecciosas e parasitárias, 10% por doenças do aparelho respiratório e 7,8% por malformações congênitas. Vale salientar que, contrariamente ao ocorrido com bebês brancos, as malformações congênitas não apareceram entre os negros de mesma faixa etária com tanto destaque, e sim as causas mal definidas (tabela 9).

Nas Grandes Regiões, podemos ver que tanto para os bebês brancos como negros do sexo masculino, que não completaram um ano de idade, as afecções do período perinatal foram a causa de morte modal (tabelas 10 e 11).

Igualmente é interessante verificar que, no Sudeste, Centro-Oeste e no Sul, entre os falecimentos de bebês brancos do sexo masculino dessa faixa etária, as afecções do período perinatal ocuparam quase a metade dos registros de óbitos. Já as causas maldefinidas não apareceram com tanto destaque, girando em torno de 5% dos óbitos totais desse grupo. Contudo, nas regiões Norte e Nordeste, as afecções do período perinatal situaram-se na faixa dos 45% e as causas mal definidas encontraram-se no patamar de 12%. Uma vez que essas regiões são as que apresentam as piores condições econô-

micas e sociais do país (que, em alguma medida, tendem a se refletir nos indicadores de saúde de suas populações), parece razoável supor que há forte correlação entre as causas mal definidas e as baixas condições de atendimento médico e hospitalar aos recém-nascidos (tabela 10).

Semelhante perfil nessas regiões apresentam os bebês negros do sexo masculino que faleceram com menos de um ano de idade. Em todas elas, as afecções do período perinatal apareceram como causas modais de mortalidade. Já a importância relativa das causas mal definidas variou de acordo com a região. Assim, no Sudeste eram 6,9% do total de óbitos; no Sul, 7,7%; e no Centro-Oeste, 6%; destacando-se Nordeste e Norte, com 21,1% e 15,1% dos óbitos, respectivamente (novamente há provável correlação entre pobreza regional e condições de atendimento médico e hospitalar de baixo perfil). Coerentemente, o fato de os bebês negros do sexo masculino dessa faixa etária serem especialmente vitimados por esse tipo de morte em todas as regiões do país, apenas implica que suas condições de assistência se deram dentro de condições proporcionalmente mais degradadas que o ocorrido entre os bebês brancos de mesmo sexo (tabela 11).

b) Entre um e quatro anos

Nesse grupo etário, as crianças brancas do sexo masculino de todo o país faleceram, principalmente, por causas não naturais (32,8%), como os acidentes de transporte, que responderam por 12,5% do total das mortes. As demais causas em destaque foram: doenças do aparelho respiratório (13,3%); neoplasias (11,1%); doenças infecciosas e parasitárias (11,4%), e as causas mal definidas (8,0%) (tabela 6).

Entre as crianças pretas do sexo masculino da mesma faixa de idade, a causa modal de mortalidade também foram as causas externas, que responderam por 21,5% dos falecimentos nesse grupo etário (5,9% dos óbitos ocorreram por acidentes de transporte). As causas mal definidas estiveram em segundo lugar, com 19,3% dos óbitos; igualmente importantes foram as doenças do aparelho respiratório (16,3%) e as doenças infecciosas e parasitárias (14,8%) (tabela 7).

Na tabela 8 vemos que permanecem as causas externas as responsáveis pelas mortes de crianças pardas do sexo masculino entre um e quatro anos: 33,8%. Os acidentes de transporte representaram 11,0% do total de óbitos. As causas mal definidas responderam por 13,7% dos casos de falecimentos; as doenças do aparelho respiratório por 12,3%; e doenças infecciosas e parasitárias por 11,7%.

No caso das crianças negras de mesmo sexo e faixa etária (tabela 9), o principal motivo de mortalidade foram igualmente as causas externas: 32,4%, com os acidentes de transporte representando 10,4% do total de mortes. Doenças do aparelho respiratório

e doenças infecciosas e parasitárias marcaram 12,7% e 12%, respectivamente, o quadro de óbitos desse grupo.

Em proporções razoavelmente semelhantes nas cinco regiões (tabelas 10 e 11), a causa modal de mortalidade, tanto de crianças brancas como negras do sexo masculino, nessa faixa etária, foram as causas externas.

Nessas regiões destacaram-se as mortes de crianças brancas masculinas por doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, numa faixa que variou entre 8% e 13%, aproximadamente. No que tange às causas mal definidas, vieram à frente Norte e Nordeste, com as proporções de 14,8% e 9,5%, respectivamente (tabela 10).

Por meio da tabela 11, observando a coluna que trata das crianças negras do sexo masculino de um a quatro anos de idade, identificamos as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório como únicas causas de mortalidade com peso relativo superior a 11% no total de óbitos desse contingente nas cinco regiões. As causas mal definidas foram expressivas no Norte (16,4%) e no Nordeste (18,6%) e, de modo proporcionalmente menos gritante, no Sudeste (10,3%). Esta região foi onde as neoplasias tiveram maior peso, 10,1%; as outras não tiveram taxas superiores a 8%.

c) Entre 5 e 14 anos

Na faixa etária de 5 a 14 anos, em todos os grupos de raça/cor do sexo masculino, a causa hegemônica de morte prosseguiu sendo as causas externas.

Entre os infantes brancos desse grupo, 50,8% dos que morreram foram vitimados por causas externas, com especial destaque para os acidentes de transporte, que responderam por 21,1% dos casos de óbitos. As neoplasias igualmente apareceram com certo destaque: 13,3% (tabela 6).

Para os infantes pretos, as causas externas também se apresentaram como o vetor de mortalidade proporcionalmente mais significativo: 48,7%. Os acidentes de transporte corresponderam a 11,7% do total de óbitos nessa faixa etária e os homicídios a 8,1% (quarta causa de morte desse contingente juntamente com as neoplasias). Igualmente importantes foram as causas mal definidas (9,9%) e as doenças infecciosas e parasitárias (7,0%) (tabela 7).

A maior taxa de mortalidade por causas externas coube às crianças e adolescentes pardos: 57,4%. Os acidentes de transporte causaram 18,8% do total de óbitos e os homicídios, 9,3%; seguindo-se as causas mal definidas, com 9% (tabela 8).

Crianças e adolescentes negros foram vitimados, principalmente, por causas externas: 56,3%. Do total de óbitos, 17,9% referiam-se a acidentes de transporte. Todavia, vale salientar que, nessa faixa etária, os homicídios atingiram 9,1% desses. Igual taxa coube às causas mal definidas (tabela 9).

Nas Grandes Regiões, com exceção da região Norte (43,9%), mais da metade de crianças e adolescentes brancos de 5 a 14 anos faleceram de causas externas, que atingiram seu pico na região Sul: 57,8% do total de óbitos. As neoplasias representaram um importante fator relativo de causalidade de morte em todas as cinco regiões, nunca deixando de responder por menos de 12% dos casos de óbito. Já os homicídios apresentaram a menor taxa no Norte (1,5%) e a maior no Sudeste (7,4%) (tabela 10).

De forma semelhante, crianças e adolescentes negros do sexo masculino desse contingente etário, em todas as cinco regiões brasileiras, faleceram em decorrência de causas externas, as quais responderam por mais da metade dos casos de morte, com maior incidência (acima de 60% do total de óbitos registrados) nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. As causas de óbito mal definidas concentraram-se no Norte (15,4%) e no Nordeste (12,0%). Os homicídios apareceram no Norte, no Nordeste e no Sul, com taxas entre 5% e 6%, sendo superados pelo Sudeste (13,1%) e Centro-Oeste (10,5%) no total de óbitos ocorridos (tabela 11).

d) Entre 15 e 25 anos

As mortes por causas violentas, entre pessoas do sexo masculino, tornam-se ainda mais assustadoras quando adentramos essa faixa etária de todos os grupos de raça/cor.

Assim, 78,7% dos brancos foram vitimados por causas externas. Do total de óbitos, 38,1% foram por assassinato; 25,8% o foram especificamente por armas de fogo; e 20,5% morreram em acidentes de trânsito. Diante dessa realidade, as demais causas de morte perderam relevância, não respondendo isoladamente por mais de 5% dos casos totais de óbito (tabela 6).

A mesma taxa de óbitos por causas externas (78,7%) foi registrada para os jovens pretos. Foram vítimas de homicídios 52,6% desse contingente; 38,3% por armas de fogo; e 8,5% por acidentes de transporte. Tal como entre os jovens brancos do mesmo grupo etário, as demais causas de mortalidade, em geral, não representaram isoladamente mais de 5% dos casos totais de óbitos dos rapazes pretos (tabela 7).

Entre os jovens pardos, 82,9% morreram devido a causas externas. Os homicídios responderam por 52% dos casos totais de falecimentos registrados; ocasionados por armas de fogo foram 37,2%; e os acidentes de transporte, 11,6%. Mais uma vez,

isoladamente, as demais causas de mortalidade não representaram mais de 3% desse contingente (tabela 8).

Somados os jovens pretos e pardos falecidos, constatamos que 82,2% deles foram vitimados por causas externas. Entre os jovens negros desse grupo etário, as mortes por homicídios corresponderam a 52,1%, sendo cometidos por armas de fogo 37,4% do total de óbitos. Já os acidentes de transporte responderam por 11,1%. As demais causas também foram irrelevantes (tabela 9).

No recorte por regiões, foi o Sudeste que apresentou maior percentual de jovens brancos acometidos por causas não naturais: 80,6%. Todavia, nas demais regiões, essa causa de mortalidade não ficou abaixo dos 70%. Também os homicídios de jovens brancos concentraram-se no Sudeste, onde 45% dos óbitos foram ocasionados por esse motivo. Nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste, os homicídios de jovens brancos estiveram na faixa de 25% a 28%; enquanto a região Norte apresentou um índice irrisório: 2,2% dos casos totais, ultrapassado pelas causas mal definidas (7,6%) (tabela 10).

Entre os jovens negros que morreram, as causas externas também foram o principal fator relativo de mortalidade em todas as regiões, nunca ficando abaixo dos 76%. Especificamente no Sudeste, 85% dos casos de óbitos de negros deram-se por causas externas. No que tange aos homicídios, nas regiões Nordeste e Sul, a proporção de óbitos causados por assassinatos chegava à faixa de 39%; nas regiões Norte e Centro-Oeste à faixa de 45%. Finalmente, na região Sudeste, os homicídios responderam pela morte de 61% dos jovens negros entre 15 e 25 anos (tabela 11).

e) Entre 26 e 39 anos

Também nessa faixa etária mantém-se os óbitos de homens de ambos os grupos de raça/cor motivados por causas externas.

Dos registros de falecimento de homens brancos, as causas externas responderam por 50,1%. Do total de óbitos, os homicídios responderam por 21,1% dos casos; os ataques por armas de fogo por 13,2%; e os acidentes de transporte por 14%. Nessa faixa etária, a composição da mortalidade entre os homens brancos estava mais distribuída entre outras causas de morte: doenças infecciosas e parasitárias (11,4%); doenças do aparelho circulatório (9,4%); HIV/aids (8,5%); doenças do aparelho digestivo (6,7%); e causas mal definidas (6,4%) (tabela 6).

Entre os homens pretos, a principal causa relativa de mortalidade prosseguiu sendo as causas externas, que responderam por 42,3% dos falecimentos. Do total de mortos, 22,5% o foram por homicídios; 14,6% especificamente por armas de fogo; e

7,1% por acidentes de transporte. Porém, outras causas de mortalidade se destacam: doenças do aparelho circulatório, 12,2%; doenças parasitárias e infecciosas, 12,1%; causas mal definidas, 10,2%, HIV/aids, 7,3%; e doenças do aparelho digestivo, 6,2% (tabela 7).

No caso dos homens pardos de 26 a 39 anos, 55,9% foram vitimados por causas externas. Os homicídios responderam por 28,9%; cometidos por armas de fogo foram 18,7%; acidentes de transporte ocorreram em 11,3% dos casos totais de mortalidade desse contingente. Dentre as demais causas, destacaram-se as mal definidas, 9,4%; as doenças infecciosas e parasitárias, 7,9%; as doenças do aparelho circulatório, 8,2%; as doenças do aparelho digestivo, 5,7%; e o HIV/aids, 4,6% (tabela 8).

Entre os homens negros, 53,1% dos que morreram foram vitimados por causas não naturais. Nesse grupo etário, de raça/cor e sexo, o percentual ocupado pelos homicídios, no total de óbitos, chegava a 27,5%. Os homicídios por armas de fogo corresponderam a 17,8% e os acidentes de trânsito a 10,4% do total. As demais causas de mortalidade proporcionalmente relevantes foram: causas mal definidas, 9,5%; doenças do aparelho circulatório, 9%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,8%; doenças do aparelho digestivo, 5,8%; e HIV/aids, 5,1% (tabela 9).

Nas Grandes Regiões, as causas externas representaram proporcionalmente a metade dos casos de falecimentos de homens brancos, sendo esse percentual mais expressivo no Norte (56,9%) e no Centro-Oeste (56,3%) do que no Nordeste, Sudeste e Sul (49,3%; 50,0%; 50,5%, respectivamente). Já os homicídios corresponderam a cerca de 15% das causas de morte no Nordeste e no Sul, e variaram entre 20% e 26% nas demais regiões (tabela 10).

Com exceção do Sul (44,7%), foram ainda as causas externas responsáveis pela morte de mais da metade dos homens negros. Em relação à faixa etária anterior (de 15 a 25 anos), a proporção de homicídios declinou, mantendo-se, porém, em níveis razoavelmente elevados: Norte, 25,5%; Nordeste, 22,3%; Sudeste, 31,1%; Sul, 17,1%; e Centro-Oeste, 25,1% (tabela 11).

f) Entre 40 e 59 anos

Nessa faixa etária, o percentual de falecimentos derivados de causas externas cai acentuadamente, passando a ganhar relevo as doenças do aparelho circulatório.

De fato foram elas as responsáveis por 29,1% das mortes de homens brancos. As neoplasias responderam por 17,5% e as causas externas por 15,2% do total de óbitos. Outros importantes vetores relativos de mortalidade foram: doenças do aparelho digestivo, 9,3%; causas mal definidas, 8,7%; e doenças do aparelho respiratório, 6,6% (tabela 6).

Novamente as doenças do aparelho circulatório atingiram também os homens pretos de mesma faixa etária, correspondendo a 30,4% das mortes dessas pessoas. Igualmente importantes foram: as causas não identificadas, 13,5%; as causas externas, 12,3%; as neoplasias, 12,3%; as doenças infecciosas e parasitárias, 7,4%; as doenças do aparelho digestivo, 7,4%; e as doenças do aparelho respiratório, 7,0% (tabela 7).

No caso dos homens pardos, a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório: 26,1% dos óbitos. A seguir vêm as causas externas, com 19,3% (6,5% do total foram vítimas de homicídios). As demais causas de mortalidade foram: causas mal definidas, 14,9%; neoplasias, 10,8%; doenças do aparelho digestivo, 8,4%; doenças infecciosas e parasitárias, 6,1%; doenças do aparelho respiratório, 6,0% (tabela 8).

Entre os homens negros, acompanhando o que ocorrera com pretos e pardos do mesmo patamar etário, a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 27,2% dos casos de óbitos registrados. As causas externas apareceram em segundo lugar, tendo vitimado 17,5% dos negros (5,9% por homicídio). As causas mal definidas responderam por 14,6% dos óbitos; as neoplasias por 11,2%; as doenças do aparelho digestivo por 8,1%; as doenças infecciosas e parasitárias por 6,5%; e as doenças do aparelho respiratório por 6,2% (tabela 9).

Entre os brancos que faleceram entre os 40 e 59 anos de idade, nas Grandes Regiões, as doenças do aparelho circulatório apareceram como as causas modais de mortalidade, nunca ficando abaixo dos 25% nem acima dos 30%. As demais causas de mortalidade que se destacaram, em geral, foram as neoplasias e as causas externas (tabela 10).

Para os negros, em quatro das regiões (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), a causa modal de mortalidade foi representada pelas doenças do aparelho circulatório, com percentuais variando entre 24% (no Nordeste) e 32% (no Sul) do total de óbitos. Já no Norte foram as causas externas que obtiveram maior percentual: 23,1%. Vale salientar que, em todas as regiões do país, causas mal definidas e causas externas foram motivos importantes de mortalidade de negros desse grupo etário (tabela 11).

g) Acima de 60 anos

Tal como parcialmente já ocorrera na faixa etária anterior (de 40 a 59 anos), o perfil da mortalidade dos homens acima de 60 anos assume um caráter bastante peculiar.

Entre os homens brancos, a principal causa de mortalidade prosseguiu sendo as doenças do aparelho circulatório: 37,8% do total de óbitos. As demais causas foram: neoplasias, 18%; doenças do aparelho respiratório, 15%; e causas mal definidas, 10,1% (tabela 6).

Igualmente foram as doenças do aparelho circulatório responsáveis por 38,6% dos falecimentos de homens pretos. A seguir vieram: causas mal definidas, 17,8%; neoplasias, 14%; e doenças do aparelho respiratório, 10,3% (tabela 7).

Do total dos registros de óbitos de homens pardos, 33,9% tiveram como causa as doenças do aparelho circulatório. Destacaram-se também as causas mal definidas, com 24,1% do total dos registros de óbitos. Outras proporcionalmente relevantes foram as neoplasias, 12,4%, e as doenças do aparelho respiratório, 10% (tabela 8).

Evidentemente, o somatório dos homens pretos e pardos mostra que 35% vieram a falecer acometidos de doenças do aparelho circulatório. As causas mal definidas estiveram presentes nos registros de óbitos de 22,6% desses negros. A seguir aparecem as neoplasias (12,8%) e as doenças do aparelho respiratório (10,1%) (tabela 9).

Ao analisarmos a composição da mortalidade de homens acima de 60 anos nas Grandes Regiões, vemos que a principal causa de óbito foram as doenças do aparelho circulatório: 33,2% na região Norte e 39,6% na região Sul, ocupando as demais regiões faixas intermediárias. As neoplasias e as doenças do aparelho respiratório foram também importantes fatores relativos de mortalidade desses homens em todas as regiões. Já as causas mal definidas apareceram relativamente com mais destaque no Norte e Nordeste (tabela 10).

Entre os negros, as doenças do aparelho circulatório apareceram como causa modal de mortalidade em três regiões geográficas do país, indo de 39% do total de óbitos no Sudeste e Centro-Oeste a 42,5% no Sul. Nas regiões Norte e Nordeste preponderaram as causas mal definidas, em torno de 32%; as doenças do aparelho circulatório vieram em segundo lugar, com 28,1% e 31%, respectivamente. Em todas as regiões do país houve destaque para as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório (tabela 11).

h) Todas as idades

Na tabela 6 podemos ver que a principal causa de mortalidade de pessoas brancas do sexo masculino de todas as idades foram as doenças do aparelho circulatório, responsável por 28,1% dos óbitos desse contingente em todo o país. As causas externas aparecem como segunda causa, tendo respondido por 16% das mortes registradas. As neoplasias geraram 14,7% dos óbitos desses brasileiros; as doenças do aparelho respiratório causaram 10,8% das mortes; e as causas mal definidas constaram em 8,9% dos registros de óbitos desse contingente. Já os homicídios foram a causa de 5,5% das mortes (3,5% do total por armas de fogo) e os acidentes de transporte de 4,6% delas.

Entre os homens pretos de todas as idades, a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, vetor responsável por 26,8% dos óbitos. As causas externas atingiram 19,7% desses homens, ocupando o segundo lugar no rol de

mortes desse contingente. As causas mal definidas estiveram presentes nos registros de óbitos de 14% dos homens pretos. Aparecem a seguir as neoplasias (10,1%), as doenças do aparelho respiratório (7,9%) e as doenças infecciosas e parasitárias (6,4%). Os homicídios vitimizaram 9,7% dos homens pretos, índice que, proporcionalmente, foi 76% superior ao do contingente de homens brancos. Os assassinatos por armas de fogo responderam por 6,5%, e os acidentes de transporte por 3,3% dos casos de falecimentos de homens pretos em todo o país (tabela 7).

A principal causa de morte de homens pardos de todas as idades foram as causas externas, que vitimizou 27,3% das pessoas desse grupo. As doenças do aparelho circulatório mataram 20,3% dos homens pardos em todo o país. Outras causas de mortalidade proporcionalmente relevantes entre eles foram: as causas mal definidas, que constaram em 15,9% dos registros de óbitos; as neoplasias, que responderam por 8,1% dos casos de falecimentos; e as doenças do aparelho respiratório, responsáveis por 6,9% do total de óbitos. Os homicídios vitimizaram 13% dos homens pardos, percentual esse 136% superior à mesma ocorrência com brancos. Mais detidamente, os homicídios por armas de fogo produziram 8,7% das mortes e os acidentes de transporte, 5,5% (tabela 8).

No somatório das causas de mortalidade dos homens pretos e pardos de todas as idades, as causas externas apareceram como principal vetor de mortalidade, tendo respondido por 25,6% dos óbitos registrados. As doenças do aparelho circulatório apareceram, proporcionalmente, como segunda maior causa de morte de homens negros, tendo gerado o falecimento de 21,8% deles. Proporcionalmente relevantes foram: as causas maldefinidas, que constaram em 15,5% dos registros de óbitos de homens negros; as neoplasias, que causaram a morte de 8,5% dos homens negros de todas as idades; e as doenças do aparelho respiratório, que originaram 7,1% dos casos de falecimentos dessas pessoas. Os homicídios causaram a morte de 12,3% dos homens negros de todas as idades. Essa proporção foi 123,6% superior ao verificado entre os homens brancos de todas as idades. Já os homicídios por armas de fogo vitimaram 8,2% dos homens negros de todas as idades e os acidentes de transporte atingiram 5,0% dos que faleceram (tabela 9).

Nas Grandes Regiões, a principal causa de mortalidade entre os homens brancos de todas as idades foram as doenças do aparelho circulatório, entre 26% e 30% (com exceção da região Norte, onde as causas externas aparecem proporcionalmente empatadas, 20%). As causas externas, as neoplasias, as causas mal definidas e as doenças do aparelho respiratório apareciam como fatores relevantes na morte de homens brancos. Os homicídios têm relativo destaque (cerca de 6%) nos óbitos ocorridos desse contingente nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte.

Entre os negros de todas as idades não houve uma causa principal de mortalidade nas Grandes Regiões, mas o revezamento de várias delas. No Norte e Nordeste, as causas mal definidas e externas, seguidas no Nordeste pelas doenças do aparelho

circulatório; no Sudeste e no Centro-Oeste, as causas externas e as doenças do aparelho circulatório; no Sul, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório. Quanto à morte por homicídio, ela atingiu os homens negros da seguinte forma: Sudeste, 15,3%; Centro-Oeste, 12,4%; Norte, 11,0%; Nordeste, 8,5%; e Sul, 6,9% (tabela 11).

Na tabela 12 encontram-se as principais causas de mortalidade de indígenas e amarelos do sexo masculino de todas as idades. Conforme salientado, os limites das bases de dados do SIM e a pequena proporção desses grupos na população brasileira impediram que fossem aprofundadas as desagregações por grupos etários.

Entre os amarelos, as principais causas de morte foram: doenças do aparelho circulatório, 27,4%; neoplasias, 15%; causas mal definidas, 12,5%; causas externas e doenças do aparelho respiratório, 11%. Já os homicídios atingiram “somente” 3,1% desse contingente.

Independentemente desses dados, vale salientar uma dúvida gerada no processo de sistematização dos dados SIM pelo presente estudo, no que tange às causas de mortalidade entre os amarelos. No Brasil, culturalmente, a cor amarela não está associada somente a um grupo racial ou de cor, mas, igualmente, a má condição física derivada de alguma doença infecciosa e parasitária (esquistossomose, lombriga, verminoses de todo o tipo) ou por problemas de anemia causada por algum outro motivo. Desse modo, talvez possa vir ocorrendo um certo equívoco nos procedimentos de preenchimento nos atestados de óbitos, quiçá inflando o número de registros de óbitos com raça/cor amarela. Destarte, utilizando-se a base de dados do SIM, combinada com os dados do Censo Demográfico de 2000, observa-se que a taxa de mortalidade de bebês amarelos do sexo masculino abaixo de um ano de idade atingia a marca de 11,8 mil óbitos por 100 mil habitantes. À guisa de exemplo, em todo o país, essa marca entre os bebês do sexo masculino abaixo de um ano de idade era de 3,4 mil por 100 mil habitantes. Por esse motivo, parece razoável supor que esses fatores de ordem cultural possam estar se imiscuindo no interior do processo de registros da raça/cor das pessoas falecidas em seus respectivos registros de óbitos, representando mais um fator de evasão de registros dessa variável.

Entre os indígenas, a principal causa de mortalidade, declarada nos registros de óbitos, foram as causas mal definidas: 23% dos casos de óbito. As demais causas de morte relativamente mais importantes entre os indígenas de todas as idades do sexo masculino foram: doenças do aparelho circulatório, 18,2%; causas externas, 17,5%; doenças infecciosas e parasitárias, 9,9%; doenças do aparelho respiratório, 8,3%; e neoplasias, 6,1%. Já os homicídios foram responsáveis por 6,8% do total de falecimentos.

Tabela 6. Composição da causalidade de mortalidade de brancos do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; Média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,4%	11,4%	4,9%	3,6%	11,4%	5,5%	2,6%	4,6%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,3%	1,2%	0,6%	2,1%	8,5%	1,9%	0,1%	1,5%
Neoplasias (tumores)	0,5%	11,1%	13,3%	4,1%	5,7%	17,5%	18,0%	14,7%
Doenças do sangue e associados	0,7%	1,2%	1,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,2%	2,4%	1,5%	0,7%	1,4%	3,7%	4,6%	3,6%
Doenças do aparelho circulatório	0,9%	2,3%	3,7%	2,9%	9,4%	29,1%	37,8%	28,1%
Doenças do aparelho respiratório	9,0%	13,3%	6,3%	2,7%	4,2%	6,6%	15,0%	10,8%
Doenças do aparelho digestivo	0,7%	2,1%	1,7%	1,2%	6,7%	9,3%	4,6%	5,4%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Algumas afecções originadas no período perinatal	49,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	13,5%	6,2%	2,7%	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,9%
Causas mal definidas	8,1%	8,0%	5,7%	3,6%	6,4%	8,7%	10,1%	8,9%
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,8%	32,8%	50,8%	78,7%	50,1%	15,2%	3,3%	16,0%
Homicídios	0,1%	2,3%	5,9%	38,1%	21,1%	4,1%	0,4%	5,5%
Ataque com arma de fogo	0,1%	0,7%	3,7%	25,8%	13,2%	2,4%	0,2%	3,5%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,2%	0,4%	2,6%	2,2%	0,5%	0,1%	0,5%
Acidente de transporte	0,5%	12,5%	21,1%	20,5%	14,0%	4,9%	1,0%	4,6%
Outras	2,7%	9,2%	8,2%	3,0%	4,1%	4,0%	3,7%	3,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(***) Negros = somatório de pretos e pardos.

(****) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 7. Composição da causalidade de mortalidade de pretos do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil.

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13,3%	14,8%	7,0%	4,2%	12,1%	7,4%	3,4%	6,4%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,5%	2,2%	0,0%	2,2%	7,3%	1,9%	0,1%	2,0%
Neoplasias (tumores)	0,2%	6,7%	8,1%	2,2%	3,4%	12,3%	14,0%	10,1%
Doenças do sangue e associados	0,8%	3,7%	1,8%	0,6%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,6%	2,2%	1,5%	0,4%	2,0%	4,4%	5,8%	4,1%
Doenças do aparelho circulatório	0,8%	3,0%	4,4%	3,2%	12,2%	30,4%	38,6%	26,8%
Doenças do aparelho respiratório	11,4%	16,3%	6,6%	2,3%	5,6%	7,0%	10,3%	7,9%
Doenças do aparelho digestivo	0,9%	2,2%	2,6%	1,3%	6,2%	7,4%	3,6%	4,8%
Algumas afecções originadas no período perinatal	41,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	7,5%	3,7%	2,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%
Causas mal definidas	13,9%	19,3%	9,9%	4,8%	10,2%	13,5%	17,8%	14,0%
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,5%	21,5%	48,7%	78,7%	42,3%	12,3%	2,7%	19,7%
Homicídios	0,1%	2,2%	8,1%	52,6%	22,5%	4,0%	0,4%	9,7%
Ataque com arma de fogo	0,1%	1,5%	6,2%	38,3%	14,6%	2,2%	0,2%	6,5%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,0%	0,4%	3,2%	2,3%	0,6%	0,1%	0,9%
Acidente de transporte	0,2%	5,9%	11,7%	8,5%	7,1%	3,2%	0,8%	3,3%
Outras	2,3%	6,7%	7,3%	2,5%	5,4%	4,9%	3,5%	4,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(***) Negros = somatório de pretos e pardos.

(****) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 8. Composição da causalidade de mortalidade de pardos do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,4%	11,7%	5,9%	2,6%	7,9%	6,1%	3,4%	5,4%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,2%	0,6%	0,4%	1,0%	4,6%	1,4%	0,1%	1,3%
Neoplasias (tumores)	0,3%	7,9%	7,6%	2,0%	3,2%	10,8%	12,4%	8,1%
Doenças do sangue e associados	0,7%	1,4%	1,0%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,2%	2,5%	1,1%	0,4%	1,3%	3,6%	4,8%	3,2%
Doenças do aparelho circulatório	0,8%	3,0%	3,6%	2,5%	8,2%	26,1%	33,9%	20,3%
Doenças do aparelho respiratório	9,8%	12,3%	5,0%	1,8%	3,9%	6,0%	10,0%	6,9%
Doenças do aparelho digestivo	0,6%	2,0%	1,6%	1,0%	5,7%	8,4%	4,0%	4,7%
Algumas afecções originadas no período perinatal	46,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	7,8%	3,3%	1,8%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,7%
Causas mal definidas	14,2%	13,7%	9,0%	4,9%	9,4%	14,9%	24,1%	15,9%
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,9%	33,8%	57,4%	82,9%	55,9%	19,3%	4,0%	27,3%
Homicídios	0,1%	2,5%	9,3%	52,0%	28,9%	6,5%	0,7%	13,0%
Ataque com arma de fogo	0,0%	1,0%	6,2%	37,2%	18,7%	3,7%	0,3%	8,7%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,2%	0,8%	4,9%	3,8%	1,2%	0,1%	1,6%
Acidente de transporte	0,3%	11,0%	18,8%	11,6%	11,3%	5,4%	1,3%	5,5%
Outras	2,1%	8,3%	6,0%	1,8%	4,0%	4,3%	2,9%	3,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(***) Negros = somatório de pretos e pardos.

(****) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 9. Composição da causalidade de mortalidade de negros do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,6%	12,0%	6,1%	2,9%	8,8%	6,5%	3,4%	5,7%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,2%	0,8%	0,3%	1,2%	5,1%	1,5%	0,1%	1,4%
Neoplasias (tumores)	0,3%	7,7%	7,6%	2,0%	3,3%	11,2%	12,8%	8,5%
Doenças do sangue e associados	0,7%	1,6%	1,1%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,3%	2,5%	1,1%	0,4%	1,4%	3,8%	5,1%	3,4%
Doenças do aparelho circulatório	0,8%	3,0%	3,7%	2,6%	9,0%	27,2%	35,0%	21,8%
Doenças do aparelho respiratório	10,0%	12,7%	5,2%	1,9%	4,3%	6,2%	10,1%	7,1%
Doenças do aparelho digestivo	0,7%	2,1%	1,8%	1,0%	5,8%	8,1%	3,9%	4,7%
Algumas afecções originadas no período perinatal	45,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	7,8%	3,4%	1,8%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%
Causas mal definidas	14,2%	14,4%	9,1%	4,9%	9,5%	14,6%	22,6%	15,5%
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,0%	32,4%	56,3%	82,2%	53,1%	17,5%	3,7%	25,6%
Homicídios	0,1%	2,5%	9,1%	52,1%	27,5%	5,9%	0,6%	12,3%
Ataque com arma de fogo	0,1%	1,0%	6,2%	37,4%	17,8%	3,4%	0,3%	8,2%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,2%	0,8%	4,6%	3,5%	1,0%	0,1%	1,4%
Acidente de transporte	0,3%	10,4%	17,9%	11,1%	10,4%	4,9%	1,2%	5,0%
Outras	2,2%	8,1%	6,2%	2,0%	4,3%	4,4%	3,0%	3,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(***) Negros = somatório de pretos e pardos.

(****) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 10. Composição da causalidade de mortalidade de brancos do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; grandes regiões; Brasil (causas selecionadas); em %

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 Anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Norte								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,6	9,3	7,6	3,6	5,4	5,2	3,4	5,5
Neoplasias	0,4	11,1	12,1	6,3	6,3	15,7	16,1	11,4
Doenças do aparelho circulatório	0,9	0,0	4,5	2,7	8,0	25,4	33,2	20,0
Doenças do aparelho respiratório	9,8	11,1	12,1	1,8	3,1	4,5	12,3	8,5
Afecções originadas no período perinatal	45,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2
Causas mal definidas	11,8	14,8	7,6	7,6	8,6	12,1	17,8	13,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,8	35,2	43,9	71,4	56,9	21,3	4,2	20,1
Homicídios	0,0	0,0	1,5	2,2	26,6	13,8	2,1	6,8
Nordeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,4	10,8	4,2	4,2	10,6	4,8	2,1	4,2
Neoplasias	0,4	10,8	12,7	4,9	7,0	19,7	17,9	15,4
Doenças do aparelho circulatório	0,6	1,9	3,9	3,4	9,8	28,2	37,1	27,9
Doenças do aparelho respiratório	8,6	12,9	5,6	3,1	4,1	6,8	14,8	10,9
Afecções originadas no período perinatal	44,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
Causas mal definidas	12,6	9,5	6,9	4,6	6,4	8,1	13,0	10,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	4,3	33,9	51,5	73,2	49,3	15,6	3,2	14,6
Homicídios	0,2	2,8	3,8	24,6	15,0	3,2	0,3	3,6
Sudeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,8	12,4	5,2	3,2	12,1	5,8	2,7	4,8
Neoplasias	0,6	11,7	13,9	3,6	5,0	16,5	18,2	14,4
Doenças do aparelho circulatório	1,1	2,7	3,8	2,6	9,4	29,7	38,3	28,5
Doenças do aparelho respiratório	9,5	14,2	6,6	2,5	4,4	6,5	15,3	10,8
Afecções originadas no período perinatal	53,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Causas mal definidas	4,9	6,6	4,8	2,9	6,4	9,0	8,3	7,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,5	31,0	50,1	80,6	50,0	14,6	3,3	16,5
Homicídios	0,1	1,9	7,4	45,0	24,2	4,4	0,3	6,6
Sul								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,2	11,4	3,6	4,4	11,4	4,6	1,8	3,9
Neoplasias	0,5	11,4	12,6	4,6	7,4	21,2	20,1	17,2
Doenças do aparelho circulatório	0,5	1,4	3,1	3,0	10,0	29,3	39,6	29,8
Doenças do aparelho respiratório	9,3	11,7	5,2	3,0	4,2	7,3	16,6	12,0
Afecções originadas no período perinatal	49,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
Causas mal definidas	5,3	3,9	2,5	2,5	4,1	5,4	6,6	5,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	6,0	40,1	57,8	76,6	50,5	15,9	3,3	15,4
Homicídios	0,2	3,1	4,4	24,6	14,3	3,0	0,3	3,5

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Centro-Oeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,2	8,1	5,3	3,4	8,7	7,1	4,5	5,8
Neoplasias	0,4	9,3	13,5	4,0	6,2	16,0	16,6	13,0
Doenças do aparelho circulatório	0,9	2,3	2,3	2,5	8,3	28,1	37,9	26,0
Doenças do aparelho respiratório	7,4	9,3	4,5	3,2	3,0	4,7	13,5	8,9
Afecções originadas no período perinatal	51,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
Causas mal definidas	4,7	5,8	3,0	3,5	6,1	8,5	9,2	7,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,5	40,7	54,9	75,8	56,3	18,6	4,3	19,6
Homicídios	0,0	3,5	6,8	28,1	20,4	5,4	0,6	6,0

(*) Negros = somatório de pretos e pardos.

(**) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID), não estão incluídas as outras causas de mortalidade.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 11. Composição da causalidade de mortalidade de negros do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; grandes regiões; Brasil (causas selecionadas); em %

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Norte								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,7	11,9	8,2	4,2	6,8	5,3	3,4	5,6
Neoplasias	0,1	6,7	5,6	2,1	4,3	11,7	12,2	7,6
Doenças do aparelho circulatório	0,8	1,5	3,1	2,2	5,7	20,0	28,1	15,0
Doenças do aparelho respiratório	8,2	11,2	4,6	1,9	2,2	4,2	9,2	6,1
Afecções originadas no período perinatal	49,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4
Causas mal definidas	15,1	16,4	15,4	8,1	13,7	21,8	32,0	21,2
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,6	37,3	51,8	76,6	56,7	23,1	4,1	25,8
Homicídios	0,1	1,5	5,6	44,0	25,5	8,3	0,7	11,0
Nordeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,3	11,4	6,9	3,1	7,1	5,7	3,1	5,3
Neoplasias	0,3	6,1	7,3	2,3	3,3	10,2	10,2	7,6
Doenças do aparelho circulatório	0,6	2,5	4,0	3,1	7,9	24,2	31,0	20,3
Doenças do aparelho respiratório	8,7	13,1	5,1	2,1	3,9	5,7	8,1	6,4
Afecções originadas no período perinatal	39,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
Causas mal definidas	21,1	18,6	12,0	7,6	12,3	18,2	32,7	22,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,2	30,4	52,3	76,8	53,1	18,9	3,7	22,1
Homicídios	0,1	2,2	5,7	38,9	22,3	5,6	0,6	8,5

continuação

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Sudeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,9	13,3	5,1	2,5	10,1	6,9	3,3	5,8
Neoplasias	0,3	10,1	8,4	1,7	3,1	11,7	15,3	9,3
Doenças do aparelho circulatório	0,9	4,0	3,9	2,4	9,9	29,5	39,2	23,5
Doenças do aparelho respiratório	12,4	12,9	5,5	1,7	4,8	7,0	12,1	7,9
Afecções originadas no período perinatal	50,8		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
Causas mal definidas	6,9	10,3	5,8	3,2	8,0	12,2	13,1	10,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,6		60,0	85,1	53,4	15,8	3,4	27,9
Homicídios	0,1	2,3	13,1	61,0	31,1	5,7	0,5	15,3
Sul								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,9	15,2	5,4	6,1	13,2	5,9	2,7	5,8
Neoplasias	0,0	6,5	8,6	2,0	4,1	15,1	17,4	12,5
Doenças do aparelho circulatório	0,6	0,0	2,2	2,0	11,1	32,0	42,5	28,9
Doenças do aparelho respiratório	12,2	15,2	5,4	2,7	6,3	8,1	14,6	10,4
Afecções originadas no período perinatal	45,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
Causas mal definidas	7,7	6,5	3,2	3,1	5,2	7,0	7,9	6,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	6,4	39,1	61,3	78,4	44,7	13,9	2,7	19,3
Homicídios	0,3	4,3	5,4	39,8	17,1	3,5	0,2	6,9
Centro-Oeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,6	10,0	5,3	2,7	8,1	7,6	5,4	6,5
Neoplasias	0,3	7,8	7,9	3,0	3,6	11,2	14,3	9,2
Doenças do aparelho circulatório	1,3	3,3	2,1	2,7	10,0	28,0	39,0	23,3
Doenças do aparelho respiratório	8,5	12,2	4,7	2,4	3,5	4,9	11,0	6,8
Afecções originadas no período perinatal	49,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
Causas mal definidas	6,0	6,7	3,7	2,8	6,4	10,9	11,6	9,0
Causas externas de morbidade e mortalidade	5,0	40,0	64,2	81,2	55,3	20,4	5,0	28,7
Homicídios	0,3	3,3	10,5	46,7	25,1	7,0	0,9	12,4

(*) Negros = somatório de pretos e pardos.

(**) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID), não estão incluídas as outras causas de mortalidade.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 12. Composição da causalidade de mortalidade de amarelos e indígenas do sexo masculino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Amarelos	Indígenas
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,1%	9,9%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	1,1%	1,2%
Neoplasias (tumores)	15,0%	6,1%
Doenças do sangue e associados	0,6%	0,5%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,0%	4,2%
Doenças do aparelho circulatório	27,4%	18,2%
Doenças do aparelho respiratório	11,0%	8,3%
Doenças do aparelho digestivo	5,4%	4,5%
Gravidez parto e puerpério	–	–
Algumas afecções originadas no período perinatal	3,3%	3,4%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	0,8%	1,0%
Sintomase sinais achados anormais e exame clínico e laboratorial não classificado	12,5%	23,0%
Causas externas de morbidade e mortalidade	11,1%	17,5%
Homicídios	3,1%	6,8%
Ataque com arma de fogo	1,8%	3,6%
Ataque com instrumento cortante	0,4%	1,6%
Acidente de transporte	2,9%	3,3%
Outras	3,8%	3,5%
Total	100,0%	100,0%

(*) Segundo Grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

4.1.2. Perfil da mortalidade do sexo feminino segundo os grupos de raça/cor e por faixa etária

a) Abaixo de um ano

Entre as bebês brancas que faleceram antes de completar um ano de idade, observamos que as afecções do período perinatal foram responsáveis por 47,4% dos óbitos, seguidas das malformações congênitas (15,5%). Outras causas de morte relativamente relevantes nesse grupo foram: doenças do aparelho respiratório, 9,3%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,6%; e causas mal definidas, 7,8% (tabela 13).

As bebês pretas morreram, principalmente, de afecções do período perinatal: 38,7% dos casos de óbitos. As causas mal definidas apareceram em segundo lugar, com 15% dos óbitos. Outras causas importantes de morte foram: doenças infecciosas e parasitárias, 12,2%; doenças do aparelho respiratório, 11,3%; e malformações congênitas, 9,1% (tabela 14).

Ainda a principal causa de mortalidade das bebês pardas também se referem a afecções do período perinatal: 43,7% dos óbitos. A seguir, as causas mal definidas responderam por 14,5% dos falecimentos desse contingente. Aparecem também com destaque as doenças infecciosas e parasitárias, 11,3%; as doenças do aparelho respiratório, 9,7%; e as malformações congênitas, 9% (tabela 15).

Coerentemente com os indicadores analisados para bebês pretas e pardas, 43,2% dos óbitos de bebês negras foram ocasionados pelas afecções do período perinatal. Em segundo lugar foram assinaladas nos registros de óbitos as causas maldefinidas, com 14,5%, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias, 11,4%; doenças do aparelho respiratório, 9,9%; e as malformações congênitas, 9% (tabela 16). Vale destacar que, nos três grupos (pretas, pardas e negras), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas correspondem a cerca de 4% do total de óbitos.

No recorte de Grandes Regiões, a principal causa de mortalidade de bebês brancas com menos de um ano de idade foram as afecções do período perinatal: no Sudeste, 51,4%; no Sul, 48,2%; no Centro-Oeste, 49,1%; no Norte, 39,1%; e no Nordeste, 42,3% dos óbitos. As doenças infecciosas e parasitárias e as causas mal definidas foram proporcionalmente mais relevantes no Norte e Nordeste que no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Finalmente, cabe salientar que as doenças do aparelho respiratório apareceram, relativamente, com certa intensidade em todas as regiões geográficas como causas de mortalidade desse contingente (tabela 17).

Foram também as afecções do período perinatal as causas mais relevantes de falecimento de bebês negras em todas as regiões geográficas brasileiras: Sudeste, 49,3%; Norte, 48,8%; Sul, 42,3%; Centro-Oeste, 42,0%; e Nordeste, 37,1%. As causas mal definidas, no Norte e Nordeste, e as doenças do aparelho respiratório, no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, apareceram como a segunda principal causa de mortalidade entre as bebês negras. Com exceção do Sudeste, em todas as demais regiões geográficas brasileiras, as doenças infecciosas e parasitárias responderam por mais de 10% das causas de morte dessas bebês (tabela 18).

b) Entre 1 e 4 anos

Entre esse grupo etário de crianças brancas do sexo feminino, a principal causa de mortalidade foram as causas externas: 23,5% dos registros de óbitos. A segunda principal causa deveu-se às doenças do aparelho respiratório: 15,4% dos óbitos. Outras causas importantes foram: doenças infecciosas e parasitárias, 13,1%; neoplasias, 11,7%; acidentes de transporte, 10,1%; aparecendo ainda as causas mal definidas, com 8,4% (tabela 13).

O vetor que respondeu por 19,2% dos óbitos de meninas pretas foram as doenças do aparelho respiratório. As causas externas, relativamente, aparecem como segundo vetor, tendo ocasionado o falecimento de 18,3% desse contingente. A seguir vieram doenças infecciosas e parasitárias, com 17,3% dos óbitos. As causas mal definidas e as neoplasias foram motivo de morte de 12,5% e 9,6%, respectivamente, dessas crianças (tabela 14).

Foram as causas externas que mais atingiram as crianças pardas do sexo feminino dessa faixa etária, com 24,1% dos óbitos. As demais causas foram: doenças do aparelho respiratório, 16,3%; causas mal definidas, 15,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 14,4%; neoplasias, 8,7% dos registros de óbitos; e acidentes de transporte, 7,7% (tabela 15).

A principal causa de falecimento de meninas negras foram as causas externas: 23,4% dos registros de óbitos desse grupo etário. Doenças do aparelho respiratório ocasionaram 16,7% das mortes; causas mal definidas, 15,3%; doenças infecciosas e parasitárias, 14,8%; neoplasias, 8,8%; e acidentes de transporte, 7,4% (tabela 16).

Com exceção da região Norte, a principal causa de mortalidade de meninas brancas de 1 a 4 anos foram as causas externas, na faixa de 20% a 30%; lá a principal foram as doenças do aparelho respiratório (20%), as quais ocupam o segundo lugar no Nordeste, Sudeste e Sul, cerca de 15% dos casos; no Centro-Oeste, esse lugar coube às doenças infecciosas e parasitárias (13,2%). Estas, bem como as neoplasias responderam, em geral, por 10% a 15% dos casos totais de óbitos. Já as causas mal definidas apareceram em volumosa proporção nos registros de óbitos de crianças brancas do Norte e do Nordeste (tabela 17).

Entre as meninas negras permanecem as causas externas como principal motivo de óbito. Como segunda causa de morte proporcionalmente mais importante revezavam-se, no interior das grandes regiões, as doenças infecciosas e parasitárias (no Norte e Centro-Oeste); as doenças do aparelho respiratório (no Sudeste e Sul); e as causas mal definidas (no Nordeste); muito embora, seja importante salientar que estas três causas (com exceção das causas mal definidas na região Sul), apareceram com razoável destaque em todas as regiões do país (tabela 18).

c) Entre 5 e 14 anos

Das meninas brancas que morreram entre os 5 e 14 anos de idade, 36,1% o foram por causas externas. Isoladamente, os acidentes de transporte contaram 17,3% dos óbitos totais. As neoplasias ocasionaram 15,3% das mortes; as doenças do aparelho respiratório, 8,2%; e as causas mal definidas, 7,4% (tabela 13).

Na tabela 14 podemos ver a composição das causas de morte das crianças e adolescentes pretas que morreram nessa faixa etária. As causas externas foram o vetor modal, com 30,5% dos óbitos. As demais causas de mortalidade mais importantes, do

ponto de vista proporcional, dividiram-se entre as causas mal definidas e as neoplasias, ambas com 10,7%; as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório, ambas também com 8,5%; e as doenças infecciosas e parasitárias, com 7,9% dos falecimentos. Os acidentes de transporte ocasionaram 9,6% das mortes desse contingente.

Entre as meninas pardas, a principal causa de mortalidade foram as causas externas, responsáveis por 42,9% dos casos totais de óbitos. Os acidentes de transporte ocasionaram 15,4% dos falecimentos; as causas mal definidas, 11,4%; as neoplasias, 9,6%; as doenças do aparelho respiratório, 7,3%; e as doenças infecciosas e parasitárias, 6,8% (tabela 15).

O somatório das causas de morte das meninas pretas e pardas mostra que a principal foram as causas externas, fator responsável por 41,2% dos óbitos do grupo. Os acidentes de transporte, isoladamente, responderam por 14,6% dos casos de morte de meninas negras de 5 a 14 anos. As causas mal definidas, 11,3%; as neoplasias, 9,7%; as doenças do aparelho respiratório, 7,4%; e as doenças infecciosas e parasitárias, 7,0%, igualmente apareceram como relevantes fatores de mortalidade entre essas crianças (tabela 16).

Nas cinco regiões geográficas aparecem as causas externas como principal fator de mortalidade de meninas brancas entre 5 e 14 anos. Em segundo lugar vêm as neoplasias (no Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e as causas mal definidas (no Norte); doenças do aparelho circulatório e respiratório também se destacam no Centro-Oeste, ambas com 15,9% (tabela 17).

Entre as meninas negras, o mais importante vetor de mortalidade, em todas as regiões brasileiras, foram as causas externas. As causas mal definidas apareciam em segundo lugar no Norte e no Nordeste, enquanto no Sudeste foram as neoplasias; no Sul, estas empataram com as doenças infecciosas e parasitárias; e, no Centro-Oeste, chegavam a 23,1% do total de óbitos desse contingente (tabela 18).

d) Entre 15 e 25 anos

As causas externas mantêm-se como vetor principal das mortes também desse grupo etário, participando com 36,8% dos casos de óbitos jovens brancas. A seguir vieram as causas mal definidas, com 27,7%. Os homicídios responderam por 11,5% dos óbitos dessas garotas. Isoladamente, os acidentes de transporte responderam por 16,5% do total de mortes. As demais causas foram: neoplasias, 10,9%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4%; doenças do aparelho circulatório, 8,0%; doenças do aparelho respiratório, 6,8%; gravidez, parto e puerpério, 6,1%, HIV/aids, 4,7% (tabela 13).

Entre as jovens pretas que faleceram nessa idade, as causas externas responderam por 28,3% dos óbitos registrados e as doenças infecciosas e parasitárias, por 14,3%.

Os homicídios, isoladamente, representaram 10,8% das mortes; quando por armas de fogo, 6,4%. Os acidentes de transporte mataram 7,2% desse contingente. Outras causas foram: causas mal definidas, 9,9%; gravidez, parto e puerpério, 8,9%; doenças do aparelho respiratório, 8,0%; e HIV/aids, 6,8% (tabela 14).

Na tabela 15 observamos a estrutura de mortalidade das mulheres pardas entre 15 e 25 anos. Como causa de morte mais relevante encontravam-se as causas externas, com 44,9% dos óbitos, seguidas pelos homicídios, com uma alta taxa de incidência: 18%. Os assassinatos por armas de fogo ocasionaram o falecimento de 10,2% dessas jovens e os acidentes de transporte produziram a morte de 12,7% delas. Destacaram-se ainda as causas mal definidas, com 11,3% dos óbitos; as doenças infecciosas e parasitárias, com 9,4%; as doenças do aparelho circulatório, com 9,2%; as complicações de gravidez, parto e puerpério, com 8,0%; as neoplasias, com 7,6%; as doenças do aparelho respiratório, com 7,1%; e o HIV/aids, com 3,3% dos casos.

A morte de moças negras entre 15 e 25 anos, espelhando o cenário encontrado entre as mulheres pretas e pardas do mesmo grupo etário, decorreu, principalmente, de causas externas: 41,7%. Os homicídios ocasionaram o falecimento de 16,6% delas, valor relativo superior à mesma proporção entre as mulheres brancas do mesmo grupo etário em 45,6%. Os assassinatos por armas de fogo, especificamente, causaram 9,5% dos óbitos, e os acidentes de transporte, 11,6%. Outras causas relevantes foram: causas mal definidas, 11,0%; doenças infecciosas e parasitárias, 10,4%; doenças do aparelho circulatório, 9,5%; gravidez, parto e puerpério, 8,2%; neoplasias, 7,5%; doenças do aparelho respiratório, 7,3%; e HIV/aids, 4,0% (tabela 16).

Quando se trata das Grandes Regiões, as causas externas continuam sendo o vetor de óbito de mulheres brancas de 15 a 25 anos. Em segundo lugar vêm as causas mal definidas (no Norte), as neoplasias (no Nordeste e Sul) e os homicídios (no Sudeste e Centro-Oeste). Vale salientar que as causas mal definidas apareciam com certo destaque também no Nordeste, bem como as neoplasias e as mortes causadas por complicações da gravidez, parto e puerpério apareciam como importante causa relativa de mortalidade em todas as regiões. O mesmo vale para os homicídios, muito embora com um nível de intensidade bem inferior ao ocorrido com os homens brancos de igual faixa etária. De todo modo, à região Sudeste corresponderam 15,3% dos homicídios praticados contra as mulheres brancas entre 15 e 25 anos (tabela 17).

Entre as mulheres negras dessa faixa etária, a causa modal de mortalidade, em todas as regiões do país, foram as causas externas. Como segunda causa de morte mais importante apareceram os homicídios no Sudeste (21,6%), no Norte, (12,2%) e no Centro-Oeste (14,7%), mas com taxas também bastante elevadas nas demais regiões; no Nordeste, a segundo lugar coube às causas mal definidas e, no Sul, às doenças infecciosas e parasitárias. Estas, bem como as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e respiratório,

complicações da gravidez, parto e puerpério mostram importante relação com os óbitos de mulheres negras dessa faixa etária em todas as regiões brasileiras (tabela 18).

e) Entre 26 e 39 anos

Nessa faixa etária, os óbitos de mulheres brancas decorreram principalmente de causas externas: 42,7%. No entanto, devemos considerar a grande importância dos acometimentos por neoplasias, vetor que respondeu por 20,8% das mortes. Isoladamente, os acidentes de transporte foram responsáveis por 17,7% dos casos totais de óbitos; os homicídios, por 11,4%; e os assassinatos por armas de fogo, por 6,4%. As doenças do aparelho circulatório significaram 16,8% dos casos de falecimentos desse contingente. Outras causas de mortalidade foram: doenças infecciosas e parasitárias, 11,7%, HIV/aids, 7,9%; causas mal definidas, 6,9%; doenças do aparelho respiratório, 6,3%; doenças do aparelho digestivo, 4,2%; complicações de gravidez, parto e puerpério, 3,5% (tabela 13).

Entre as mulheres pretas mortas de 26 a 39 anos, a causa modal foram as doenças do aparelho circulatório: 21,4% dos óbitos. Em segundo lugar encontravam-se as doenças infecciosas e parasitárias, 15,7%; em terceiro lugar apareceram as neoplasias, 12,3%; e, em quarto lugar, as causas mal definidas, 11,8%, praticamente juntas com as causas externas, 11,6%. Neste caso, os homicídios e os acidentes de transporte responderam, respectivamente, por 4,8% e 2,4% dos casos de mortalidade desse contingente; as mortes por armas de fogo corresponderam a 2,5%. A mortalidade causada por HIV/aids respondeu por 9,7% do total de óbitos de mulheres pretas nessa faixa etária, tendo sido a sexta causa de morte em termos de importância relativa. As doenças do aparelho respiratório corresponderam a 7% dos óbitos, enquanto as doenças do aparelho digestivo e as mortalidades em decorrência da gravidez, parto e puerpério tiveram taxas de 4,8% e 4,1%, respectivamente (tabela 14).

Das mulheres pardas dessa faixa etária, 18,1% faleceram de causas externas. As doenças do aparelho circulatório originaram 17,9% dos óbitos; as neoplasias foram a terceira causa de mortalidade, com 13,8% de mortes. As demais causas foram: causas mal definidas, 13,4%; doenças infecciosas e parasitárias, 11,5%; doenças do aparelho respiratório, 6,4%, homicídios, 6,5%; HIV/Aids, 6,1%; acidentes de transporte, 5,1%; doenças do aparelho digestivo, 4,8%; e complicações da gravidez, parto e puerpério, 4,2% (tabela 15).

No caso das mulheres negras que morreram entre 26 e 39 anos de idade, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, com 18,7% dos óbitos registrados. As causas externas ocuparam o segundo lugar, com 16,5%. Fatores igualmente importantes de mortalidade foram as neoplasias e as causas mal definidas, que geraram cerca de 13% dos óbitos desse contingente, cada uma, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias, 12,5%. O HIV/aids apresentou uma taxa de 6,9% de mortes; as doenças do

aparelho respiratório, 6,5%; homicídios, 6,1%; doenças do aparelho digestivo, 4,8%; acidentes de transporte, 4,5%; complicações da gravidez, parto e puerpério, 4,2%; e mortes por arma de fogo, 3,2% (tabela 16).

Para as Grandes Regiões, as principais causas de mortalidade de mulheres brancas entre os 26 e os 39 anos foram as neoplasias no Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, e as causas externas seguidas pelas neoplasias no Centro-Oeste. A seguir destacaram-se as causas externas, as doenças do aparelho circulatório, as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório. Já as maiores taxas de óbitos por causas mal definidas encontraram-se no Norte, Nordeste e Sudeste. Cerca de 4% das mulheres brancas dessa faixa etária faleceram em decorrência de gravidez, parto e puerpério. Houve 7% de mortes por homicídio no Centro-Oeste e 5,8% no Sudeste; nas demais regiões, essa causa girou em torno de 4% (tabela 17).

A maioria das mortes de mulheres negras nessa faixa etária, nas Grandes Regiões, deveu-se a neoplasias (Norte); causas externas (Norte e Centro-Oeste); e doenças do aparelho circulatório (Nordeste, Sudeste e Sul). Na verdade, essas três causas de mortalidade apareceram com certo destaque em todas as cinco regiões. O mesmo ocorreu com as doenças infecciosas e parasitárias e com as causas mal definidas (com exceção do Sul), igualmente presentes, enquanto fatores de risco para esse grupo de mulheres negras, com razoável intensidade em todas as regiões. As maiores incidências de óbitos por doenças do aparelho respiratório ocorreram no Sul e no Sudeste. Mortes em decorrência de gravidez, parto e puerpério ficaram em torno de 5% no Norte, Nordeste e Sul. Os homicídios dessas mulheres representaram 6,7% dos óbitos tanto no Norte como no Sudeste e no Centro-Oeste (tabela 18).

f) Entre 40 e 59 anos

Nessa faixa etária passaram a ser as doenças do aparelho circulatório o vetor responsável por 31,1% dos casos de óbitos de mulheres brancas. Em segundo lugar, em termos relativos, apareceram as neoplasias, em 28,6% dos casos. Outras mortes decorreram de: causas mal definidas, 8,3%; doenças do aparelho respiratório, 7,2%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 5,8%; causas externas, 5,2%; doenças do aparelho digestivo, 4,7%; e doenças infecciosas e parasitárias, 4,3% (tabela 13).

Igualmente para as mulheres pretas de 40 a 59 anos, foram as doenças do aparelho circulatório o principal causador de mortalidade, com 37,5% de óbitos; bem como as neoplasias ocuparam o segundo lugar: 17,6%; as causas mal definidas apareceram em terceiro lugar: 13,7%. A seguir vieram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 7,3%; as doenças do aparelho respiratório, 6,6%; as doenças infecciosas e parasitárias, 5,3%; e as doenças do aparelho digestivo, 4,5% (tabela 14).

As mulheres pardas dessa faixa etária também faleceram principalmente devido a doenças do aparelho circulatório: 32% dos óbitos. As neoplasias participaram em 19,9% dos casos de falecimentos e as causas mal definidas, em 15,6%. Tiveram certa relevância as mortes por: doenças do aparelho respiratório, 6,5%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6,3%; causas externas, 5,3%; doenças infecciosas e parasitárias, 5,3%; e as doenças do aparelho digestivo, 4,8% (tabela 15).

A causa de morte modal para as mulheres negras dessa faixa etária foram as doenças do aparelho circulatório, fator que respondeu por 33,4% dos óbitos. Em segundo lugar, as neoplasias estiveram presentes em 19,3% dos registros de óbitos; em terceiro, as causas mal definidas, com 15,1%. As demais causas de mortalidade, proporcionalmente relevantes, foram: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6,6%; doenças do aparelho respiratório, 6,5%; doenças infecciosas e parasitárias, 5,3%; e, igualmente, doenças do aparelho digestivo e causas externas, 4,7% (tabela 16).

Nas Grandes Regiões, as principais causas de morte de mulheres brancas na faixa dos 40 aos 59 anos foram: neoplasias (Norte e Centro-Oeste) e doenças do aparelho circulatório (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Na verdade, em termos da composição das causas entre mulheres desse grupo etário, essas duas revezaram-se no primeiro e segundo lugares em todas as regiões. As causas mal definidas igualmente apareceram com algum destaque proporcional nos registros de óbitos dessas mulheres no Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste; doenças do aparelho respiratório são visíveis no Sul, Nordeste e Sudeste; doenças infecciosas e parasitárias, no Centro-Oeste, Norte e Sudeste; e as causas externas apresentaram percentuais entre 5% e 7% em todas as regiões (tabela 17).

Em quatro das regiões do país (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), as maiores taxas de mortalidade de mulheres negras deveram-se a doenças do aparelho circulatório; somente na região Norte encontramos as neoplasias como principal causa de mortalidade; ainda assim, as doenças do aparelho circulatório vinham em segundo lugar. Naquelas regiões (exceto no Nordeste) foram as neoplasias a segunda causa de morte. Com exceção do Sul, nas demais regiões, as causas mal definidas apareceram proporcionalmente com grande intensidade nos registros de óbitos. Doenças do aparelho respiratório destacaram-se principalmente no Sul; infecciosas e parasitárias no Centro-Oeste e causas externas no Norte (tabela 18).

g) Acima dos 60 anos

Dentre as mulheres brancas falecidas com idade acima dos 60 anos de idade, 41,0% tiveram como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório. As demais causas relevantes de mortalidade foram: neoplasias, 14,8%; doenças do aparelho

respiratório, 13,3%; causas mal definidas, 10,6%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 7,2%; e doenças do aparelho digestivo, 4,2% (tabela 13).

O principal fator causador da morte de mulheres pretas de mesma faixa etária também foram as doenças do aparelho circulatório: 42,8% dos óbitos. Outros fatores foram: causas mal definidas, 17,3%; neoplasias, 11,3%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 9,1%, doenças do aparelho respiratório, 9,1% (tabela 14).

A baixa de 36,2% no grupo das mulheres pardas decorreu de doenças do aparelho circulatório. Causas mal definidas, 24,6%; neoplasias, 10,8%; doenças do aparelho respiratório, 9,6%; e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 7,8% foram as demais causas relevantes de morte (tabela 15).

No somatório das mulheres pretas e pardas verificamos, coerentemente ao que foi recém-visto, que a causa modal de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, fator que ocasionou 37,9% dos casos de falecimentos desse contingente. Outras causas foram: causas mal definidas, 22,7%; neoplasias, 10,9%; doenças do aparelho respiratório, 9,5%; e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 8,1% (tabela 16).

As doenças do aparelho circulatório levaram a óbito a maioria das mulheres brancas dessa faixa etária em todas as regiões geográficas do país. As neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas mal definidas, conquanto em proporções variadas, igualmente estavam presentes, em todas as regiões geográficas, com certa intensidade na estrutura das causas de morte desse contingente (tabela 17).

O falecimento de mulheres negras após os 60 anos, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste decorreu, principalmente, de doenças do aparelho circulatório; e nas regiões Norte e Nordeste, de causas mal definidas. Deve ser frisado que essas duas causas de morte apareceram com certa intensidade em todas as regiões geográficas do país, assim como as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório (tabela 18).

h) Todas as idades

No somatório dos falecimentos de todas as idades, verificamos que, entre as mulheres brancas, a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório: 34,3% dos óbitos. Em segundo lugar apareceram as neoplasias, que geraram 16,4% das mortes. As demais causas foram: doenças do aparelho respiratório, 11,5%; causas mal definidas, 9,8%, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6,2%; causas externas, 4,8%. Os homicídios e os acidentes de transporte produziram, respectivamente, 0,8% e 1,6% das causas de mortalidade desse contingente (tabela 13).

No somatório dos óbitos em todas as idades, as mulheres pretas foram acometidas de doenças do aparelho circulatório em 36,5% das mortes. Em segundo lugar, as causas

mal definidas constaram de 15,5% dos registros de óbitos de todo o país. As demais causas de mortalidade proporcionalmente relevantes foram: neoplasias, 12,4%; doenças do aparelho respiratório, 8,4%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 7,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 5,4%; causas externas, 3,9%; e doenças do aparelho digestivo, 3,5%. Os homicídios e os acidentes de transporte ocasionaram, cada fator, 1,0% do total de mortes dessas mulheres (tabela 14).

No somatório das mortes de mulheres pardas em todas as idades, observamos que a causa modal de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório, fator responsável por 28% dos falecimentos. As causas mal definidas foram a segunda causa mais significativa de morte, tendo constado de 19,6% dos registros de óbitos dessas mulheres em todo o país. A seguir apareceram as neoplasias, 11,8%; as doenças do aparelho respiratório, 8,5%; causas externas, 6,7%, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6,2%; doenças infecciosas e parasitárias, 5,6%; e doenças do aparelho digestivo, 3,4%. Os homicídios e os acidentes de transporte responderam, respectivamente, por 1,7% e 2,0% dos óbitos totais desse contingente (tabela 15).

Quanto às mulheres negras, verificamos que, no somatório das mortes em todas as idades, as doenças do aparelho circulatório foram o fator responsável por 30% dos óbitos. As causas mal definidas vêm em segundo lugar, com 18,7% do total de falecimentos. A seguir, as neoplasias, 12%; as doenças do aparelho respiratório, 8,5%; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6,6%; as causas externas, 6,1%; as doenças infecciosas e parasitárias, 5,5%; as afecções originadas no período perinatal, 3,7%; e as doenças do aparelho digestivo, 3,4%. Os homicídios e os acidentes de transporte, respectivamente, ocasionaram 1,5% e 1,8% do total de óbitos que vitimaram as mulheres negras (tabela 16).

No recorte por Grandes Regiões, a principal causa de mortalidade entre as mulheres brancas foram as doenças do aparelho circulatório. As neoplasias foram praticamente a segunda causa de morte mais importante desse contingente em todas as regiões, isto é, na região Norte, elas perderam por muito pouco para as causas mal definidas. Quanto a estas, embora tenham se destacado nos registros de óbitos das mulheres brancas de todas as regiões, foram mais expressivas no Norte e no Nordeste. As doenças do aparelho respiratório também foram bastante marcantes em todas as regiões; as causas externas e as doenças infecciosas e parasitárias concentraram-se mais no Centro-Oeste e Norte; e neste, as afecções originadas no período perinatal (tabela 17).

No Sudeste, Sul e Centro-Oeste, o principal elemento motivador de falecimentos de mulheres negras foram as doenças do aparelho circulatório, e, no Norte e Nordeste, as causas mal definidas. Na verdade, em praticamente todas as regiões, ambas as causas aparecem com muita intensidade. Nunca abaixo dos 10% do total de óbitos, as neoplasias igualmente promoveram muitos falecimentos de mulheres negras em todas as regiões do Brasil. No Norte, vemos destacadas as afecções originadas no período perinatal e, nas demais regiões, as doenças do aparelho respiratório; as causas externas

foram mais significativas no Centro-Oeste, bem como as doenças infecciosas e parasitárias; embora com menor expressão, ambas as causas tiveram distribuição semelhante nas demais regiões. Embora não pareçam significativas em relação às demais causas de morte, as taxas de homicídios de mulheres negras praticamente dobraram em todas as regiões em relação às taxas apresentadas para mulheres brancas (tabela 18).

Na tabela 19 encontram-se as principais causas de mortalidade de mulheres indígenas e amarelas de todas as idades. Tal como já foi salientado quando do estudo desses mesmos indicadores para os homens, a pequena representatividade desses contingentes na população brasileira tornou temerárias as desagregações das causas de morte desses respectivos grupos por faixa etária.

Assim, os dados que temos nos mostram que, entre as amarelas, o principal fator causador de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, com 32% dos óbitos. As demais causas de morte relevantes foram: neoplasias, 15,4%; causas mal definidas, 13,4%; doenças do aparelho respiratório, 11,2%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6,2%; causas externas, 4,5%; e doenças infecciosas e parasitárias, 4,4%. Os homicídios e os acidentes de transporte vitimizaram, respectivamente, 0,4% e 1,4% dessas mulheres (tabela 19).

De todo modo, a mesma observação que já havia sido feita para os homens de raça/cor amarela pode ser estendido para as mulheres do mesmo grupo racial. Conforme já havia sido salientado, no Brasil, culturalmente, a cor amarela não está associada somente a um grupo racial ou de cor, mas, igualmente, à má condição física de uma pessoa. Isso poderia vir a inflar o número de registros de óbitos com raça/cor amarela. Dessa forma, utilizando-se a base de dados do SIM, combinada com os dados do Censo Demográfico de 2000, observa-se que a taxa de mortalidade de bebês amarelos do sexo feminino abaixo de um ano de idade atingia a marca de 9,15 mil óbitos por 100 mil habitantes. À guisa de exemplo, em todo o país, essa marca entre os bebês do sexo feminino abaixo de um ano de idade era de 2,6 mil por 100 mil habitantes. Por esse motivo, mais uma vez parece razoável supor que fatores de ordem cultural possam estar se imiscuindo no interior do processo de registros da raça/cor das pessoas falecidas em seus respectivos registros de óbitos, representando mais um fator de evasão de registros dessa variável.

No que tange às mulheres indígenas, foram as causas mal definidas o vetor que constava de 25,1% dos registros de óbitos de todo país. As demais causas relevantes de morte foram: doenças do aparelho circulatório, 19,7%; doenças do aparelho respiratório, 10,8%; doenças infecciosas e parasitárias, 10,1%; neoplasias, 8,1%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 7,3%; causas mal definidas, 5,7%; afecções originadas no período perinatal, 4,2%. Os homicídios e os acidentes de transporte vitimizaram, respectivamente, 1,3% e 1% dessas mulheres (tabela 19).

Tabela 13. Composição da causalidade de mortalidade de brancas do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,6%	13,1%	5,5%	8,4%	11,7%	4,3%	2,6%	3,9%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,4%	1,5%	0,6%	4,7%	7,9%	1,1%	0,0%	0,8%
Neoplasias (tumores)	0,6%	11,7%	15,3%	10,9%	20,8%	28,6%	14,8%	16,4%
Doenças do sangue e associados	0,7%	1,6%	1,4%	1,3%	0,8%	0,5%	0,5%	0,5%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,3%	2,8%	2,5%	2,5%	3,0%	5,8%	7,2%	6,2%
Doenças do aparelho circulatório	1,1%	3,1%	5,9%	8,0%	16,8%	31,1%	41,0%	34,3%
Doenças do aparelho respiratório	9,3%	15,4%	8,2%	6,8%	6,3%	7,2%	13,3%	11,5%
Doenças do aparelho digestivo	0,6%	1,9%	1,9%	2,7%	4,2%	4,7%	4,2%	4,0%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,4%	6,1%	3,5%	0,1%	0,0%	0,3%
Algumas afecções originadas no período perinatal	47,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	15,5%	7,7%	4,2%	5,3%	1,5%	0,2%	0,0%	1,2%
Causas mal definidas	7,8%	8,4%	7,4%	27,7%	6,9%	8,3%	10,6%	9,8%
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,5%	23,5%	36,1%	36,8%	42,7%	5,2%	2,0%	4,8%
Homicídios	0,1%	1,7%	4,2%	11,5%	11,4%	0,9%	0,1%	0,8%
Ataque com arma de fogo	0,0%	0,6%	2,0%	3,3%	6,4%	0,4%	0,0%	0,4%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,2%	0,6%	1,0%	1,6%	0,2%	0,0%	0,1%
Acidente de transporte	0,5%	10,1%	17,3%	16,5%	17,7%	2,0%	0,5%	1,6%
Outras	2,7%	10,5%	11,2%	3,6%	7,5%	3,9%	3,8%	4,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho genitourinário

(**)Negros = somatório de pretos e pardos

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 14. Composição da causalidade de mortalidade de pretas do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 no	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12,2%	17,3%	7,9%	14,3%	15,7%	5,3%	2,9%	5,4%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,4%	3,8%	2,3%	6,8%	9,7%	1,4%	0,1%	1,5%
Neoplasias (tumores)	0,7%	9,6%	10,7%	7,3%	12,3%	17,6%	11,3%	12,4%
Doenças do sangue e associados	0,8%	2,9%	4,0%	2,4%	1,0%	0,5%	0,4%	0,6%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,3%	2,9%	2,3%	3,3%	3,6%	7,3%	9,1%	7,7%
Doenças do aparelho circulatório	1,0%	2,9%	8,5%	10,5%	21,4%	37,5%	42,8%	36,5%
Doenças do aparelho respiratório	11,3%	19,2%	8,5%	8,0%	7,0%	6,6%	9,1%	8,4%
Doenças do aparelho digestivo	0,7%	2,9%	3,4%	3,8%	4,8%	4,5%	3,0%	3,5%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,6%	8,9%	4,1%	0,2%	0,0%	0,7%
Algumas afecções originadas no período perinatal	38,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	9,1%	4,8%	3,4%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%
Causas mal definidas	15,0%	12,5%	10,7%	9,9%	11,8%	13,7%	17,3%	15,5%
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,9%	18,3%	30,5%	28,3%	11,6%	3,0%	1,3%	3,9%
Homicídios	0,3%	2,9%	2,8%	10,8%	4,8%	0,6%	0,0%	1,0%
Ataque com arma de fogo	0,0%	1,0%	1,7%	6,4%	2,5%	0,3%	0,0%	0,5%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,7%	0,1%	0,0%	0,1%
Acidente de transporte	0,0%	5,8%	9,6%	7,2%	2,4%	0,9%	0,4%	1,0%
Outras	2,2%	6,7%	9,6%	8,4%	6,5%	3,7%	2,9%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 15. Composição da causalidade de mortalidade de pardas do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,3%	14,4%	6,8%	9,4%	11,5%	5,3%	3,1%	5,6%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,2%	0,9%	0,5%	3,3%	6,1%	1,1%	0,0%	1,0%
Neoplasias (tumores)	0,4%	8,7%	9,6%	7,6%	13,8%	19,9%	10,8%	11,8%
Doenças do sangue e associados	0,8%	1,8%	1,5%	1,6%	1,0%	0,5%	0,4%	0,6%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,9%	2,9%	1,9%	2,4%	2,9%	6,3%	7,8%	6,2%
Doenças do aparelho circulatório	0,8%	2,4%	5,3%	9,2%	17,9%	32,0%	36,2%	28,0%
Doenças do aparelho respiratório	9,7%	16,3%	7,3%	7,1%	6,4%	6,5%	9,6%	8,5%
Doenças do aparelho digestivo	0,7%	1,7%	2,3%	3,1%	4,8%	4,8%	3,2%	3,4%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,5%	8,0%	4,2%	0,2%	0,0%	0,7%
Algumas afecções originadas no período perinatal	43,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	9,0%	4,1%	2,5%	0,7%	0,4%	0,1%	0,0%	1,1%
Causas mal definidas	14,5%	15,7%	11,4%	11,3%	13,4%	15,6%	24,6%	19,6%
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,9%	24,1%	42,9%	44,9%	18,1%	5,3%	1,8%	6,7%
Homicídios	0,1%	2,0%	6,8%	18,0%	6,5%	1,0%	0,1%	1,7%
Ataque com arma de fogo	0,0%	0,8%	3,6%	10,2%	3,4%	0,5%	0,0%	0,9%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,4%	0,8%	2,8%	1,6%	0,2%	0,0%	0,3%
Acidente de transporte	0,3%	7,7%	15,4%	12,7%	5,1%	1,9%	0,6%	2,0%
Outras	2,2%	7,8%	8,1%	7,3%	5,7%	3,5%	2,4%	3,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo Grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = Transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 16. Composição da causalidade de mortalidade de negras do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,4%	14,8%	7,0%	10,4%	12,5%	5,3%	3,1%	5,5%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,2%	1,2%	0,7%	4,0%	6,9%	1,2%	0,0%	1,1%
Neoplasias (tumores)	0,5%	8,8%	9,7%	7,5%	13,4%	19,3%	10,9%	12,0%
Doenças do sangue e associados	0,8%	1,9%	1,8%	1,7%	1,0%	0,5%	0,4%	0,6%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,0%	2,9%	2,0%	2,6%	3,1%	6,6%	8,1%	6,6%
Doenças do aparelho circulatório	0,9%	2,5%	5,8%	9,5%	18,7%	33,4%	37,9%	30,0%
Doenças do aparelho respiratório	9,9%	16,7%	7,4%	7,3%	6,5%	6,5%	9,5%	8,5%
Doenças do aparelho digestivo	0,7%	1,8%	2,5%	3,3%	4,8%	4,7%	3,1%	3,4%
Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,5%	8,2%	4,2%	0,2%	0,0%	0,7%
Algumas afecções originadas no período perinatal	43,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	9,0%	4,2%	2,6%	0,6%	0,4%	0,1%	0,0%	0,9%
Causas mal definidas	14,5%	15,3%	11,3%	11,0%	13,0%	15,1%	22,7%	18,7%
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,0%	23,4%	41,2%	41,7%	16,5%	4,7%	1,7%	6,1%
Homicídios	0,1%	2,1%	6,2%	16,6%	6,1%	0,9%	0,1%	1,5%
Ataque com arma de fogo	0,0%	0,8%	3,3%	9,5%	3,2%	0,5%	0,0%	0,8%
Ataque com instrumento cortante	0,0%	0,3%	0,7%	2,4%	1,4%	0,2%	0,0%	0,3%
Acidente de transporte	0,3%	7,4%	14,6%	11,6%	4,5%	1,6%	0,5%	1,8%
Outras	2,2%	7,7%	8,3%	7,5%	5,9%	3,6%	2,5%	3,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 17. Composição da causalidade de mortalidade de brancas do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; grandes regiões; Brasil (causas selecionadas); em %

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Norte								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,0	10,0	8,0	7,2	9,3	4,9	2,4	5,8
Neoplasias	0,5	12,5	10,0	10,3	23,8	29,2	13,8	14,3
Doenças do aparelho circulatório	1,1	5,0	8,0	8,2	13,9	26,2	36,0	23,7
Doenças do aparelho respiratório	9,7	20,0	12,0	4,1	4,0	4,6	11,5	9,4
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,0	9,3	4,0	0,3	0,0	0,8
Afeções originadas no período perinatal	39,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4
Causas mal definidas	11,9	12,5	16,0	11,3	10,6	12,9	17,9	14,9
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,2	15,0	32,0	37,1	21,9	5,8	1,9	6,7
Homicídios	0,3	0,0	0,0	10,3	4,6	0,9	0,0	1,0
Nordeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,3	12,0	6,1	7,9	9,7	3,6	2,2	3,6
Neoplasias	0,4	10,8	15,3	10,5	22,5	29,5	14,1	16,2
Doenças do aparelho circulatório	0,7	2,7	5,1	7,3	16,2	30,8	40,9	33,9
Doenças do aparelho respiratório	9,2	16,5	6,7	6,4	5,9	7,6	12,2	10,7
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,5	6,7	4,0	0,2	0,0	0,4
Afeções originadas no período perinatal	42,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Causas mal definidas	12,7	11,2	8,3	8,2	8,2	8,8	14,3	12,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,9	24,3	37,3	37,7	18,5	5,2	1,8	4,7
Homicídios	0,1	1,4	4,6	15,3	5,8	0,9	0,1	0,9
Sudeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,1	12,0	5,2	8,8	10,7	3,5	1,9	3,2
Neoplasias	0,7	12,7	15,1	10,6	23,6	31,3	15,8	18,0
Doenças do aparelho circulatório	1,3	2,4	4,5	5,9	16,4	32,3	45,1	37,3
Doenças do aparelho respiratório	9,5	15,8	5,9	6,3	6,1	8,2	13,2	11,5
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,5	7,1	4,3	0,2	0,0	0,4
Afeções originadas no período perinatal	51,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Causas mal definidas	4,5	4,8	3,5	4,3	4,5	4,7	7,1	6,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,3	29,6	42,8	41,9	19,6	5,4	1,8	5,0
Homicídios	0,1	2,1	4,0	8,1	4,3	0,7	0,1	0,6

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Sul								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,3	12,0	5,2	8,8	10,7	3,5	1,9	3,2
Neoplasias	0,4	12,7	15,1	10,6	23,6	31,3	15,8	18,0
Doenças do aparelho circulatório	0,6	2,4	4,5	5,9	16,4	32,3	45,1	37,3
Doenças do aparelho respiratório	9,5	15,8	5,9	6,3	6,1	8,2	13,2	11,5
Gravidez parto e puerpério	0	0	0,5	7,1	4,3	0,2	0	0,4
Afeções originadas no período perinatal	48,2	0,3	0	0	0	0	0	2,7
Causas mal definidas	5,3	4,8	3,5	4,3	4,5	4,7	7,1	6,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	5,3	29,6	42,8	41,9	19,6	5,4	1,8	5,0
Homicídios	0,2	2,1	4,0	8,1	4,3	0,7	0,1	0,6
Centro-Oeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,2	13,2	6,8	7,0	10,2	5,3	4,7	5,7
Neoplasias	0,8	10,3	20,5	9,3	21,2	29,2	14,6	16,4
Doenças do aparelho circulatório	1,5	2,9	15,9	8,2	15,1	29,2	40,2	30,9
Doenças do aparelho respiratório	7,4	11,8	15,9	6,6	5,5	5,7	13,3	10,4
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	2,3	5,1	3,4	0,1	0,0	0,5
Afeções originadas no período perinatal	49,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4
Causas mal definidas	3,5	4,4	4,5	5,4	5,7	7,3	9,0	7,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	4,2	32,4	47,7	43,2	22,5	6,9	2,3	7,2
Homicídios	0,2	2,9	4,5	10,1	7,0	1,3	0,1	1,3

(*) Negros = somatório de pretos e pardos.

(**) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID), não estão incluídas as outras causas de mortalidade.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 18. Composição da causalidade de mortalidade de negras do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; grandes regiões; Brasil (causas selecionadas); em %

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Norte								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,6	18,1	8,4	10,7	10,9	4,6	3,2	6,4
Neoplasias	0,5	18,1	8,4	10,7	10,9	4,6	3,2	6,4
Doenças do aparelho circulatório	0,7	1,1	6,7	8,1	11,8	23,5	27,9	18,4
Doenças do aparelho respiratório	8,6	13,8	5,0	5,2	4,9	5,0	8,7	7,4
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,0	8,5	4,9	0,4	0,0	1,0
Afeções originadas no período perinatal	48,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0
Causas mal definidas	14,6	17,0	12,6	11,5	17,4	21,6	35,1	24,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	1,9	31,9	46,2	35,2	18,1	6,0	1,6	7,6
Homicídios	0,0	0,0	5,9	12,2	6,7	1,5	0,0	1,7

Causa-morte	Menos de 1 ano	Entre 1 e 4 anos	Entre 5 e 14 anos	Entre 15 e 25 anos	Entre 26 e 39 anos	Entre 40 e 59 anos	Mais de 60 anos	Total
Nordeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13,8	13,3	7,2	8,3	10,0	4,8	2,8	5,2
Neoplasias	0,3	7,5	8,4	6,3	14,0	19,0	8,8	10,3
Doenças do aparelho circulatório	0,7	2,4	6,3	8,7	17,6	30,2	32,7	26,3
Doenças do aparelho respiratório	8,9	18,2	7,4	6,3	5,9	6,2	7,9	7,6
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,4	8,2	5,3	0,3	0,0	0,8
Afeções originadas no período perinatal	37,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
Causas mal definidas	21,9	18,9	15,6	13,6	16,6	19,7	33,7	27,2
Causas externas de morbidade e mortalidade	2,3	21,3	38,4	34,1	16,5	5,0	1,5	5,5
Homicídios	0,1	2,4	4,8	9,6	4,8	0,8	0,1	1,0
Sudeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,7	16,1	6,6	10,5	14,4	5,5	3,0	5,5
Neoplasias	0,6	10,9	11,5	7,4	12,4	19,0	12,6	13,2
Doenças do aparelho circulatório	1,0	2,9	5,2	8,9	20,2	36,1	43,0	34,2
Doenças do aparelho respiratório	11,8	16,4	8,5	7,7	7,3	6,9	10,7	9,3
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	0,4	6,8	3,6	0,2	0,0	0,6
Afeções originadas no período perinatal	49,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Causas mal definidas	6,8	11,9	7,4	8,8	11,0	12,3	13,2	12,1
Causas externas de morbidade e mortalidade	3,6	22,5	41,6	42,3	15,8	4,3	1,7	6,0
Homicídios	0,2	2,6	7,2	21,6	6,7	1,0	0,1	1,8
Sul								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,4	13,5	9,1	14,2	15,7	3,9	2,0	4,7
Neoplasias	0	8,1	9,1	7,7	13,6	21,3	13,0	14,1
Doenças do aparelho circulatório	0,7	0	3,6	8,3	22,7	40,7	48,9	39,7
Doenças do aparelho respiratório	14,3	24,3	5,5	5,9	8,1	8,7	13,4	11,6
Gravidez, parto e puerpério	0	0	1,8	9,5	5,2	0,4	0	0,9
Afeções originadas no período perinatal	42,3	0	0	0	0	4,4	0	2,3
Causas mal definidas	5,4	5,4	5,5	3,6	0	4,4	7,2	6,0
Causas externas de morbidade e mortalidade	6,5	24,3	49,1	35,5	14,5	3,7	0,1	5,0
Homicídios	0,4	8,1	1,8	11,2	4,4	0,4	0	0,9
Centro-Oeste								
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,6	13,4	12,8	6,9	11,5	7,0	5,7	7,2
Neoplasias		11,9	23,1	7,2	14,8	20,3	13,0	13,7
Doenças do aparelho circulatório		3,0	12,8	9,1	18,5	35,8	41,6	
Doenças do aparelho respiratório	8,7	11,9	12,8	5,3	5,3	6,7	11,6	8,9
Gravidez, parto e puerpério	0,0	0,0	2,6	6,9	3,2	0,1	0,0	0,8
Afeções originadas no período perinatal	42,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5
Causas mal definidas	5,8	10,4	5,1	5,0	8,4	9,3	11,0	9,4
Causas externas de morbidade e mortalidade	5,6	28,4	56,4	43,1	20,4	5,0	2,1	8,7
Homicídios	0,2	1,5	17,9	14,7	6,7	1,0	0,0	2,0

(*) Negros = somatório de pretos e pardos.

(**) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID), não estão incluídas as outras causas de mortalidade.

(***) Fonte: Microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

Tabela 19. Composição da causalidade de mortalidade de amarelos e indígenas do sexo feminino segundo faixas etárias selecionadas; média trienal 1998-2000; Brasil

Causa-morte	Amarelos	Indígenas
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,4%	10,1%
Doença p/HIV resultando doença infecciosa e parasitária	0,7%	0,9%
Neoplasias (tumores)	15,4%	8,1%
Doenças do sangue e associados	0,6%	0,7%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,2%	7,3%
Doenças do aparelho circulatório	32,0%	19,7%
Doenças do aparelho respiratório	11,2%	10,8%
Doenças do aparelho digestivo	3,5%	3,5%
Gravidez parto e puerpério	0,4%	1,1%
Algumas afecções originadas no período perinatal	3,2%	4,2%
Malformações congênitas defor e anom cromossômicas	0,9%	0,7%
Sintomase sinais achados anormais e exame clínico e laboratorial não classificado	13,4%	25,1%
Causas externas de morbidade e mortalidade	4,5%	5,7%
Homicídios	0,4%	1,3%
Ataque com arma de fogo	0,2%	0,4%
Ataque com instrumento cortante	0,1%	0,3%
Acidente de transporte	1,4%	1,0%
Outras	4,2%	3,1%
Total	100,0%	100,0%

(*) Segundo grupo do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(***) Fonte: microdados do SIM/Datasus; 1998-2000.

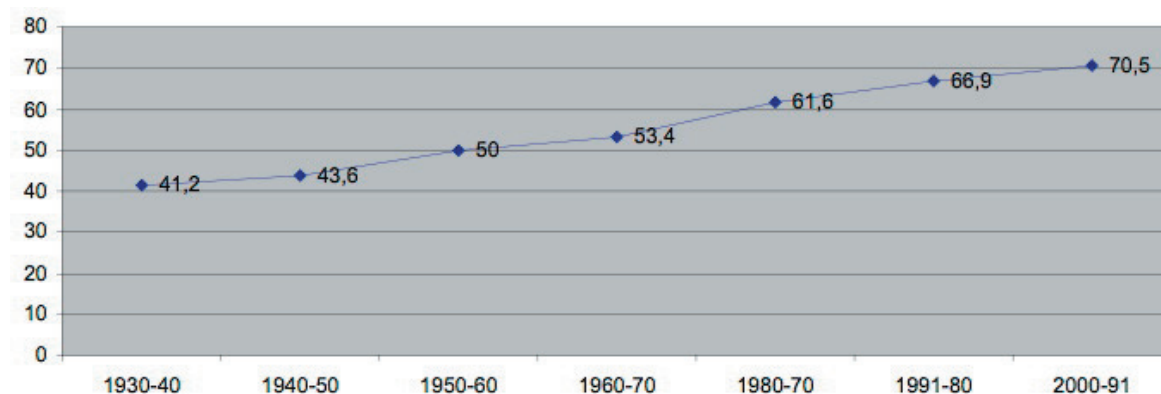
5. Esperança de vida dos grupos de raça/cor e sexo da população brasileira

5.1. Estudos sobre as esperanças de vida dos grupos de raça/cor no Brasil

Não vamos nos ater nesta seção à evolução dos estudos de esperança de vida ao nascer da população brasileira. Todavia há copiosa literatura sobre o tema, geralmente dedicada à construção de modelos de estimativa indireta desse indicador, tendo em vista as dificuldades apresentadas pelas bases de dados sobre mortalidade no Brasil, como aqui mesmo já verificamos (Fígoli, 1998; Monteiro, 1996; Silva e Pessoa, 2002; Carvalho, Sawyer e Rodrigues, 1998 [1994]; Simões, 2002; Oliveira e Albuquerque, s/d).

Tamanha evolução dos indicadores da esperança de vida da população brasileira foi resultado desses estudos. De fato, ao observarmos a série histórica entre 1930-1940 e 1991-2000, verificamos que, ao longo do século XX, esse indicador experimentou uma invariável elevação (gráfico 5). Assim, entre os anos de 1940 e 2000, quando foram realizados os respectivos Censos Demográficos, a esperança de vida ao nascer da população brasileira crescerá 31,2 anos, passando de 41,2 anos para 70,5 anos nesse lapso de tempo.

Gráfico 5. Evolução da Esperança de vida ao nascer da população Brasileira – 1930-1940 a 1991-2000



Fonte: Wood & Carvalho (1994); Oliveira e Albuquerque (s/d).

Apesar de ser um indicador bastante utilizado na seara dos estudos demográficos, pelo fato de ser gerado por via indireta, a esperança de vida ao nascer da população brasileira, desagregada segundo os grupos de raça/cor, foi alvo de poucos estudos. Decerto, a realização dos cálculos da esperança de vida ao nascer, seja qual for a via, está longe de trivial. Entretanto, outros motivos de ordem institucional também explicam razoavelmente os motivos dessa lacuna. Na verdade, tradicionalmente os órgãos de pesquisa brasileiros não vinham incluindo a variável raça/cor em suas pesquisas populacionais. Assim, à guisa de exemplo, a principal pesquisa demográfica anual realizada no Brasil pelo IBGE, que vem a ser a Pnad, somente passou a incluir a variável no corpo básico de seu questionário no ano de 1987, ou seja, 20 anos após o seu começo (Paixão, 2003b).

Por esse motivo, além das habituais dificuldades que o cálculo, por via indireta, das esperanças de vida ao nascer da população já apresenta, a própria inexistência de indicadores sociais desagregados para os grupos raciais já ampliava, no limite impossibilitando, esse tipo de empreitada.

Até os dias atuais, somente quatro estudos foram realizados sobre o indicador das esperanças de vida desagregada por raça/cor no Brasil. Coerentemente, todos esses foram produzidos a partir dos anos de 1990.

A primeira iniciativa a esse respeito foi realizada pelos demógrafos Wood e Carvalho (1994), baseados em indicadores dos Censos Demográficos de 1950 e de 1980. Os autores calcularam as esperanças de vida da população brasileira, desagregada por raça/cor, no período compreendido entre 1940-1950 e 1970-1980. Segundo eles, em meados do século XX, a esperança de vida ao nascer dos brancos era de 47,5 anos, ao passo que para os negros (chamado pelos autores de não brancos) era de 40 anos; no período de 1970 a 1980, a esperança de vida ao nascer dos brancos havia subido para 66,1 anos e a dos negros para 59,4 anos. Baseados em informações do Censo de 1980, os demógrafos também realizaram alguns cruzamentos originais entre as expectativas de vida ao nascer da população brasileira, segundo os contingentes de raça/cor, e os indicadores de renda familiar mensal e educação. Com isso, os autores buscavam introduzir nas suas análises alguma forma de controle, para assim perceber se as desigualdades raciais nas esperanças de vida ao nascer eram derivadas de fatores sociais em geral.

Na tabela 20 foram reproduzidos os indicadores levantados por Wood e Carvalho (1994) quanto às expectativas de vida ao nascer, segundo os grupos de raça/cor, introduzindo o controle de rendimento e educação. Em todas as desagregações realizadas podemos ver que persistem as desigualdades raciais nesse indicador. Visto por outro ângulo, as desigualdades nas expectativas de vida ao nascer eram justamente maiores nos grupos de rendimento e de educação mais elevados.

Tabela 20. Brasil: Expectativa de vida ao nascer por renda familiar mensal, educação e cor – 1980

Especificação		Raça		A - B
		Branca (a)	Não branca (b)	
Renda Familiar	A	59,5	55,8	3,7
	B	64,4	59,8	4,6
	C	66,2	61,2	4,8
	D	70,4	63,7	6,7
Educação	Nenhuma	59,4	54,9	4,5
	Um-Quatro Anos	66,2	62,2	4,0
	Mais de Quatro Anos	72,3	66,63	5,7

A= CR\$ 1,00 a Cr\$ 150,00; B= Cr\$ 151,00 a Cr\$ 300,00; C= Cr\$ 301,00 a Cr\$ 500,00; D= Mais de Cr\$ 500,00.

* Educação refere-se à escolaridade da mãe.

Fonte: Dados básicos: Censo Demográfico de 1980. In Wood & Carvalho (1994).

A outra fonte de indicadores sobre as esperanças de vida ao nascer dos grupos raciais da população brasileira foi realizado por pesquisadores do Núcleo de Estudos da População da Unicamp. Desse modo, Cunha (1996), baseada em indicadores dos microdados do Censo de 1980, calculou que a esperança de vida ao nascer da população negra seria de 65 anos, ao passo que para os brancos seria de 72 anos. Vale salientar que os dados estimados por essa autora eram substancialmente maiores, em ambos os grupos raciais, do que as médias encontradas por Wood e Carvalho (1994).

Independentemente dessa variação, verificamos que as diferenças nos indicadores da esperança de vida ao nascer de brancos e negros para Cunha, situadas na faixa de sete anos favoravelmente ao contingente branco, eram próximas às distâncias encontradas por aqueles autores, que eram de 6,7 anos. É preciso esclarecer que o objetivo precípua de Cunha na realização desse estudo não era uma análise específica sobre as desigualdades raciais nos indicadores das esperanças de vida ao nascer – introduzida no estudo enquanto uma variável secundária de análise –, mas, sim, uma análise dos indicadores sobre mortalidade infantil.

Outro estudo que levantou indicadores das expectativas de vida ao nascer dos grupos de raça/cor da população brasileira foi de Paixão (2003a), originalmente realizado em 2000, com o objetivo de calcular o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos grupos de raça/cor do Brasil. Tal como sabemos, um dos três índices que compõe o IDH da população é justamente o de longevidade, que, por sua vez, é exclusivamente fundamentado nas expectativas de vida ao nascer. Na verdade, os cálculos contidos no estudo de Paixão foram realizados pelo demógrafo Juarez de Castro Oliveira, do IBGE, o qual fundamentou-se na PNAD/IBGE de 1997. Vale salientar que tal pesquisa foi pioneira ao desagregar raça/cor nesse indicador.

Sem embargo, de acordo com os indicadores estimados pelo demógrafo, em meados dos anos de 1990, a esperança de vida ao nascer dos negros seria, em média, de 64 anos (62 anos os homens e 66 anos para as mulheres), ao passo que o mesmo indicador entre os brancos era, em média, de 70 anos (69 anos para os homens e 71 anos para as mulheres). Com isso, as diferenças nas expectativas de vida entre os dois contingentes de raça/cor seriam de seis anos para ambos os sexos, sete anos para os homens e dois anos para as mulheres. Vale, por fim, frisar que no estudo citado, também foram levantados indicadores das desigualdades raciais no plano das cinco regiões geográficas brasileiras.

Em período mais recente, Paixão (2002, 2003b) voltaria a atualizar as estimativas da esperança de vida ao nascer obtidos no estudo de 2000. Seu objetivo era a atualização dos cálculos do IDH desagregado segundo os grupos de raça/cor da população brasileira. Assim, o autor pôde realizar essas atualizações fundamentado nos indicadores obtidos a partir da PNAD/1997 e na evolução das expectativas de vida da população brasileira como um todo. Com isso, Paixão supôs que as distâncias relativas nas esperanças de vida ao nascer de brancos e negros no Brasil teriam se mantido constantes ao longo da transição do final da década de 1990 e os primeiros anos do século XXI, tendo evoluído no mesmo ritmo que para a toda a população.

Tal como Paixão, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), objetivando a realização do *Atlas do Desenvolvimento Humano*, em 2003, teve de gerar informações referentes às esperanças de vida da população brasileira segundo os grupos de raça/cor. Baseando-se nos indicadores dos Censos Demográficos de 1991 e de 2000, o Atlas obteve estimativas acerca desse indicador para todas as unidades da

federação. Assim, de acordo com os cálculos daquele organismo da ONU, os hiatos nas esperanças de vida ao nascer de brancos e negros teria apresentado uma acentuada queda ao longo de dez anos, tendo passado de 7,83 para 5,7 anos (tabela 21).

Tabela 21. Esperança de vida ao nascer de brancos e negros; Brasil e estados da federação; 1991 e 2000, estimados pelo Pnud/Brasil

Estado	Esperança de vida ao nascer (Brancos), 1991	Esperança de vida ao nascer (Brancos), 2000	Esperança de vida ao nascer (Negros), 1991	Esperança de vida ao nascer (Negros), 2000	Esperança de vida ao nascer, 1991	Esperança de vida ao nascer, 2000
Brasil	66,54	71,00	58,71	65,7		70,00
Norte		68,82		66,88		67,37
Acre	65,77	69,28	61,81	64,32	63,11	66,27
Amapá	65,36	68,96	63,18	65,95	63,72	66,66
Amazonas	64,15	66,98	63,43	66,19	63,67	66,51
Pará	66,48	67,80	61,54	66,20	62,66	66,48
Rondônia	64,93	69,91	63,08	68,05	63,42	68,49
Roraima	66,89	68,35	64,70	67,51	65,05	67,68
Tocantins	62,08	66,92	59,64	64,55	60,32	65,24
Nordeste		67,35		64,19		65,13
Alagoas	60,43	63,90	57,44	60,99	58,04	61,74
Bahia	61,90	65,93	60,38	63,66	60,71	64,15
Ceará	64,58	69,62	60,77	66,84	61,76	67,77
Maranhão	63,17	69,51	59,17	65,38	60,48	66,98
Paraíba	61,98	65,42	57,27	61,80	58,88	63,16
Pernambuco	65,28	68,79	60,74	66,58	62,04	67,32
Piauí	61,74	67,25	56,82	62,38	58,10	63,79
Rio Grande do Norte	62,49	66,15	59,00	63,24	59,83	64,06
Sergipe	62,33	66,08	59,40	64,03	59,94	64,53
Sudeste		72,24		68,47		70,56
Espírito Santo	68,93	72,95	64,10	68,47	66,36	70,55
Minas Gerais	67,41	71,81	61,89	66,01	64,17	68,24
Rio de Janeiro	68,95	71,26	64,15	67,97	66,42	69,42
São Paulo	70,24	72,30	65,54	69,19	68,82	71,20
Sul		72,33		68,57		71,59
Paraná	67,10	70,60	61,95	67,60	65,71	69,83
Rio Grande do Sul	70,92	74,24	64,78	70,16	70,16	73,69
Santa Catarina	69,87	72,74	66,15	69,40	68,76	72,13
Centro-Oeste		71,90		68,37		69,81
Distrito Federal	68,71	72,84	65,10	68,13	66,93	70,09
Goiás	66,16	71,21	63,07	68,26	64,24	69,38
Mato Grosso	67,33	71,44	63,48	68,46	65,10	69,68
Mato Grosso do Sul	71,69	72,74	66,93	68,54	68,87	70,37

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano (Pnud), baseado em indicadores dos Censos Demográficos 1991 e 2000/IBGE.

Infelizmente, como no *Atlas do Desenvolvimento Humano* não foram dadas indicações sobre como essas estimativas foram realizadas (qual modelo, de qual família, interpolações realizadas), não nos será possível estabelecer uma comparação teórica mais detida entre os indicadores encontrados pelo Pnud e as estimativas contidas no presente estudo. De todo modo, é importante destacar que, via de regra, os cálculos que o Pnud vem realizando sobre a esperança de vida ao nascer da população brasileira têm-se mantido sistematicamente inferior aos dados gerados pelo IBGE a esse respeito. À guisa de exemplo, em 2000, segundo o Pnud, a esperança de vida dos brasileiros de ambos os sexos seria de 70 anos, ao passo que para o IBGE este indicador seria de 70,4 anos.

Sem embargo, foram esses estudos (Wood e Carvalho, 1994; Cunha, 1996; Paixão, 2003a; e Pnud, 2003) praticamente os únicos que contribuíram para a análise das esperanças de vida ao nascer da população brasileira segundo os grupos de raça/cor. Apesar da pertinência de cada um desses esforços, percebemos o caráter ainda insuficiente de tais estimativas. Assim, com exceção do trabalho de Paixão (2003a), e mesmo assim apresentando um grau de fidedignidade limitado, até o presente momento não foi realizada nenhuma estimativa quanto às esperanças de vida ao nascer dos grupos raciais desagregados por sexo. O mesmo pode ser dito quanto às desagregações para outros grupos raciais ou de cor, tal como seria o caso dos pretos, dos pardos, dos amarelos e dos indígenas. Finalmente, salientamos que essas estimativas praticamente não dialogaram entre si no que tange às formas de cálculos e metodologia adotada por cada um desses estudos. De toda forma, ainda que no presente trabalho não se tenha a pretensão de avançar neste último mister, mesmo porque envolveria uma análise das metodologias utilizadas em cada uma daquelas contribuições (que, de resto, não foram disponibilizadas em todas elas), tentaremos, nas próximas páginas, avançar no que diz respeito às desagregações por raça/cor e por sexo quanto à esperança de vida ao nascer.

5.2. Comentários gerais sobre o processo de geração do indicador esperança de vida ao nascer

A esperança de vida ao nascer é um indicador demográfico utilizado para avaliar as condições de saúde populacionais. Ele expressa a probabilidade de tempo de vida média de uma população quando exposta a um determinado padrão de mortalidade existente. Sendo um indicador internacionalmente utilizado, ele representa uma medida resumida da mortalidade, que não é diretamente afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como é o caso de outros indicadores demográficos.

Sendo normalmente analisada dentro de recortes geográficos e de sexo, a esperança de vida ao nascer quando trabalhada na perspectiva racial, permite desvelar mais um aspecto do cruel e rígido processo de estratificação social existente no Brasil.

Conforme tem sido possível observar, mesmo tendo ocorrido consideráveis avanços de melhoria na qualidade das estatísticas vitais no Brasil, ainda não é viável o cálculo da esperança de vida ao nascer por métodos diretos. Essa dificuldade se agrava ainda mais quando se trabalha com a variável raça/cor, que só no ano de 1996 foi incorporada ao SIM/ Datasus. Estimativas indiretas são possíveis por meio dos dados dos Censos Demográficos e das Pesquisas Nacionais por Amostra Domiciliares (Pnad) produzidas periodicamente pelo IBGE. Mesmo havendo problemas com a qualidade dos dados e com questões metodológicas (omissão nas declarações dos quesitos de fecundidade, má declaração da idade da mãe, existência de padrões migratórios diferenciados, entre outros), as estimativas obtidas pelo método indireto são robustas o bastante para satisfazer os objetivos propostos.

No atual trabalho, a fonte de dados utilizada para estimar a esperança de vida foi a amostra do Censo Demográfico de 2000, compreendendo aproximadamente 10% da população brasileira. Os dados dessa amostra só vão apresentar problemas especiais na estimação da esperança de vida para os grupos indígena e amarelo. Isso ocorre devido à presença rarefeita dessas populações em determinadas regiões do país.

Para o cálculo das estimativas foi utilizado o procedimento CEBCS (*Children ever Born and Children Surviving*) do programa *Mortpak – Lite e o Pandem*. O primeiro programa foi desenvolvido pela Divisão de População das Nações Unidas e o segundo pela Celade, também vinculada às Nações Unidas.

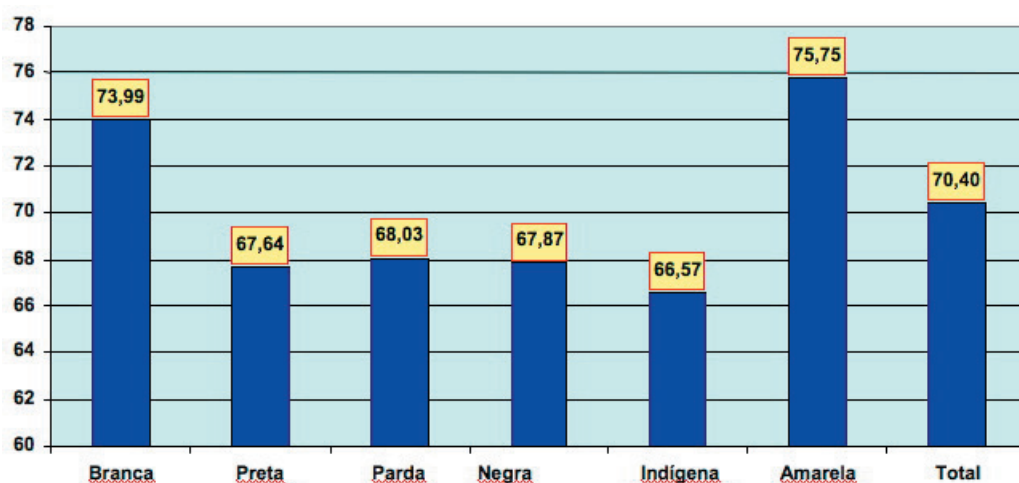
Anexado no final deste trabalho disponibilizamos ao leitor o desenvolvimento metodológico dos cálculos das esperanças de vida tal como descritos por Juarez C. Oliveira e Leila Ervatti, demógrafos do IBGE.

5.3. Esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor no Brasil e grandes regiões

De acordo com o gráfico 6, vê-se que a esperança de vida ao nascer da população brasileira de ambos os sexos foi estimada em 70,4 anos. O grupo racial ou de cor que apresentou a maior esperança de vida ao nascer foi o contingente amarelo, com uma expectativa de vida de 75,75 anos. Os brancos apareciam com uma esperança de vida ao nascer de 73,99 anos. Já os negros (pretos e pardos) apresentaram uma esperança de vida ao nascer de 67,87 anos. Os pardos contavam com uma esperança de vida ao nascer de 68,03 anos. Este valor era ligeiramente superior aos pretos, cuja esperança era de 67,64 anos, perfazendo, portanto, uma diferença de 0,3 ano a mais, em termos de sobrevivência, para os pardos. Já a diferença entre as esperanças de vida ao nascer dos grupos pretos e pardos e a dos brancos foi bastante significativa. Assim, os brancos

contavam com uma média de sobrevivência após o nascimento de 6,35 anos a mais em relação aos pretos e de 5,96 anos a mais em relação aos pardos. Em seu conjunto, os negros, em 2000, apresentavam uma esperança de vida ao nascer 6,12 anos inferior aos brancos, demonstrando que ao longo de todo o século XX as desigualdades raciais desse indicador reduziram-se muito timidamente (mais especificamente, somente um ano em meio século). Finalmente, o contingente racial que apresentou a menor esperança de vida ao nascer foram os indígenas: 66,57 anos. Em termos de sobrevivência, sua esperança era 9,18 anos inferior à dos amarelos, 7,42 anos à dos brancos e 1,3 anos à dos negros.

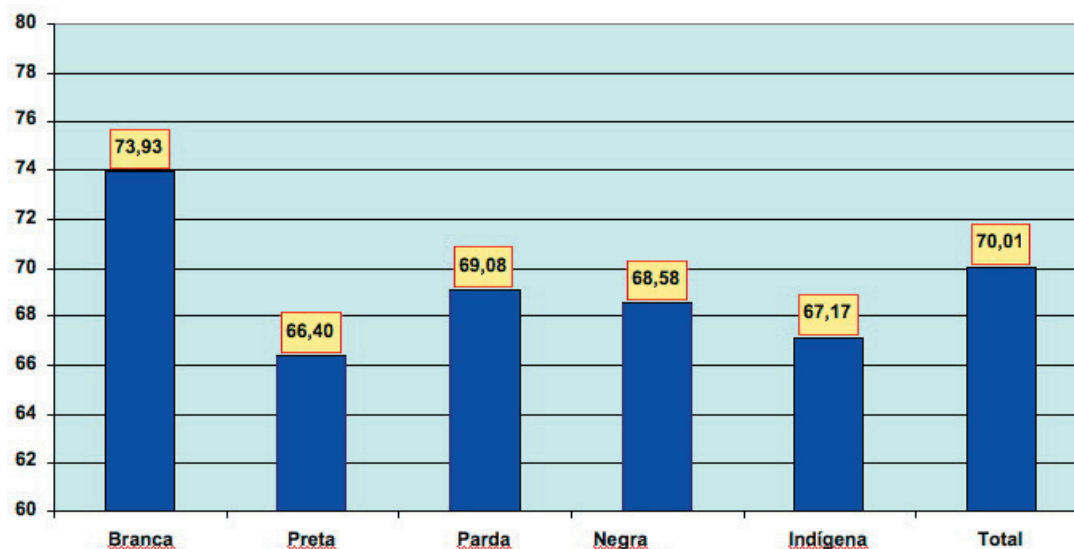
Gráfico 6. Brasil: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 ambos os sexos



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Evatti.

No gráfico 7 podem ser vistos os indicadores da esperança de vida ao nascer, segundo os grupos de raça/cor da população da região Norte, onde foi estimada uma esperança de vida para todo o conjunto de 70,01 anos. Quando desmembrados, os indicadores apresentaram uma esperança de vida ao nascer para os brancos de 73,93 anos; para os negros de 68,58 anos; para os pretos de 66,40 anos; para os pardos de 69,08 anos; e para os indígenas de 67,17 anos. Tais dados nos mostram que foi nesta região Norte que os pretos gozavam da menor esperança de vida. Em termos de sobrevivência: 0,77 ano inferior aos indígenas; 2,68 anos inferior aos pardos; e 7,53 anos inferior aos brancos. Finalmente, cabe salientar que a pouca incidência de população amarela nessa região não permitiu a estimativa de seus dados.

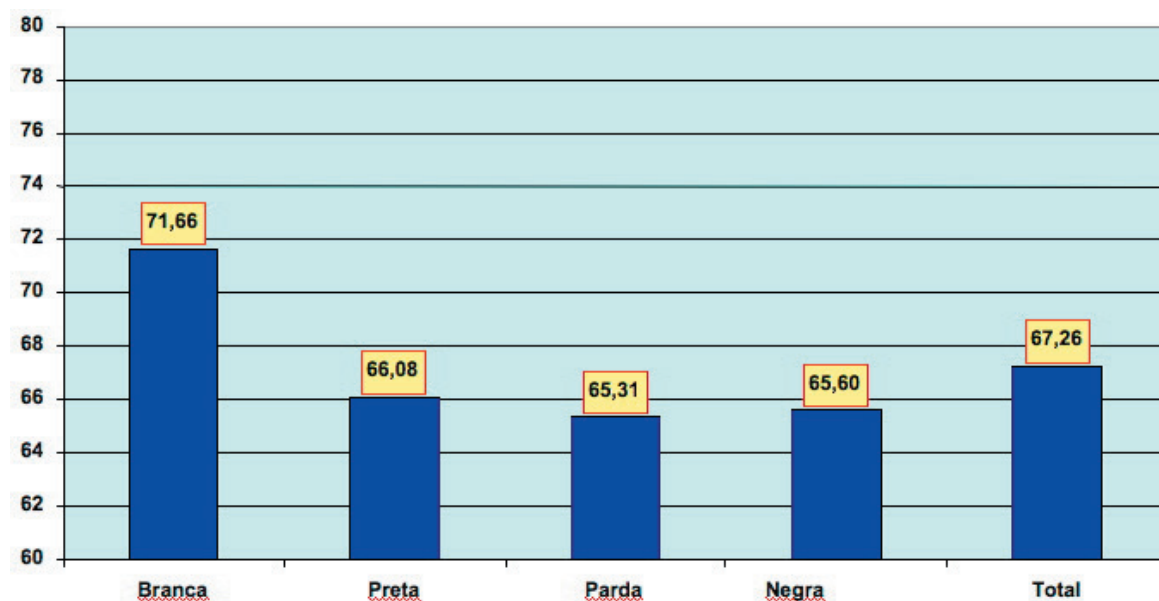
Gráfico 7. Norte: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 ambos os sexos



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

No gráfico 8 é possível analisar os indicadores da esperança de vida ao nascer dos brasileiros da região Nordeste. Pelo fato de ser essa a região mais pobre do país, a população nordestina apresentava a mais baixa expectativa de vida ao nascer de todo o Brasil: 67,26 anos. Coerentemente, nesta área, invariavelmente, todos os grupos de raça/cor apresentaram indicadores de anos de sobrevivência inferiores aos encontrados no cenário nacional. Assim, os brancos contavam com uma esperança de vida ao nascer de 71,66 anos. Os negros nordestinos apresentaram uma esperança de 65,60 anos, indicador 6,06 anos inferior, em termos de sobrevivência, em relação aos brancos. Os pretos apresentaram uma esperança de vida ao nascer de 66,08 anos e os pardos de 65,31 anos. Tais indicadores perfizeram uma diferença, em termos de sobrevivência, de 0,77 ano positivamente aos pretos. Vale salientar que essa foi a única região do país onde o indicador de esperança de vida ao nascer dos pretos foi superior à esperança de vida ao nascer dos pardos. Em relação aos brancos, a esperança de vida ao nascer dos pretos nordestinos era 5,58 anos inferior e a esperança de vida ao nascer dos pardos era 6,35 anos inferior. No Nordeste, tanto os amarelos, como os indígenas não estiveram presentes com peso suficiente para tornar factível esse tipo de estimativa para esses contingentes.

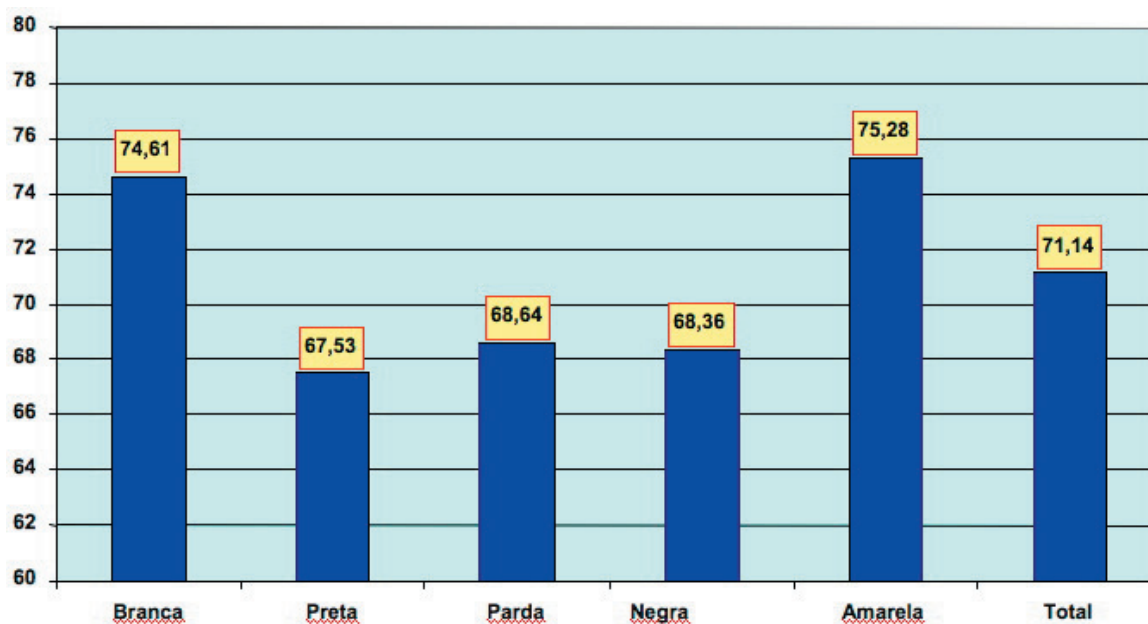
Grafico 8. Nordeste: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 ambos os sexos



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

Na região Sudeste, o indicador da esperança de vida ao nascer da população era de 71,14 anos. Os amarelos, nessa região, apareciam como os que tinham a maior esperança (75,28 anos). Já os brancos apresentaram uma expectativa de viver 74,61 anos. Este indicador era 6,25 anos superior ao verificado entre os negros, cuja esperança de vida ao nascer era de 68,36 anos. A esperança de vida dos pretos era de 67,53 anos e dos pardos, de 68,64 anos, perfazendo uma diferença de 1,11 ano favoravelmente aos pardos. Comparativamente aos brancos, a esperança de vida ao nascer dos pretos era 7,08 anos inferior. Já os pardos apresentaram uma esperança de vida ao nascer 5,97 anos abaixo daquela apresentada para os brancos. Finalmente, não foi possível realizar a estimativa desse indicador nessa região para os indígenas (gráfico 9).

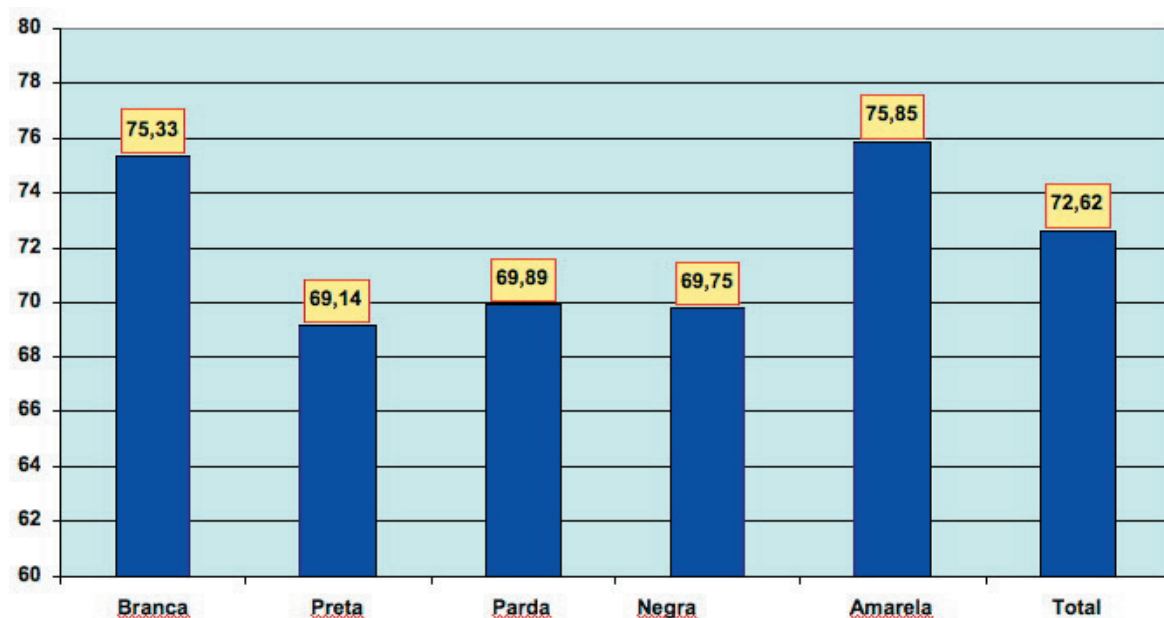
Gráfico 9. Sudeste: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 ambos os sexos



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

O Sul consiste na região onde tradicionalmente se percebem as maiores esperanças de vida ao nascer no Brasil. Coerentemente, a esperança de vida ao nascer da população desta região era de 72,62 anos. Os amarelos apresentaram os índices mais expressivos, 75,85 anos. Os brancos apresentaram um indicador de 75,33 anos. Os negros desta região também apresentaram indicadores de tempo de sobrevida superiores às médias deste grupo racial ou de cor no plano nacional com uma esperança de vida ao nascer de 69,75 anos. Ainda assim, os negros apresentavam uma esperança de vida ao nascer 5,58 anos inferior àquela apresentada para os brancos. Desagregando o contingente negro, vê-se que os pardos tiveram uma esperança de vida ao nascer de 69,89 anos e os pretos de 69,14 anos. Destarte, a diferença no interior deste contingente, em termos de sobrevida, situou-se em 0,75 ano favoravelmente aos pardos. Por fim, pelos mesmos motivos citados anteriormente, no Sul também não foi possível realizar os cálculos sobre as esperanças de vida ao nascer dos indígenas (gráfico 10).

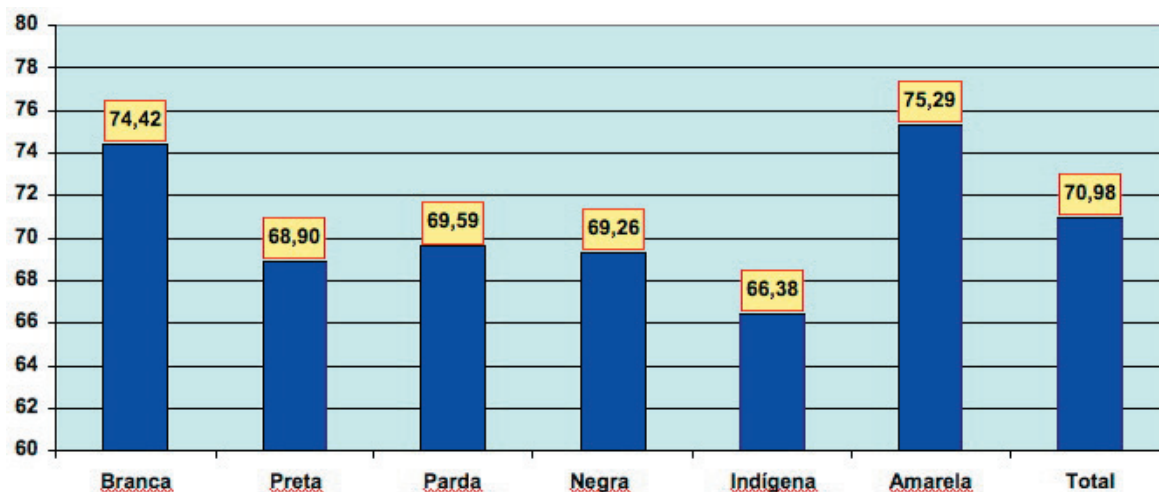
Gráfico 10. Sul: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 ambos os sexos



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

Finalmente, na região Centro-Oeste, a esperança de vida ao nascer da população foi de 70,98 anos. Nessa região foi factível a desagregação das estimativas das esperanças de vida ao nascer para os cinco grupos raciais ou de cor. Destarte, mais uma vez, os amarelos apareciam como o grupo que contava com a maior esperança de vida ao nascer: 75,29 anos. Os brancos do Centro-Oeste apresentaram uma esperança de vida ao nascer de 74,42 anos. Este indicador era 5,16 anos superior ao mesmo indicador encontrado entre os negros, cuja esperança de vida ao nascer era de 69,26 anos. Os pardos, com uma esperança de vida ao nascer de 69,59 anos, contavam com um período médio de sobrevivência 0,69 ano superior aos pretos que, por sua vez, apresentaram uma esperança de vida ao nascer de 68,9 anos. Comparativamente à esperança de vida ao nascer dos brancos, a esperança de vida ao nascer dos pretos era 5,52 anos inferior e a dos pardos, 5,16 anos inferior. No Centro-Oeste, os indígenas apresentavam-se como o contingente com menor esperança de vida ao nascer, situando-se em 66,38 anos (em termos de sobrevivência, 2,88 anos inferior aos negros e 6,04 anos inferior aos brancos) (gráfico 11).

Gráfico 11. Centro-Oeste: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 ambos os sexos



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

5.4. Esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor no Brasil e grandes regiões, desagregada por sexo

Conforme já foi possível salientar, ainda hoje praticamente inexitem contribuições acadêmicas que tenham se lançado à tarefa de estimar as esperanças de vida ao nascer, simultaneamente, dos grupos de raça/cor e de sexo da população brasileira. Do mesmo modo, o único estudo que até o momento procedeu a essas estimativas não havia logrado tecer um nível de desagregação abaixo do plano nacional. Nos próximos cinco gráficos serão vistos e analisados, justamente, os indicadores das expectativas de vida de brancos, pretos, pardos e negros no Brasil, segundo o sexo. Infelizmente, a baixa significância estatística não permitiu que esses dados pudessem ser estendidos para os contingentes amarelos e indígenas.

O gráfico 12 nos mostra os indicadores de esperança de vida ao nascer de homens e mulheres em todo o país. Entre as pessoas do sexo masculino, em seu conjunto, esse indicador era de 66,7 anos, ao passo que, entre as pessoas do sexo feminino, ele era de 74,15 anos. Portanto, em 2000, as mulheres viviam, em média, 7,45 anos mais que os homens.

Entre o contingente branco, a esperança de vida ao nascer dos homens era de 70,31 anos, ao passo que entre as mulheres era de 77,71 anos, perfazendo uma diferença de 7,4 anos, em termos de sobrevivência, para o contingente feminino. Entre os negros, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 64,16 anos, ao passo que a das mulheres era de 71,65 anos, conformando um hiato, em termos

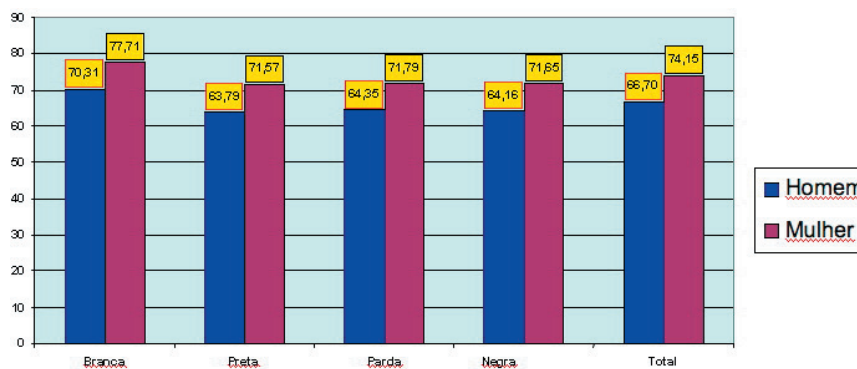
de sobrevivência, de 7,49 anos para o contingente feminino. No interior do contingente pardo, a esperança de vida ao nascer dos homens era de 64,35 anos e a esperança de vida ao nascer das mulheres era de 71,79 anos (diferença de 7,44 anos, em termos de sobrevivência, favoravelmente às mulheres pardas). Para o contingente preto, a esperança de vida ao nascer dos homens era igual a 63,79 anos e a das mulheres era igual a 71,57 anos. Assim, neste último caso, a diferença encontrada nas médias das esperanças de vida ao nascer foi de 7,78 anos positivamente às mulheres.

Entre os homens foi possível verificar que os brancos gozavam de maior expectativa de vida ao nascer, o que correspondia a 6,15 anos superior aos negros; 6,52 anos superior aos pretos; e 5,96 anos superior aos pardos. Já a diferença das expectativas de vida ao nascer entre os homens pretos e os homens pardos era bem menor, situada em 0,56 ano favoravelmente aos pardos.

Entre as mulheres, a maior expectativa de vida ao nascer também era encontrada entre as brancas, com uma diferença, em média, de 6,14 anos a mais em relação às pretas; 5,92 anos em relação às pardas; e 6,06 anos sobre as negras. As esperanças de vida ao nascer entre as mulheres pretas e pardas eram bem menos acentuadas, ficando em 0,22 ano favoravelmente às pardas.

Finalmente cabe salientar que, contrariamente aos resultados obtidos por Paixão (2003a), os indicadores de esperança de vida ao nascer dos homens brancos não ficaram acima dos mesmos indicadores das mulheres negras e, tampouco, entre as mulheres pretas e as mulheres pardas. De todo modo, frisamos que a distância que separava as esperanças de vida ao nascer dos homens brancos das mulheres negras (1,34 ano) era bem inferior à diferença que separava a esperança de vida dos homens brancos das mulheres desse mesmo grupo racial (conforme visto, 7,4 anos a mais, em tempo de sobrevivência, para as mulheres brancas). Alternativamente, o diferencial nas esperanças de vida das mulheres brancas em relação aos homens negros era de 13,55 anos.

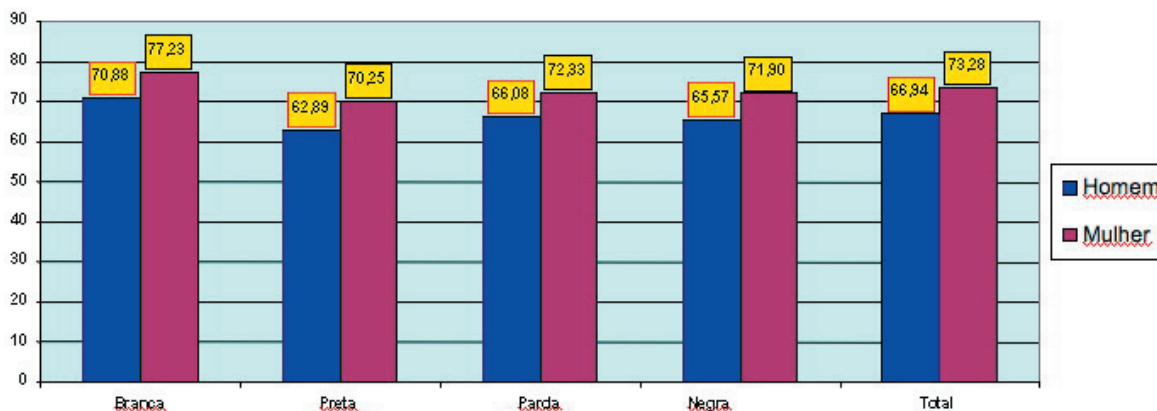
Gráfico 12. Brasil: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 homens & mulheres



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

O gráfico 13 apresenta os indicadores das esperanças de vida ao nascer para homens e mulheres da região Norte. As pessoas do sexo masculino, nascidas em 2000 nessa região, podiam contar viver em média 66,94 anos, ao passo que as pessoas do sexo feminino, nascidas no mesmo período, podiam contar viver em média, 73,28 anos (uma diferença de 6,34 anos de tempo de sobrevida favoravelmente ao contingente feminino).

Gráfico 13. Norte: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 homens & mulheres



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

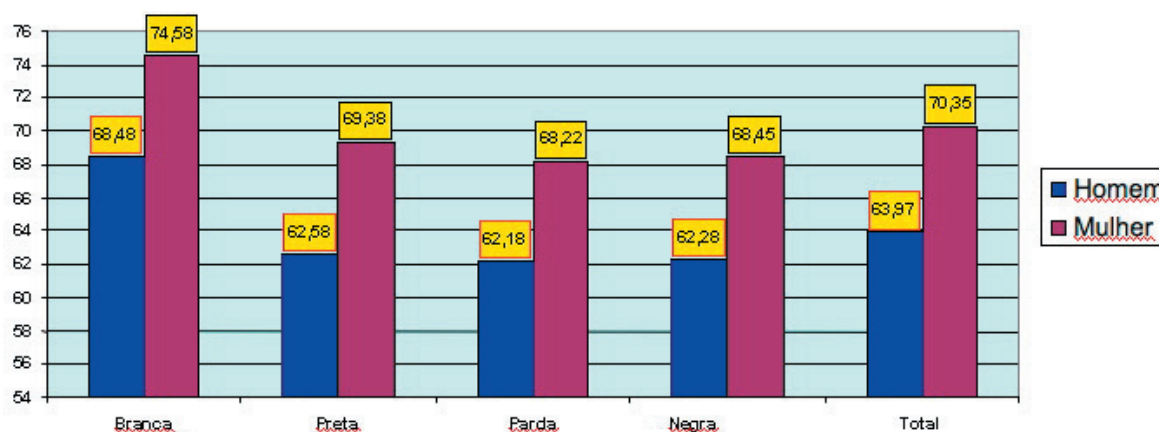
No interior do contingente racial ou de cor branco, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 70,88 anos, ao passo que as mulheres brancas nortistas contavam com uma média de 77,23 anos (hiato de 6,35 anos, em termos de sobrevida, favorável às mulheres). Entre as mulheres negras, a esperança de vida ao nascer era de 71,90 anos, ao passo que os homens negros apresentavam um indicador de 65,57 anos, perfazendo, assim, uma diferença de 6,33 anos, em termos de sobrevida, a mais para as mulheres negras. No interior do contingente preto da região Norte, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 62,89 anos, ao passo que as mulheres contavam com uma esperança de vida ao nascer de 70,25 anos (inferior, portanto, à média dos homens brancos no plano nacional). Desse modo, as mulheres pretas nortistas apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 7,36 anos a mais em relação aos homens de igual grupo de raça/cor. Já as pardas apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 72,33 anos, índice 6,25 anos superior, em termos de sobrevida, ao verificado entre os homens, cuja esperança de vida ao nascer era de 66,08 anos.

Entre os homens da região Norte, os brancos apresentaram uma esperança de vida ao nascer 7,99 anos superior aos homens pretos; 4,8 anos superior aos homens pardos; e 5,31 anos superior aos homens negros. Entre os pretos e pardos, o diferencial nas esperanças de vida ao nascer era de 3,19 anos favoravelmente aos pardos. Já entre as mulheres, as brancas apresentavam uma esperança de vida ao nascer superior às pretas

em 6,98 anos; 4,9 anos em relação às pardas; e 5,33 anos sobre as mulheres negras. Entre as mulheres pretas e pardas, a diferença em termos de expectativa de vida ao nascer era de 2,08 anos favoravelmente às pardas. Nessa região, em termos de tempo de sobrevivência, os homens brancos viviam, em média, 1,02 ano a menos que as mulheres negras, e os homens negros viviam 11,66 anos a menos que as mulheres brancas.

No gráfico 14 podem ser analisados os indicadores das esperanças de vida ao nascer da população da região Nordeste. Como um todo, os homens nordestinos nascidos em 2000 poderiam esperar viver em média 63,97 anos. Já as mulheres, em seu conjunto, nascidas no mesmo período, poderiam esperar viver, em média, 70,35 anos. Isso conformava uma diferença de 6,38 anos a mais, em termos de sobrevivência, para as mulheres dessa região em relação aos homens. Conforme, já foi verificado, pelo fato de ser a região mais pobre do país, o Nordeste acaba concentrando os mais baixos indicadores de esperança de vida ao nascer, e isso acabou se expressando nos grupos de raça/cor e sexo.

Gráfico 14. Nordeste: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 homens & mulheres



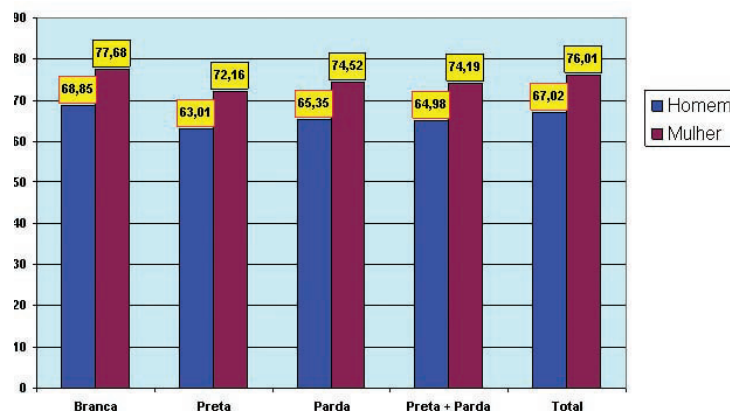
Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

Os homens brancos da região Nordeste podiam esperar viver, em média, após seu nascimento, 68,48 anos. Já as mulheres brancas desse contingente podiam contar viver, em média, após o seu nascimento, 74,58 anos, conformando uma diferença, em relação aos homens do mesmo grupo racial e regional, de 6,1 anos de vida. A esperança de vida ao nascer dos homens negros nordestinos era de 62,28 anos, ao passo que o das mulheres do mesmo grupo racial era de 68,45 anos, conformando um hiato de 6,17 anos em termos de sobrevivência. Entre os pardos, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 62,18 anos e as mulheres, de 68,22 anos (diferença de 6,04 anos de sobrevivência favoravelmente ao contingente feminino). Já entre os pretos, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 62,58 ao passo que, entre as mulheres, este indicador era igual a 69,38 anos (hiato de 6,8 anos favoravelmente ao contingente feminino).

Os homens brancos dessa região apresentaram uma esperança de vida ao nascer 5,9 anos superior à esperança de vida ao nascer dos homens pretos; 6,3 anos superior à esperança de vida ao nascer dos homens pardos; e 6,2 anos superior à esperança de vida ao nascer dos homens negros. Já a diferenças nas esperanças de vida ao nascer entre os homens pretos e pardos era de 0,4 ano favoravelmente aos pretos. Entre as mulheres brancas, o hiato entre as suas esperanças de vida ao nascer, comparativamente às esperanças de vida ao nascer dos outros grupos raciais eram: 5,2 anos em relação às pretas; 6,36 anos em relação às pardas; e 6,13 anos em relação às negras. Entre as mulheres pretas e as mulheres pardas nordestinas, o hiato nas respectivas esperanças de vida ao nascer era de 1,16 ano favoravelmente às mulheres pretas. A diferença da esperança de vida ao nascer dos homens brancos em relação às mulheres negras era de 0,03 ano favorável aos homens brancos e o hiato entre a esperança de vida ao nascer das mulheres brancas em relação à esperança de vida ao nascer dos homens negros era, favorável às primeiras, de 12,3 anos. Finalmente, cabe salientar que, além de as mulheres negras nordestinas terem apresentado uma esperança de vida inferior aos homens brancos da região (contrariando uma tendência clássica em demografia que aponta serem as esperanças de vida ao nascer das mulheres superior às dos homens), a esperança de vida ao nascer das mulheres negras – tanto das pretas como das pardas –, era inferior à esperança de vida ao nascer dos homens brasileiros brancos em seu conjunto.

No gráfico 15 encontram-se os indicadores das esperanças de vida ao nascer para homens e mulheres da região Sudeste, onde os homens e as mulheres, nascidos no ano 2000, poderiam esperar viver, em média, respectivamente, 66,41 anos e 75,93 anos. Desse modo, as diferenças nas expectativas de vida ao nascer nessa região, entre os dois grupos de sexo, eram de 9,52 anos favoravelmente às mulheres. Em grande medida, essa diferença pode ser creditada à violência urbana que afeta especialmente os jovens do sexo masculino, tal como vem sendo observado no decorrer deste trabalho.

Gráfico 15. Sudeste: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 homens & mulheres



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

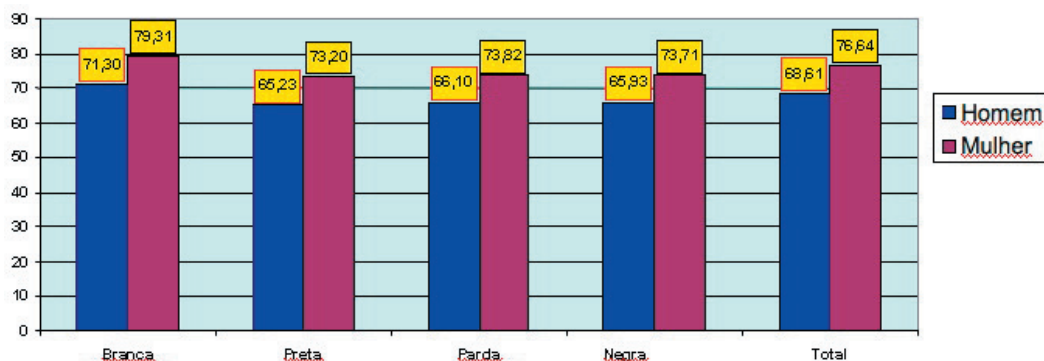
No contingente branco, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 69,86 anos, ao passo que, entre as mulheres, esse indicador era de 79,43 anos (diferença de 9,57 anos, em termos de sobrevida, favoravelmente às mulheres brancas). No caso do contingente negro, os hiatos nas esperanças de vida ao nascer de homens (63,63 anos) e de mulheres (73,28 anos) era ainda mais acentuado, chegando a 9,65 anos de sobrevida. Esse elevado diferencial era encontrado tanto entre os pretos, cujas diferenças nas esperanças de vida entre homens (62,70 anos) e mulheres (72,47 anos) eram de 9,77 anos, como entre os pardos, cujas disparidades nas esperanças de vida de homens (63,90 anos) e de mulheres (73,49 anos) eram de 9,59 anos. Mais uma vez, essas elevadas diferenças podem ser creditadas à violência urbana que vem impactando de modo proporcionalmente mais intensivo os homens, jovens e, especialmente, os negros (tanto os pretos como os pardos).

Os homens brancos da região Sudeste nascidos em 2000 podiam esperar viver, em média, 7,16 anos a mais do que os homens pretos; 5,96 anos a mais do que os homens pardos; e 6,23 anos a mais do que os homens negros. A diferença entre as esperanças de vida ao nascer dos homens pretos e dos homens pardos, no mesmo período, era de 1,2 ano. Já as mulheres brancas do Sudeste, nascidas no mesmo período, podiam esperar viver 6,96 anos a mais do que as mulheres pretas; 5,94 anos a mais do que as mulheres pardas; e 6,15 anos a mais do que as mulheres negras. A diferença nas esperanças de vida das mulheres pretas e das mulheres pardas no Sudeste ficou em 1,02 ano favorável às pardas.

Ainda nessa região, os homens brancos apresentavam uma esperança de vida ao nascer 3,42 anos inferior às esperanças de vida ao nascer das mulheres negras e os homens negros apresentavam uma esperança de vida ao nascer 15,8 anos inferior às expectativas das mulheres brancas. Esses indicadores, mais uma vez, ratificam o que vem sendo comentado acerca da nefasta violência urbana, o que acarreta uma intensiva vitimização dos homens, mormente os negros.

O gráfico 16 mostra os indicadores das esperanças de vida ao nascer dos brasileiros nascidos na região Sul. Conforme podemos ver nessa região, os homens nascidos em 2000, em média, poderiam esperar viver até os 68,61 anos e as mulheres, nascidas no mesmo período, 76,64 anos (diferença de 8,03 anos, em termos de sobrevida para o contingente feminino). Em ambos os casos se repetem o que já foi analisado para a região Sul, qual seja, a esperança de vida ao nascer dos seus habitantes serem maiores do que aquelas da população brasileira em seu conjunto.

Gráfico 16. Sul: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça
– 2000 homens & mulheres



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

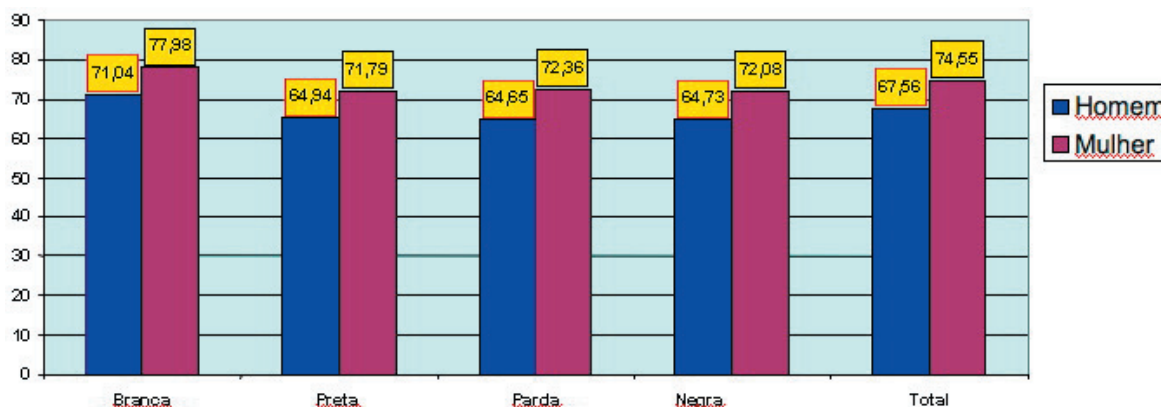
Entre os brancos do sexo masculino, a esperança de vida ao nascer era igual a 71,3 anos. Já entre as mulheres brancas da região, a esperança de vida ao nascer era de 79,31 anos; 8,01 anos a mais que os homens brancos em termos de período de sobrevivência. Entre os negros sulistas, a esperança de vida ao nascer dos homens era de 65,93 anos, ao passo que, entre as negras, esse indicador era de 73,71 anos, perfazendo um hiato de 7,78 anos para as pessoas do sexo feminino. No grupo dos pardos, as mulheres apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 73,82 anos e, no contingente preto, de 73,2 anos. Já os homens pardos e os homens pretos contavam com uma esperança de vida ao nascer de, respectivamente, 66,10 anos (7,72 anos inferior às esperanças de vida ao nascer das mulheres do seu grupo racial) e 65,23 anos (7,97 anos inferior às esperanças de vida ao nascer das mulheres do seu grupo racial).

Os homens brancos da região Sul, nascidos em 2000, podiam esperar viver, em média, 6,07 anos a mais do que os pretos; 5,2 anos a mais do que os pardos; e 5,37 anos a mais do que os negros. Já as diferenças entre os homens pardos e os homens pretos, em termos das suas respectivas esperanças de vida ao nascer, era de 0,87 ano. Entre as mulheres, as brancas contavam com uma esperança de vida ao nascer 6,11 anos superior às das mulheres pretas; 5,49 anos superior às das mulheres pardas; e 5,6 anos superior às das mulheres negras. Já a diferença entre as esperanças de vida ao nascer, entre as mulheres pardas e as mulheres pretas, era de 0,62 ano.

O hiato que separava a esperança de vida das mulheres negras dos homens brancos na região Sul era de 2,41 anos (favoravelmente às mulheres negras), ao passo que o mesmo hiato separando os homens negros das mulheres brancas era de 13,38 anos, em termos de sobrevivência, favoravelmente a estas últimas. Em tempo, a distância que separava a esperança de vida ao nascer das mulheres brancas do Sul e os homens negros do Nordeste era de 17,03 anos.

Finalmente, no gráfico 17, podem ser encontradas as estimativas das esperanças de vida ao nascer para a população da região Centro-Oeste. Para o contingente masculino como um todo, esse indicador correspondia a 67,56 anos, ao passo que, para o contingente feminino como um todo, esse indicador correspondia a 74,55 anos, uma diferença de 6,99 anos de sobrevivida favoravelmente ao último contingente.

Gráfico 17. Centro-Oeste: Esperança de vida ao nascer por cor ou raça – 2000 homens & mulheres



Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

Entre o grupo racial ou de cor branca, a esperança de vida ao nascer entre os homens era de 71,04 anos e a esperança de vida ao nascer entre as mulheres era de 77,98 anos, perfazendo um hiato de 7,94 anos em relação à sobrevivida. Entre os negros, os homens apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 64,73 anos, ao passo que esse indicador para as mulheres situava-se em 72,08 anos (diferença de 7,35 anos, em termos de sobrevivida, favoravelmente às mulheres negras). Entre os pardos, os homens (esperança de vida ao nascer de 64,65 anos), apresentavam um indicador de sobrevivida esperada após o nascimento 7,71 anos inferior às mulheres desse grupo racial ou de cor (cuja esperança de vida ao nascer era de 72,36 anos). Já entre os pretos, a diferença entre os homens, cuja esperança de vida ao nascer de era 64,94 anos, e as mulheres, cuja esperança de vida ao nascer de 71,79 anos, chegava, em termos de período de sobrevivida, a 6,85 anos.

Os homens brancos apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 6,1 anos superior às esperanças de vida ao nascer dos homens pretos; 6,39 anos superior às esperanças de vida ao nascer dos homens pardos; e 6,31 anos superior às esperanças de vida ao nascer dos homens negros. Já as distâncias entre as esperanças de vida ao nascer dos homens pretos e dos homens pardos do Centro-Oeste ficaram na casa dos 0,29 ano favoravelmente aos homens pretos. Entre as mulheres, as brancas apresentavam uma esperança de vida ao nascer 6,19 anos mais que as mulheres pretas; 5,62 anos que as pardas; e 5,9 anos que as mulheres negras. A diferença entre as esperanças de vida ao nascer das mulheres pretas e das mulheres pardas

foi de 0,57 ano favoravelmente às pardas. Finalmente, as diferenças entre as esperanças de vida ao nascer das mulheres brancas e dos homens negros foi de 13,25 anos favoravelmente às mulheres brancas, ao passo que o hiato das esperanças de vida ao nascer das mulheres negras e dos homens brancos foi de 1,04 anos favoravelmente às mulheres negras.

Desse modo, pode-se ver que as diferenças nas esperanças de vida dos grupos de raça/cor da população brasileira estiveram presentes em todas as regiões geográficas analisadas o que, naturalmente, se expressou em todo o Brasil. Do mesmo modo, as desigualdades raciais nos indicadores de esperança de vida ao nascer se expressaram quando realizadas as desagregações por grupos de sexo, sendo tal informação verdadeira, mais uma vez para o Brasil e para as Grandes Regiões.

5.5. Esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor e sexo nas unidades da federação

Nas tabelas e mapas a seguir, podem ser vistos os indicadores das esperanças de vida ao nascer da população brasileira como um todo, do sexo masculino e feminino, desagregada pelos grupos de raça/cor branco, preto, pardo e negro.

Os dados contidos nas tabelas 23, 24 e 25 mostram que no interior de todas as unidades da federação se repete o cenário verificado nas Grandes Regiões. Ou seja, em todos os estados brasileiros, os indicadores da esperança de vida ao nascer dos pretos, dos pardos e dos negros apresentavam-se expressivamente inferiores aos mesmos indicadores da população branca. Esse quadro invariavelmente expressou-se na população masculina, na população feminina e, naturalmente, no contingente de ambos os sexos.

No Brasil, para a população de ambos os sexos, dois estados apresentavam um indicador de esperança de vida entre 72 e 75 anos; seis estados, entre 71 e 72 anos; cinco estados, entre 70 e 71 anos; sete estados, entre 69 e 70 anos; três estados, entre 67 e 69 anos; e quatro estados, entre 64 e 67 anos. Via de regra, os valores mais baixos eram encontrados nos estados nordestinos e os mais altos nos estados da região Centro-Sul. Contudo, vale salientar que unidades da Federação, como Rio de Janeiro e São Paulo, apresentaram indicadores não muito distantes das unidades mais pobres, fato esse decorrente das mortes por causas não naturais (mormente de jovens), que têm incidido sobre a esperança de vida de sua população.

Para nos situarmos em relação à realidade encontrada no plano internacional, vemos que o indicador da esperança de vida ao nascer da população brasileira ficaria situado entre o índice médio encontrado dos países da Comunidade de Estados Independentes (CEI) e os das nações da Oceania, ficando atrás dos índices médios dos países europeus e da América do Norte (tabelas 22 e 23, mapa 1).

Tabela 22. Estimativas de anos de vida ao nascer da população mundial (por continente), ambos os sexos, homens e mulheres, 2000 e 2001

Continente	Ambos os sexos (2000)	Homens (2001)	Mulheres (2001)
África	51,41	50,09	52,57
Europa	76,91	73,88	80,28
Comunidade de estados independentes	65,58	60,34	71,46
Ásia	66,34	65,23	68,12
Oceania	75,64	73,53	78,22
América do Norte	77,03	74,53	79,73
América Latina & Caribe	70,51	67,63	73,76

Fonte: OMS.

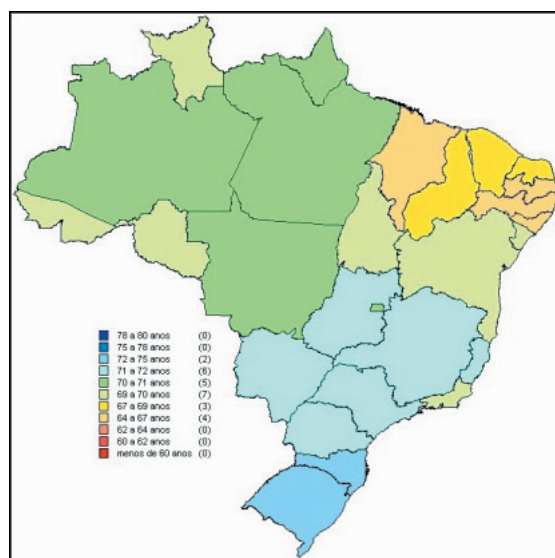
Tabela 23. Esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor – Brasil, grandes regiões e estados – ambos os sexos; 2000

	População Total	Brancos/as	Pretos/as	Pardos/as	Negros/as
Brasil	70,40	73,99	67,64	68,03	67,87
Região Norte	70,01	73,93	66,40	69,08	68,58
Rondônia	69,82	73,67	66,78	68,41	68,04
Acre	69,85	72,82	61,55	69,84	68,95
Amazonas	70,42	74,11	65,99	69,49	69,21
Roraima	69,06	72,35	63,51	68,30	67,75
Pará	70,31	73,66	69,00	69,11	69,07
Amapá	70,60	74,42	68,60	69,18	68,78
Tocantins	69,97	74,75	68,03	69,28	68,90
Região Nordeste	67,26	71,66	66,08	65,31	65,60
Maranhão	66,57	71,37	65,23	64,84	64,93
Piauí	67,41	71,43	66,68	65,42	65,76
Ceará	68,14	73,47	65,71	65,97	65,89
Rio Grande do Norte	68,20	72,97	67,04	65,45	65,95
Paraíba	66,17	71,83	62,80	64,25	64,13
Pernambuco	65,39	70,11	63,86	63,28	63,58
Alagoas	64,86	69,05	64,53	62,73	63,14
Sergipe	69,03	72,11	69,07	67,80	68,26
Bahia	69,52	72,58	69,82	68,05	68,50
Região Sudeste	71,14	74,61	67,53	68,64	68,36
Minas Gerais	71,97	74,68	68,46	68,97	68,68
Espírito santo	71,83	74,12	69,28	69,22	69,03
Rio de Janeiro	69,15	72,28	64,57	67,50	66,99
São Paulo	71,61	74,01	67,81	68,87	68,75

	População Total	Branco/as	Pretos/as	Pardos/as	Negros/as
Brasil	70,40	73,99	67,64	68,03	67,87
Região Sul	72,62	75,33	69,14	69,89	69,75
Paraná	71,81	74,90	69,93	70,15	70,09
Santa Catarina	72,90	75,49	68,11	69,45	69,22
Rio Grande do Sul	73,16	75,60	69,37	70,06	69,86
Região Centro-Oeste	70,98	74,42	68,90	69,59	69,26
Mato Grosso do Sul	71,84	74,73	69,57	69,38	69,43
Mato Grosso	70,62	74,97	69,93	68,31	69,23
Goiás	71,04	74,10	69,66	69,44	69,50
Distrito Federal	70,41	73,86	66,45	70,72	68,22

Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

Mapa 1. Esperança de vida de toda população ambos os sexos – Brasil, unidades da federação – 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

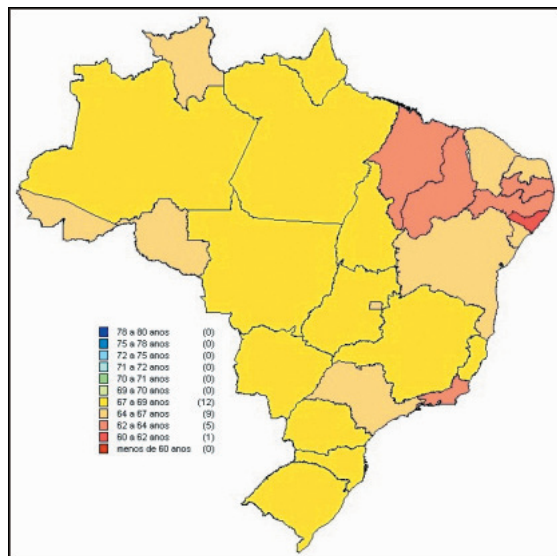
Em relação à população brasileira do sexo masculino, o indicador da esperança de vida ao nascer no interior das unidades da federação apresentou a seguinte distribuição: em 12 estados, entre 67 e 69 anos; em nove estados, entre 64 e 67 anos; em cinco estados, entre 62 e 64 anos; e, em uma unidade, entre 60 e 62 anos (tabela 24, mapa 2).

Tabela 24. Esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor
– Brasil, grandes regiões e estados – homens; 2000

	Homens Total	Branços	Pretos	Pardos	Negros
Brasil	66,70	70,31	63,79	64,35	64,16
Região Norte	66,94	70,88	62,89	66,08	65,57
Rondônia	66,73	70,85	63,29	65,13	64,69
Acre	66,86	69,78	58,52	66,98	65,93
Amazonas	67,45	71,84	63,29	66,52	66,16
Roraima	65,91	68,68	56,67	65,41	64,49
Pará	67,15	70,42	65,71	66,04	65,95
Amapá	67,44	70,45	66,28	65,85	65,98
Tocantins	67,05	71,59	64,46	66,61	65,82
Região Nordeste	63,97	68,48	62,58	62,18	62,28
Maranhão	62,78	67,21	61,37	60,92	61,05
Piauí	63,90	68,11	63,32	62,03	62,18
Ceará	64,65	69,33	61,83	62,59	62,57
Rio Grande do Norte	64,82	70,01	63,28	62,31	62,56
Paraíba	63,16	69,27	59,90	61,26	61,07
Pernambuco	62,55	67,75	61,12	60,56	60,73
Alagoas	61,74	65,62	60,96	60,08	60,25
Sergipe	65,87	69,21	65,07	64,92	64,97
Bahia	66,28	69,82	66,37	64,93	65,09
Região Sudeste	66,41	69,86	62,70	63,90	63,63
Minas Gerais	68,10	71,40	64,31	65,11	64,79
Espírito Santo	67,68	70,45	64,78	65,19	65,02
Rio de Janeiro	63,18	66,33	58,79	61,38	60,99
São Paulo	66,68	68,94	62,93	63,91	63,73
Região Sul	68,61	71,30	65,23	66,10	65,93
Paraná	68,21	71,28	66,97	66,79	66,90
Santa Catarina	68,84	71,38	63,61	65,65	65,25
Rio Grande do Sul	68,79	71,23	65,12	65,85	65,64
Região Centro-Oeste	67,56	71,04	64,94	64,65	64,73
Mato Grosso do Sul	68,68	71,74	64,82	65,60	65,36
Mato Grosso	67,51	71,53	65,96	64,52	64,66
Goiás	67,75	70,96	66,28	65,51	65,68
Distrito Federal	66,31	69,92	62,70	62,97	62,89

Fonte: Microdados da amostra do censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

Mapa 2. Esperança de vida de toda população masculina, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

O indicador da esperança de vida da população feminina apresentou, no interior dos estados, a seguinte distribuição: em oito estados, entre 75 e 78 anos; em 11 estados, entre 72 e 75 anos; em três estados, entre 71 e 72 anos; em dois estados, entre 70 e 71 anos; e, em três estados, entre 67 e 69 anos (tabela 25, mapa 3).

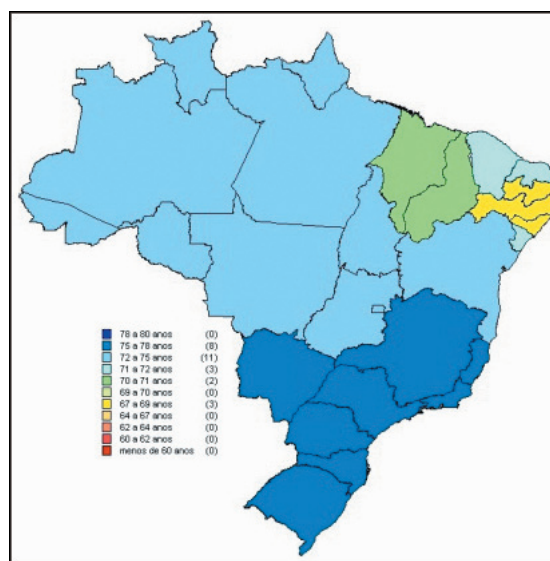
Tabela 25. Esperança de vida ao nascer dos grupos de raça/cor – Brasil, grandes regiões e estados – mulheres; 2000

	Mulheres Total	Branças	Pretas	Pardas	Negras
Brasil	74,15	77,71	71,57	71,79	71,65
Região Norte	73,28	77,23	70,25	72,33	71,90
Rondônia	73,12	76,66	70,17	71,98	71,56
Acre	73,04	76,09	65,29	72,90	72,15
Amazonas	73,61	77,20	68,55	72,77	72,43
Roraima	72,43	76,22	72,43	71,33	71,66
Pará	73,71	77,00	72,45	72,47	72,46
Amapá	73,96	77,22	71,03	72,68	71,73
Tocantins	73,09	78,02	71,86	72,18	72,08
Região Nordeste	70,35	74,58	69,38	68,22	68,45
Maranhão	70,19	74,95	68,45	68,21	68,28
Piauí	70,77	74,59	69,88	68,60	68,84
Ceará	71,45	76,52	69,61	69,17	69,55
Rio Grande do Norte	71,39	75,71	70,84	68,35	68,82

	Mulheres Total	Branças	Pretas	Pardas	Negras
Paraíba	68,98	74,27	65,45	67,11	66,77
Pernambuco	68,04	72,68	66,41	65,85	66,07
Alagoas	67,78	72,40	67,94	65,36	65,69
Sergipe	71,99	74,88	72,79	70,37	70,87
Bahia	72,54	75,23	73,04	70,97	71,31
Região Sudeste	75,93	79,43	72,47	73,49	73,28
Minas Gerais	75,87	79,80	72,71	72,94	72,91
Espírito Santo	76,01	79,70	73,91	73,22	73,43
Rio de Janeiro	75,25	78,42	70,47	73,77	73,40
São Paulo	76,59	78,96	72,79	74,03	73,99
Região Sul	76,64	79,31	73,20	73,82	73,71
Paraná	75,41	78,47	72,89	73,65	73,52
Santa Catarina	76,96	79,47	72,82	73,38	73,34
Rio Grande do Sul	77,56	79,99	73,88	74,42	74,27
Região Centro-Oeste	74,55	77,98	71,79	72,36	72,08
Mato Grosso do Sul	75,15	77,93	73,34	71,98	72,44
Mato Grosso	73,87	78,64	72,78	72,01	72,04
Goias	74,48	77,39	72,04	72,33	72,32
Distrito Federal	74,69	77,96	68,99	73,12	71,52

Fonte: Microdados da amostra do Censo 2000; cálculos de Oliveira & Ervatti.

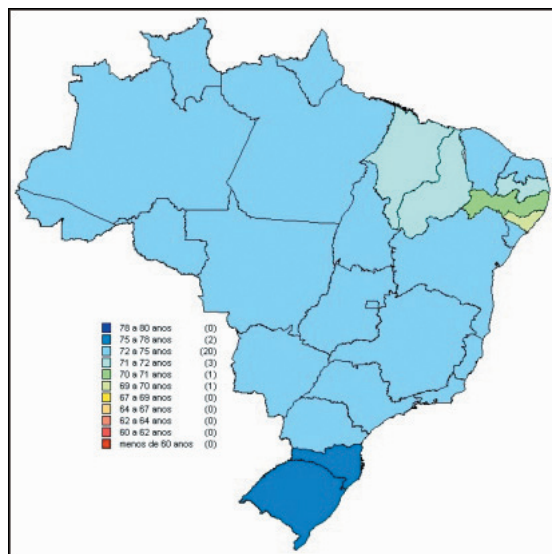
Mapa 3. Esperança de vida de toda população feminina, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Quando observada a distribuição desses indicadores entre as unidades da federação, com o recorte de raça/cor, puderam ser encontrados nítidos diferenciais. Assim, entre os brancos de ambos os sexos, em 20 unidades, a esperança de vida ao nascer situava-se entre 72 e 75 anos; em duas unidades, entre 75 e 78 anos; em três unidades, entre 71 e 72 anos; em uma unidade entre 70 e 71 anos; e, em mais uma, entre 69 e 70 anos (tabela 23, mapa 4).

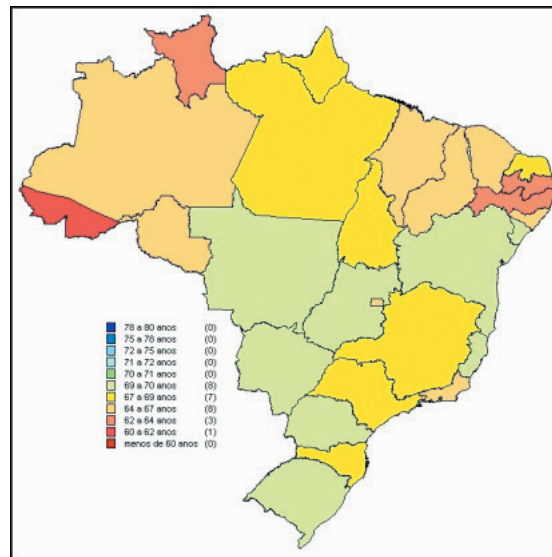
Mapa 4. Esperança de vida da população branca, ambos os sexos, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Entre a população autodeclarada preta, a distribuição do mesmo indicador foi: em oito unidades, entre 69 e 70 anos; em sete unidades, entre 67 e 69 anos; em oito unidades, entre 64 e 67 anos; em três unidades entre 62 e 64 anos; e, em uma unidade, entre 60 e 62 anos (tabela 23, mapa 7).

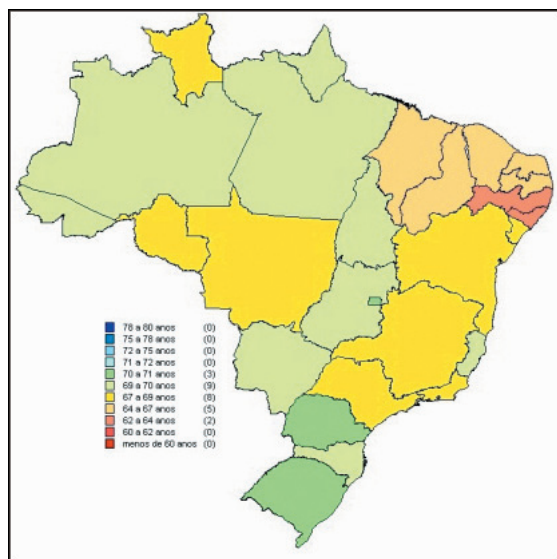
Mapa 7. Esperança de vida da população preta, ambos os sexos, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Entre a população autodeclarada parda, o mapa das esperanças de vida ao nascer da população apresentou a seguinte composição: em três unidades da federação, entre 70 e 71 anos; em nove unidades, entre 69 e 70 anos; em oito unidades, entre 67 e 69 anos; em 5 unidades, entre 64 e 67 anos; e, em duas unidades, entre 62 e 64 anos (tabela 23 e mapa 10).

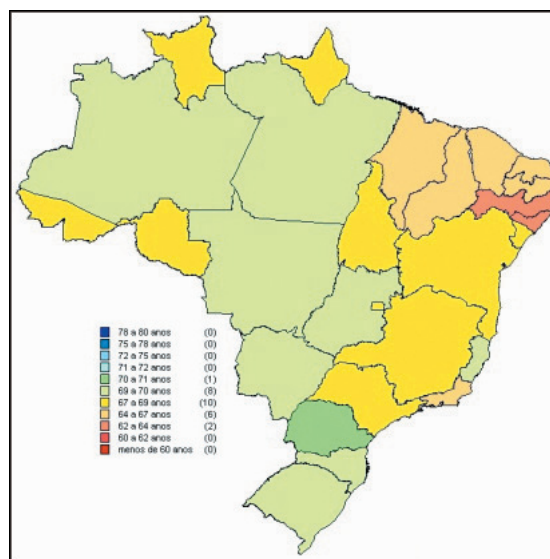
Mapa 10. Esperança de vida da população parda, ambos os sexos, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

No somatório da população preta e parda, a distribuição das esperanças de vida ao nascer ficou do seguinte modo: em uma unidade da federação, entre 70 e 71 anos; em oito unidades, entre 69 e 70 anos; em 10 unidades, entre 67 e 69 anos; em seis unidades, entre 64 e 67 anos; e, em duas unidades, entre 62 e 64 anos (tabela 23 e mapa 13).

Mapa 13. Esperança de vida da população negra, ambos os sexos, Brasil, unidades da federação, 2000



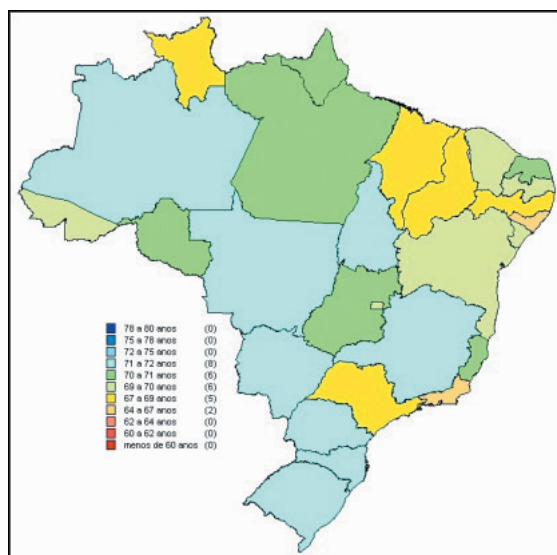
Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

O resultante desses dados é que em apenas um estado as cores dos mapas da esperança de vida ao nascer dos brancos apresentaram-se as mesmas que algumas das cores dos mapas das esperanças de vida ao nascer dos pretos e dos negros; e em apenas dois estados, o mapa da esperança de vida dos brancos mostraram cores iguais a algumas das cores contidas no mapa dos pardos. Ou seja, esses grupos de raça/cor, no que tange ao indicador da esperança de vida ao nascer, formam duas realidades totalmente distintas, parecendo constituir populações à parte. Essas disparidades voltam a ocorrer quando esses mesmos indicadores são analisados de forma decomposta para os grupos de sexo.

Entre os homens brancos, a esperança de vida ao nascer entre as unidades da federação conformou o seguinte cenário: em oito unidades, entre 71 e 71 anos; em seis unidades, entre 70 e 71 anos; em seis unidades, entre 69 e 70 anos; em cinco unidades, entre 67 e 69 anos; e, entre duas unidades, entre 64 e 67 anos. Entre os homens pretos, a distribuição das esperanças de vida ao nascer entre os estados brasileiros mostrou o seguinte desenho: em 12 estados, entre 64 e 67 anos; em sete estados, entre 62 e 64

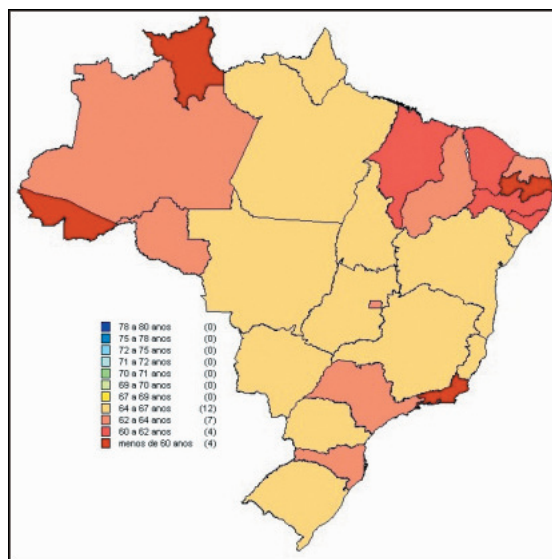
anos; em quatro estados, entre 60 e 62 anos; e, em quatro estados, abaixo de 60 anos. Entre os homens pardos, a composição do indicador entre as unidades da federação foi: em 17 estados, entre 64 e 67 anos; em cinco estados, entre 62 e 64 anos; e em outros cinco estados, entre 60 e 62 anos. Finalmente, entre os negros em seu conjunto, a distribuição das esperanças de vida ao nascer foi a seguinte: em 17 estados, entre 64 e 67 anos; em cinco estados, entre 62 e 64 anos; e, em outros cinco estados, entre 60 e 62 anos (tabela 24, mapas 5, 8, 11 e 14).

Mapa 5. Esperança de vida da população branca, homens, Brasil, unidades da federação, 2000



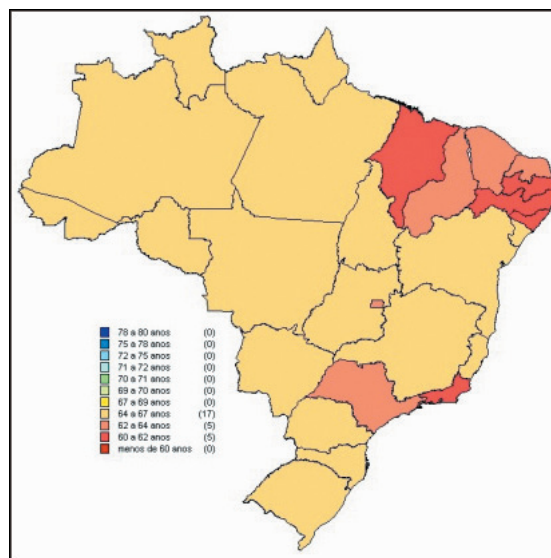
Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Mapa 8. Esperança de vida da população preta, homens, Brasil, unidades da federação, 2000



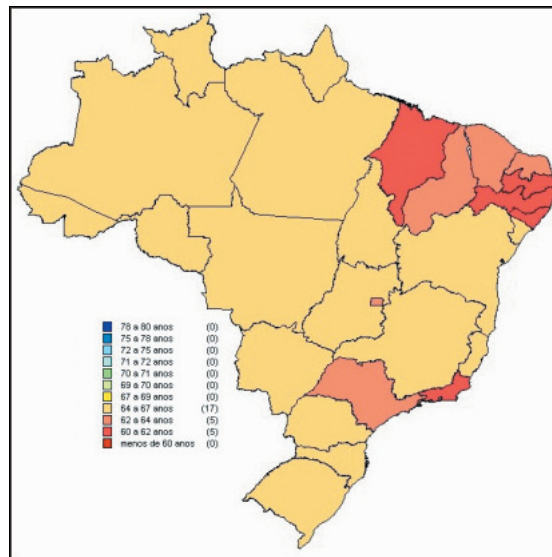
Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Mapa 11. Esperança de vida da população parda, homens, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

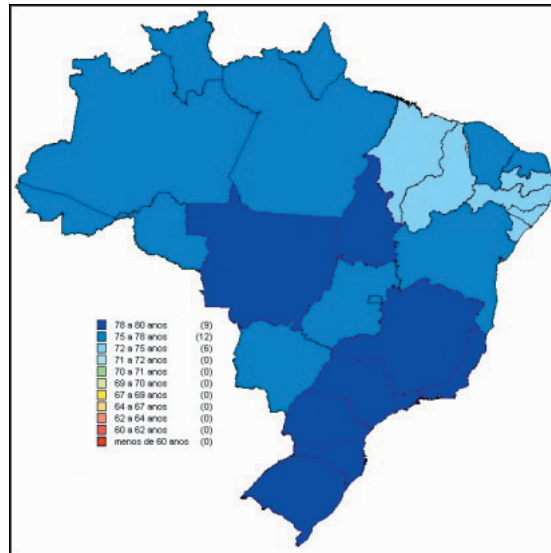
Mapa 14. Esperança de vida da população negra, homens, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

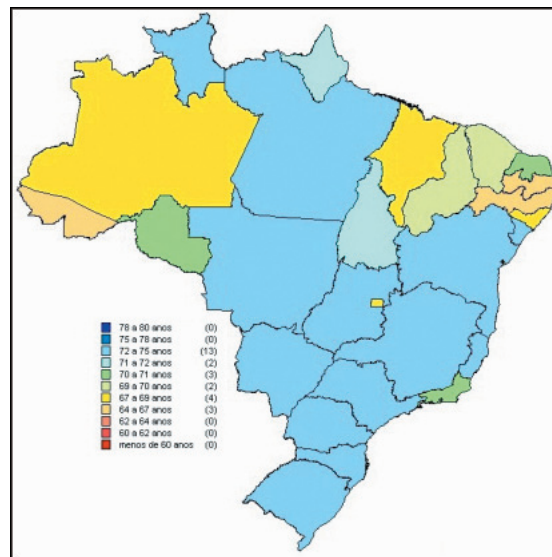
Entre as mulheres, o quadro de desigualdades nas esperanças de vida ao nascer, no interior dos estados brasileiros, entre as brancas e as negras se repetia. Destarte, entre as mulheres brancas, em nove unidades da federação esse indicador situava-se entre 78 e 79,99 anos; em 12 estados, entre 75 e 78 anos; e, em seis estados, entre 72 e 75 anos. Entre as mulheres negras ocorria maior dispersão nesse indicador. Entre as mulheres pretas, em 13 unidades, a esperança de vida ao nascer ficava entre 72 e 75 anos; em duas unidades, entre 71 e 72 anos; em três unidades, entre 70 e 71 anos; em duas unidades, entre 69 e 70 anos; em quatro unidades, entre 67 e 69 anos; e, em outras três unidades, entre 64 e 67 anos. Entre as mulheres pardas, em 15 estados brasileiros, a esperança de vida ao nascer situava-se entre 72 e 75 anos; em três estados, entre 71 e 72 anos; em duas unidades, entre 70 e 71 anos; em uma unidade, entre 69 e 70 anos; em quatro unidades, entre 67 e 69 anos; e, em outras duas unidades, entre 64 e 67 anos. Entre as mulheres em seu conjunto, a distribuição das esperanças de vida ao nascer no interior dos estados brasileiros era a seguinte: em 14 unidades, entre 72 e 75 anos; em cinco unidades, entre 71 e 72 anos; em uma unidade, entre 70 e 71 anos; em uma outra unidade, entre 69 e 70 anos; em três unidades, entre 67 e 69 anos; e, em outras três unidades, entre 64 e 67 anos (tabela 25, mapas 6, 9, 12 e 15).

Mapa 6. Esperança de vida da população branca, mulheres, Brasil, unidades da federação, 2000



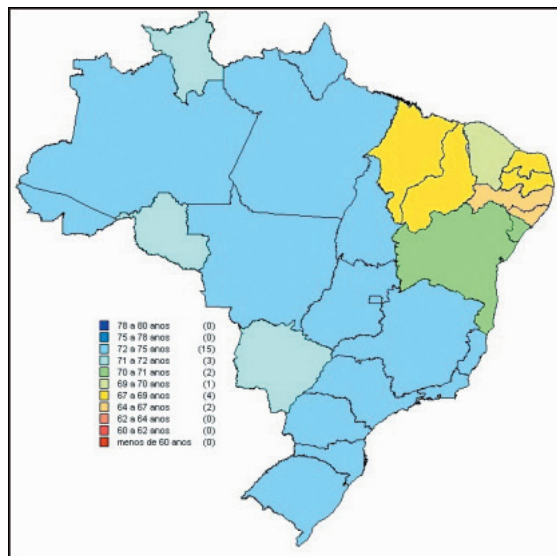
Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Mapa 9. Esperança de vida da população preta, mulheres, Brasil, unidades da federação, 2000



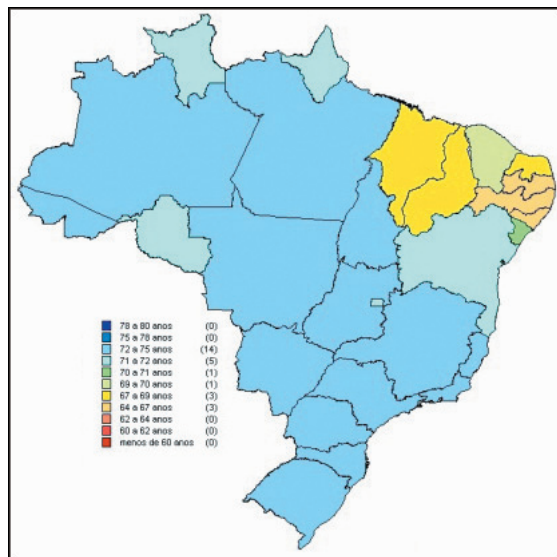
Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti

Mapa 12. Esperança de vida da população parda, mulheres, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

Mapa 15. Esperança de vida da população negra, mulheres, Brasil, unidades da federação, 2000



Fonte: Amostra de 10% do censo demográfico de 2000 baseado em cálculos de Olivera e Ervatti.

O maior diferencial encontrado entre os estados, envolvendo os diferentes grupos raciais e de sexo, deu-se entre a esperança de vida ao nascer das mulheres brancas do Rio Grande do Sul (79,99 anos) e a esperança de vida ao nascer dos homens pretos de Roraima (56,67 anos), perfazendo um hiato de 23,32 anos (tabelas 23 e 24).

No Brasil como um todo, as mulheres gaúchas apresentavam o maior índice de esperança de vida ao nascer, 77,56 anos. Já o menor índice de esperança de vida ao nascer era encontrado entre os homens alagoanos (61,74 anos). No interior do contingente racial ou de cor branca, o maior hiato das esperanças de vida ao nascer ocorreu entre as mulheres do Rio Grande do Sul (79,99 anos) e os homens de Alagoas (65,26 anos), formando uma diferença de 14,37 anos.

No contingente preto, a máxima distância ocorreu entre as mulheres do Espírito Santo (esperança de vida ao nascer de 73,91 anos): 17,24 anos superior aos homens de Roraima (56,67 anos). No interior do contingente pardo, a maior distância nas esperanças de vida ao nascer foi encontrada entre as mulheres do Rio Grande do Sul (74,42 anos) e os homens de Alagoas (60,08 anos), perfazendo um hiato de 14,32 anos. Finalmente, no interior do contingente negro, a máxima distância nas esperanças de vida ao nascer ocorria entre as mulheres gaúchas (74,27 anos) e os homens alagoanos (60,25 anos), constituindo uma diferença de 14,02 anos.

5.6. Anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo

5.6.1. Metodologia de análise

Um dos principais indicadores de análise das condições de saúde da população de um determinado local consiste no estudo dos anos médios de vida perdidos em decorrência de determinadas causas de mortalidade. Dessa forma, melhor conhecendo o perfil da mortalidade, as autoridades competentes, hipoteticamente, estariam se capacitando para agir positivamente sobre essas causas. Com isso, seria possível que fossem minorados os falecimentos precoces e evitáveis, posto que passíveis de serem contornados mediante medidas preventivas, muitas delas, até razoavelmente singelas.

No Brasil já há ampla literatura contendo pesquisas sobre os anos vida perdidos da população brasileira e de suas múltiplas causas determinantes. Assim, os cálculos dos anos potenciais de vida perdidos têm sido realizados mediante a aplicação das técnicas de Chiang (Maia, 2000; Silva, 2001; Gotlieb, Castilho e Buchalla, 2002; Barboni e Gotlieb, 2004), de Arriaga (Simões, 2002); de Pollard (Abreu e Rodrigues, 2000), e do Banco Mundial (Nedel, Rocha e Pereira, 1999).

Em não sendo o objetivo do presente estudo o procedimento de um debate sobre cada uma dessas técnicas, optamos por adotar a técnica de Chiang, pelo fato de ter sido identificada, no interior da não exaustiva bibliografia mobilizada, como a que foi citada com mais frequência. Antes que sejam feitas ressalvas quanto ao modo simplório de escolha da técnica, cabe salientar o fato de este estudo estar se debruçando sobre uma questão até o momento inédita, qual seja, a análise das desigualdades raciais nos anos de vida perdidos da população. Isso torna forte o argumento quanto à pertinência da aplicação da técnica de Chiang, especialmente tendo em vista as exigências de comparabilidade dos indicadores ora gerados com uma literatura mais ampla.

O procedimento de Chiang leva em consideração a probabilidade líquida de morte pela eliminação de uma causa de mortalidade específica. Tal como nas palavras de Gotlieb, Castilho e Buchala (2002, p. 34), *“a construção das tábuas de múltiplo decremento é feita da mesma maneira que a da tábua de vida, diferenciando-se apenas na coluna referente à proporção de mortes no intervalo etário, que é substituído pela probabilidade líquida, isto é, admitindo-se que alguma causa básica de morte, (...), tivesse sido eliminada”*.

A tábua de mortalidade de múltiplo decremento é construída a partir do cálculo das probabilidades de falecimento no intervalo etário ($x, x+n$), sendo esta a tabela mestra, tanto da mortalidade como um todo, como das probabilidades líquidas. Para chegar até o seu resultado final, utilizou-se a seguinte expressão (Silva, 2001):

$$\frac{nQ_x = n \cdot n \cdot O_x}{n P_x (1 - a')^{n \cdot x} O_x}$$

Onde:

nO_x = óbitos no intervalo etário ($x; x+n$)

nP_x = população no intervalo etário ($x; x+n$)

a' = fator de separação (0,20 para menores de um ano de idade; 0,30 para a idade de um ano; e 0,50 para as demais faixas de idade)

Finalmente, a probabilidade líquida de morte, após a eliminação de uma das causas específicas de falecimento é igual a:

$$Q_x = 1 - p_i [(D_i - D_{ij})/D_j]$$

O termo p_i representa o estimador da probabilidade de um indivíduo sobreviver de x_i a x_i+n . Assim, esta expressão é igual a:

$$P_i = \frac{1 + \sum_{j=1}^r N_j M_j}{1 + (1 - a^i) \sum_{j=1}^r N_j M_j}$$

Sendo que:

$i = 0, 1, 2, \dots, n$, anos

$j = 1, 2, \dots, r$, causas

N_i = intervalo de classe no grupo etário em apreço

M_i = coeficiente de mortalidade na idade i

a^i = fator de separação na idade i

$D_{i,j}$ = número de óbitos ocorridos na idade i pela causa, ou grupo de causas, j

D_i = número de óbitos ocorridos na idade i

A técnica de Chiang, conforme já foi salientado, exige a construção de uma tábua de mortalidade. Quando do processo de elaboração dessa tábua para toda a população, devido aos problemas de subnotificação dos registros de óbitos no Brasil, ocorre a exigência da correção dessa perda de registros que acaba se expressando nas bases de dados do Registro Civil e do SIM. A partir dessas estimativas é procedida a correção das probabilidades de morte ($Q_x; x; x+n$) dentro de cada faixa de idade. Via de regra, essas correções são realizadas por estimativas indiretas pelas técnicas de sobrevivências dos filhos ou do uso das tábuas de mortalidade do Brasil desenvolvidas por demógrafos do IBGE e de outras instituições de pesquisa. Finalmente, aplicando-se as expressões das tábuas de múltiplo decremento, alcançamos finalmente a média de anos de vida perdidos. (Yazaki e Ortiz, 1984; Ferreira e Castiñeiras, 1996; Abreu, Rodrigues e Mendonça, 1996; Machado e Rigotti, 1996; Nedel, Rocha e Pereira, 1999; Maia, 2000; Abreu e Rodrigues, 2000, Campanário e Maia, 2002; Barboni e Gotlieb, 2004; Oliveira e Albuquerque, s/d).

O principal problema enfrentado pelo presente estudo ocorreu quando do processo de análise das desigualdades raciais, quando verificamos que a literatura disponível ainda não havia estimado qual seria o grau de subnotificação dos registros de óbitos dos distintos grupos de raça/cor e sexo, bem como uma medida da proporção de evasão de registros no interior dos registros de óbitos, seja para os casos de raça/cor ignorada, seja entre aqueles com raça/cor declarada. Assim, não nos foi possível encontrar nenhum parâmetro confiável que permitisse a correção dos problemas da evasão dos registros de óbitos dos distintos grupos de raça/cor.

Para as faixas de idade mais baixas, esses problemas puderam ser sanados com o uso das probabilidades de alcançar as idades de 0 a 20 anos de idade, geradas pelo programa *Mortpak – Lite*. No caso, visando manter a coerência com o desenvolvimento metodológico do cálculo das esperanças de vida ao nascer descrito anteriormente, as probabilidades de sobrevivência basearam-se no Modelo de Coale-Demeny, família Oeste. No caso das desagregações por grupos de raça/cor e sexo, foram utilizadas as probabilidades de sobrevivência geradas a partir do *Pandem*. Em alguma medida, isso reproduz o método de Oliveira e Albuquerque (s/d), que corrigiram as razões dos óbitos da população até cinco anos por via indireta. Neste caso foi possível aplicar igual caminho para os mesmos grupos etários dos contingentes de raça/cor e sexo. Contudo, não foi possível localizar nenhum estudo que tivesse realizado essas estimativas para as faixas etárias superiores. Na verdade, Cunha (1990) chegou a fazer estimativas para as probabilidades de sobrevivência das mulheres que atingem 25 anos (para as faixas etárias dos 45; 50; 55; 60; 65; 70; e 75 anos), desagregada para os grupos de raça/cor branca, preta, parda e negra. Todavia, esses dados, além de não cobrirem a população masculina, estavam baseados em indicadores do Censo de 1980, ou seja, de 24 anos atrás.

Portanto, tendo em vista estas limitações – tanto nas bases de registros sobre mortalidade, como na literatura sobre o tema das desigualdades raciais nos índices de mortalidade –, o presente estudo limitou-se, baseado nos resultados do *Mortpak* e do *Pandem*, a corrigir as probabilidades de mortalidade dos grupos de raça/cor e sexo até os cinco anos (exclusivo) de idade. Esse procedimento, em alguma medida, reproduziu a metodologia de Oliveira e Albuquerque para a construção da tábua de mortalidade no Brasil que, justamente, corrigiu os Q_x (probabilidades de óbitos em um determinado grupo de idade), dessas faixas etárias, a partir de estimativas indiretas. Esse procedimento foi fundamental para conferir algum grau de consistência às tábuas de mortalidade que foram construídas. Caso isso não tivesse sido feito, estaríamos operando com informações, aí sim, totalmente irrealistas.

O levantamento da taxa de mortalidade de crianças menores de um ano de idade fundamentado nos indicadores do SIM (triênio 1998-2000) e da amostra do Censo Demográfico de 2000, daria uma média de 1.313 óbitos por 100 mil habitantes (frente à média nacional estimada indiretamente de 3.007 óbitos por 100 mil). Analisado de forma desagregada, segundo os grupos de raça/cor, a combinação das informações produzidas a partir daquela base de dados, daria uma taxa de mortalidade infantil de crianças brancas menores de um ano idade de 1.939 óbitos por 100 mil habitantes e, uma taxa de mortalidade infantil de crianças negras menores de um ano idade de 1.507 óbitos por 100 mil habitantes. Tal resultado somente pode ser compreendido levando-se em conta um fator já abordado que se reporta à maior subnotificação dos registros de óbitos entre os negros e, em especial, entre as crianças negras. Alternativamente, o uso das estimativas indiretas da taxa de mortalidade infantil de crianças negras apresenta uma estimativa de 3.576 óbitos por 100 mil habitantes (uma diferença de 2,37 vezes em comparação com a estimativa

direta) e uma taxa de mortalidade infantil de crianças brancas de 2.513 óbitos por 100 mil habitantes (uma diferença de 1,29 vez em comparação com a estimativa direta).

Desse modo, as tábuas construídas para os grupos de raça/cor e sexo, baseadas no SIM, foram corrigidas pelas estimativas indiretas até os cinco anos de idade. Para as demais faixas etárias, não foram realizadas correções, tendo em vista a inexistência de estimativas indiretas a esse respeito que pudessem ser consideradas confiáveis. Apesar de termos plena noção que a ausência de correções dos óbitos nas faixas etárias mais elevadas cria embaraços, quiçá fatais, para o nível de realismo das tábuas construídas, tal procedimento não é de todo estranho à literatura no assunto. Por exemplo, Nedel, Rocha e Pereira (1999), ao elaborarem suas estimativas dos anos de vida perdidos para a população do Brasil e da região Sul, igualmente não procederam a correções nas taxas de óbitos encontradas a partir dos registros do SIM. Finalmente, a estimativa de sobrevivência da população acima de 70 anos (limite superior das tábuas construídas por este estudo) foi gerada para cada um dos grupos de raça/cor e sexo, pelo intercruzamento com a tábua de mortalidade do Brasil (ambos os sexos, homens e mulheres) de 2000, tal como calculada pelos demógrafos do IBGE (Oliveira e Albuquerque, *s/d*).

Os resultados encontrados nas esperanças de vida ao nascer pelo uso dessas tábuas de mortalidade baseadas no SIM, sem proceder a qualquer correção das subnotificações nos grupos etários acima de cinco anos, como seria de se esperar, geraram resultados, para cada um dos grupos de raça/cor e sexo, que não corresponderam aos resultados encontrados nas seções 4.6 e 4.7. Todavia, o presente objetivo não foi a obtenção das esperanças de vida ao nascer pela via direta, mas sim com a aplicação das tábuas de múltiplo decremento, a estimativa dos ganhos potenciais de vida para cada grupo de raça/cor e sexo, a partir da eliminação hipotética de determinadas causas de morte no seio da população. Foi justamente a partir da diferença entre as “esperanças de vida ao nascer”, produzidas a partir dos dados parcialmente corrigidos do SIM, e das novas “esperanças de vida ao nascer”, geradas pela eliminação de determinadas causas de morte, que chegamos aos resultados dos anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo. Como meio de um certo controle dos resultados encontrados, foram comparados, para a população de todo o Brasil, os resultados da estrutura e somatório dos anos de vida perdidos contidos no presente estudo com os mesmos dados contidos na literatura disponível.

Cabe salientar que os resultados que serão debatidos não possuem um caráter que vão além do exploratório. Em primeiro lugar, derivado dos limites relacionados às bases de dados utilizadas e das impossibilidades de realizar as correções nos níveis de mortalidade dos distintos grupos de raça/cor e sexo acima dos cinco anos dentro do atual estado da arte. Em segundo lugar, por conta de que no mesmo não foram esgotadas as gamas de metodologias factíveis de serem aplicadas.

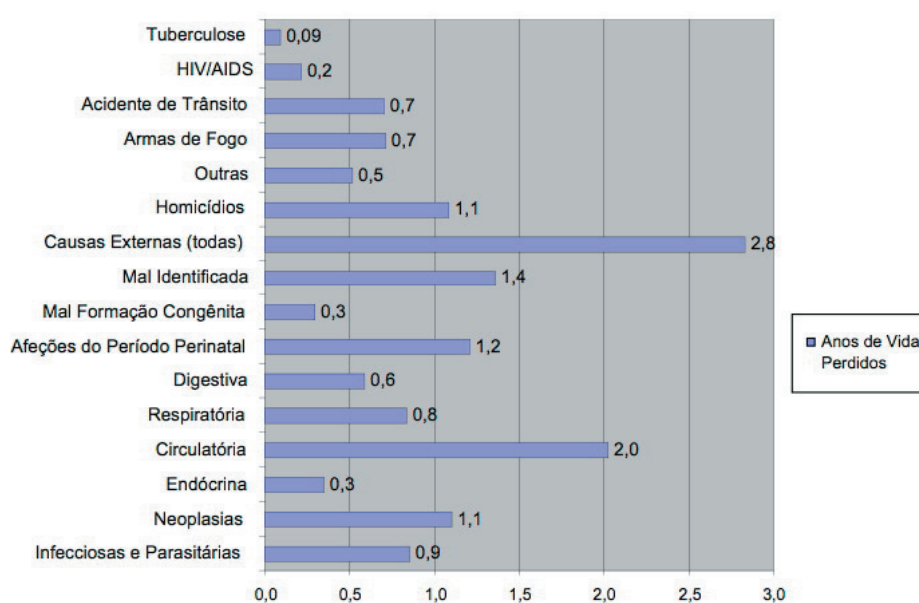
Finalmente, é importante esclarecer que o exercício que ora segue foi realizado pelo professor Marcelo Paixão, que, assim, exclusivamente, assume os possíveis equívocos contidos no desenvolvimento e nas conclusões da seção que ora segue.

5.6.2. Resultados dos cálculos dos anos de vida de perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo

Nas próximas cinco subseções serão vistos, de modo sucinto, os indicadores dos anos de vida perdidos, segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e nas Grandes Regiões. Deve ser salientado que não necessariamente os dados atinentes aos anos de vida perdidos da população como um todo se adequarão aos dados de cada grupo racial e de sexo, fazendo com que seja possível que, em alguns casos, o somatório de toda a população não expresse os termos médios dos indicadores de anos de vida perdidos verificados para cada contingente racial. Isso pode ocorrer devido aos casos dos registros de óbitos de raça/cor ignorada, incluídas no cálculo dos anos de vida perdidos da população do Brasil e das Grandes Regiões.

No Gráfico 18 percebemos que, no triênio 1998-2000, em todo o Brasil, o principal redutor na média de anos vividos pelos homens eram as causas externas. Estas eram responsáveis por retirar 2,83 anos da população masculina. Assim, do total de anos de vida perdidos pelos homens, 11,53 anos, as causas externas eram responsáveis por 24,6%.

Gráfico 18. Anos de vida perdidos da população masculina; Brasil. 1998-2000

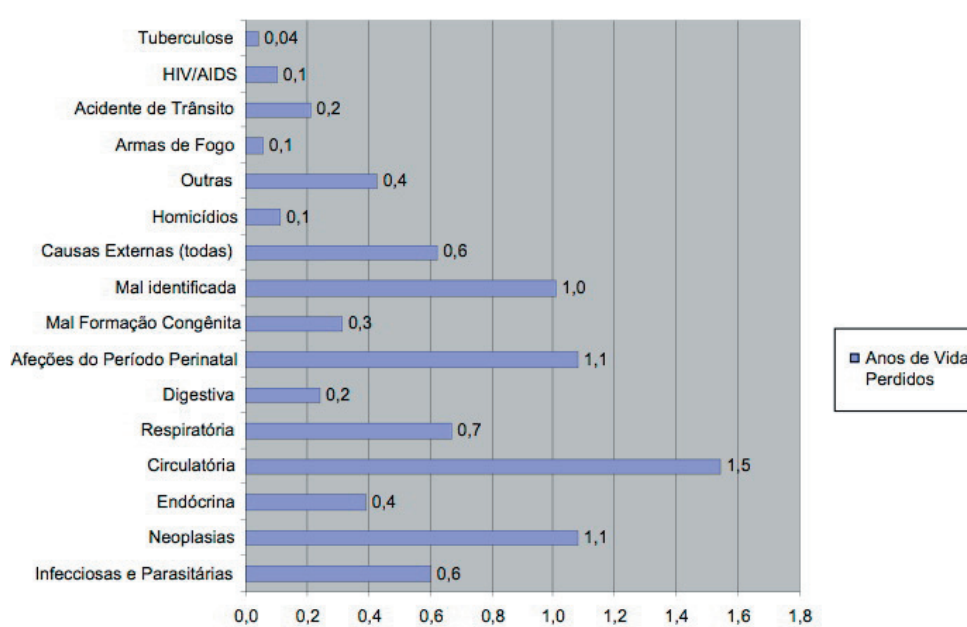


Fonte: Microdados SIM, censo demográfico 2000.

A segunda causa mais importante de perdas de tempo de vida dos homens brasileiros eram as doenças circulatórias. Esse tipo de causa foi responsável pela perda de 2,02 anos das pessoas do sexo masculino; 17,5% do total de anos de vida perdidos pelos homens. As causas mal identificadas eram a terceira principal fonte de perdas de anos de vida entre os homens, retirando 1,36 ano de vida, 11,8% do total dos anos de vida perdidos por parte desse grupo. Também se destacavam como causas de perdas de anos de vida entre os homens, as afecções do período perinatal (com perda de 1,2 ano de vida); 10,4% do total de anos de vida perdidos pelos homens); as neoplasias (com perda de 1,1 ano de vida, 9,5% do total de anos de vida perdidos pelos homens), as doenças infecciosas e parasitárias (com perda de 0,85 ano de vida); 7,4% do total de anos de vida perdidos pelos homens); e as doenças do aparelho digestivo (com perda de 0,58 ano de vida; 5,0% do total de anos de vida perdidos pelos homens). Os homicídios, um dos componentes das causas externas, traziam a perda de 1,08 ano de vida pelos homens, 9,4% do total de anos de vida perdidos pelos homens. Desse modo, esse componente era o sexto principal responsável pela perda de vida entre os brasileiros do sexo masculino (gráfico 18).

No gráfico 19 observamos a estrutura do somatório das perdas de anos de vida da população feminina do Brasil. De acordo com as estimativas levantadas, a principal causa de perda de anos de vida entre as mulheres eram as doenças do aparelho circulatório, vetor que retirava das mulheres 1,54 ano de vida, 20,3% do total de anos de vida perdidos. Em segundo lugar, empatadas, vinham as afecções do período perinatal e as neoplasias, cada uma delas responsável pela perda de 1,08 ano de vida entre as mulheres, 14,2% do total de anos de vida perdidos. Outras importantes doenças motivadoras de perdas de anos de vida entre as mulheres foram: as causas mal identificadas (responsáveis pela perda de 1,0 ano de vida entre as mulheres; 13,3% do total de anos de vida perdidos neste grupo); as causas externas (responsáveis pela perda de 0,62 ano de vida entre as mulheres; 8,2% do total de anos de vida perdidos neste grupo); as doenças do aparelho respiratório (responsáveis pela perda de 0,67 ano de vida entre as mulheres; 8,8% do total de anos de vida perdido por este grupo); as doenças infecciosas e parasitárias (responsáveis pela perda de 0,6 ano de vida entre as mulheres; 7,9% do total de anos de vida perdidos por este grupo); as malformações congênitas (responsáveis pela perda de 0,31 ano de vida entre as mulheres; 4,1% do total de anos de vida perdidos no interior deste grupo); e as doenças endócrinas, e nutricionais (responsáveis pela perda de 0,39 ano de vida entre as mulheres; 5,2% do total de anos de vida perdidos no interior deste grupo).

Gráfico 19. Anos de vida perdidos da população feminina. Brasil 1998-2000



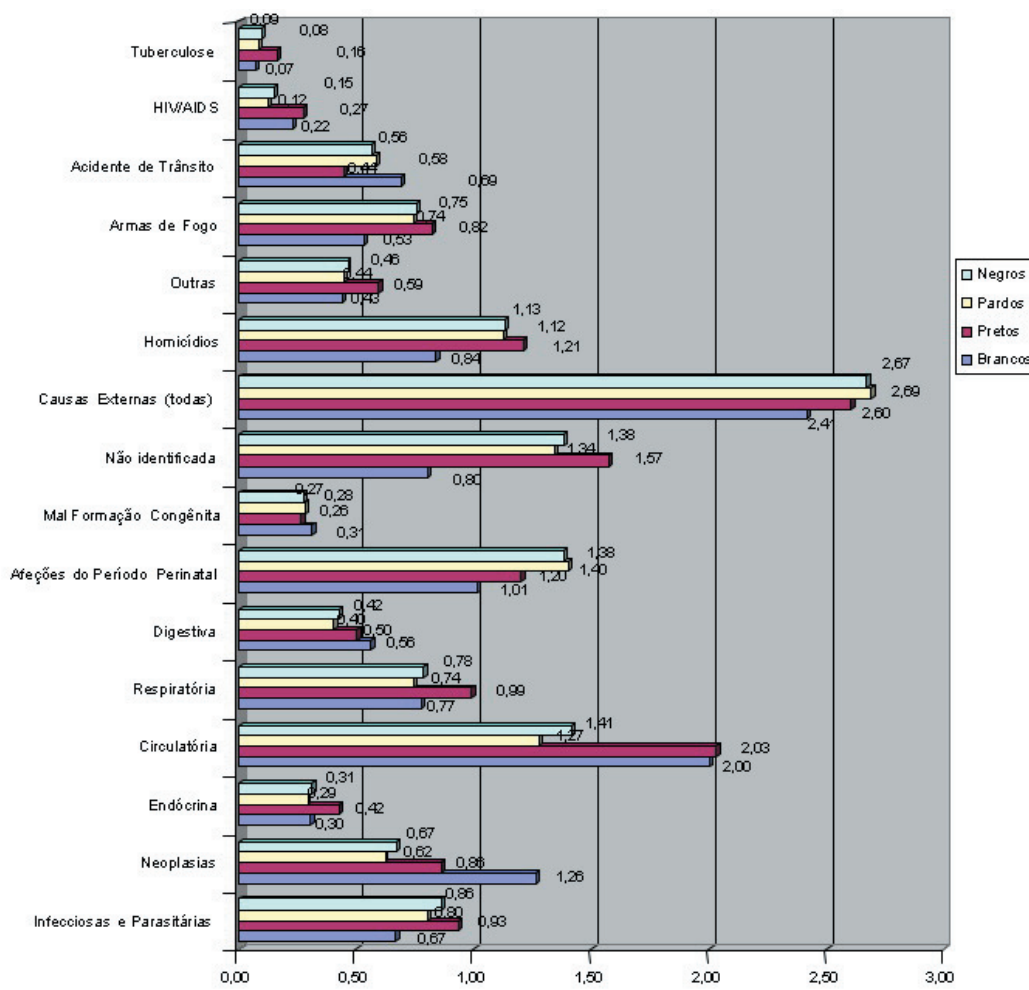
Fonte: Microdados SIM, censo demográfico 2000.

O somatório dos anos de vida perdidos entre os homens foi de 11,53 anos, ao passo que entre as mulheres foi de 7,59, conformando uma diferença de 3,94 anos a mais de anos de vida perdidos para as pessoas do sexo masculino. Já consagrada na literatura especializada, essa informação evidencia que a estrutura da mortalidade de homens e mulheres apresenta-se razoavelmente diferenciada, sendo maior a razão de mortalidade e a perda total de anos de vida entre as pessoas do sexo masculino. Assim, das três principais causas de perdas de anos de vida entre os homens, duas são diferentes das três principais causas de perdas de anos de vida entre as mulheres. A única exceção vinham a ser as doenças do aparelho circulatório, que foram as principais redutoras dos anos de vida por parte das mulheres e a segundo principal fator redutor do tempo médio de sobrevivência entre os homens. Já as causas externas e os homicídios, que se apresentam como causas tão pronunciadamente impactantes entre os homens, vêm a ser apenas os, respectivamente, sexto e décimo terceiro principais fatores de redução de perdas de anos de vida entre as mulheres, entre as causas de morte selecionadas. Por esse motivo, as análises dos anos de vida perdidos, desagregados por raça/cor, já terão como ponto de partida justamente essas evidências.

No gráfico 20 podemos ver as diferenças nas médias de anos de vida perdidos entre os homens, segundo os grupos de raça/cor, para todo o Brasil no triênio 1998-2000. Entre os homens brancos, a principal causa de perdas de anos de vida eram as causas externas, responsáveis pela perda de 2,41 anos de existência, 23,7% do total de anos de vida perdidos, entre as pessoas do sexo masculino nesse contingente de raça/cor. Em segundo lugar vinham

as doenças do aparelho circulatório, responsáveis pela perda de dois anos de vida (19,9% do total de anos de vida perdidos). A terceira principal eram as neoplasias, responsáveis pela perda de 1,26 ano de vida perdida no interior desse contingente, 12,6% do total de anos de vida perdidos. Em quarto lugar vinham as afecções do período perinatal, responsáveis pela redução do tempo médio de vida dos homens brancos em 1,01 anos (9,9% do total de anos de vida perdidos). As causas não identificadas retiravam 0,8 ano de vida (7,9% do total de anos de vida perdidos) e os homicídios (componente das causas externas) trouxeram a perda de 0,84 ano de vida (8,2% do total de anos de vida perdidos) dos homens brancos. Especificamente as vitimizações com armas de fogo retiraram 0,53 ano de vida dos homens brancos (5,2% do total de anos de vida perdidos). Finalmente, cabe salientar que o total de anos de vida perdidos entre os homens brancos foi de 10,16 anos.

Gráfico 20. Anos de vida perdidos de homens, segundo os grupos de raça/cor; Brasil, 1998-2000



Fonte: Microdados SIM e amostra de 10% do censo demográfico.

Entre os homens pretos, o principal motivo de perdas de anos de vida eram as causas externas. Esse motivo retirava 2,6 anos de vida desses homens, 22,6% do total de anos de vida perdidos. A segunda maior fonte de perdas de anos de vida dos homens negros foram as doenças do aparelho circulatório, responsáveis pela abreviação de 2,03 anos de vida, 17,6% do total de anos de vida perdidos. A terceira principal causa de morte foram as causas mal definidas, responsáveis pela perda de 1,57 anos de vida perdida, 13,7% do total de anos de vida perdidos. Os homicídios constituíam a quarta principal causa de perdas de anos de vida entre os pretos do sexo masculino, 1,21 ano, 10,5% do total de anos de vida perdidos. Mais detidamente, as vitimizações por armas de fogo ceifaram 0,82 ano de vida dos homens pretos (7,1% do total de anos de vida perdidos). As afecções do período perinatal, que reduziram em 1,2 ano (10,4% do total de anos de vida perdidos); as doenças do aparelho respiratório, que abreviaram a vida dos homens pretos em 0,99 ano de vida (8,3% do total de anos de vida perdidos); e as neoplasias, que retiraram 0,86 ano (7,5% do total de anos de vida perdidos) também apareciam como outras grandes responsáveis pela perda de anos de vida das pessoas desse grupo de raça e sexo. O somatório dos anos de vida perdidos dos homens pretos foi de 11,52 anos.

Os homens pardos, no triênio 1998-2000, igualmente tiveram como principal motivo de perda de anos de vida as causas externas. Estas responderam pela abreviação em 2,69 anos dos homens desse grupo racial ou de cor, 36,9% do total de anos de vida perdidos. A segunda causa de morte mais relevante em termos de perdas de anos de vida entre os homens pardos vieram a ser as doenças do aparelho circulatório, motivo esse que ceifava o tempo de vida médio das pessoas deste contingente em 1,27 ano (12,8% do total de anos de vida perdidos). As afecções do período perinatal respondiam pela perda de 1,4 ano de vida entre esses homens (14,2% do total de anos de vida perdidos), sendo a terceira maior causa de perda de anos de vida do grupo. Entre os homens pardos. Os homicídios eram a quarta principal causa de abreviação dos anos de vida: 1,12 ano de vida, 11,3% do total de anos de vida perdidos. Mais detidamente, as vitimizações por armas de fogo responderam pela perda de 0,74 ano de vida entre os homens pardos, o que representou 7,4% do total de anos de vida perdido desse grupo. As causas não identificadas foram responsáveis pela perda de 1,34 ano de vida (13,5% do total de anos de vida perdidos). Outras causas de mortalidade que apareceram com certa relevância entre os homens pardos foram as neoplasias (perda de 0,62 ano, 6,3% do total de anos de vida perdidos) e as doenças do aparelho respiratório (0,74 ano, 7,5% do total de anos de vida perdidos). O somatório dos anos de vida perdidos entre os homens pardos foi de 9,91 anos.

Finalmente, o somatório dos anos de vida perdidos dos homens pretos e dos pardos revela que sua principal causa de morte eram as causas externas, responsáveis pela perda de 2,67 anos de vida no interior desse contingente, 26,1% do total de anos de vida perdidos. As doenças do aparelho circulatório apareciam como a segunda

maior fonte de perdas de anos de vida entre os homens negros, acarretando a abreviação de seu tempo médio de existência em 1,41 ano (13,8% do total de anos de vida perdidos). As afecções do período perinatal responderam pela perda de 1,38 ano de vida entre os homens negros (13,5% do total de anos de vida perdidos), tendo sido a terceira principal causa de perda de anos de vida. Os homicídios foram a quarta maior causa, tendo ceifado 1,12 ano de vida desse grupo, 15% do total de anos de vida perdidos. Mais especificamente, as vitimizações por armas de fogo acarretaram a perda de 0,74 ano de anos de vida entre os homens negros (9,9% do total de anos de vida perdidos). As causas não identificadas também apareciam como uma causa relevante de perdas de anos de vida entre os homens negros, tendo provocado a abreviação de 0,99 ano de vida das pessoas desse grupo, 13,3% do total de anos de vida perdidos. No somatório dos anos de vida perdidos, os homens negros tiveram uma perda total de 10,25 anos.

Na comparação da composição dos anos de vida perdidos de homens brancos em relação aos homens pretos, verificamos que estes perdiam mais anos de vida nas causas não identificadas (diferença de 0,77 ano para os pretos); nos homicídios (diferença de 0,37 ano para os pretos); nos homicídios por armas de fogo (diferença de 0,29 ano para os pretos); nas doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,26 ano para os pretos); nas doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,22 ano para os pretos); nas causas externas (diferença de 0,21 ano para os pretos); nas afecções do período perinatal (diferença de 0,19 ano para os pretos); nas doenças metabólicas, nutricionais e endócrinas (diferença de 0,12 ano para os pretos); nas doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,03 ano para os pretos); na tuberculose (diferença de 0,09 ano para os pretos); e no HIV/aids (diferença de 0,05 ano para os pretos). Já os homens brancos, comparativamente aos homens pretos, perdiam mais anos de vida por causa das neoplasias (diferença de 0,4 ano a mais para os brancos); dos acidentes de trânsito (diferença de 0,25 ano a mais para os brancos); das doenças do aparelho digestivo (diferença de 0,06 ano a mais para os brancos); e das malformações congênitas (diferença de 0,05 ano a mais para os brancos).

Na comparação entre a composição dos anos de vida perdidos dos homens brancos em relação aos homens pardos, observamos que os últimos perdiam mais anos de vida por causas das afecções do período perinatal (diferença de 0,39 ano para os pardos); das causas não identificadas (diferença de 0,28 ano para os pardos); das causas externas (diferença de 0,28 ano para os pardos); dos homicídios (diferença de 0,28 ano para os pardos); dos homicídios por armas de fogo (diferença de 0,21 ano para os pardos); e das doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,13 ano para os pardos). Já os homens brancos perdiam mais anos de vida devido às doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,73 ano para os brancos); do aparelho digestivo (diferença de 0,16 ano para os brancos); dos acidentes de trânsito (diferença de 0,11 ano para os brancos); do HIV/aids (diferença de 0,1 ano para os brancos); das neoplasias (diferença de 0,0 ano

para os brancos); das doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,03 ano para os brancos); e das malformações congênitas (diferença de 0,03 ano para os brancos). Nas doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais e na tuberculose, os anos de vida perdidos entre homens brancos e homens pardos foram ínfimas.

Na comparação da composição dos anos de vida perdidos por parte dos homens brancos em relação aos homens negros, pudemos ver que os brancos, comparativamente aos negros, perdiam relativamente mais anos de vida nas doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,59 ano para os brancos); nas neoplasias (diferença de 0,57 ano para os brancos); nas doenças do aparelho digestivo (diferença de 0,14 ano para os brancos); nos acidentes de trânsito (diferença de 0,13 ano para os brancos); nas mortes derivadas de HIV/aids (diferença de 0,07 ano para os brancos); e nas malformações congênitas (diferença de 0,04 ano para os brancos). Já os negros, comparativamente aos brancos, apresentaram uma perda maior em anos de vida nas causas mal identificadas (diferença de 0,58 ano para os negros); nas afecções do período perinatal (diferença de 0,37 ano para os negros); nos homicídios (diferença de 0,29 ano para os negros); nas causas externas (diferença de 0,26 ano para os negros), nos homicídios por armas de fogo (diferença de 0,22 ano para os negros); nas doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,19 ano para os negros); e na tuberculose (diferença de 0,02 ano para os negros). Nas doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais e nas doenças do aparelho respiratório, as diferenças na quantidade de anos de vida perdidos entre os dois grupos foram praticamente nulas.

Finalmente, na comparação da composição dos anos de vida perdidos dos homens pretos com a composição dos homens pardos, verificamos que os homens pretos perdiam mais anos de vida devido às doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,74 ano para os pretos); às doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,25 ano para os pretos); às neoplasias (diferença de 0,24 ano para os pretos); às causas não identificadas (diferença de 0,23 ano para os pretos); ao HIV/aids (diferença de 0,15 ano para os pretos); às doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,13 ano para os pretos); às doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais (diferença de 0,13 ano para os pretos); aos homicídios (diferença de 0,09 ano para os pretos); aos homicídios por armas de fogo (diferença de 0,08 ano de vida para os pretos); e à tuberculose (diferença de 0,08 ano de vida para os pretos). Já os homens pardos perdiam mais anos de vida por afecções do período perinatal (diferença de 0,2 ano para os pardos); acidentes de trânsito (diferença de 0,14 ano para os pardos); causas não identificadas (diferença de 0,09 ano para os pardos); e malformações congênitas (diferença de 0,02 ano para os pardos).

Desse modo, os indicadores revelam que, comparativamente aos negros, os brancos apresentam um perfil de mortalidade mais próximo aos típicos de sociedades urbanizadas e mais desenvolvidas, perdendo mais anos de vida que os negros por doenças

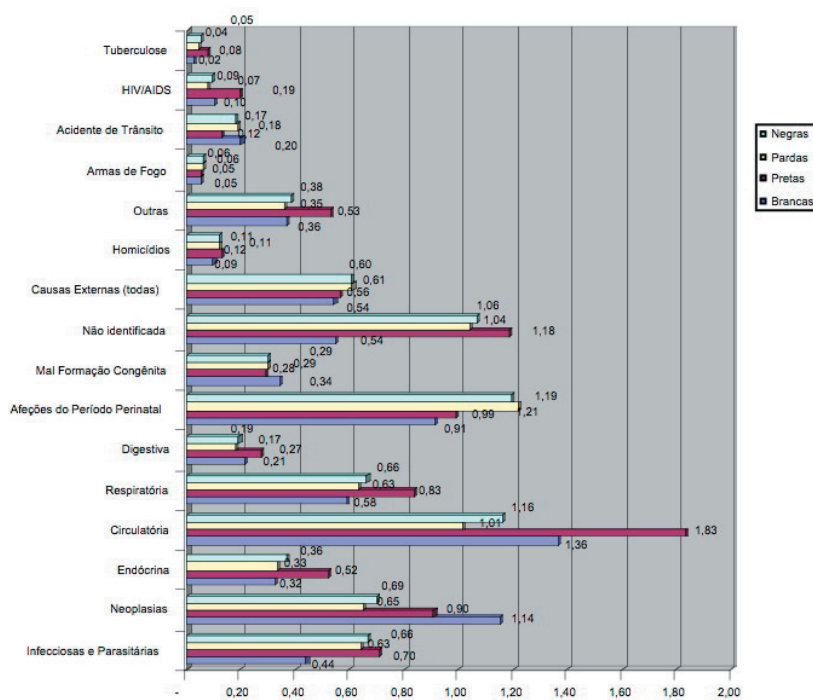
do aparelho circulatório, neoplasias, acidentes de trânsito e HIV/aids. Já os negros, em geral, apresentaram uma estrutura de mortalidade típica de populações de países sub-desenvolvidos e violentos, fazendo com que esse contingente perca mais anos de vida, relativamente ao contingente branco, nas doenças infecciosas e parasitárias, afecções do período perinatal, causas externas, homicídios e causas não identificadas. De todo modo, é importante salientar que os impactos dessas diversas causas de morte sobre o tempo médio de vida de brancos e negros foram abordados em seus níveis relativos de intensidade, o que não implica, portanto, que os vetores estudados não sejam todos eles impactantes sobre o tempo esperado de sobrevivência de ambos os contingentes.

Por outro lado devemos destacar que a comparação dos indicadores dos anos de vida perdidos dos homens brancos com o somatório indicadores dos anos de vida perdidos dos homens negros também corre o risco de elidir importantes aspectos da realidade encontrada entre os grupos de raça/cor pretos e pardos. Decerto, os dados levantados mostraram que, em geral, as diferenças nas composições dos anos de vida perdidos dos homens brancos eram razoavelmente discrepantes dos mesmos indicadores tanto dos pretos como dos pardos, cujos indicadores tenderam a uma certa convergência. Contudo, tal sentença não esgota por inteiro a complexidade da questão, de modo que, em uma série de causas de morte, os homens pretos apresentaram diferenciações em relação aos homens pardos e vice-versa.

Desse modo, as perdas de anos de vida devido a doenças do aparelho circulatório impactavam bem mais os homens pretos do que os homens pardos, e mesmo os homens brancos (embora neste caso a diferença tenha sido pequena). O mesmo aconteceu nos casos das mortes por homicídio e por HIV/aids, que impactaram mais os homens pretos que os pardos e brancos, e em diversas outras causas de morte (doenças do aparelho respiratório, causas não identificadas, afecções do período perinatal, neoplasias), cujas diferenças nos indicadores de anos de vida perdidos entre os homens pretos e homens pardos foram superiores à casa de 0,2 ano. Destarte, nas pesquisas dos anos de vida perdidos dos grupos de raça/cor da população brasileira, a agregação dos pretos e pardos em uma única categoria analítica deve atentar para a não ocultação, no interior das médias verificadas entre os indicadores de ambos os grupos, de algumas variáveis que possam se apresentar discrepantes entre aquelas duas categorias.

No gráfico 21 encontra-se a composição dos anos de vida perdidos entre as mulheres brancas, pretas, pardas e negras no Brasil, no triênio 1998-2000. Tal como já pôde ser observado, a composição das causas de morte das mulheres de todos os grupos de raça/cor estudados apresenta-se pronunciadamente diferenciada da composição dos homens dos mesmos grupos raciais e de cor.

Gráfico 21. Anos de vida perdidos de mulheres, segundo os grupos de raça/cor, Brasil, 2000



Fonte: Microdados SIM e amostra de 10% do censo demográfico.

Entre as mulheres brancas, a principal causa de perda de anos de vida foram as doenças do aparelho circulatorio, responsável pela redução do tempo de vida médio dessas mulheres em 1,83 ano (21,3% do total de anos de vida perdidos). A segunda maior causa eram as neoplasias; fator que abreviava a vida das mulheres brancas em 1,14 ano (17,8% do total de anos de vida perdidos). As afeções do período perinatal eram a terceira causa de morte a influenciar negativamente as esperanças de vida das mulheres, o fazendo em 0,91 ano (14,2% do total de anos de vida perdidos). As causas não identificadas retiravam 0,54 ano de tempo médio de vida das mulheres brancas, o que equivalia a 8,5% do total de anos de vida perdidos. As causas externas, ao contrário do que ocorria entre os homens brancos, impactava a média de anos de vida das mulheres brancas em “somente” 0,54 ano, o que representava 8,4% do total de anos de vida perdidos pelas pessoas desse contingente. Os homicídios, por sua vez, retiraram 0,09 ano do tempo médio de vida das mulheres brancas. As doenças respiratórias retiravam 0,58 ano (9,1% do total de anos de vida perdidos entre as mulheres brancas). Já as doenças infecciosas e parasitárias abreviavam em 0,44 ano (6,8% do total de anos de vida perdidos) o tempo médio de vida das mulheres brancas. O somatório dos anos de vida perdidos entre as mulheres brancas era de 6,41 anos.

As mulheres pretas, por sua vez, também tinham como principal causa de falecimento as doenças do aparelho circulatório, evento fatal que respondia por 1,83 ano de vida perdido por esse contingente. Isso representava 22,4% do total de anos de vida perdidos pelas mulheres negras. As causas não identificadas eram a segunda maior causa de perda de anos de vida entre as negras, reduzindo a vida média dessas pessoas em 1,18 ano (14,5% do total de perda de anos de vida). As afecções do período perinatal descontavam em 0,99 ano o tempo médio de vida das mulheres pretas, o que equivalia a 12,1% do total de anos de vida perdidos pelas componentes desse grupo racial e de sexo. Em terceiro lugar, enquanto redutor do tempo de vida médio dessas mulheres, vinham as doenças do aparelho respiratório, abreviando seu tempo médio de vida em 0,83 ano (10,2% do total de anos de vida perdidos). As neoplasias encolhiam a esperança de vida das mulheres pretas em 0,9 ano (11,1% do total de perda de anos de vida). As causas externas encolhiam o tempo de vida médio das mulheres pretas em 0,56 ano (6,9% do total de perda de anos de vida), e os homicídios impactavam o tempo médio de vida das mulheres pretas em “somente” 0,12 ano. Já as doenças infecciosas e parasitárias reduziam o tempo médio de vida das mulheres pretas em 0,44 ano (6,8% do total de perda de anos de vida). O somatório dos anos de vida perdido entre as mulheres pretas era de 8,14 anos.

Entre as mulheres pardas, a principal causa de redução do tempo médio de vida eram afecções do período perinatal. Essa causa reduzia a esperança de vida ao nascer das mulheres pardas em 1,21 ano, o que equivalia a 18,4% do total de anos de vida perdidos por essas mulheres. Em segundo lugar, em termos da redução do tempo médio de vida, vinham as causas não identificadas, as quais descontavam a expectativa de vida ao nascer das mulheres pardas em 1,04 ano (15,7% do total de anos de vida perdidos); e somente em terceiro lugar encontravam-se as doenças do aparelho circulatório. Este vetor impactava em 1,01 ano a esperança de vida ao nascer das mulheres pardas (15,3% do total de anos de vida perdidos). As neoplasias retiravam 0,65 ano do tempo médio de vida dessas mulheres, o que significava 9,8% do total de anos de vida perdidos por esse contingente. Tanto as doenças infecciosas e parasitárias, como as doenças do aparelho respiratório, retiravam, cada um desses vetores, 0,63 ano da esperança de vida das mulheres pardas (9,6% do total de anos de vida perdidos). As causas externas, por sua vez, retiravam 0,61 ano do período de vida média desse contingente (9,2% do total de anos de vida perdido). Já os homicídios ceifavam a vida das mulheres pardas em “apenas” 0,11 ano. O somatório dos anos de vida perdidos entre as mulheres pardas foi de 6,61 anos.

Entre as mulheres negras, isto é, no somatório das mulheres pretas com as mulheres pardas, a causa de morte que mais as impactava eram as afecções do período perinatal, que lhes imputavam redução na esperança de vida em 1,19 ano (17,1% do total de anos de vida perdido por estas mulheres). As doenças do aparelho circulatório ficaram em segundo lugar, com diminuição do tempo médio de existência das mulheres negras

em 1,16 ano; 16,7% do total de anos de vida perdidos por esse contingente. A terceira causa mais impactante sobre o tempo médio de sobrevivência das mulheres negras foram os eventos fatais de origem não identificada, que reduziram em 1,06 ano (15,4% do somatório dos anos de vida perdidos) a esperança de vida ao nascer daquelas pessoas. Tanto as doenças do aparelho respiratório, como as doenças infecciosas e parasitárias, responderam, cada uma, pela redução de 0,66 ano do tempo médio de vida das mulheres negras (9,6% do total de anos de vida perdidos). As causas externas retiraram no período em apreço 0,6 ano de vida das mulheres negras (8,7% do total das perdas de anos de vida). Os homicídios, tão impactantes nas médias de vida dos homens negros, apresentaram entre as mulheres negras um nível de intensidade menor, sendo responsáveis pela redução de 0,11 ano de vida no interior desse grupo. Para concluir, o somatório dos anos de vida perdidos pelas mulheres negras foi de 6,92 anos.

Na comparação da composição dos anos de vida perdidos das mulheres pretas em relação às mulheres brancas, percebemos que aquelas perdiam mais anos de vida por causas externas (diferença de 0,64 ano para as pretas); doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,47 ano para as pretas); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (diferença de 0,3 ano para as pretas); doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,26 ano para as pretas); doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,25 ano para as pretas); HIV/aids (diferença de 0,09 ano para as pretas); afecções do período perinatal (diferença de 0,08 ano para as pretas); tuberculose (diferença de 0,06 ano para as pretas); doenças do aparelho digestivo (diferença de 0,06 ano para as pretas); homicídios (diferença de 0,03 ano para as pretas); e causas externas (diferença de 0,02 ano para as pretas). Já as mulheres brancas apresentavam maior índice de anos de vida perdidos nas neoplasias (diferença de 0,24 ano para as brancas); nos acidentes de trânsito (diferença de 0,08 ano para as brancas); e nas malformações congênitas (diferença de 0,06 ano para as brancas).

Na comparação da composição dos anos de vida perdidos das mulheres pardas em relação às brancas, observamos que as mulheres pardas perderam mais anos de vida por causas não identificadas (diferença de 0,5 ano para as pardas); afecções do período perinatal (diferença de 0,3 ano para as pardas); doenças infecciosas e parasitárias (0,19 ano para as pardas); causas externas (diferença de 0,07 ano para as pardas); doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,05 ano para as pardas); homicídios (diferença de 0,02 ano para as pardas); e tuberculose (diferença de 0,02 ano para as pardas). Já as mulheres brancas tiveram maior quantidade de perdas de anos de vida nas neoplasias (diferença de 0,49 ano para as brancas); doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,35 ano para as brancas); malformações congênitas (diferença de 0,05 ano para as brancas); doenças do aparelho digestivo (diferença de 0,04 ano para as brancas) HIV/aids (diferença de 0,03 ano para as brancas); e acidentes de trânsito (diferença de 0,02 ano para as brancas). Já para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e para os homicídios por armas de fogo, as diferenças entre os anos de vida perdidos verificados entre as mulheres brancas e as mulheres pardas foram praticamente nulas.

Cabe agora fazer uma breve comparação entre os indicadores da estrutura das médias de anos vida perdidos das mulheres brancas em relação às médias de anos de vida perdidos das mulheres negras. Assim, relativamente às mulheres negras, as mulheres brancas perdiam mais anos de vida devido a neoplasias (diferença de 0,45 ano para as brancas); malformações congênitas (diferença de 0,05 ano para as brancas); acidentes de trânsito (diferença de 0,03 ano para as brancas); doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,2 ano para as brancas); e doenças do aparelho digestivo (diferença de 0,02 ano para as brancas). Já as mulheres negras, comparativamente às mulheres brancas, perdiam mais anos de vida decorrentes de causas não identificadas (diferença de 0,52 ano para as negras); afecções do período perinatal (diferença de 0,28 ano para as negras); doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,22 ano para as negras); doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,08 ano para as negras); causas externas (diferença de 0,06 ano para as negras); doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais (diferença de 0,04 ano para as negras); tuberculose (diferença de 0,03 ano para as negras); e homicídios (diferença de 0,02 ano para as negras). Já nas causas de morte por homicídios com armas de fogo e por HIV/aids, as diferenças foram ínfimas.

Finalmente comparamos a composição dos anos de vida perdidos das mulheres pretas com a das mulheres pardas. As mulheres pretas perdiam mais anos de vida por doenças do aparelho circulatório (diferença de 0,82 ano para as pretas); neoplasias (diferença de 0,25 ano para as pretas); doenças do aparelho respiratório (diferença de 0,2 ano para as pretas); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (diferença de 0,19 ano para as pretas); causas não identificadas (diferença de 0,14 ano para as pretas); HIV/aids (diferença de 0,12 ano para as pretas); doenças do aparelho digestivo (diferença de 0,1 ano para as pretas); doenças infecciosas e parasitárias (diferença de 0,07 ano para as pretas); causas externas (diferença de 0,05 ano para as pretas); e tuberculose (diferença de 0,04 ano para as pretas). Já as mulheres pardas apresentavam maior perda de anos de vida decorrentes das afecções do período perinatal (diferença de 0,22 ano para as pardas) e dos acidentes de trânsito (diferença de 0,06 ano para as pardas). As malformações congênitas, os homicídios e estes praticados por armas de fogo não incidiram em diferenças nas perdas de anos de vida entre as mulheres pretas e as mulheres pardas.

Desse modo, entre as mulheres, as diferenças raciais nas causas de perdas de anos de vida se fizeram presentes de forma mais intensiva nas neoplasias e doenças do aparelho circulatório, que afetaram com mais intensidade as brancas; e nas causas maldefinidas, nas afecções do período perinatal e nas doenças infecciosas e parasitárias, que afetaram com mais intensidade as negras. No que tange às causas maldefinidas, vale salientar que Aidar (2000) já havia alertado para a especial intensidade da incidência desse vetor, que, a rigor, não significa causa alguma em específico, sobre as mulheres. Pelos dados disponibilizados ao longo deste estudo, podemos dizer que esse problema, portanto, afeta com especial gravidade as mulheres negras.

Vale destacar que, tal como já havia sido debatido para o caso dos homens negros, quando do estudo dos indicadores dos anos de vida perdidos das mulheres negras, devemos atentar para os indicadores que apontaram para algumas nuances dos dados entre as mulheres pretas e as pardas. Dessa forma, a perda de anos de vida das mulheres pretas devido a doenças do aparelho circulatório foi bem mais acentuada do que a perda de anos de vida, pelo mesmo motivo, entre as mulheres pardas. Argumento semelhante pode ser apontado no que tange às causas de morte por HIV/aids, que vinham impactando as médias de anos de vida das mulheres pretas com maior intensidade à verificada entre as mulheres pardas e brancas. De resto, conquanto de forma menos acentuada, mesmo nas doenças do aparelho respiratório, nas doenças do aparelho digestivo, nas afecções do período perinatal, nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e nas neoplasias, foram encontrados diferenciais entre as perdas de anos de vida das mulheres pretas e pardas.

Decerto, a comparação dos indicadores dos anos de vida das mulheres brancas em relação às pretas e às pardas tendeu a apresentar diferenciais maiores do que os encontrados no interior do próprio grupo das mulheres negras (naturalmente, formado por pretas e pardas). Todavia, em nome de uma análise mais precisa no estudo dos indicadores dos anos de vida perdidos, talvez também seja razoável sempre procurar analisar os indicadores das desigualdades raciais levando em consideração não somente as disparidades entre as brancas e as negras, mas, igualmente, os hiatos encontrados entre mulheres pretas e as mulheres pardas.

Finalmente cabe proceder a um breve comentário sobre os somatórios dos anos de vida perdidos entre os homens e mulheres dos distintos grupos de raça/cor. Conforme verificamos, o somatório dos anos de vida perdidos dos homens brancos foi de 10,16 anos; dos homens pretos, de 11,52 anos; dos homens pardos, de 9,91 anos; e dos homens negros, de 10,25. Já entre as mulheres, os somatórios dos anos de vida perdidos foram: mulheres brancas, 6,41 anos; mulheres pretas, 8,14 anos; mulheres pardas, 6,61 anos; e mulheres negras, 6,92 anos. Essas informações poderiam sugerir certa equivalência entre esses indicadores, levando-nos a crer em certa igualação, em última instância, nos padrões de mortalidade.

Todavia, como já vimos, essas diferenças foram estimadas tendo por pano de fundo as desigualdades raciais nas esperanças de vida ao nascer, tal como foi possível estudar. Nesse sentido, o mérito deste estudo concerne no procedimento de ajuste do somatório dos indicadores dos anos médios de vida perdidos com as disparidades encontradas nas expectativas de sobrevida ao nascer entre os distintos grupos de raça/cor e sexo. Desse modo, a fórmula para estimar os anos de vida perdidos ajustados às desigualdades raciais é igual a: $AVPr = AVP(x, y) + (E(0, y) - E(x, y))$

Onde:

AVP(r) = anos de vida perdidos pelo grupo de sexo e e raça/cor x ajustado às desigualdades raciais

AVP (x, y) = anos de vida perdidos do grupo de sexo e raça/cor x de um local y

E (x, y) = esperança de vida do grupo de sexo e racial ou de cor x de um local y

E (0, y) = esperança de vida da população de um local y (segundo grupos de sexo ou ambos os sexos)

Ao aplicarmos essa fórmula a cada um dos somatórios dos anos de vida perdidos, encontramos um novo resultado, exposto na tabela 26.

Tabela 26. Somatório das médias de anos de vida perdidos e somatório das médias de anos de vida perdidos ajustado às desigualdades raciais, segundo os grupos de raça/cor e sexo

Grupos racial e de sexo	Somatório dos anos de vida perdidos	Somatório dos anos de vida perdidos ajustado às desigualdades raciais
Homem		
Branco	10,16	6,55
Preto	11,52	14,43
Pardo	9,91	12,26
Negro	10,25	12,79
Mulher		
Branca	6,41	2,85
Preta	8,14	10,72
Parda	6,61	8,97
Negra	6,92	9,42

Dessa forma, ao aplicarmos aos anos de vida perdidos dos grupos de raça/cor e sexo analisados as suas respectivas médias sobre as esperanças de vida ao nascer de homens e mulheres, formando os anos de vida perdidos ajustados às desigualdades raciais, verificamos que, no triênio 1998-2000, os homens pretos eram os que mais perdiam anos de vida, 14,43 anos. Os homens pardos perdiam 12,26 anos e os negros, conjuntamente, perdiam 12,79 anos. Finalmente, os homens brancos, após a realização do ajuste, perdiam 6,55 anos de vida. No caso das mulheres, eram de novo as pretas as que mais perdiam anos de vida: 10,72 anos. O somatório dos anos de vida perdidos das pardas, após o ajuste levando em conta as desigualdades raciais nas expectativas de vida ao nascer, foi de 8,97 anos. Já as mulheres negras, em seu conjunto, perdiam 9,42 anos de vida em média. No caso das mulheres brancas, sua média de anos de vida perdidos, com o ajuste às desigualdades raciais, caiu para 2,85 anos.

Vale salientar que o conjunto de indicadores e estimativas que foram mobilizados ao longo deste estudo não expressa por inteiro a realidade existente; sendo razoável

supor que os indicadores recém-expostos tendem a subestimar os níveis de mortalidade e o total de anos de vida perdidos, tendo em vista as já salientadas subnotificações de registros de óbitos. Entretanto, no estudo das desigualdades raciais, é importante lembrar que os dados estudados basearam-se exclusivamente nos dados do SIM, portanto, não levando em consideração as efetivas diferenças nas taxas de mortalidade nos escalões etários superiores aos cinco anos. Isso provavelmente tenderia a ampliar a razão de mortalidade dos brancos e, especialmente, dos negros.

Cabe frisar, outrossim, que a maior incidência das causas de mortalidade não identificadas entre os negros e negras acaba sendo mais um fator de evasão de informações quanto às efetivas causas de morte desse grupo racial. Assim, se as causas de morte de todos os grupos raciais ou de cor fossem conhecidas, certamente isso levaria a sensíveis alterações nos indicadores de anos de vida perdidos, segundo as diferentes causas de mortalidade. Nesse sentido, a única validade da ampla presença das causas maldefinidas de morte para a análise das desigualdades raciais é que elas acabam revelando que as condições de atendimento médico, ambulatorial e laboratorial dos negros são nitidamente inferiores às condições verificadas entre os brancos.

5.6.3. Anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo nas grandes regiões

Nas próximas cinco subseções serão vistos, de modo sucinto, os indicadores dos anos de vida perdidos, segundo os grupos de raça/cor e sexo no interior das regiões geográficas brasileiras, no período 1998-2000. Na verdade, esses indicadores que ora seguem devem ser vistos com certa ressalva, tendo em vista as grandes discrepâncias na qualidade dos registros do SIM entre as regiões do país, como já expusemos. Assim, o atual levantamento continua sendo um exercício que ainda padece de muitos melhoramentos de ordem metodológica, mormente visando corrigir as falhas derivadas dos sub-registros de óbitos e do grande percentual de registros de óbitos com raça/cor ignorada nas Grandes Regiões.

a) Região norte

Na região Norte, a principal causa de morte redutora das esperanças de vida ao nascer dos homens brancos foram as causas externas, vetor que retirava 1,27 ano de tempo médio de sobrevivência ao nascer desse contingente. Em segundo lugar apareciam as afecções do período perinatal, com perda de 1,22 ano de vida dos homens brancos nortistas. Em terceiro lugar vieram as causas maldefinidas, responsáveis pela perda de 0,76 ano de vida dos homens brancos dessa região. As demais causas redutoras do tempo médio de vida dos homens brancos da região Norte foram: doenças do aparelho circulatório (perda de 0,73 ano de vida); neoplasias (perda de 0,52 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,51 ano de vida); HIV/aids (perda de 0,46 ano de vida); e homicídios (perda de 0,4 ano de vida) (tabela 27).

Tabela 27. Anos de vida perdidos da população da região Norte do sexo masculino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infeciosas e parasitárias	0,60	0,51	0,69	0,65	0,58
Neoplasias	0,51	0,52	0,21	0,45	0,42
Metabólica, endócrina e nutricional	0,21	0,20	0,30	0,19	0,17
Circulatória	0,70	0,73	0,54	0,58	0,57
Respiratória	0,50	0,46	0,58	0,54	0,48
Digestiva	0,24	0,21	0,15	0,24	0,23
Afeções do período perinatal	1,41	1,22	0,86	1,61	1,48
Malformação congênita	0,27	0,31	0,21	0,24	0,22
Mal definida	1,26	0,76	0,85	1,35	1,26
Causas externas (todas)	1,54	1,27	1,21	1,79	1,70
Homicídios	0,52	0,40	0,33	0,59	0,57
Outras	0,50	0,37	0,33	0,59	0,57
Armas de fogo	0,29	0,29	0,38	0,29	0,27
Acidente de trânsito	0,27	0,22	0,17	0,26	0,25
HIV/aids	0,35	0,46	0,19	0,51	0,48
Tuberculose	0,03	0,03	0,01	0,03	0,03
Total	7,27	6,23	5,61	7,66	7,15
Total ajustado às desigualdades raciais	7,27	2,29	9,66	8,52	8,12

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

A principal causa de morte redutora do tempo médio de vida dos homens pretos foram as causas externas, fator que respondeu pela perda de 1,21 ano de vida desse grupo. A segunda causa foram as afecções do período perinatal (que acarretavam a perda de 0,86 ano de vida entre os homens pretos) e, em terceiro lugar, apareceram as causas maldefinidas, vetor que reduzia em 0,85 ano o tempo de sobrevivência ao nascer dos homens pretos nortistas. As demais causas de morte mais significativas no interior desse grupo foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,69 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,58 ano de vida); e doenças do aparelho circulatório (perda de 0,54 ano de vida). A título de possível comparação com pardos e negros, destacamos: assassinatos por armas de fogo (perda de 0,38 ano de vida); homicídios (perda de 0,33 ano de vida); doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais

(perda de 0,3 ano de vida); neoplasias e malformações congênitas (perda de 0,21 ano de vida, cada uma); HIV/aids (perda de 0,19 ano de vida) - tabela 27.

Nessa região, os principais fatores redutores do tempo de vida médio ao nascer dos homens pardos foram as causas externas, fator que encolhia em 1,79 ano de vida a expectativa de sobrevida das pessoas desse grupo racial e de sexo. Em segundo e terceiro lugares apareceram, respectivamente, as afecções do período perinatal (perda de 1,61 ano de vida) e as causas maldefinidas (perda de 1,35 ano de vida). As demais causas de morte relevantes foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,65 ano de vida); homicídios (perda de 0,59 ano de vida); doenças do aparelho circulatório (perda de 0,58 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,54 ano de vida); HIV/aids (perda de 0,51 ano de vida); e neoplasias (perda de 0,45 ano de vida) (tabela 27).

Entre os homens negros nortistas, a principal causa de morte, em termos da redução do período médio de vida, foram as causas externas, fator que trouxe a perda de 1,7 ano de vida desse grupo. As afecções do período perinatal, que encolheram o tempo de sobrevida em 1,48 ano; e as causas maldefinidas, que encolheram o tempo de sobrevida em 1,26 ano, apareceram, respectivamente, nos segundo e terceiro lugares. As demais causas de morte redutoras do tempo médio de sobrevida dos homens negros da região Norte foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,58 ano de vida); homicídios (perda de 0,57 ano de vida); doenças do aparelho circulatório (perda de 0,57 ano de vida); doenças do aparelho respiratório e HIV/aids (perda de 0,48 ano de vida, cada uma); e neoplasias (perda de 0,42 ano de vida) (tabela 27).

Entre as mulheres brancas da região Norte, a principal causa de morte, em termos da redução dos anos de sobrevida ao nascer, foram as afecções do período perinatal, fator que gerou a perda de 0,92 ano de vida dessas pessoas. As causas maldefinidas, que geraram a perda de 0,61 ano de vida, e as neoplasias, que ocasionaram a perda de 0,58 ano de vida, apareceram, respectivamente, em segundo e terceiro lugares. As demais causas de morte que mais afetavam o tempo médio de sobrevida ao nascer dessas mulheres brancas foram: doenças do aparelho circulatório (perda de 0,52 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,47 ano de vida); e doenças do aparelho respiratório (perda de 0,45 ano de vida) (tabela 28).

A principal causa de mortalidade entre as mulheres pretas da região Norte, em termos dos impactos sobre o tempo médio de sobrevida ao nascer, foram as doenças infecciosas e parasitárias, tendo ocasionado a perda de 1,19 ano de vida das pessoas deste grupo racial e de sexo. Nos segundos e terceiros lugares apareceram, respectivamente, as afecções do período perinatal (perda de 1,1 ano de vida) e as doenças do aparelho circulatório (perda de 0,6 ano de vida). As demais causas de morte que impactaram os anos de vida das mulheres pretas com certa intensidade foram: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,39 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,38 ano de vida); e neoplasias (perda de 0,22 ano de vida) (tabela 28).

Tabela 28. Anos de vida perdidos da população da região Norte do sexo feminino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	0,51	0,47	1,19	0,60	0,51
Neoplasias	0,58	0,58	0,22	0,48	0,46
Metabólica, endócrina e nutricional	0,26	0,20	0,39	0,23	0,22
Circulatória	0,66	0,52	0,60	0,45	0,46
Respiratória	0,41	0,45	0,26	0,44	0,38
Digestiva	0,14	0,08	0,04	0,11	0,10
Afeções do período perinatal	1,20	0,92	1,10	1,40	1,26
Malformação congênita	0,24	0,37	0,18	0,24	0,22
Mal definida	1,07	0,61	0,38	0,99	0,90
Causas externas (todas)	0,48	0,34	0,08	0,52	0,44
Homicídios	0,19	0,27	0,10	0,24	0,22
Outras	0,15	0,04	0,02	0,06	0,06
Armas de fogo	0,08	0,04	0,02	0,06	0,06
Acidente de trânsito	0,06	0,01	0,00	0,02	0,02
HIV/aids	0,12	0,14	0,02	0,17	0,14
Tuberculose	0,02	0,01	0,00	0,02	0,01
Total	5,57	4,55	4,46	5,49	4,96
Total ajustado às desigualdades raciais	5,57	0,6	7,49	6,44	6,64

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

No caso das mulheres pardas da região Norte, a principal causa de morte que reduziu seu tempo médio de vida foram as afeções do período perinatal, que ocasionaram a perda de 1,4 ano de vida desse grupo racial e de sexo. Em segundo lugar apareceram as causas mal definidas, vetor que produziu a perda de 0,99 ano de vida das mulheres pardas nortistas. As doenças infecciosas e parasitárias geraram a perda de 0,6 ano de vida dessas mulheres. As demais causas de morte que impactaram o tempo médio de sobrevivência das mulheres pardas nortistas foram: causas externas (perda de 0,52 ano de vida); neoplasias (perda de 0,48 ano de vida); doenças do aparelho circulatório (perda de 0,45 ano de vida); e doenças do aparelho respiratório (perda de 0,44 ano de vida) (tabela 28).

As mulheres negras nortistas apresentaram como principal causa de morte redutora do tempo médio de sobrevivência ao nascer as afecções do período perinatal, vetor que trouxe a perda de 1,26 ano de vida para esse grupo de raça/cor e sexo. As causas mal definidas, a esse respeito, apareceram em segundo lugar (perda de 0,90 ano de vida) e as doenças infecciosas e parasitárias, em terceiro lugar (perda de 0,51 ano de vida). As demais causas de mortalidade que mais afetavam o tempo médio de vida das mulheres negras do Norte foram: neoplasias (perda de 0,46 ano de vida); doenças do aparelho circulatório (perda de 0,46 ano de vida); causas externas (perda de 0,44 ano de vida); e doenças do aparelho respiratório (perda de 0,38 ano de vida) (tabela 28).

b) Região nordeste

Entre os brancos da região Nordeste, a principal causa de morte redutora do tempo de vida foram as causas externas, vetor que impactava o tempo médio de vida desses homens em 3,96 anos. As doenças do aparelho circulatório (perda de 3,05 ano de vida) e as neoplasias (perda de 2,15 anos de vida) apareceram, respectivamente, nos segundo e terceiro lugares. As demais causas de morte mais importantes, em termos da redução do tempo médio de vida dos homens brancos nordestinos foram: acidentes de trânsito (perda de 1,40 ano de vida); causa mal definida (perda de 1,31 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 1,17 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 1,02 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 1,01 ano de vida), homicídios (perda de 0,94 ano de vida); doenças do aparelho digestivo (perda de 0,85 ano de vida); e homicídios por armas de fogo (perda de 0,65 ano de vida) (tabela 29).

Tabela 29. Anos de vida perdidos da população da região Nordeste do sexo masculino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	1,20	1,02	1,45	0,80	1,06
Neoplasias	1,36	2,15	0,85	0,50	0,59
Metabólica, endócrina e nutricional	0,48	0,45	0,53	0,31	0,40
Circulatória	2,36	3,05	1,69	1,02	1,13
Respiratória	1,12	1,17	1,09	0,62	0,84
Digestiva	0,75	0,85	0,54	0,37	0,41
Afecções do período perinatal	1,37	1,01	1,37	1,25	1,51
Malformação congênita	0,35	0,37	0,24	0,21	0,27
Mal definida	2,32	1,31	2,25	1,75	2,07
Causas externas (todas)	3,51	3,96	1,98	2,37	2,44

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Homicídios	1,03	0,94	0,62	0,80	0,76
Outras	0,69	0,68	0,57	0,42	0,51
Armas de fogo	0,74	0,65	0,38	0,58	0,55
Acidente de trânsito	0,99	1,40	0,45	0,59	0,61
HIV/aids	0,21	0,34	0,26	0,06	0,09
Tuberculose	0,11	0,09	0,12	0,06	0,07
Total	14,92	15,43	12,11	9,28	10,79
Total ajustado às desigualdades raciais	14,92	10,92	13,50	11,07	12,48

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

No contingente dos homens pretos da região Nordeste, o principal fator redutor do tempo médio de vida foram as causas mal definidas, que trouxeram a perda de 2,25 anos de vida dessas pessoas. Em segundo e terceiro lugares, respectivamente, apareceram as causas externas (perda de 1,98 ano de vida) e as doenças do aparelho circulatório (perda de 1,69 ano de vida). As demais causas de morte mais importantes entre os homens pretos foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 1,45 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 1,37 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 1,09 ano de vida); neoplasias (perda de 0,85 ano de vida); homicídios (perda de 0,62 ano de vida); doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais (perda de 0,53 ano de vida); e os acidentes de trânsito (perda de 0,45 ano de vida) (tabela 29).

Entre os homens pardos, o principal vetor de redução do tempo médio de vida foram as causas externas, que resultaram na perda de 2,37 ano de vida entre as pessoas desse grupo. Nos segundo e terceiro lugares apareceram, respectivamente, as causas mal definidas (perda de 1,75 ano de vida) e as afecções do período perinatal (perda de 1,25 ano de vida). As demais causas de mortalidade, em termos da redução do tempo médio de sobrevivência dos homens pardos, foram: doenças do aparelho circulatório (perda de 1,02 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,80 ano de vida); homicídios (perda de 0,80 ano de vida); e acidentes de trânsito (perda de 0,59 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,58 ano de vida); além das neoplasias (perda de 0,5 ano de vida) (tabela 29).

Entre os homens negros nordestinos, a morte por causas externas foi o que mais reduziu o tempo de sobrevivência (em 2,44 anos) das pessoas desse grupo de raça/cor e sexo. Em segundo e terceiro lugares vieram, respectivamente, as causas mal definidas (perda de 2,07 ano de vida) e as afecções do período perinatal (perda de 1,51 ano de vida). As demais causas de mortalidade, em termos dos impactos sobre os anos de sobrevivência ao nascer dos homens negros, foram: doenças do aparelho circulatório (perda de 1,13 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 1,06 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,84 ano de vida); homicídios (perda de 0,76 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,61 ano de vida); neoplasias (perda de 0,59 ano de vida); e homicídios por armas de fogo (perda de 0,55 ano de vida) (tabela 29).

Entre as mulheres brancas da região Nordeste, a principal causa de mortalidade, em termos dos anos de vida perdidos, foram as doenças do aparelho circulatório, fator responsável pela perda de 2,48 anos de vida dessas mulheres. As neoplasias (perda de 2,16 ano de vida) e as causas mal definidas (perda de 0,96 ano de vida), foram, respectivamente, as segunda e terceira causas de mortalidade com maior impacto sobre os anos médios de vida das mulheres desse grupo racial. As demais causas de mortalidade mais importantes das nordestinas brancas foram: causas externas (perda de 0,85 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,83 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 0,71 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,55 ano de vida); e doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais (perda de 0,53 ano de vida). Chamou-nos a atenção a significativa incidência de acidentes de trânsito, a mais alta em relação às mulheres de outras regiões, com perda de 0,36 ano de vida. A saber, foram: mulheres brancas do Sul, com perda de 0,24 ano de vida; pardas do Centro-Oeste, 0,24 ano; brancas e negras da região Centro-Oeste, 0,22 ano; negras do Nordeste, 0,21 ano; e brancas do Sudeste, 0,2 ano (tabela 30).

Tabela 30. Anos de vida perdidos da população da região Nordeste do sexo feminino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	0,93	0,55	1,08	0,64	0,87
Neoplasias	1,44	2,16	0,92	0,53	0,62
Metabólica, endócrina e nutricional	0,56	0,52	0,48	0,32	0,40
Circulatória	1,99	2,48	1,60	0,80	0,91
Respiratória	1,01	0,83	1,06	0,56	0,81
Digestiva	0,33	0,36	0,23	0,15	0,18
Afecções do período perinatal	1,22	0,71	0,88	1,06	1,27
Malformação congênita	0,37	0,26	0,31	0,22	0,29
Mal definida	1,95	0,96	1,65	1,39	1,69

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Causas externas (todas)	0,91	0,85	0,74	0,52	0,68
Homicídios	0,12	0,13	0,14	0,08	0,10
Outras	0,63	0,55	0,64	0,33	0,45
Armas de fogo	0,06	0,07	0,03	0,05	0,05
Acidente de trânsito	0,33	0,36	0,13	0,17	0,21
HIV/aids	0,10	0,14	0,16	0,03	0,05
Tuberculose	0,06	0,04	0,06	0,04	0,05
Total	10,78	9,71	9,02	6,23	7,76
Total ajustado às desigualdades raciais	10,78	5,48	9,99	8,36	9,66

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

O principal fator de mortalidade das mulheres pretas da região Nordeste, em termos dos anos de vida perdidos, foram as causas mal definidas, com 1,65 ano de vida perdido dessas pessoas. Em segundo e terceiro lugares, em termos dos impactos sobre os anos de vida esperados ao nascer, ficaram, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório (perda de 1,60 ano de vida) e as doenças infecciosas e parasitárias (perda de 1,08 ano de vida). As demais causas de mortalidades que mais afetaram o tempo médio de sobrevivência ao nascer dessas mulheres foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 1,06 ano de vida); neoplasias (perda de 0,92 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 0,88 ano de vida); causas externas (perda de 0,74 ano de vida); e doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais (perda de 0,48 ano de vida) (tabela 30).

Entre as mulheres pardas nordestinas, a principal causa de mortalidade, em termos dos anos de vida perdidos, foram as causas mal definidas, tipo de registro de óbito que reduzia em 1,39 ano o tempo médio de vida dessas mulheres. Em segundo e terceiro lugares, em termos dos impactos sobre o tempo de vida médio das mulheres pardas nordestinas, apareceram, respectivamente, as afecções do período perinatal (perda de 1,06 ano de vida) e as doenças do aparelho circulatório (perda de 0,8 ano de vida). As demais causas de mortalidade que mais impactaram os anos médios de vida das mulheres pardas nordestinas foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,64 ano

de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,56 de vida); neoplasias (perda de 0,53 ano de vida); e causas externas (perda de 0,52 ano de vida) (tabela 30).

Os impactos sobre o tempo de vida esperado ao nascer das mulheres negras da região Nordeste decorreram, principalmente, das causas mal definidas, que reduziram suas vidas em 1,69 anos. Em segundo e terceiro lugares, em termos de impacto sobre o tempo médio de vida dessas mulheres, apareceram, respectivamente, as afecções do período perinatal (perda de 1,27 ano de vida) e as doenças do aparelho circulatório (perda de 0,91 ano de vida). As demais causas de morte redutoras do tempo médio de vida das mulheres negras nordestinas foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,87 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,81 de vida); causas externas (perda de 0,68 ano de vida); e neoplasias (perda de 0,62 ano de vida). A perda relativa com acidentes de trânsito foi de 0,21 ano de vida das mulheres negras (tabela 30).

c) Região sudeste

Entre os homens brancos da região Sudeste, a causa de morte mais relevante, em termos da redução dos anos de vida, foi representada pela causas externas, vetor que reduzia a expectativa de sobrevida desses homens em 2,75 anos. Em segundo e terceiro lugares, respectivamente, apareceram as doenças do aparelho circulatório (perda de 2,22 anos de vida) e as neoplasias (perda de 1,28 ano de vida). As demais causas de mortalidade que impactaram de forma mais significativa o tempo de sobrevida dessas pessoas foram: homicídios (perda de 1,16 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 0,78 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,76 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,76 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,72 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,67 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,65 ano de vida); e doenças do aparelho digestivo (perda de 0,63 ano de vida) (tabela 31).

Tabela 31. Anos de vida perdidos da população da região Sudeste do sexo masculino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	0,78	0,67	1,09	0,74	0,82
Neoplasias	1,19	1,28	0,99	0,81	0,86
Metabólica, endócrina e nutricional	0,34	0,31	0,42	0,28	0,32
Circulatória	2,35	2,22	2,58	1,81	2,01
Respiratória	0,84	0,76	1,02	0,81	0,85
Digestiva	0,64	0,63	0,55	0,49	0,51
Afecções do período perinatal	1,08	0,78	1,10	1,16	1,14

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Malformação congênita	0,26	0,24	0,24	0,25	0,25
Mal definida	1,04	0,76	1,39	0,96	1,06
Causas externas (todas)	3,14	2,75	3,57	3,41	3,44
Homicídios	1,47	1,16	1,94	1,80	1,83
Outras	0,49	0,44	0,65	0,42	0,47
Armas de fogo	0,94	0,72	1,32	1,15	1,19
Acidente de trânsito	0,63	0,65	0,49	0,53	0,52
HIV/aids	0,30	0,28	0,34	0,22	0,24
Tuberculose	0,11	0,08	0,22	0,11	0,14
Total	11,78	10,47	13,16	10,85	11,39
Total ajustado às desigualdades raciais	11,78	7,02	16,87	13,36	14,17

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

Quanto aos homens pretos da região Sudeste, a causa de morte mais relevante, em termos da perda de anos de vida, foram as causas externas, vetor que acarretou redução de 3,57 anos de vida entre os componentes desse grupo de raça/cor e sexo. Em segundo e terceiro lugares apareceram, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório (perda de 2,58 anos de vida) e os homicídios (perda de 1,94 ano de vida). As demais causas de mortalidade que se apresentaram mais significativas entre esses homens foram: causas mal definidas (perda de 1,39 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 1,32 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 1,10 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 1,09 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 1,02 ano de vida); neoplasias (perda de 0,99 ano de vida); doenças do aparelho digestivo (perda de 0,55 ano de vida); e acidentes de trânsito (perda de 0,49 ano de vida). Vale salientar que as perdas de anos de vida por HIV/aids, entre os homens pretos do Sudeste, eram o dobro dos valores apresentados pelos homens pardos e 175% superior, em termos de anos de vida perdidos, ao encontrado entre os homens brancos dessa mesma região (tabela 31).

Foram as causas externas o tipo de mortalidade que mais atingiu os homens pardos da região Sudeste em termos da redução de seu tempo de vida esperado, resultando na perda de 3,41 anos de vida entre as pessoas desse contingente. As doenças do aparelho circulatório ocasionaram a perda de 1,81 ano de vida e os homicídios reduziram em

1,8 ano o tempo médio de vida desses homens. Demais causas de morte que se destacaram foram: afecções do período perinatal (perda de 1,16 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 1,15 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,96 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,81 ano de vida); neoplasias (perda de 0,81 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,74 ano de vida); e acidentes de trânsito (perda de 0,53 ano de vida) (tabela 31).

A respeito dos homens negros da região Sudeste, a causa de mortalidade que mais impactava o seu tempo de sobrevivência foram as causas externas, vetor responsável pela perda de 3,44 anos de vida desse grupo. A segunda e a terceira causas de mortalidade mais importantes foram as doenças do aparelho circulatório (perda de 2,01 anos de vida) e os homicídios (perda de 1,83 ano de vida). As demais causas de morte proporcionalmente relevantes foram: homicídios por armas de fogo (perda de 1,19 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 1,14 ano de vida); causas mal definidas (perda de 1,06 ano de vida); neoplasias (perda de 0,86 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,85 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,82 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,52 ano de vida); e doenças do aparelho digestivo (perda de 0,51 ano de vida) (tabela 31).

Entre as mulheres brancas da região Sudeste, a principal causa de mortalidade, em termos dos impactos nos anos de vida perdidos, foram as doenças do aparelho circulatório, fator que acarretou a perda de 1,5 ano de vida entre as pessoas desse grupo. Em segundo e terceiro lugares, respectivamente, encontravam-se as neoplasias (perda de 1,24 ano de vida) e as afecções do período perinatal (perda de 0,92 ano de vida). As demais causas de morte relevantes entre as mulheres brancas do Sudeste foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 0,6 ano de vida); causas externas (0,58 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,47 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,44 ano de vida); e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,33 ano de vida) (tabela 32). Os acidentes de trânsito geraram perda de 0,2 ano.

Tabela 32. Anos de vida perdidos da população da região Sudeste do sexo feminino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	0,52	0,44	0,77	0,51	0,56
Neoplasias	1,20	1,24	1,05	0,83	0,88
Metabólica, endócrina e nutricional	0,39	0,33	0,59	0,35	0,40
Circulatória	1,76	1,50	2,37	1,49	1,70
Respiratória	0,65	0,60	0,79	0,60	0,64
Digestiva	0,26	0,23	0,30	0,21	0,23

continuação

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Afeções do período perinatal	0,94	0,92	1,04	1,01	1,01
Malformação congênita	0,28	0,34	0,25	0,25	0,25
Mal definida	0,69	0,47	1,07	0,66	0,75
Causas externas (todas)	0,60	0,58	0,54	0,59	0,58
Homicídios	0,14	0,12	0,15	0,16	0,16
Outras	0,42	0,38	0,54	0,34	0,38
Armas de fogo	0,07	0,06	0,08	0,08	0,08
Acidente de trânsito	0,19	0,20	0,11	0,15	0,14
HIV/aids	0,15	0,12	0,23	0,12	0,15
Tuberculose	0,04	0,03	0,10	0,05	0,06
Total	7,33	6,68	8,86	6,53	7,06
Total ajustado às desigualdades raciais	7,33	3,18	12,32	8,97	9,71

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

Entre as mulheres pretas da região Sudeste, a principal causa de mortalidade, em termos dos anos de vida perdidos, foram as doenças do aparelho circulatório, vetor que trouxe a perda de 2,37 anos de vida das pessoas desse grupo. Em segundo e terceiro lugares ficaram, respectivamente, as causas mal definidas (perda de 1,07 ano de vida) e as neoplasias (perda de 1,05 ano de vida). As demais causas de mortalidades que mais afetaram o tempo médio de sobrevivência ao nascer das mulheres pretas dessa região foram: afecções do período perinatal (perda de 1,04 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,79 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,77 ano de vida); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,59 ano de vida); causas externas (perda de 0,54 ano de vida). Vale frisar que, na região Sudeste, por causa do HIV/aids, as mulheres pretas perdiam o dobro dos anos de vida em relação às mulheres pardas e 233% a mais em relação às mulheres brancas (tabela 32).

Em primeiro lugar foram as doenças do aparelho circulatório que mais acarretaram a perda de anos de vida das mulheres pardas da região Sudeste: 1,49 ano. Em segundo apareceram as afecções do período perinatal, as quais produziram a perda de 1,01 ano de vida dessas mulheres. Em terceiro lugar encontravam-se as neoplasias, responsáveis por 0,83 ano de vida perdido. As demais causas de morte que impactaram o tempo

médio de sobrevivência das mulheres pardas dessa região foram: causas mal definidas (perda de 0,66 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,6 ano de vida); causas externas (perda de 0,59 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,51 ano de vida); e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,35 ano de vida) (tabela 32).

As mulheres negras do Sudeste apresentaram como principal causa de morte, redutora do tempo médio de sobrevivência ao nascer, as doenças do aparelho circulatório, vetor que trouxe a perda de 1,7 ano de vida para esse grupo de raça/cor e sexo. As afecções do período perinatal apareceram em segundo lugar (perda de 1,01 ano de vida) e neoplasias em terceiro lugar (perda de 0,88 ano de vida). As demais causas de mortalidade que mais afetavam o tempo médio de vida dessas mulheres foram: causas mal definidas (perda de 0,75 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda 0,64 ano de vida); causas externas (perda de 0,58 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,56 ano de vida); e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,40 ano de vida). Na média das pretas e pardas, a perda de anos de vida em decorrência do HIV/aids foi de 0,06 ano (tabela 32).

d) Região sul

Na região Sul, entre os homens brancos, o principal fator de perda de anos de vida foram as causas externas, o qual abreviou o tempo de vida dessas pessoas em 2,51 anos. Ficaram em segundo e terceiro lugares, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório (perda de 2,24 anos de vida) e as neoplasias (perda de 1,61 ano de vida). As demais causas de mortalidade importantes nesse sentido foram: acidentes de trânsito (0,91 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,87 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 0,72 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,59 ano de vida); doenças do aparelho digestivo (perda de 0,57 ano de vida); homicídios (perda de 0,57 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,51 ano de vida); e homicídios por armas de fogo (perda de 0,39 ano de vida) (tabela 33).

Tabela 33. Anos de vida perdidos da população da região Sul do sexo masculino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	0,63	0,59	1,11	0,62	0,77
Neoplasias	1,54	1,61	1,38	0,55	0,82
Metabólica, endócrina e nutricional	0,29	0,28	0,35	0,23	0,27
Circulatória	2,30	2,24	2,68	1,34	1,77
Respiratória	0,88	0,87	1,18	0,68	0,84

continuação

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Digestiva	0,59	0,57	0,72	0,35	0,47
Afeções do período perinatal	0,78	0,72	0,99	0,96	0,98
Malformação congênita	0,28	0,28	0,20	0,22	0,22
Mal definida	0,61	0,51	0,61	0,59	0,59
Causas externas (todas)	2,49	2,51	2,57	1,88	2,08
Homicídios	0,62	0,57	0,87	0,64	0,70
Outras	0,43	0,41	0,56	0,35	0,41
Armas de fogo	0,42	0,39	0,65	0,41	0,47
Acidente de trânsito	0,87	0,91	0,58	0,48	0,51
HIV/aids	0,26	0,24	0,53	0,13	0,25
Tuberculose	0,06	0,06	0,16	0,07	0,10
Total	10,47	10,22	11,97	7,51	8,90
Total ajustado às desigualdades raciais	10,47	7,53	15,35	10,02	11,58

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

Para os homens pretos da região Sul, a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, fator responsável pela perda de 2,68 anos de vida entre as pessoas desse grupo. Em segundo e terceiro lugares, enquanto causas de morte mais impactantes sobre os anos de vida perdidos dos homens negros sulistas, encontravam-se, respectivamente, as causas externas (perda de 2,57 anos de vida) e as neoplasias (perda de 1,38 ano de vida). As demais causas de morte relevantes foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 1,18 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 1,11 ano de vida); afecções do período perinatal (perda de 0,99 ano de vida); homicídios (perda de 0,87 ano de vida); doenças do aparelho digestivo (perda de 0,72 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,65 ano de vida); causas mal definidas (0,61 ano de vida); e acidentes de trânsito (perda de 0,58 ano de vida); e novamente impactando de modo mais que proporcional os homens pretos o HIV/aids (perda de 0,53 ano de vida) (tabela 33).

Entre os homens pardos da região Sul, a causa de mortalidade que mais impactou seus anos de vida foram as causas externas, tendo este fator gerado a redução do tempo de sobrevivência ao nascer dessas pessoas em 1,88 ano. Em segundo e terceiro

lugares encontraram-se as doenças do aparelho circulatório (perda de 1,34 ano de vida) e as afecções do período perinatal (perda de 0,96 ano de vida). As demais causas de mortalidade que se destacaram foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 0,68 ano de vida); homicídios (perda de 0,64 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,62 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,59 ano de vida); neoplasias (perda de 0,55 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,48 ano de vida); e homicídios por armas de fogo (perda de 0,41 ano de vida) (tabela 33).

Quanto aos homens negros dessa região, seus anos de vida perdidos deveram-se, principalmente, a causas externas de morte, que corresponderam à redução de 2,08 anos. Em segundo lugar sobressaíram as doenças do aparelho circulatório, vetor que acarretou a perda de 1,77 ano de vida desse grupo. Em terceiro vieram as afecções do período perinatal, com perda de 0,98 ano de vida entre os negros sulistas. As demais causas de mortalidade mais importantes entre os negros sulistas foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 0,84 ano de vida); neoplasias (perda de 0,82 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,77 ano de vida); homicídios (perda de 0,7 ano de vida); causas maldefinidas (perda de 0,59 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,51 ano de vida); e homicídios por armas de fogo (perda de 0,47 ano de vida) (tabela 33).

Entre as mulheres brancas da região Sul, a principal causa de morte, em termos da redução dos anos de vida, foram as doenças do aparelho circulatório, tendo sido este fator o responsável pela perda de 1,59 ano de vida das pessoas deste grupo racial e de sexo. Em segundo e terceiro lugares, em termos dos impactos sobre o tempo médio de sobrevida ao nascer das mulheres brancas sulistas, encontravam-se, respectivamente, as neoplasias (perda de 1,37 ano de vida) e as afecções do período perinatal (perda de 0,75 ano de vida). As demais causas de morte mais relevantes, em termos das perdas de anos de vida, entre as mulheres brancas da região Sul foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 0,61 ano de vida); causas externas (perda de 0,58 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,34 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,33 ano de vida); doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (perda de 0,32 ano de vida); malformação congênita (perda de 0,31 ano de vida). Nessa região também nos chamou a atenção a incidência de acidentes de trânsito, com perda de 0,24 ano de vida dessas mulheres (tabela 34).

Tabela 34. Anos de vida perdidos da população da região sul do sexo feminino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infecciosas e parasitárias	0,38	0,34	0,68	0,39	0,47
Neoplasias	1,29	1,37	1,23	0,54	0,76
Metabólica, endócrina e nutricional	0,32	0,32	0,46	0,24	0,31
Circulatória	1,63	1,59	2,64	1,14	1,61
Respiratória	0,63	0,61	0,96	0,56	0,68
Digestiva	0,24	0,23	0,36	0,16	0,22
Afeções do período perinatal	0,80	0,75	0,91	0,90	0,91
Malformação congênita	0,32	0,31	0,26	0,31	0,29
Mal definida	0,39	0,33	0,36	0,27	0,30
Causas externas (todas)	0,59	0,58	0,55	0,46	0,49
Homicídios	0,08	0,08	0,12	0,06	0,09
Outras	0,37	0,35	0,53	0,28	0,36
Armas de fogo	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
Acidente de trânsito	0,24	0,24	0,14	0,12	0,12
HIV/aids	0,12	0,10	0,33	0,10	0,16
Tuberculose	0,02	0,02	0,07	0,02	0,03
Total	6,61	6,46	8,49	4,99	6,06
Total ajustado às desigualdades raciais	6,61	3,79	11,93	7,81	8,99

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**)Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

As mulheres pretas da região Sul tiveram seus anos de vida perdidos em decorrência da morte por doenças do aparelho circulatório principalmente, fator que acarretou redução de 2,64 anos do tempo de sobrevivência ao nascer desse grupo. Em segundo e terceiro lugares vimos as neoplasias (perda de 1,23 ano de vida) e as doenças do aparelho respiratório (perda de 0,96 ano de vida). As demais causas de mortalidade que mais estragos acarretaram sobre as expectativas de anos de vida ao nascer dessas mulheres foram: afeções do período perinatal (perda de 0,91 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,68 ano de vida); causas externas (perda de 0,55 ano de vida); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,46 ano de vida); doenças do aparelho digestivo (perda de 0,36 ano de vida); e causas mal definidas

(perda de 0,36 ano de vida). As mortes por HIV/aids provocaram uma perda de 0,33 ano de vida entre as mulheres pretas da região Sul; indicador que representava mais do que o triplo do mesmo índice encontrado entre as mulheres pardas e as mulheres brancas da mesma região (tabela 34).

As mulheres pardas da região Sul apresentaram como principal causa de morte, em termos da redução do tempo de sobrevivência, as doenças do aparelho circulatório, fator responsável pela perda de 1,14 ano de vida das pessoas desse contingente. Em segundo e terceiro lugares, respectivamente, apareceram as afecções do período perinatal (perda de 0,9 ano de vida) e as doenças do aparelho respiratório (perda de 0,56 ano de vida). As demais causas de mortalidade que mais impactaram as expectativas de vida ao nascer dessas mulheres foram: neoplasias (perda de 0,54 ano de vida); causas externas (perda de 0,46 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,39 ano de vida); e malformações congênitas (perda de 0,31 ano de vida) (tabela 34).

Entre as mulheres negras da região Sul, a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, responsável pela perda de 1,61 ano de vida. Em segundo e terceiro lugares apareceram as afecções do período perinatal (perda de 0,91 ano de vida) e as neoplasias (perda de 0,76 ano de vida). As demais causas de morte mais relevantes foram: doenças do aparelho respiratório (perda de 0,68 ano de vida); causas externas (perda de 0,49 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,47 ano de vida); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,31 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,30 ano de vida); e malformações congênitas (perda de 0,29 ano de vida). Entre essas mulheres, as perdas de anos de vida por HIV/aids foram de 0,16 ano (tabela 34).

e) Região Centro-Oeste

Na região Centro-Oeste, a principal causa de mortalidade redutora das esperanças de vida dos homens brancos foram as causas externas, vetor que retirava 1,96 ano de tempo médio de sobrevivência ao nascer desse contingente. Em segundo lugar apareciam as doenças do aparelho circulatório, com perda de 1,5 ano de vida desses homens. Em terceiro lugar vieram as afecções do período perinatal, responsáveis pela perda de 0,81 ano. As demais causas redutoras do tempo médio de vida dos homens brancos da região Centro-Oeste foram: neoplasias (perda de 0,85 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,71 ano de vida); homicídios (perda de 0,58 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,58 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,55 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,53 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,4 ano de vida) (tabela 35).

Tabela 35. Anos de vida perdidos da população da região Centro-Oeste do sexo masculino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infeciosas e parasitárias	0,82	0,58	0,92	0,71	0,73
Neoplasias	0,98	0,85	0,82	0,68	0,70
Metabólica, endócrina e nutricional	0,32	0,25	0,30	0,26	0,26
Circulatória	2,08	1,50	1,82	1,56	1,60
Respiratória	0,67	0,53	0,43	0,59	0,59
Digestiva	0,50	0,39	0,37	0,41	0,41
Afeções do período perinatal	0,91	0,81	0,70	1,04	0,99
Malformação congênita	0,29	0,33	0,29	0,28	0,28
Mal definida	0,92	0,55	1,13	0,71	0,74
Causas externas (todas)	3,10	1,96	2,12	2,89	2,84
Homicídios	1,07	0,58	0,87	1,13	1,10
Outras	0,54	0,41	0,57	0,50	0,51
Armas de fogo	0,72	0,40	0,56	0,78	0,75
Acidente de trânsito	0,93	0,71	0,48	0,80	0,77
HIV/aids	0,15	0,11	0,12	0,12	0,12
Tuberculose	0,05	0,03	0,05	0,05	0,05
Total	10,64	7,77	8,96	9,19	9,18
Total ajustado às desigualdades raciais	10,64	4,29	11,58	12,10	12,01

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

No contingente dos homens pretos da região Centro-Oeste, o principal fator redutor de seu tempo médio de vida foram as causas externas, que trouxeram perda de 2,12 anos de vida dessas pessoas. Em segundo e terceiro lugares, respectivamente, apareceram as doenças do aparelho circulatório (perda de 1,82 ano de vida) e as causas mal definidas (perda de 1,13 ano de vida). As demais causas de morte mais importantes entre os homens pretos dessa região foram: doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,92 ano de vida); homicídios (perda de 0,87 ano de vida); neoplasias (perda de 0,82 ano de vida); afeções do período perinatal (perda de 0,70 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,56 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,48 ano de vida); e doenças do aparelho respiratório (perda de 0,43 ano de vida) (tabela 35).

No caso dos homens pardos da região Centro-Oeste, a causa de mortalidade mais importante, em termos da redução do tempo de vida esperada, foram as causas externas, responsáveis pela perda de 2,89 anos de vida entre as pessoas deste contingente de raça/cor e sexo. As doenças do aparelho circulatório ocasionaram a perda de 1,56 ano de vida e os homicídios reduziram em 1,13 ano o tempo médio de vida dos homens pardos desta região. As demais causas de morte que apareceram com maior destaque, em termos das perdas de anos de vida, dos homens pardos da região Centro-Oeste foram: afecções do período perinatal (perda de 1,04 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,80 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,78 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,71 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,71 ano de vida); neoplasias (perda de 0,68 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,59 ano de vida); e doenças do aparelho digestivo (perda de 0,41 ano de vida) (tabela 35).

Entre os homens negros da região Centro-Oeste, a principal causa de morte, em termos dos anos de vida perdidos, foram as causas externas, as quais reduziram em 2,84 anos o tempo de sobrevida ao nascer desses homens. Em segundo lugar, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, vetor que acarretou a perda de 1,6 ano de vida desse grupo. Em terceiro, os homicídios, causa de mortalidade que produziu a perda de 1,10 ano de vida entre os homens negros da região. As demais causas de mortalidade mais importantes entre os negros da região central do país, em termos dos anos de vida perdidos, foram: afecções do período perinatal (perda de 0,99 ano de vida); acidentes de trânsito (perda de 0,77 ano de vida); homicídios por armas de fogo (perda de 0,75 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,73 ano de vida); neoplasias (perda de 0,70 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,59 ano de vida); e doenças do aparelho digestivo (perda de 0,41 ano de vida) (tabela 35).

A principal causa de morte de mulheres brancas da região Centro-Oeste, em termos da redução dos anos de sobrevida ao nascer, foram as doenças do aparelho circulatório, que geraram perda de 1,07 ano de vida desse grupo racial e de sexo. As neoplasias, que ocasionaram a perda de 0,90 ano de vida, e as afecções do período perinatal, com perda de 0,75 ano de vida, apareceram, respectivamente, em segundo e terceiro lugares. As demais causas de morte que mais afetavam o tempo médio de sobrevida ao nascer dessas mulheres foram: causas externas (perda de 0,56 ano de vida); doenças do aparelho respiratório (perda de 0,43 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,41 ano de vida); malformações congênitas (perda de 0,33 ano de vida); e causas mal definidas (perda de 0,33 ano de vida). Novamente aqui cabe a observação sobre a perda com acidentes de trânsito: 0,22 ano (tabela 36).

Tabela 36. Anos de vida perdidos da população da região Centro-Oeste do sexo feminino, segundo grupos de raça/cor; 1998-2000

Causa de mortalidade	Total	Branco	Preto	Pardo	Negro
Infeciosas e parasitárias	0,54	0,41	0,61	0,54	0,55
Neoplasias	1,09	0,90	0,84	0,77	0,78
Metabólica, endócrina e nutricional	0,37	0,29	0,48	0,30	0,31
Circulatória	1,65	1,07	1,45	1,32	1,33
Respiratória	0,55	0,43	0,41	0,52	0,52
Digestiva	0,24	0,17	0,22	0,21	0,21
Afeções do período perinatal	0,92	0,75	0,62	0,74	0,73
Malformação congênita	0,32	0,33	0,31	0,33	0,33
Mal definida	0,57	0,33	0,59	0,47	0,49
Causas externas (todas)	0,70	0,56	0,65	0,68	0,67
Homicídios	0,13	0,09	0,08	0,12	0,12
Outras	0,43	0,34	0,29	0,42	0,41
Armas de fogo	0,07	0,06	0,00	0,06	0,05
Acidente de trânsito	0,27	0,22	0,05	0,24	0,22
HIV/aids	0,07	0,05	0,09	0,06	0,06
Tuberculose	0,02	0,01	0,00	0,03	0,02
Total	6,98	5,24	6,18	5,91	5,94
Total ajustado às desigualdades raciais	6,98	1,81	8,94	8,10	8,41

(*) Segundo grupos do Código Internacional de Doenças (CID).

(**) Outras = transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças dos olhos e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário.

(**) Negros = somatório de pretos e pardos.

(***) Fonte: Microdados do registro do SIM/Datasus; 1998-2000.

Entre as mulheres pretas da região Centro-Oeste, a principal causa de mortalidade, em termos dos anos de vida perdidos, foram as doenças do aparelho circulatório, que reduziram 1,45 ano da vida dessas. Em segundo e terceiro lugares ficaram, respectivamente, as neoplasias (perda de 0,84 ano de vida) e as causas externas (perda de 0,65 ano de vida). As demais causas de mortalidade foram: afeções do período perinatal (perda de 0,62 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda 0,61 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,59 ano de vida); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (perda de 0,48 ano de vida); e as doenças do aparelho respiratório (perda de 0,41 ano de vida) (tabela 36).

As mulheres pardas da região Centro-Oeste tiveram como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório, vetor que acarretou a perda de 1,32 ano de vida desse grupo. Em segundo lugar apareceram as neoplasias, causa de morte que reduziu em 0,77 ano a vida das mulheres pardas da região. Em terceiro lugar encontravam-se as afecções do período perinatal, responsáveis pela perda de 0,74 ano de vida desse contingente. As demais causas de morte que impactaram significativamente o tempo médio de sobrevivência dessas mulheres foram: causas externas (perda de 0,68 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,54 de vida); doenças do aparelho respiratório (perda 0,52 ano de vida); e causas mal definidas (perda 0,47 de vida). A perda com acidentes de trânsito: 0,24 ano (tabela 36).

Entre as mulheres negras da região Centro-Oeste, a principal causa de mortalidade que mais teve impacto sobre os anos de vida das pessoas desse grupo foram as doenças do aparelho circulatório, responsável pela perda de 1,33 ano de vida. Em segundo e terceiro lugares, enquanto fatores redutores de anos de vida das mulheres negras dessa região, apareceram as neoplasias (perda de 0,78 ano de vida) e as afecções do período perinatal (perda de 0,73 ano de vida). As demais causas de morte mais relevantes foram: causas externas (perda de 0,67 ano de vida); doenças infecciosas e parasitárias (perda de 0,55 ano de vida); doenças respiratórias (perda de 0,52 ano de vida); causas mal definidas (perda de 0,49 ano de vida); e malformações congênitas (perda de 0,33 ano de vida). A perda com acidentes de trânsito: 0,22 ano (tabela 36).

5.6.4. Média etária de falecimento segundo os grupos de raça/cor e sexo

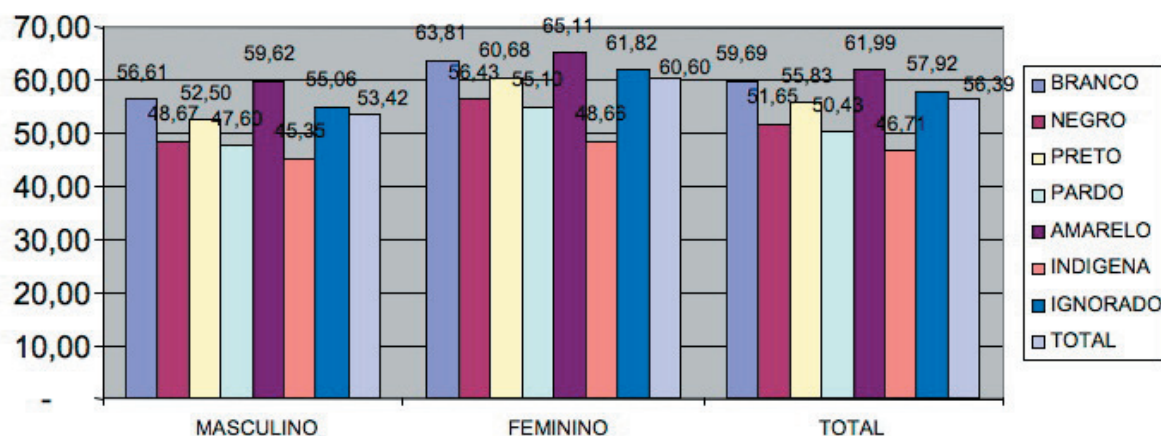
A compreensão dos resultados encontrados em termos dos números de anos de vida perdidos desagregados pelos grupos de raça/cor e sexo obedece a duas ordens de fatores. A primeira diz respeito às razões de mortalidade desses respectivos contingentes. Conforme verificado, nas bases de dados do SIM, a razão de mortalidade dos brancos aparece superior à mesma razão encontrada entre os pretos e pardos. Em nosso estudo levantamos a hipótese de que, *vis-à-vis* à realidade vigente, pudesse estar ocorrendo um certo viés branqueador nas bases do SIM, e que, para corrigir em parte esse problema, nós realizamos sua correção parcial mediante o uso de estimativas indiretas. De todo modo, vale salientar que essa correção foi somente parcial, tendo sido aplicada apenas para as faixas etárias abaixo de cinco anos. Por esse motivo, as razões de mortalidade de brancos e negros contidas no presente estudo, mesmo com as correções realizadas, ainda são superiores para o primeiro contingente. Provavelmente por isso que, em grande medida, o somatório dos anos de vida perdidos dos brancos, sem os ajustes às desigualdades raciais, apresentaram-se superiores aos dos negros.

Alternativamente, os diferenciais nos anos de vida perdidos entre os grupos de raça/cor e sexo, além das razões de mortalidade, devem ser fundamentalmente com-

preendidos à luz da precocidade pela qual os eventos fatais incidem sobre os diferentes grupos. É por esse motivo que as causas externas, apesar de não serem a principal causa de mortalidade de brasileiros do sexo masculino, retiram mais anos de vida dos homens do que as doenças do aparelho circulatório, constataadamente o vetor que mais mata brasileiros e brasileiras. Isso ocorre porque, ao contrário das doenças do aparelho circulatório, que afetam proporcionalmente pessoas mais velhas, os óbitos não naturais atualmente, no Brasil, impactam especialmente as pessoas mais jovens. Ao abreviar o tempo de vida dessas pessoas, esse fator de mortalidade (causas externas) retira mais anos de vida do que doenças que atingem pessoas de maior idade (Simões, 2002).

Desse modo, como último argumento quanto ao debate dos anos de vida perdidos dos grupos de raça/cor, podemos ver que os negros e negras, em média, tendem a morrer mais cedo do que as pessoas brancas. Assim, no gráfico 22, podemos ver que, no interior do SIM, no triênio 1998-2000, a média de falecimento dos brancos do sexo masculino era de 56,61 anos e das brancas do sexo feminino de 63,81 anos (média de ambos os sexos, 59,69 anos). Esse indicador somente era inferior às médias de falecimentos dos amarelos, ficando invariavelmente superior às médias etárias de falecimentos dos pretos, dos pardos e dos negros em seu conjunto.

Gráfico 22. Média etária dos óbitos no Brasil segundo os grupos de raça/cor e sexo, 1998-2000



Destarte, além das razões de mortalidade, a maior precocidade relativa do falecimento dos negros (e indígenas), em relação aos brancos e amarelos, bem como as respectivas causas de óbitos que levam a essa precocidade, devem ser levadas em consideração quando analisamos os diferenciais raciais e de sexo em termos dos anos de vida perdidos.

4.10. Conclusão e recomendações

A conclusão deste trabalho debaterá sobre duas ordens de questões. A primeira delas diz respeito aos limites encontrados na sua realização, tendo em vista os óbices apresentados pelas falhas no SIM, do Ministério da Saúde. A segunda ordem de questão aponta para uma reflexão acerca das filosofias que deveriam reger as políticas para o setor, ou *color blind*, ou que tenha algum nível de direcionamento para determinados contingentes específicos da população. De todo modo, embora tenham naturezas diferenciadas, procuraremos analisar essas duas dimensões de forma combinada, de maneira que as mesmas não sejam vistas como estanques.

Em primeiro lugar, há o problema da qualidade das informações contidas na base de dados do SIM sobre questões que afligem a população brasileira como um todo, especialmente na faixa etária inferior a um ano de idade, em que o grau de subnotificação dos registros de falecimento é especialmente gritante. Assim, ocorre a exigência da ampliação do grau de cobertura dos registros de óbitos sobre o total de casos de falecimentos ocorridos no território nacional. Uma importante medida foi adotada em um período relativamente recente estabelecendo a gratuidade do serviço de emissão da declaração de óbito por parte dos cartórios. Todavia, parece haver certa falta de conscientização do público, especialmente dos mais pobres, quanto à importância, pessoal, coletiva e institucional, da formalização dos eventos vitais ocorridos em suas famílias, em especial nas situações de nascimentos e mortes. Por outro lado, o aumento da violência urbana, proliferando formas ilegais de enterro ou cremação de corpos (*fornos de microondas*), vem agindo como mais um fator de aumento do grau de subnotificação dos registros de óbitos.

Nesse sentido, além da manutenção da gratuidade do serviço de fornecimento dos atestados de óbitos, outras medidas deveriam ser adotadas visando ampliar o número de postos de registros (cartórios) desses eventos vitais em todo o país, especialmente nas áreas mais distantes e mais pobres. Como no Brasil os cartórios são privados, há o problema da falta de interesse econômica de sua abertura em locais de baixo poder aquisitivo. De todo modo, parece razoável supor que o poder público não pode deixar um problema dessa magnitude nas mãos dos interesses particulares e da ânsia do lucro, devendo mobilizar todos os esforços para a instalação de, ao menos, um cartório por cidade, seja por iniciativa dos governos federal, estadual e municipal, seja, caso legalmente factível, mediante convênios com instituições da sociedade civil como sindicatos, igrejas e ONGs. No mesmo rumo, pareceria interessante que o Estado brasileiro assumisse o compromisso da completa universalização dos registros de óbitos em todo o país ao longo dos próximos 15 anos.

Em segundo lugar, outro problema verificado reportou-se ao elevado percentual de causas de morte mal definidas contidas nos registros de óbitos. Nesse caso, em termos dos impactos sobre a qualidade das informações sobre os óbitos no Brasil, o problema se soma à lacuna anterior, conquanto seja de natureza distinta. Na verdade, um registro de óbito com declaração de causa de morte não identificada é um mal de natureza menos grave, tendo em vista que, ao menos, o registro do óbito foi realizado. Todavia, essa informação, no fundo, somente serve para sinalizar que aquela pessoa que faleceu de *causas não identificadas* contou com um tipo de assistência médica, hospitalar e laboratorial de baixa qualidade. Se, do ponto de vista da definição da montagem das políticas públicas, isso serve como forma de mensuração da baixa qualidade do atendimento, por outro lado, tal sorte de informação, no fundo, não quer dizer muita coisa, ocultando, na verdade, a causa de falecimento daquela dada pessoa. Por esse motivo, não há como superar essa deficiência de informação sem uma universalização, e aprimoramento da qualidade de atendimento, do Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população brasileira.

Em terceiro lugar, apesar dessas evidências que apontam para a universalização dos registros de eventos vitais e do SUS, é importante salientar que os indicadores levantados mostraram que ambos os problemas, da subnotificação dos óbitos e do amplo percentual de registros de óbitos com causa de morte não identificada, acabavam afetando com maior intensidade os negros do que os brancos. Por isso, nunca se deve esquecer que o aprimoramento da qualidade do SIM passa, necessariamente, pela sua maior e melhor cobertura dos eventos fatais, envolvendo especialmente os afro-brasileiros. Nesse sentido, é razoável supor que o perfil *color blind* até hoje vigente na área da saúde e da geração de estatísticas de mortalidade talvez não tenha ajudado a aumentar, em especial, a consciência da população negra quanto à importância do registro oficial dos casos fatais em suas famílias. Naturalmente esse tipo de problema não afeta somente os negros. Porém, na medida em que se comprove que tais lacunas os afetam de modo mais que proporcional, não haveria motivo para que campanhas de esclarecimento a esse respeito se dirigissem a tal segmento, coerentemente, de modo mais que proporcional. Da mesma forma, os problemas enfrentados pelo SUS e os problemas quanto à baixa qualidade do atendimento hospitalar, médico e ambulatorial no país (e que se reflete no amplo número de casos de registros de óbitos com causa de morte ignorada), não devem elidir que tal problema afeta primordialmente os negros e negras, pessoas que, em geral, têm menos acesso aos planos de saúde privada e às formas mais sofisticadas de atendimento.

Em quarto lugar, o estudo do perfil da base de dados do SIM, no que implica o preenchimento da raça/cor dos falecidos nas Declarações de Óbitos, mostrou que, nos últimos cinco anos, houve uma progressiva melhora desse sistema de registros. Assim, no ano 2000, em todo o Brasil, conforme foi verificado, na base de dados do SIM passou

a constar a raça/cor do falecido em cerca de 85% dos registros. Contudo, também foi possível perceber que impera a necessidade de se aprimorar esse sistema.

O problema é que os 15% de registros de óbitos que não tiveram o quesito raça/cor respondidos, representavam um percentual muito elevado, tendo em vista os problemas de subnotificação e o fato de que os casos de raça/cor ignorada não se distribuíam homogeneamente em todo o país, pelo contrário, tendendo a ser maior nas regiões onde os negros (pretos e pardos) formam a maioria da população. No mesmo rumo, sabe-se que as disparidades raciais nas taxas de mortalidade de crianças abaixo de um ano de idade, medidas por metodologia indireta, são bastante elevadas. E é justamente entre os recém-nascidos que o grau de ocultação de casos de falecimentos é proporcionalmente maior. Destarte, é inevitável que a qualidade da base de dados do SIM fique bastante comprometida para o estudo das desigualdades raciais de mortalidade infantil, particularmente, a perinatal.

Um outro fator, de evidência mais fraca, também poderia estar comprometendo a qualidade das informações sobre os perfis racialmente desiguais da mortalidade no Brasil. Esse fator estaria relacionado à maior probabilidade de uma pessoa negra que tenha morrido – e cujo evento vital tenha sido registrado nos órgãos oficiais –, comparativamente a um morto de outro grupo racial, não tenha o seu grupo racial ou de cor coletado (por limitações e falhas do declarante e/ou do profissional responsável pelo registro), indo para as situações de registros de óbitos com raça/cor ignorada, ou mesmo que tenha essa informação notificada dentro de um outro grupo racial ou de cor (branca, amarela). A resolução desse problema plenamente é um tanto quanto difícil, na medida em que o preenchimento desse registro não depende, por razões evidentes, da própria pessoa que está sendo registrada. Ou seja, alguém interpreta o que julga ser a raça/cor daquele indivíduo que morreu. Por esse motivo, que pode ser derivado do próprio modo de funcionamento do padrão brasileiro de relações raciais, não seria estranho que pudesse estar ocorrendo um certo viés de branqueamento dos registros do SIM, tal como já foi possível debater no começo deste estudo. Na verdade, talvez um atestado de óbito tão extenso não seja a melhor forma de se coletar informações de pessoas que, comumente, tendo que resolver os problemas de encaminhamento dos procedimentos fúnebres dos seus parentes e pessoas queridas, tendem a se encontrar psicologicamente muito abatidas. Por essa razão, talvez a maneira pela qual as informações que constam nos registros do SIM são coletadas tenham de ser repensadas, incluindo nos questionários somente as informações efetivamente mais importantes sobre o perfil do morto, tal como idade, sexo, estado civil, naturalidade, causa de morte, local do falecimento, tipo de atendimento médico prestado, necropsia e, evidentemente, a raça/cor (esta, considerada como uma variável de fundamental importância nos registros do SIM).

De toda maneira, os principais problemas verificados no uso das bases de registros do SIM para o estudo das desigualdades raciais nos perfis da mortalidade da população

brasileira apontaram para a existência de um certo viés de branqueamento da base de dados do SIM, derivado da maior probabilidade de sub-registro dos óbitos das pessoas negras falecidas em comparação com as pessoas brancas que tenham morrido. Isso ocorreria por causa de: i) fatores econômicos, produto da maior concentração de negros na base da pirâmide social, justamente o segmento onde o nível de subnotificação desse evento vital é maior; ii) fatores regionais, sendo maiores as falhas do SIM nas regiões do Brasil onde os negros são maioria; iii) fatores demográficos, relacionados à maior precocidade das mortes dos negros, exatamente nas faixas etárias mais baixas, em que o grau de sub-registro de óbitos é maior; e iv) culturais, relacionados à hipótese de maior dificuldade para a inclusão, no registro de óbito, da raça/cor de uma pessoa negra, fazendo com que essa informação seja levada para os registros de óbitos com raça/cor ignorada ou para outros grupos raciais.

Junto com esses quatro fatores que estariam contribuindo para o branqueamento da base de registros do SIM, ocorreu a maior incidência das causas de morte ignoradas nos registros de óbitos de pessoas negras, comparativamente aos registros de óbitos de pessoas brancas. Dessa forma, enquanto tal situação perdurar, as bases de dados do SIM revelarão as diferenças raciais no perfil da mortalidade da população brasileira de um modo somente parcial, tendendo a subestimá-la, especialmente entre a população negra.

Nesse sentido, por causa das lacunas encontradas no interior da principal base de dados para a realização deste estudo, o perfil da mortalidade dos distintos grupos de raça/cor e sexo, bem como os anos de vida perdidos por esses contingentes, não podem ser considerados mais do que hipotéticos. Caso os níveis de subnotificação de óbitos, das causas de morte não identificadas e dos registros de falecimentos com raça/cor ignorada fossem mais baixos (e, no limite, inexistentes), certamente o perfil encontrado tanto da composição relativa da mortalidade, como dos anos de vida perdidos provavelmente seriam pronunciadamente distintos do que os que foram encontrados neste trabalho. Alternativamente, no caso das esperanças de vida ao nascer dos distintos grupos de raça/cor da população brasileira, como esses indicadores foram produzidos de forma indireta, a partir da base de dados do Censo Demográfico de 2000, do IBGE, acreditamos que essas informações tendem a expressar de forma mais precisa a efetiva realidade existente.

Não obstante todas as limitações das bases de dados do SIM, consideramos que as informações contidas neste estudo demonstraram ser relevantes como perfil hipotético da mortalidade dos grupos de raça/cor e sexo no Brasil. Assim, os indicadores levantados sugeriram que, concomitantemente à existência de uma série de indicadores que apresentaram um comportamento convergente, também ocorreu uma certa diferenciação dos indicadores de mortalidade dos brancos em relação aos pretos e aos pardos. Essa diferenciação justamente responde à primeira hipótese deste estudo, que se reportou à existência ou não de um padrão de mortalidade específico dos distintos

grupos de raça/cor no Brasil. Além disso, os indicadores levantados mostraram que, não obstante seus pontos em comum, os dados sobre a mortalidade de pretos e pardos também deve ser vista em separado, levando em conta que algumas causas de morte apresentaram-se especialmente impactantes para cada um dos grupos em separado. Longe da pretensão de sermos exaustivos a esse respeito, o presente estudo destaca, em especial, a incidência das mortes por doenças do aparelho respiratório, homicídios e por HIV/aids entre os pretos (composição de mortalidade e anos de vida perdidas).

Dessa maneira, conquanto de forma não peremptória, podemos dizer que brancos e negros no Brasil apresentaram composições de mortalidade razoavelmente diferenciadas, justificando, portanto, a adoção de medidas específicas de ação afirmativa no movimento de consolidação do SUS. Destarte, tendo em vista o conjunto de indicadores mobilizados para a confecção deste estudo, consideramos que ao menos as seguintes medidas poderiam ser pensadas visando à superação das desigualdades raciais na área da saúde e o incremento das condições de vida da população negra deste país:

- estabelecimento de uma meta nacional de redução das disparidades raciais nas esperanças de vida ao nascer da população, de preferência igualmente minimizando os hiatos encontrados entre os grupos de sexo. O Estado e a sociedade brasileira deveriam assumir o compromisso público de findar progressivamente as disparidades dos tempos médios de sobrevivência dos distintos grupos raciais do país até o ano de 2030;
- efetiva universalização do SUS e da progressiva redução de casos de óbitos sem assistência médica, laboratorial e assistencial adequada;
- aprimoramento do SIM no seu conjunto, com o objetivo de diminuir o grau de omissão de registro por parte da população, reduzir os registros de óbitos com causa de morte mal definida, e universalizar a oficialização dos registros de óbito com a implantação de ao menos um cartório (ou algum órgão com incumbência de registro de informações sobre nascimentos e mortalidades) por município no Brasil;
- especial atenção para a redução do grau de subnotificação dos registros de óbitos e de atestados de falecimento sem declaração de raça/cor nas regiões Norte e, especialmente, Nordeste;
- inclusão da variável raça/cor nos indicadores contidos no Registro Civil de Pessoas Naturais, especialmente no caso do evento vital do falecimento;
- melhoria no preenchimento do conjunto de informações contidas nas Declarações de Óbito, inclusive a que tange à variável raça/cor. Isso se dará com o aprimoramento da capacitação dos profissionais responsáveis pela coleta dessas informações, pela conscientização de toda a população quanto à importância do preenchimento da variável raça/cor e, talvez, pela simplificação dos

campos de perguntas nas declarações de óbitos (sem retirar o quesito raça/cor, obviamente);

- dotação de recursos para o efetivo enfrentamento das causas de morte que tenham especial incidência sobre os negros, tais como as afecções do período perinatal, as doenças infecciosas e parasitárias (que precisam ser desagregadas de forma que sejam mais bem definidos os alvos prioritários), a tuberculose, a anemia falciforme, entre outras doenças prevalentes sobre a comunidade negra;
- acompanhamento mais rigoroso da evolução do HIV/aids no seio da população visando um melhor controle sobre o seu grau de subnotificação. Especial preocupação com os homens pretos e as mulheres pretas, mormente das regiões Sudeste e Sul, tendo em vista o proporcionalmente elevado percentual de pessoas desse contingente racial que faleceram vitimadas por HIV/aids;
- o fato de as doenças circulatórias, as neoplasias, doenças do aparelho digestivo, entre outras, proporcionalmente impactarem mais os brancos do que os negros não implica que tais moléstias não afetem também os afro brasileiros. Pelo contrário, essas doenças se apresentam como uma das principais causas de morte de negros e negras, e, no caso das doenças do aparelho circulatório, estas chegavam a retirar mais anos de vida dos pretos e pretas do que dos brancos e brancas. No mesmo rumo, continua sendo necessário levar em conta que esses tipos de doenças entre os negros podem vir a se intensificar, ficando ocultada pelas subnotificações, evasões de registro e pelas causas mal definidas. É preciso que as campanhas públicas de prevenção a essas doenças sejam direcionadas para os diferentes segmentos da população, inclusive no plano racial e étnico, mostrando que tais problemas podem afetar a todos, não apenas como doenças de ricos e de brancos;
- considerando que um dos principais problemas relacionados à perda de anos de vida relaciona-se à precocidade pelos quais determinados vetores causadores de morte incidem sobre a população, deveria ser dada especial atenção para as principais patologias causadoras de morte na população recém-nascida, infantil e juvenil, especialmente as afecções do período perinatal, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e, especialmente, as causas externas de mortalidade. Tais iniciativas, caso obtenham sucesso em seus intentos, tenderiam a ser benéficas para toda a população brasileira, porém apresentariam especiais efeitos positivos sobre os negros e negras, contingente que, conforme visto, morre mais precocemente. Por outro lado, tal medida associa-se intimamente com o ponto que segue abaixo;
- Imediata desmilitarização do debate sobre a violência no Brasil. Tal como salientado por Simões (2002), atualmente o Brasil, com a persistente redução

dos índices de mortalidade infantil, vem poupando vidas durante o nascimento das pessoas para posteriormente sacrificá-las em sua juventude. O problema das mortes por causas violentas, especialmente por homicídios, não deve ser visto como um assunto de polícia ou militar e não pode ser tratado como uma questão de estratégia bélica. Ele precisa ser encarado como uma patologia que demanda ações efetivas em prol de sua superação através da difusão da cidadania entre as comunidades pobres do país, especialmente nos locais onde residem os negros e negras. Os indicadores e estimativas levantados neste estudo não deixam margem de dúvida quanto à especial incidência da violência, especialmente a de tipo homicida, sobre os negros particularmente jovens, exigindo correspondentes soluções positivas que ampliem o grau de integração social e possam vir a reverter o atual cenário, cujo caráter tem demonstrado ser de puro e simples etnocídio.

5.8. Referências bibliográficas

ABREU, Daisy; RODRIGUES, Roberto. Diferenciais de mortalidade entre as regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Salvador, 1985-1995. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.514-521, 2000.

ABREU, Daisy; RODRIGUES, Roberto; MENDONÇA, Elizabeth. Contribuição das causas de mortes evitáveis no declínio da mortalidade nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Salvador, 1985-1995. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep, 1996. v. 1. p. 1889-1909.

AIDAR, Tirza. Registro de óbitos com causa mal definida: atenção especial para o caso da população feminina. Brasil, 1979 a 1995. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 12., 2000, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep, 2000. v. 1.

ALVES, Amaro; BARBOSA, Romero. **A Saúde da população negra: realizações e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 1998.

ATLAS do desenvolvimento humano 2003 – PNUD. Disponível em: <http://>

BARBONI, André; GOTLIEB, Sabina. Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo, 1996. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.16-23, 2004.

CAMPANÁRIO, Paulo; MAIA, Paulo. Tábuas de modelo de vida para o Brasil 1980-2000. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 14., 2002, Ouro Preto. **Anais...**Caxambu: Abep; 2002. v. 1. p. 1889-1909.

CARVALHO, José A; SAWYER, Diana; RODRIGUES, Roberto. Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia. 2 ed. São Paulo: Abep; (1998 [1994]).

- CUNHA, Estela. O quadro de discriminação racial da mortalidade adulta feminina no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 7., 1990, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 1990. v. 3. p. 387-406.
- CUNHA, Estela. Diferenciais na mortalidade de menores de um ano segundo raça: novas constatações. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Ouro Preto. **Anais...** Caxambu: Abep; 1996. v. 3. p. 1773-1782.
- FERREIRA, Carlos; CASTIÑEIRAS, Luciane. Está diminuindo a esperança de vida paulista? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 1996. v. 1. p. 1961-1974.
- FÍGOLI, Moema. Modelando e projetando a mortalidade no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 95-113, 1998.
- GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL. **Políticas de Ação Afirmativa**. Brasília: Governo Federal, 1996.
- GOTLIEB, Sabina; CASTLHO, Euclides; BUCHALLA, Cássia. O impacto da AIDS na esperança de vida, Brasil, 2000. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Ano XVI, n. 1, abr.-dez. p. 33-38, 2002.
- HAKKERT, Ralph. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte: Abep, 1996. (Textos Didáticos n. 3).
- MACHADO, Carla; RIGOTTI, José. Esperança de vida e causas de morte em Belo Horizonte e na periferia da região metropolitana de Belo Horizonte, 1985-1990. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Caxambu, **Anais...** Caxambu: Abep; 1996. v. 4. p. 2017-2051.
- MAIA, Paulo. O impacto das mortes violentas na esperança de vida do município de São Paulo e de 4 zonas sócio-econômicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 2000. v. 1.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. A saúde da população negra. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (relatório final da mesa-redonda).
- MENDES, Marcia; DIAS, Vera. Variabilidade na estimativa da esperança de vida decorrente da escolha do padrão de mortalidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 4., 1986, Águas de São Pedro. **Anais...** Caxambu: Abep; 1986. v. 3. p. 1233-1254.
- MONTEIRO, Mario. Medidas indiretas de mortalidade por causas externas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Ouro Preto. **Anais...** Caxambu: Abep; 1996. v. 1. p. 2183-2194.
- NEDEL, Fúlvio; ROCHA, Maria; PEREIRA, Joaquín. Anos de vida perdidos por mortalidade: um estudo dos componentes da carga de doenças. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 33, n. 5, p. 460-469, 1999.
- O GLOBO (2/5/2004). Os sumidos na multidão de vítimas. p. 26-27.

OLIVEIRA, Juarez; ALBUQUERQUE, Fernando. Projeção da população do Brasil – parte 1. Níveis e padrões da mortalidade no Brasil à luz dos resultados do Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

ORTIZ, Luís. Avaliação de técnicas indiretas para estimar a cobertura do registro de óbitos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 4., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 1986. v. 3. p. 1529-1542.

PAES, Neir. Uso de dois novos modelos de tábuas de vida representativos da mortalidade brasileira à luz dos resultados preliminares do Censo (1991). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 19., 1994, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 1994. v. 1. p. 175-195.

PAIXÃO, Marcelo. Brasil: retrato em branco e negro. **Democracia Viva**, n. 13, p. 84-87, 2002.

PAIXÃO, Marcelo. **Desenvolvimento humano e relações raciais**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003a.

PAIXÃO, Marcelo. **A hipótese do desespero: a questão racial em tempos de frente popular**. Rio de Janeiro: 2003b. (Observatório da Cidadania, n. 7) p. 57-70.

RODRIGUES, Gilda; FONSECA, Maria, RODRIGUES, Roberto. Índice de mortalidade por sexo e seu impacto no mercado matrimonial. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 1996. v. 4. p. 1909-1924.

SANTOS, Jair. Aspectos formais para o estudo da mortalidade. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 1., 1978, Campos do Jordão. **Anais...** Caxambu: Abep; 1978. v. 1. p. 197-227.

SENRA, Nelson. A questão dos registros administrativos *vis-a-vis* a geração de estatísticas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, p. 199-205, 1996.

SILVA, Marcelo. Ganhos potenciais em esperança de vida com a exclusão das mortes por neoplasias malignas em Fortaleza. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4. p. 413-424, 2001.

SILVA, Pedro; PESSOA, Djalma. Estimando a precisão das taxas de mortalidade obtidas a partir da PNAD. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Caxambu: Abep; 2002. v. 1.

SIMÕES, Celso. **Perfis da saúde e da mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2002.

UNITED NATIONS. **Manual X – indirect techniques for demographic estimation**. New York: Department of International Economic and Social Affairs, 1983.

VALONGUEIRO; Sandra; AGUIAR, Marta. Estimativa da cobertura de óbitos através do SIM/MS para os estados do Nordeste, 1991. In: ENCONTRO NACIONAL DE

- ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 13., 1998, Caxambu. **Anais...**C a x a m b u : Abep; 1998. v.1. p. 2095-2106.
- VASCONCELOS, Ana Maria. Avaliação crítica da informação sobre óbitos no Brasil: o caso do Distrito Federal. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 9., 1994, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep; 1994. v. 1. p. 149-162.
- VASCONCELOS, Ana Maria. A qualidade das estatísticas de óbito no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 15, n. 1. p.115-124, 1998.
- VASCONCELOS, Ana Maria. Qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil: uma classificação das unidades da federação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11., 2000, Caxambu. **Anais...**Caxambu: Abep; 2000. v. 1.
- WOOD, Charles; CARVALHO, José Magno. **A demografia da desigualdade no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 1994.
- YAZAKI, Lúcia; ORTIZ, Luís. Estudos de mortalidade por causas nas regiões brasileiras com base no registro civil – Tábuas de Múltiplo Decremento, 1979-1980. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 4., 1984, Águas de São Pedro. **Anais...**Caxambu: Abep; 1984. v. 2. p. 695-735.



Metodologia do cálculo de esperança de vida ao nascer

Juarez de Castro Oliveira – Bacharel em Estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE). Mestre em Demografia pelo Centro Latino americano y Caribeño de Demografía (Celade/Cepal). Gerente do Projeto Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica do IBGE.

Leila Regina Ervatti – Demógrafa. Tecnologista da Gerência de Análise da Dinâmica Demográfica da Coordenadoria de População e Indicadores Sociais do IBGE.

O primeiro passo para estimar as esperanças de vida ao nascer correspondente ao ano de 2000 consistiu em determinar os níveis das taxas de mortalidade infantil, mediante o emprego da variante Trussell, da técnica originalmente proposta por Brass. As estimativas foram elaboradas, com base nas informações do Censo Demográfico 2000, para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, segundo as categorias “branca”, “preta”, “parda”, “preta + parda”, “indígena” e “amarela” da característica cor ou raça das mulheres em idade fértil.

A informação básica necessária para estimar a mortalidade infantil é a seguinte:

- a) mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos de idade) classificadas por grupos quinquenais de idade [$M(i)$; $i = 1 = 15$ a 19 anos, $i = 2 = 20$ a 24 anos,....., $i = 7 = 45$ a 49 anos];
- b) filhos tidos nascidos vivos, declarados pelas mulheres, classificados segundo os mesmos grupos quinquenais de idade das mulheres [$FNV(i)$]; e
- c) filhos sobreviventes (ou falecidos), declarados pelas mulheres, classificados segundo os mesmos grupos quinquenais de idade das mulheres [$FV(i)$].

Esta informação está referida ao momento do Censo (1^o/8/2000).

Com estes dados puderam ser calculadas, inicialmente, as proporções de filhos falecidos com respeito ao total de filhos nascidos vivos, segundo a idade das mulheres:
 $D(i) = 1 - [FV(i) / FNV(i)]$

$D(i)$, por si só, constitui uma medida da mortalidade, mas tem a limitação de não ser um indicador convencional, por estar referido à idade das mulheres e não à idade

dos filhos. Nesse sentido, Brass desenvolveu um procedimento que permite transformar as proporções $D(i)$ em medidas convencionais de mortalidade nos primeiros anos de vida. O autor demonstrou haver uma relação empírica entre $D(i)$ e a probabilidade de morte desde o nascimento até uma idade exata x , $Q(x)$. A relação entre estas medidas se estabelece mediante as seguintes relações:

i	$Q(x)$	=	$K(i) * D(i)$
1	$Q(1)$	=	$K(1) * D(1)$
2	$Q(2)$	=	$K(2) * D(2)$
3	$Q(3)$	=	$K(3) * D(3)$
4	$Q(5)$	=	$K(4) * D(4)$
5	$Q(10)$	=	$K(5) * D(5)$
6	$Q(15)$	=	$K(6) * D(6)$
7	$Q(20)$	=	$K(7) * D(7)$

$K(i)$ é um fator muito próximo a 1 (um) que permite transformar as $D(i)$ em $Q(x)$. Brass calculou um jogo de valores de $K(i)$ com base em um modelo teórico no qual intervêm uma função de fecundidade e uma lei de mortalidade. Foi demonstrado que, neste modelo, os multiplicadores dependem principalmente da estrutura por idade da fecundidade, no sentido de que quanto mais cedo as mulheres têm seus filhos, maior será o tempo de exposição ao risco de morte de seus filhos. Por esse motivo, os parâmetros de entrada para a obtenção dos valores de $K(i)$ são indicadores dessa estrutura, $P(1) / P(2)$ e $P(2) / P(3)$, sendo $P(i)$, a parturição média das mulheres no grupo etário i ($i = 1$ para 15 a 19, $i = 2$ para 20 a 24, etc.).

Cada $Q(x)$ estimada corresponde a momento distinto antes da data de referência do Censo. Na medida em que se avança na idade das mulheres, a estimativa corresponde a um passado mais distante. *Feeney* (1976 e 1980), foi o primeiro a desenvolver idéias a respeito de como localizar as estimativas no tempo. Descobriu que, ao supor um declínio linear, qualquer que seja a intensidade do declínio, a mortalidade é a mesma num momento de tempo anterior ao Censo. A partir dessa idéia, *Coale e Trussell* (1977) desenvolveu um procedimento para determinar os valores de $t(x)$ (número de anos anteriores ao Censo) para cada $Q(x)$ estimada. Baseando-se nos modelos de fecundidade de *Coale e Trussell* e nas quatro famílias (Norte, Sul, Leste e Oeste) de tábuas modelo de mortalidade de *Coale e Demeny* (1966), *Trussell* elaborou quatro jogos de regressões para o cálculo de $K(i)$ e $t(x)$.

Com o propósito de se obter uma medida comparável no tempo, usando-se as tábuas modelo de *Coale e Demeny*, as *Tábuas Modelo Brasil* (1981) ou uma transformação logital, todas as $Q(x)$ obtidas, mediante o emprego da técnica de *Trussell*, foram transformadas em $Q(1)$, ou seja, em probabilidades de um recém-nascido falecer

antes de completar o primeiro ano de vida, devidamente localizadas no tempo. Neste caso, considerou-se a família oeste das tábuas modelo de Coale e Demeny.

A técnica de Trussell foi aplicada às informações provenientes do Censo Demográfico 2000, formando um conjunto de estimativas de $Q(1)$ que compreendia o período aproximado 1985 - 1999. Tais estimativas foram, em alguns casos, suavizadas, mediante médias móveis, de maneira a eliminar possíveis flutuações que normalmente existem, derivadas, principalmente, da má declaração, por parte das mulheres, quanto ao número de filhos nascidos vivos e sobreviventes. A esta série, já suavizada, ajustou-se uma função logística. Deve-se esclarecer que se teve o cuidado para que os ajustes realizados não implicassem em diferenças significativas dos valores observados, especialmente nos anos próximos a 2000. Ao assim proceder, pouca variabilidade foi encontrada entre os valores observados e ajustados, ao longo do período considerado. Isto proporcionou um ajuste bastante satisfatório das probabilidades de morte no primeiro ano de vida, possibilitando realizar projeções das mesmas para o ano 2000.

A fim de realizar as análises com consciência do significado das estimativas, são os seguintes os pressupostos implícitos da técnica utilizada:

- a) que a fecundidade tenha permanecido constante num passado recente. Segundo Feeney, as estimativas são suficientemente robustas de modo que os desvios não têm importância se não se cumprem esse suposto;
- b) que a mortalidade na infância tenha uma evolução linear através do tempo;
- c) que as leis de mortalidade e fecundidade usadas no modelo representam as mesmas condições da população em estudo;
- d) que não haja associação entre a mortalidade das mulheres (mães) e de seus filhos. Obviamente, não se tem informação sobre a mortalidade dos filhos cujas mães já faleceram, e no caso em que sua mortalidade for maior que a dos filhos com mães vivas, as estimativas da mortalidade nos primeiros anos de vida estaria subestimada; e
- e) que não exista associação entre a mortalidade infanto-juvenil e a idade das mulheres (mães).

Além destes pressupostos, a informação básica deve cumprir certas condições:

- a) que não haja omissão diferencial na declaração do número de filhos nascidos vivos e sobreviventes;
- b) que não haja mortalidade diferencial entre os filhos das mulheres que declaram e as que não declaram a informação; e
- c) que a declaração da idade das mulheres seja correta.

A esse respeito, deve-se mencionar que o número de filhos tidos nascidos mortos apresentou considerável elevação em relação ao Censo Demográfico de 1991. Enquanto em 1991 o total declarado de nascidos mortos foi da ordem de 3,2 milhões; em 2000, esse número superou o patamar de 8 milhões de filhos tidos nascidos mortos. Em termos percentuais, tais cifras representam taxas de natimortalidade de, respectivamente, 2,5% e 5,5%. As causas para o ressurgimento deste fenômeno – o Censo Demográfico de 1980 também registrou taxas de natimortalidade superiores a 6% (em valores absolutos, 7,3 milhões) - podem ter suas raízes nas seguintes situações:

- a má interpretação da pergunta, incluindo-se os abortos que as mulheres podem ter tido;
- a inclusão dos nascidos vivos que faleceram logo após o parto; e
- a má formulação da pergunta, levando o entrevistado a considerar os filhos já falecidos como nascidos mortos.

A experiência passada com os Censos Demográficos mostrou que esta aparente incoerência não afeta tão significativamente as estimativas de Fecundidade, incidindo mais fortemente sobre as estimativas da Taxa de Mortalidade Infantil, com tendência de subestimá-las.

A associação direta da esperança de vida ao nascer com a taxa de mortalidade infantil já foi muito utilizada quando os níveis de mortalidade no Brasil eram mais elevados e as mortes por causas externas, que incidem sobre a população, sobretudo masculina, jovem e adulta jovem não afetavam tão fortemente a vida média do brasileiro. Na atualidade (2004), o Brasil possui uma taxa de mortalidade infantil por volta de 26 por mil nascidos vivos e uma expectativa de vida ao nascer de 72 anos. Para que a população brasileira alcance uma esperança de vida ao nascimento situada no mesmo patamar que a do Japão (81,6 anos) não bastaria reduzir a mortalidade infantil brasileira a tal ponto que se igualasse à japonesa (por volta de 3 por mil nascidos vivos). Serão necessárias políticas públicas voltadas para a área da saúde coletiva que, efetivamente, possam alcançar a população de todas as idades, quer sejam recém-nascidos, crianças, jovens, adultos-jovens, mulheres em idade de procriar e, particularmente, o contingente cada vez maior de adultos e de idosos. Além disso, será imprescindível a adoção de políticas verdadeiramente eficazes no campo da segurança pública para que se obtenha êxito na redução das mortes perfeitamente evitáveis, mas que teimam em aumentar cada vez mais o número de jovens e adultos – jovens que perdem suas vidas devido à violência, destacando-se os homicídios e os acidentes de trânsito.

Por esses motivos que a determinação da esperança de vida ao nascer, com base em dados sobre a sobrevivência dos filhos das mulheres, foi conduzida de acordo com seguinte esquema:

- 1) Determinação da taxa de mortalidade infantil para ambos os sexos referente ao ano 2000, com base nas $Q(1)$ interpoladas na família oeste das tábuas modelo de Coale e Demeny.
- 2) Na projeção da população do Brasil estão implícitas 363 tábuas de vida, compreendendo o período 1980 – 2000, sendo 121 para ambos os sexos, 121 para homens e 121 tábuas para as mulheres. Com isso, pode-se formar um conjunto de taxas de mortalidade infantil (ambos os sexos, homens e mulheres) com as respectivas esperanças de vida ao nascer. Com isso, pode-se associar o conjunto de tábuas a uma família dentro de um modelo de mortalidade por sexo e idade, com a vantagem de se assegurar que se está trabalhando com informações mais próximas da realidade, uma vez que as tábuas para 1980, 1991 e 2000 foram construídas com informações provenientes dos censos demográficos e das estatísticas de óbitos do país. De posse, portanto, do indicador taxa de mortalidade infantil para ambos os sexos foi possível obter um primeiro conjunto de esperanças de vida ao nascimento para ambos os sexos e para homens e mulheres em separado. Ver em <http://www.ibge.gov.br>, em População/Tábuas Completas de Mortalidade/Notas Metodológicas: Projeção da população do Brasil – Parte 1 – Níveis e padrões da mortalidade no Brasil À luz dos resultados do censo 2000.
- 3) Com o propósito de se incorporar alguma influência da mortalidade adulta jovem, as esperanças de vida obtidas no passo 2) foram ponderadas pela probabilidade de sobrevivência desde o nascimento até a idade 15 [$l(15) = 1 - Q(15)$], probabilidade extraída do grupo etário 40 a 44 anos das mulheres. Os cálculos foram feitos para cada sexo e para cada categoria da variável cor ou raça.
- 4) Em seguida, as esperanças de vida ao nascer foram ajustadas aos respectivos indicadores para o ano 2000, por sexo e para ambos os sexos, implícitos nas projeções preliminares de população das Unidades da Federação. Esse procedimento objetivou equilibrar entre os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, os níveis de mortalidade estimados indiretamente com as estimativas existentes elaboradas com base na composição etária da população, oriunda dos Censos Demográficos e na estrutura por sexo e idade das mortes, informação extraída das Estatísticas de óbitos do Registro Civil. Cabe esclarecer que se trata de um conjunto de tábuas projetadas para 2000 com apoios em 1980 e 1991. Em nível estadual, o IBGE ainda está em processo de cálculo das tábuas definitivas para 2000.
- 5) Como já se dispõe de tábuas de mortalidade para o Brasil por sexo e para o conjunto da população, procedeu-se a um novo ajuste de forma a calibrar os níveis estimados em 4) com uma média nacional já definitiva.

A princípio, as esperanças de vida ao nascer deveriam representar um conjunto harmônico de indicadores, com um comportamento, sobretudo quanto aos diferenciais entre as categorias de cor ou raça, dentro de certos critérios e intervalos já esperados. Entretanto, alguns pequenos ajustes finais foram necessários com vistas a garantir coerência em termos de valores médios esperados. Dessa forma, foi necessário incluir o seguinte passo:

- 6) para cada Grande Região do Brasil, em cada sexo e em cada categoria de cor ou raça, foram obtidas novas estimativas das esperanças de vida ao nascer com a ponderação pelo quociente entre a média brasileira calculada e a média aritmética simples, sendo o mesmo procedimento adotado para os estados de uma mesma Grande Região.

Com isso foi possível minimizar eventuais discrepâncias sem prejuízo das ordens de grandeza das estimativas. Mas, mesmo assim alguns casos isolados necessitaram de tratamento individual a fim de descartar qualquer incompatibilidade, como, por exemplo:

- a) esperanças de vida para ambos os sexos fora da média das esperanças de vida de homens e mulheres. Neste caso, utilizaram-se os fatores 1,05 e 1 como ponderações para os indicadores correspondentes aos sexos masculino e feminino respectivamente, dividindo-se a soma por 2,05;
- b) esperanças de vida referentes à categoria “preta + parda” fora dos limites estabelecidos pelos indicadores relativos às categorias “preta” e “parda”. Nesta situação, as ponderações foram 0,7 e 0,3, respectivamente para as esperanças de vida estimadas para as categorias “parda” e “preta”.

Como já foi dito, a qualidade e representatividade da informação, além do cumprimento dos pressupostos referentes à metodologia e aos dados básicos, são fundamentais para a obtenção de estimativas plausíveis desde a ótica sociodemográfica. E, neste caso, o aumento não esperado da natimortalidade, segundo o Censo Demográfico 2000, incidindo sobre a proporção de filhos falecidos, e a incerteza sobre a correta declaração da cor ou raça, podem ter incidido sobre a qualidade dos indicadores finais. De qualquer forma, o elenco de estimativas da esperança de vida ao nascer, apresenta-se bastante consistente com um quadro nacional onde persistem as imensas desigualdades entre os sexos, entre as regiões de maior e menor desenvolvimento econômico e social e, sobretudo, entre a cor da pele dos indivíduos. Basta verificar a diferença colossal entre a expectativa de vida das mulheres brancas residentes no Rio Grande do Sul e a dos homens pretos de Roraima: 23,32 anos.

Referências bibliográficas

- COALE, A. J.; DEMENY, P. **Regional Model Life Table and Stable Population**. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1966.
- COALE, A. J.; TRUSSELL, J. Estimating the Time to which Brass estimates Apply, annex I to Samuel H. Preston and Alberto Palloni, Fine-time Brass-type Mortality Estimates with Data on Ages of Surviving Children. **Population Bulletin of the United Nations**, n.10, p. 87-89, 1977.
- FEENEY, G., Estimating Infant Mortality Rates from Child Survivorship Data by Age of Mother. **Asian and Pacific Census Newsletter**, v.3, n.2, p.12-16, November 1976.
- _____, Estimating Infant Mortality Trends from Child Survivorship Data. **Population Studies**,. v. XXXIV, n.1, p. 109-128, March 1980.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas - Modelo de Mortalidade e Populações Estáveis**. Rio de Janeiro: IBGE, 1981. (Estudos e Pesquisas, v. 10)



Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil

Estela Maria García de Pinto da Cunha – Socióloga, mestre em Demografia e Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp). *Postdoctoral Fellow at the Population Research Center at the University of Texas at Austin-USA.*

Alberto Augusto Eichman Jakob – Bacharel em Estatística, Especialista em Sistema de Informações Geográficas e Geoestatística. Doutor em Demografia, Mestre em Engenharia Agrícola. Coordenador de informática do Projeto, Pós-doutorando pelo CNPq no Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp).

1. Introdução

A bibliografia existente permite saber que, em geral, os mapas de pobreza se superpõem com os de distribuição por raça, cor e etnia, implicando que, no Brasil, os negros sejam os que ocupam as posições menos qualificadas e pior remuneradas no mercado de trabalho; os que apresentam níveis mais baixos de instrução; que residem em áreas com menos serviços de infra-estrutura básica; que sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, quando o fazem, estes sejam de pior qualidade e menor resolutividade relativa. (Dieese, 2000; IBGE, 2000; Paixão 2000).

Esta parte da população brasileira vivencia, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação socioeconômica, o que a coloca em posição de maior vulnerabilidade diante de uma série de agravos à saúde.

Ao se fazer uma revisão de trabalhos nacionais sobre a mortalidade das crianças menores de um ano segundo raça/cor, constata-se que a maioria deles aponta, sistematicamente, para uma sobremortalidade de negros quando comparados com os brancos no Brasil, nas grandes regiões e nas unidades da federação, (Cunha, 1990; 1991; 1994; 1996; 1997).

No entanto, em que pese o acúmulo de conhecimentos sobre a saúde infantil segundo raça/cor, acredita-se que existem grandes desafios a serem encarados que considerem, conjuntamente, os possíveis aspectos genéticos como um dos condicio-

nantes do processo de saúde–doença–morte, assim como as ocorrências, condições, agravos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e tratamentos de doenças, derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis às quais a população negra está exposta.

Assim, acredita-se que o poder explicativo dos estudos sobre as diferenças em saúde pode ser incrementado ao se acrescentar, à abordagem socioeconômica, também o recorte étnico/racial, permitindo o surgimento de novos elementos que capazes de subsidiar a implementação de políticas e/ou programas que se destinem a promover não apenas a melhoria das condições de saúde, mas também, e sobretudo, a equidade.

2. Comentários metodológicos

Objetivos da pesquisa

- Geral
 - traçar um panorama das tendências, níveis e características da mortalidade infantil segundo raça/cor.
- Específicos
 - resumir brevemente os trabalhos nacionais e internacionais que aprofundam o conhecimento das interfaces dos efeitos da dimensão étnico/racial sobre a mortalidade das crianças menores de um ano;
 - analisar criticamente as potencialidades e limitações dos bancos de dados disponíveis para o estudo da morbidade e mortalidade infantil segundo raça/cor;
 - atualizar as estimativas de mortalidade infantil segundo raça/cor e condições socioeconômicas no Brasil, Grandes Regiões e unidades da federação;
 - estudar os diferenciais da mortalidade infantil, segundo raça/cor, no Brasil, Grandes Regiões e unidades da federação, no período 1960-2000;
 - estudar as características dos nascimentos, que poderiam estar influenciando a sobrevivência dessas crianças segundo raça/cor;
 - estudar os diferenciais nas características dos óbitos infantis de brancos e negros, destacando dentre eles incidência maior de determinadas causas de morte e idade do óbito;

- sistematizar os resultados mais importantes da pesquisa de modo que subsidiem a elaboração de políticas públicas racialmente eqüitativas.

Fonte de dados

Para dar cumprimento aos objetivos propostos serão utilizadas as seguintes fontes de dados:

1. Censos Demográficos;
2. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad);
3. Estatísticas Vitais Estaduais;
4. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-SUS);
5. Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS);
6. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc-SUS);
7. Estatísticas do Registro Civil do Estado de São Paulo (Seade).

Os dados em meio digital foram manipulados com o *software* estatístico SAS (*Statistical Analysis System*) e transformados em bases de dados SAS, sendo as tabulações feitas a partir de programas computacionais criados neste mesmo *software*.

Ao trabalhar com o SIM correspondente aos registros de óbitos do ano de 2000, foi decidido fazê-lo com o seguinte plano tabular, considerando como unidade geográfica as UFs e Grandes Regiões, além do total do país:

- freqüências do total de óbitos com e sem declaração de raça/cor;
- freqüências de óbitos de menores de um ano por raça/cor;
- freqüências de óbitos de menores de um ano, segundo a idade da mãe do falecido, por raça/cor;
- freqüências de óbitos de menores de um ano, segundo o nível de instrução da mãe do falecido, por raça/cor;
- freqüências de óbitos de menores de um ano, segundo as causas de morte de acordo com os grandes capítulos da edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), por raça/cor;
- freqüências de óbitos de menores de um ano, segundo as causas de morte, classificadas em evitáveis e não evitáveis por raça/cor.

O plano tabular idealizado para trabalhar a base do Sinasc, correspondente ao ano de 2000, considerando as UFs e Grandes Regiões do país, foi o seguinte:

- freqüência de nascidos vivos, segundo raça/cor;
- freqüência de nascidos vivos, segundo o número de consultas pré-natal realizadas pela gestante, por raça/cor;
- freqüência de nascidos vivos, segundo o peso ao nascer, por raça/cor;
- freqüência de nascidos vivos, segundo a idade gestacional, por raça/cor;
- freqüência de nascidos vivos, segundo o local de ocorrência do parto, por raça/cor.

Com a base de dados da Pnad de 1998 foram processadas as seguintes informações referentes à população menor de um ano, segundo a raça/cor declarada:

- freqüência de população com cobertura de plano de saúde;
- acesso aos serviços de saúde;
- utilização dos serviços de saúde.

Ao trabalhar com a base de dados provenientes do Censo Demográfico de 2000, que permitiu o cálculo dos diferenciais de mortalidade infantil, segundo raça/cor, foram consideradas as seguintes variáveis:

- escolaridade ou nível de instrução das mulheres, com declaração de fecundidade, por raça/cor;
- estado civil das mulheres, com declaração de fecundidade, por raça/cor;
- situação do domicílio das mulheres, com declaração de fecundidade, por raça/cor;
- renda *per capita* média domiciliar das mulheres, com declaração de fecundidade, por raça/cor.

Considerando as quatro variáveis enunciadas anteriormente, foram calculados valores, segundo grupos quinqüenais de idade das mulheres, segundo raça/cor, para as UFs, para as grandes regiões e para o país do:

- total de mulheres com declaração de fecundidade;
- total de filhos tidos;
- total de filhos nascidos vivos;
- total de filhos nascidos mortos;
- total de filhos sobreviventes;
- total de filhos nascidos vivos no último ano.

Para se obter o cálculo das estimativas adotou-se o *software Mortpak-Lite*, versão 3.0/NCP das Nações Unidas, procedimento “CEBCS”, que faz uma estimação indireta da mortalidade infantil segundo os grupos etários das mães.

Esta operação metodológica permitiu obter saídas do *Mortpak* contendo informações sobre a mortalidade infantil, a esperança de vida ao nascer e a probabilidade de morte dos menores de cinco anos, de acordo com os modelos das Nações Unidas com variantes da América Latina, Chile, Ásia, Geral, assim como modelos de *Coale-Demeny* com as variantes oeste, norte, leste e sul, para os grupos quinquenais de idade das mães.

Uma vez definidas as estimativas a serem analisadas segundo o modelo padrão escolhido, foi traçada uma análise histórica do comportamento da mortalidade infantil, segundo raça/cor, e seus vários condicionantes socioeconômicos, assim como algumas das características de nascimento e morte que permitiriam elucidar os motivos das diferenças encontradas.

Técnicas estatísticas

1. Método direto de estimativas de mortalidade infantil proporcional por raça/cor.
2. Método indireto de estimativa da mortalidade infantil a partir de dados secundários (Método de Brass – variante Trussell).
3. Análises descritivas exploratórias.
4. Análise de prevalência.

3. Resultados

Revisão bibliográfica sobre saúde e raça/etnia

As pesquisas de saúde, realizadas no Brasil, referidas à população afrobrasileira são escassas e, geralmente, centram-se numa visão economicista, atribuindo a morbidade e a mortalidade – em níveis altos e de forma precoce – somente pela determinação das condições de vida a que essa população está exposta.

Em que pese o fato de reconhecer a inexistência de raças humanas do ponto de vista genético, conta-se hoje com constatações suficientes de uma maior prevalência de algumas patologias, devido à condição e predisposição biológica que fazem com que elas surjam com maior frequência, ou com exclusividade, em determinados grupos.

Algumas predisposições biológicas aparecem mais em alguns grupos raciais, o que, em interação com as condições de vida, podem provocar o desenvolvimento de certas doenças.

A população negra brasileira, devido à miscigenação de negros procedentes de várias regiões africanas com características genéticas e culturais peculiares e, posteriormente, pela miscigenação entre negros e brancos ocorridas no país, apresenta uma especificidade genética que a distingue do resto do mundo.

A atual frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população brasileira afro descendente é influenciada por estas características de ordem genética e ainda fortemente por fatores socioeconômicos que incluem o regime de escravatura vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela da população (Hamann e Tauil, 2000).

A título de reflexão, deteremos-nos em alguns comentários sobre doenças que encontram, na atualidade, respaldo científico consolidado para serem consideradas como mais prevalentes na população negra em virtude do condicionamento de fatores biológicos ou genéticos e que têm algum efeito direto ou indireto na saúde das crianças.

Entre as que foram reconhecidas como aquelas que têm berço hereditário (Ministério da Saúde, 2000), podem-se citar: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial; *diabetes mellitus*; deficiência de 6-glicosefosfato-desidrogenase.

Entre elas, destacam-se as anemias hereditárias, especialmente a falciforme que é a doença hereditária mais comum no Brasil. Com origem no continente africano, especificamente nas zonas endêmicas de malária, incide predominantemente sobre afrodescendentes. No Brasil existe a predominância do tipo Banto que, segundo a classificação médica, é a forma mais grave.

Distribuída heterogeneamente no território nacional, é mais freqüente, segundo Zago (1996), nas regiões onde a proporção de população afrodescendente é maior, ou seja, no nordeste do país.

Sabe-se também que as diversas formas de anemia falciforme apresentam variadas manifestações clínicas, sendo em alguns casos assintomática e em outros de muita gravidade, levando a complicações que podem chegar a afetar quase todos os órgãos e sistemas, com alta morbidade e provocando uma redução significativa da esperança de vida.

Ela assume uma importância relativa maior nos primeiros anos de vida em função da destruição do baço, provocando maior susceptibilidade a infecções bacterianas,

sendo na maioria das vezes, fatal e apresentando-se como a principal causa de morte destes pacientes, nos primeiros anos de vida.

Em função desta maior susceptibilidade às infecções a que eles estão expostos, a anemia falciforme pode estar direta ou indiretamente relacionada a 62% das causas de óbitos desses pacientes – especialmente por síndrome torácica aguda, meningites, septicemia, gastroenterite e crise aplástica.

Segundo Zago (1996), pelo fato de que estas infecções têm uma evolução fatal rápida, elas também podem ser responsáveis por mortes súbitas ou por causas não diagnosticadas nos primeiros anos de vida, em crianças sem diagnóstico precoce da doença.

Além da maior prevalência das infecções enunciadas anteriormente, estas pessoas são afetadas por outras infecções diversas – septicemias por pneumococos, pneumonias, hepatites, entre outras, – que podem agravar ou complicar o estado de saúde, com a ação conjunta dos condicionantes socioeconômicos a que eles estão expostos.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) assinalam, para o Brasil, o nascimento de 2.500 crianças falcêmicas a cada ano.

Resumindo, pode-se concluir que os doentes de anemia falciforme estão mais expostos a infecções graves, sendo mais freqüente na primeira infância e nas mulheres no período gravídico, aumentando, assim, as chances de mortalidade infantil, de perdas fetais e de mortalidade materna na população negra (Oliveira, 1999).

O *diabetes mellitus* – que é um distúrbio metabólico de etiologia múltipla caracterizado por hiperglicemia crônica e que, depois de alguns anos de evolução, faz surgir danos, disfunções ou falência de vários órgãos ou sistemas – manifesta-se no Brasil com uma prevalência de quase 8% na população adulta, com uma tendência crescente na medida em que aumenta a idade, alcançando esse valor mais de 17% nos idosos com mais de 60 anos (Franco, 2000).

A classificação etiológica destes distúrbios glicêmicos permite definir a diabetes tipo I, tipo II e a chamada gestacional, além de outros tipos específicos.

É importante que o diabetes gestacional – que é aquela diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto e podendo ter antecedido a gravidez –, seja diagnosticada e tratada, devendo-se fazer uma vigilância fetal anterior ao parto com a finalidade de reduzir a mortalidade e morbidade perinatal associadas à sua presença.

Estudos sobre a diabetes tipo II – a forma mais comum, correspondendo a 90% do total de casos – segundo raça, constatam que os homens negros apresentam 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes que os homens brancos, e que essa

probabilidade aumenta para 50% no caso das mulheres apontando, assim, para o fato do alto índice de diabetes gestacional em mulheres negras. Salientam, também, que a frequência desta doença entre negros norte-americanos vem aumentando significativamente e em maior proporção que na população branca, tendo triplicado nos últimos 30 anos (Zago, 1996).

Uma pesquisa populacional realizada no Brasil por Malerbi e Franco (2000) aponta para uma semelhança no comportamento desta doença entre negros e brancos. Porém os autores, ressaltam que, devido às diferenças socioeconômicas estabelecidas entre negros e brancos, refletida num acesso diferenciado aos serviços de saúde, a população negra apresenta uma menor frequência de diagnóstico prévio e, conseqüentemente, está menos coberta por tratamentos específicos. Os autores estimam uma maior proporção de obesos entre negros, quando comparados com os brancos, assinalando assim, maior frequência num fator de risco importante para contrair diabetes.

Outros autores citados por Zago (2000) mencionam o aparecimento de um maior número de casos de polidactila na população negra, além da deficiência de enzima hepática (glicose-6-fosfato desidrogenase), que é o defeito enzimático das hemácias mais comum na espécie humana. Este defeito pode causar episódios de hemólise aguda, anemia hemolítica crônica ou ainda ser assintomático.

Esta deficiência enzimática foi descrita inicialmente em negros norte-americanos. Ela afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo, porém, uma parcela pequena sofre de manifestações clínicas. Apresenta-se com maior prevalência entre populações brancas de áreas do mediterrâneo e entre negros, afetando de forma mais grave quando acomete os brancos.

Embora existam discrepâncias entre os resultados de pesquisas realizadas no Brasil, há indícios de uma maior prevalência de icterícia no período neonatal em recém-nascidos do sexo masculino com deficiência de G-6-PD, podendo chegar a provocar quadros neurológicos graves pelo acúmulo de bilirrubina nos tecidos cerebrais.

Segundo Zago (1994), ficou constatado que as doenças cardíacas e a hipertensão arterial, umas das principais causas de morte, são mais prevalentes nos negros, e que a última aparece mais cedo e de forma mais grave nesta população.

Os dados apresentados por Araújo (1994) mostram uma maior probabilidade (9%) de aparecimento desta doença nas mulheres negras e alerta para as conseqüências no processo gravídico e na morte materna por toxemia decorrente de hipertensão arterial.

Com relação às síndromes hipertensivas, Pascoal (2000) destaca a hipertensão arterial crônica e a pré-eclâmpsia – individualmente ou de forma associada – como complicações que podem afetar a mulher e o feto na gravidez.

A pré-eclâmpsia, que ocorre principalmente em primigestas a partir da 20ª semana gestacional ou próximo ao termo do período gravídico, constitui-se para o autor como a principal causa de morbidade e mortalidade, tanto materna como fetal, por afetar cada órgão e sistema do organismo.

Pascoal (2000) chama a atenção para algumas controvérsias existentes na literatura quanto à prevalência de pré-eclâmpsia nas mulheres negras. Entretanto, conclui que a hipertensão feminina na fase reprodutiva é mais prevalente nas mulheres negras e que, mesmo sendo um fator de risco altíssimo para a pré-eclâmpsia, ainda não há constatações fortes em relação à prevalência desta última. Os riscos tanto maternos como fetais ante a presença de hipertensão crônica estão comprovados, destacando-se entre eles a morbimortalidade perinatal, o deslocamento prematuro de placenta, partos prematuros, restrições ao crescimento fetal e – mesmo até agora não quantificado –, a exposição intra-útero a drogas anti-hipertensivas.

A hipertensão arterial crônica, ao ser mais freqüente entre as mulheres negras que entre brancas, constitui um importante fator de risco para pré-eclampsia com conseqüências tanto para a mãe como para o feto, especialmente durante a primeira gravidez, aumentando sua incidência em mulheres com mais de 35 anos.

Cabe destacar que a pré-eclâmpsia provoca uma diminuição na perfusão placentária, fato que responderia, mesmo que em parte, pela aumentada incidência de retardo de crescimento intra-uterino e de perda fetal.

Por sua relação com conseqüências diretas que podem ocorrer no desenvolvimento e morte de crianças, destacam-se os miomas uterinos. Estudos realizados nos Estados Unidos apontam que a prevalência de miomas entre as mulheres negras é cinco vezes maior que nas brancas e que, segundo seu tamanho e localização – especialmente os da parede interna do útero – provocariam maior incidência de abortamento espontâneo e parto prematuro (Oliveira, 1999).

Uma pesquisa realizada em São Paulo, por Souza (1995), verifica tanto a alta incidência de miomas em mulheres negras, quanto maior o percentual de histerectomias nas negras (cinco vezes superior ao das brancas), coincidindo com os achados para a população feminina negra residente nos EUA.

Os miomas localizados na parede interna do útero são os que causam maiores casos de abortamento e de partos prematuros, ao impedir que a placenta se implante nas áreas que eles ocupam.

Por último, nesta revisão da literatura sobre os fatores biológicos ou genéticos que estariam influenciando a saúde da população negra, deve-se destacar a necessidade de identificar riscos diferenciais para ela, especialmente os relacionados com a mortalidade fetal e perinatal, visto que já se constatou que as mulheres portadoras de

diabetes, de miomas submucosos e de anemia falciforme apresentam maior incidência de abortamento espontâneo e de partos prematuros.

Pelo explicitado anteriormente, acredita-se ser importante considerar, também, os aspectos genéticos como um dos condicionantes do processo de saúde–doença–morte, embora deva-se reconhecer suas limitações como marco explicativo abrangente do fenômeno, já que a base genética por si só não desencadeia o processo de doença. Devem-se considerar, conjuntamente, as ocorrências, condições, agravos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e tratamentos de doenças, derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis a que essa população está exposta.

Em suma, entende-se que o processo saúde–doença–morte não é somente condicionado por fatores biológicos, dependendo, também, dos processos sociais concretos que vão formando grupos populacionais diferenciados e desiguais no referente às condições de vida o que, por sua vez, gera padrões patológicos particulares.

Como mencionado anteriormente, poucos são os trabalhos, na literatura brasileira, que se aprofundam no conhecimento das interfaces dos efeitos da dimensão étnico/racial sobre a saúde da população. Segundo Coimbra e Santos (2000), no Brasil, “não há uma produção sistemática acerca do peso da dimensão étnicoracial na expressão diferenciada dos agravos à saúde”. Salientam a necessidade, cada vez mais crescente tanto no Brasil como na América Latina, de que os estudos do processo saúde–doença incorporem, com maior ênfase e como categoria analítica central, raça/cor e etnia.

Fazendo uma revisão da bibliografia existente, os autores destacam o fato de que, embora vários outros autores apontem para sua relevância, poucos são os achados empíricos que mostrem a existência da relação entre raça/etnia e enfermidade.

As limitações encontradas para a realização deste tipo de abordagem residem tanto nas dificuldades de operacionalização dos conceitos como na carência de fontes de dados que permitam a construção de indicadores sociodemográficos com a finalidade de aprofundar as pesquisas sobre desigualdades em saúde segundo raça/etnia.

Os trabalhos pioneiros na área de demografia, desenvolvidos no Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp (Cunha, 1997; 1996; 1994; 1991 e 1990), valeram-se de técnicas indiretas para o cálculo da mortalidade infantil e mortalidade adulta feminina, baseando-se na utilização das fontes de dados secundárias disponíveis até esse momento, que permitiram incorporar o quesito cor nos estudos desse fenômeno.

Esses trabalhos apontavam, sistematicamente, para um diferencial na mortalidade de menores de um ano dependendo da raça/cor e etnia no Brasil – Grandes Regiões e unidades da federação –, desde 1960, apesar de o país controlar as variáveis reconhecidas como condicionantes socioeconômicos deste evento.

Carvalho e Wood (1994) dedicam um capítulo de seu livro ao estudo dos níveis e diferenciais da mortalidade segundo raça, no Brasil, no período de 1950 até 1980.

As estimativas da esperança de vida ao nascer, derivadas dos níveis de mortalidade infantil obtidos por meio de técnicas indiretas indicaram que, mesmo tendo experimentado uma melhoria substancial deste indicador, as diferenças entre brancos e negros mantiveram-se quase constantes em sete anos, nas três décadas consideradas.

Assim, enquanto elevou-se de 47,5 anos para 66 anos para a população branca, os negros apresentaram uma mudança, de 40 anos para 59,4 anos. Estes dados permitem aos autores concluir que as transformações na estrutura social, econômica e demográfica ocorridas no país nas três décadas estudadas não conseguiram reduzir as desigualdades entre brancos e negros.

Considera-se importante ressaltar uma outra conclusão destes autores, que diz respeito ao fato de que a dimensão raça continua associada à mortalidade mesmo depois de terem sido controlados fatores socioeconômicos. Sugerindo, assim, que a raça/cor poderia estar associada a outros fatores, além daqueles, provocando outras desvantagens que se refletem nos níveis de mortalidade. Nas palavras dos autores:

“... os indicadores socioeconômicos tradicionais (região, renda e educação) mostram-se responsáveis por substanciais reduções do diferencial de mortalidade infanto-juvenil entre brancos e não-brancos. Entretanto, o fato de que a cor da mãe continuou a exercer efeito substancial sobre o índice de mortalidade, mesmo após a introdução destas variáveis, indicou que a disparidade das taxas de mortalidade entre crianças brancas e não-brancas não podia ser explicada tão-somente por aqueles indicadores socioeconômicos. A raça/cor da mãe continua associada à mortalidade infanto-juvenil, após removerem-se os determinantes socioeconômicos tais como renda, nível educacional e acesso à água potável.” (Carvalho e Wood, 1994).

Depois de fazer uma busca da bibliografia internacional na área de saúde e, especificamente, sobre mortalidade infantil incorporando a dimensão raça/etnia, achou-se que a maior quantidade de publicações são norte-americanas.

Em geral, eles explicitam as dificuldades de trabalhar com raça/etnia quando relacionadas a essa área temática, porém reconhecem a necessidade e a importância de sua utilização como variável discriminatória.

Constata-se que, na literatura americana, os estudos epidemiológicos que fazem intervir esta variável não partem de um marco teórico de determinação estrutural das diferenças encontradas, centrando-se muito mais em aspectos biológicos. A partir da aplicação de variados desenhos de pesquisa, estudam os diferenciais nos riscos de

mortalidade de menores de um ano, segundo a raça da mãe e/ou da criança, constando que a raça é um fator que pode predizer esses níveis.

O poder de predição da raça na mortalidade infantil se apresenta como uma evidência quase constante, mesmo em estudos que tentam controlar pela aplicação de modelos estatísticos uma série de outros fatores de risco como idade, estado conjugal e educação da mãe, número de exames pré-natais, trimestre de início do pré-natal, nível socioeconômico da família, entre outros.

A maioria dos estudos calcula que a mortalidade dos filhos menores de um ano de mães negras e brancas, residentes em diversos estados dos EUA, encontra-se próxima a um patamar duas vezes superior nas negras do que nas brancas (Sung et al., 1994; Schieve e Handler, 1996; Stockwell e Goza, 1996).

Não existe, porém, um consenso sobre as razões da manutenção dessas diferenças. Enquanto alguns enfatizam apenas os condicionantes ambientais e socioeconômicos a que a população americana está exposta em função da raça/cor, outros centram-se fortemente na dimensão biológica e alguns falam do efeito conjunto das duas dimensões para explicar o porquê das diferenças raciais encontradas.

Estudos epidemiológicos ou pediátricos salientam que a mortalidade neonatal é mais acentuada entre os negros, mantendo-se a diferença, mesmo que num nível menor, nos riscos relativos de mortalidade pós-neonatal entre estes e os brancos. Uma das linhas explicativas ressalta a constatação de que, com maior freqüência, os filhos de mães negras nascem com menor peso, além de ser mais freqüente entre eles o menor tempo de gestação, quando comparados com os filhos de mães brancas (Schieve e Handler, 1996; Leland et al., 1995) fatores estes que aumentariam drasticamente o risco de mortalidade antes de cumprir um ano de vida.

Os autores estimam uma maior proporção de filhos de mães negras com menos de 2.500 gramas ao nascer e, em média, elas teriam gestações inferiores a 37 semanas, enquanto para as mulheres brancas a proporção de filhos prematuros e com baixo peso ao nascer seria significativamente menor.

A investigação realizada por Mittendorf et al. (1993) no Hospital de Boston, entre 1977 e 1980, e a de Stockwell e Goza (1996) baseando-se nos dados de 1987 do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde, cobrindo 24 estados dos EUA, propõem para o estudo da mortalidade infantil em populações brancas – não-hispânicas (“anglos”), americanos mexicanos e negros não-hispânicos, a construção de um índice que combine peso ao nascer, tempo de gestação e o que eles denominam como “maturidade”, que indicaria, pelas medidas clínicas, a existência ou não de crescimento intra-uterino retardatário. Resumindo os achados dos autores, pode-se destacar que a taxa de mortalidade infantil é mais alta para homens do que para mulheres, sendo muito mais alta para os bebês,

que podem ser classificados, em função do índice construído, como nascimentos com resultados adversos.

Utilizando a variável raça/etnia para prever os resultados, os autores estimaram que as chances de nascimentos prematuros, de baixo peso ao nascer e imaturos, e conseqüentemente, da mortalidade infantil, são muito maiores entre os negros que para os outros dois grupos raciais, mesmo mapeando os efeitos de outros riscos provocados por vários fatores.

Entre os autores que pesquisaram sobre o tema, conjugando variáveis biológicas e socioeconômicas, parece existir uma opinião generalizada de que as análises por grupos socioeconômicos não conseguiriam explicar as diferenças encontradas entre brancos e negros em relação a vários aspectos da saúde e, especificamente, à mortalidade infantil. Hamvas e Mallinckrodt (2000) analisam as disparidades raciais da mortalidade das crianças com baixo peso ao nascer, entre 1985 e 1991, salientando que as complicações das funções pulmonares são as que mais provocam a morte dessas crianças, convertendo-se no fator limite para a sobrevivência dos recém-nascidos com baixo peso.

O trabalho confirma, numa escala nacional, que, mesmo observando-se uma redução significativa nos níveis da taxa de mortalidade infantil, manteve-se uma disparidade racial, sendo mais elevada entre os negros que entre os brancos, independentemente do *status* socioeconômico e depois de terem sido introduzidas terapias específicas para o tratamento destas complicações. Em função destas descobertas eles se perguntam se essas disparidades estariam representando um diferencial no acesso ao tratamento: fosse por respostas diferentes ante o tratamento ou pelo fato dessas complicações das funções pulmonares apresentarem-se com freqüências distintas em bebês brancos e negros. Em resposta a esta questão os autores observaram a não existência de diferenciais raciais de mortalidade infantil por funções pulmonares em crianças com baixo peso ao nascer relativas ao acesso a tratamento e não foram constatadas respostas diferentes entre negros e brancos ante o tratamento. Nas suas conclusões indicam que, uma vez excluídas as funções pulmonares dentre as causas de morte infantil de nascidos com baixo peso, poderiam prevalecer outras doenças provocadas por diferenciais biológicos, e que não respondendo igualmente a tratamentos praticados, explicariam as maiores taxas de mortalidade infantil entre os negros.

Uma outra linha de pesquisa aponta para a necessidade de que os estudos considerem, as inter-relações dos fatores culturais e ambientais, e psicossociais aos que, cronicamente, as mulheres negras estão expostas devido à discriminação racial, situação que afetaria negativamente seu processo reprodutivo, a saúde e sobrevivência de seus filhos (Blackmore et al., 1993).

Outros autores como Adams et al. (1991) destacam o maior risco relativo na prevalência de hipertensão das mães negras, estimando-se esse risco em duas vezes

superior. Este fato e o aparecimento de complicações derivadas desta doença, especialmente nas idades reprodutivas mais avançadas explicariam, em parte, as maiores taxas de mortalidade infantil entre seus filhos.

Avaliação da qualidade dos dados básicos

As mais recentes informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, contidas na tabela 1, permitem constatar uma subenumeração importante entre os registros obtidos pelos dois sistemas de informações: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Ao calcular a relação entre os obtidos informados e as mortes esperadas, observam-se, para o ano de 1999, valores inferiores a um, o que estaria apontando para uma cobertura inferior a valores reais dos óbitos ocorridos neste ano e que foram incorporados ao sistema de informações, ficando quase 20% dos óbitos nacionais sem o registro correspondente.

Este fato apresenta-se com diferente intensidade nas regiões brasileiras, mostrando um gradiente no grau de cobertura deste fenômeno demográfico. Assim, a subenumeração mostra-se mais importante nas regiões Nordeste e Norte, aumentando o valor da razão nas outras três regiões, mostrando a menor perda de registros na região Sul, já que mais de 95% das mortes ocorridas foram registradas neste mesmo ano.

Salienta-se o fato de que tanto no Nordeste como na região Norte a perda de informações sobre os óbitos ocorridos fica próxima de 40% e 30%, respectivamente.

Ao tratar dos óbitos da população menor de um ano a cobertura perde ainda mais qualidade, provocando uma diminuição nos registros muito significativa para o país e todas as grandes regiões. Entretanto, faz-se necessário ressaltar as diferenças segundo o lugar de residência já que, se na esfera nacional a perda de registros dos óbitos de menores de um ano chega a mais de 40%, esse valor passa a ser de mais de 60% no nordeste do país.

Conseqüentemente, podemos concluir na necessidade de que, no caso de estar analisando a tendência, nível e características no comportamento desta variável, se deve estar alerta a que, na verdade, se estaria trabalhando tão-só com 40% dos casos reais.

Tabela 1 Razão entre nascidos vivos informados e estimados, razão de óbitos totais e de menores de um ano informados e estimados. Regiões do Brasil e unidades da federação; 1999

Regiões e Unidades da Federação	Razão entre Nascidos Vivos ¹	Razão de Óbitos ²	Razão de Óbitos de Menores de 1 Ano ²
Brasil	92,8	81,9	57,0
Norte	79,6	67,7	60,5
Rondônia	88,9	75,4	61,7
Acre	94,0	64,5	64,5
Amazonas	75,8	70,0	70,2
Roraima	116,6	87,1	68,6
Pará	74,7	65,1	53,1
Amapá	99,6	75,8	96,5
Tocantins	80,0	62,1	56,4
Nordeste	80,2	60,9	39,5
Maranhão	66,7	35,5	21,7
Piauí	72,6	41,7	26,0
Ceará	72,6	62,2	40,3
Rio Grande do Norte	91,5	59,3	38,4
Paraíba	64,9	53,5	27,7
Pernambuco	97,9	75,6	54,4
Alagoas	80,6	60,6	39,8
Sergipe	92,5	79,5	63,4
Bahia	83,8	65,6	41,1
Sudeste	102,8	94,3	77,6
Minas Gerais	90,1	87,4	71,9
Espírito Santo	100,9	94,6	69,4
Rio de Janeiro	116,6	95,0	89,3
São Paulo	104,7	97,1	77,0
Sul	102,5	95,3	77,3
Paraná	100,3	94,0	75,0
Santa Catarina	101,3	93,4	75,4
Rio Grande do Sul	105,6	97,2	81,9
Centro-Oeste	99,0	86,7	73,0
Mato Grosso do Sul	96,1	98,2	99,3
Mato Grosso	87,1	84,8	65,5
Goiás	99,5	85,1	67,5
Distrito Federal	116,7	80,4	70,8

Fonte: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde – Funasa/Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc. Fundação IBGE.

1. Número de nascidos vivos informados para 100 nascidos vivos estimados.
2. Número de óbitos informados para 100 óbitos estimados.

Um outro ponto a ser considerado quando se quer avaliar a qualidade das informações a serem utilizadas, diz respeito às causas registradas como mal definidas, as quais não nos permitiriam traçar um perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos num determinado espaço e tempo.

Além do grau de cobertura, os dados contidos na tabela 2, fornecidos pelo próprio Ministério da Saúde, permitem avaliar uma leve melhora na qualidade da informação sobre as causas de morte no país e nas grandes regiões nos últimos anos. Entretanto, neste item como nos anteriores, fica constatada mais uma vez a heterogeneidade regional na qualidade das informações de saúde. Enquanto no Sul do país os valores de causas mal definidas são inferiores a 10%, a região Nordeste apresenta o triplo deste valor.

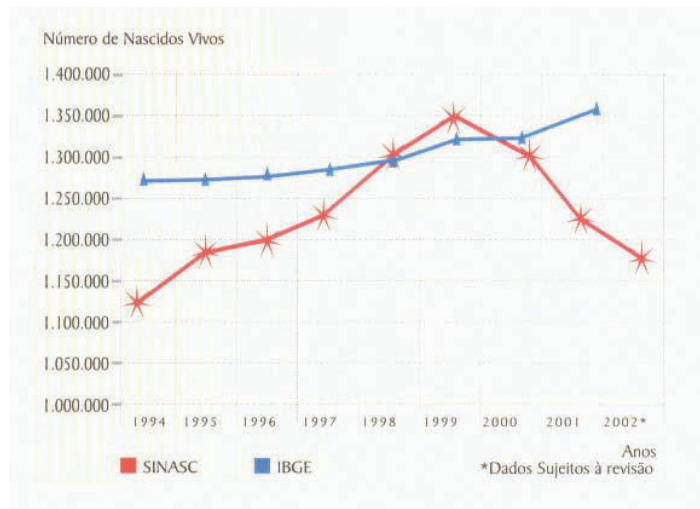
Tabela 2. Mortalidade proporcional por causas mal definidas, segundo grandes regiões. Brasil, 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	15,1	14,7	14,9	14,8	14,3
Norte	24,2	24,4	24,2	24,5	24,5
Nordeste	32,4	31,2	29,8	30,3	28,2
Sudeste	9,2	9,1	10,0	9,5	9,8
Sul	8,9	7,7	7,7	7,1	6,3
Centro-Oeste	10,8	10,5	10,6	10,0	8,5

Fonte: **Funasa**. Ministério da Saúde.

Os valores divulgados pelo Ministério da Saúde referentes ao Sinasc (tabela 1) apontam para uma cobertura maior nos nascimentos contidos neste sistema quando comparados com a cobertura dos óbitos. Assim, a razão calculada na esfera nacional mostra uma cobertura de quase 93% e uma perda de 20% nos registros de nascidos vivos residentes nas regiões Norte e Nordeste do país. Cabe ressaltar que, para o ano de 1999, nas regiões Sul e Sudeste, os valores das razões sendo superiores a 100, apontam para uma sobre enumeração dos registros de nascidos vivos inseridos no sistema, com relação aos esperados. Este mesmo fenômeno, com maior intensidade, se observa em Roraima e no Distrito Federal.

Gráfico 1. Registros de Nascidos Vivos, segundo Sinasc e IBGE. Brasil, 1994-2002



As informações contidas no gráfico 1 permitem constatar que, desde 1994 – ano em que se inicia a divulgação das informações deste sistema –, os registros do Sinasc apresentam uma tendência crescente de cobertura até chegar a superar aqueles sujeitos provenientes das estatísticas vitais. Porém, a partir do ano de 1999, reverte-se essa tendência, começando a decrescer o número absoluto de registros de nascidos vivos e diminuir, comparativamente aos registros de nascidos vivos provenientes das estatísticas vitais e divulgadas pelo IBGE.

Como parte do plano tabular idealizado para esta pesquisa, achou-se necessário incorporar uma outra série de exercícios que, por meio de tabulações especiais com as informações provenientes tanto do SIM como do Sinasc, permitissem dimensionar a percentagem de registros com os quais não se poderia trabalhar por não constar a informação sobre raça/cor.

Os resultados destas análises, a partir das informações provenientes do Sinasc, mostram uma alta variabilidade nas percentagens de registros sem informação de raça/cor (tabela 3). Pelos comentários realizados nos parágrafos anteriores, chama a atenção o comportamento específico desta variável na região Norte do país, onde se constata as menores percentagens de registros de nascimentos sem a informação referente a raça/cor (3%). Para as outras variáveis contidas no Sinasc, assim como as do SIM foi, justamente esta região que apresentou os níveis de cobertura mais baixos.

Contudo, é importante salientar que existe uma tendência de melhora na qualidade da informação sobre raça/cor por tempo já que em 1996, ano em que foi incorporado o quesito cor nos atestados de óbitos, a percentagem sem declaração chegava a valores próximos a 45% para o país.

Nas restantes variáveis a serem utilizadas nesta pesquisa, pode-se concluir que a quantidade de informação não declarada é relativamente muito baixa permitindo um excelente aproveitamento dos registros deste sistema.

Tabela 3. Percentagem de Nascidos Vivos sem declaração. Brasil; Grandes Regiões, 2000.

	Raça/Cor	Consultas Pré-Natal	Peso ao Nascer	Idade Gestacional
Brasil	13	4	0,8	1,3
Norte	3	3	1,1	1,3
Nordeste	14	6	1,2	1,3
Sudeste	18	3	0,8	1,7
Sul	2	1	0,2	0,4
Centro-Oeste	12	3	0,4	0,8

Fonte: Sinasc 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Ao se tratar dos óbitos de menores de um ano, observa-se uma grande diversidade de percentagens de registros sem informação, segundo algumas variáveis, o que leva a destacar a necessidade de continuar aperfeiçoando a qualidade do SIM, no país.

Quanto à qualidade da informação referente à raça/cor, observa-se que em 47% dos óbitos de crianças residentes no Nordeste não contam com este registro, valor que diminui para 13% no caso da região Sul e 20% entre os residentes no Sudeste.

Entre as características usualmente identificadas como condicionantes da morte de menores de um ano, a idade e o nível de instrução da mãe são as que concentram a maior proporção de casos não registrados. Este fato nos leva a alertar para a necessidade de maior cautela na hora de concluir as análises da mortalidade infantil segundo estas duas variáveis.

Tabela 4. Percentagem de óbitos menores de um ano sem declaração. Brasil, Grandes Regiões, 2000.

	Raça/Cor	Idade Mãe	Instrução da Mãe	Causa de Morte
Brasil	30	38	49	11
Norte	24	24	38	16
Nordeste	47	43	51	20
Sudeste	20	41	55	5
Sul	13	31	40	6
Centro-Oeste	25	39	47	5

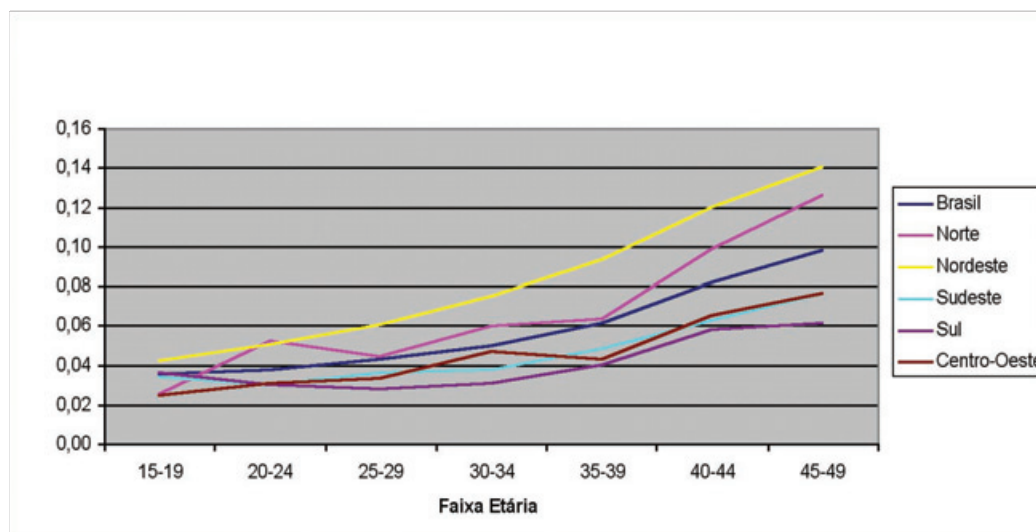
Fonte: SIM 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

As proporções de eventos sem declaração da causa de morte acompanha o padrão descrito até agora sobre a qualidade da informação dos sistemas de Saúde, apresentando os valores relativamente mais baixos nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e proporcionalmente muito mais altos no Norte e Nordeste do país.

Em função das conclusões destas análises de qualidade, tomou-se a decisão de tabular, analisar, comentar e concluir somente as estimativas nas quais se tivesse melhor avaliação sobre sua qualidade.

Por esta razão, mesmo que tenham sido tabuladas todas as informações de todos os sistemas considerando todas as variáveis neles contidas, algumas das estimativas obtidas foram consideradas como marcos contextuais comparativos nos grandes números e não nos adentraremos em conclusões específicas.

Gráfico 2. Proporção de filhos mortos por idade das mães negras, residentes em áreas urbanas. Brasil, Grandes Regiões, 2000.



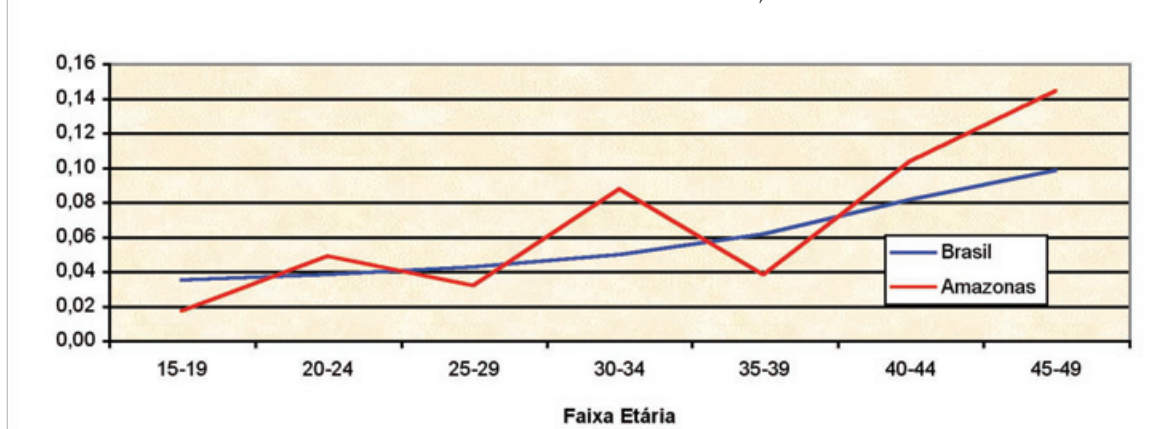
Fonte: Censo Demográfico 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Uma avaliação preliminar do comportamento das proporções de filhos mortos (Dis), segundo idade das mães e as demais características a serem analisadas a partir dos dados coletados pelo Censo Demográfico, é imprescindível no cálculo da mortalidade infantil por métodos indiretos.

Espera-se que essas distribuições assumam o comportamento de uma curva exponencial – a maior idade da mãe com maior proporção de filhos mortos – em função dos maiores níveis de mortalidade no passado e do maior tempo de exposição ao risco de morrer. O caso apresentado no gráfico 2, que contém as curvas das proporções de filhos mortos segundo idade das mães negras, residentes nas grandes regiões do país, mostra curvas com formas que permitem trabalhar, com uma confiança razoável, as estimativas obtidas pelas técnicas indiretas.

Caso essa distribuição apresente comportamentos erráticos, a informação fica comprometida. Como exemplo, podem-se citar as curvas representadas no gráfico 3, correspondentes ao estado de Amazonas onde o comportamento da proporção de filhos mortos (Dis) das mães pretas residentes em áreas urbanas não nos permitiu analisar as estimativas provenientes dessas informações.

Gráfico 3. Proporção de filhos mortos por idade das mães pretas, residentes em áreas urbanas. Brasil e estado do Amazonas, 2000.

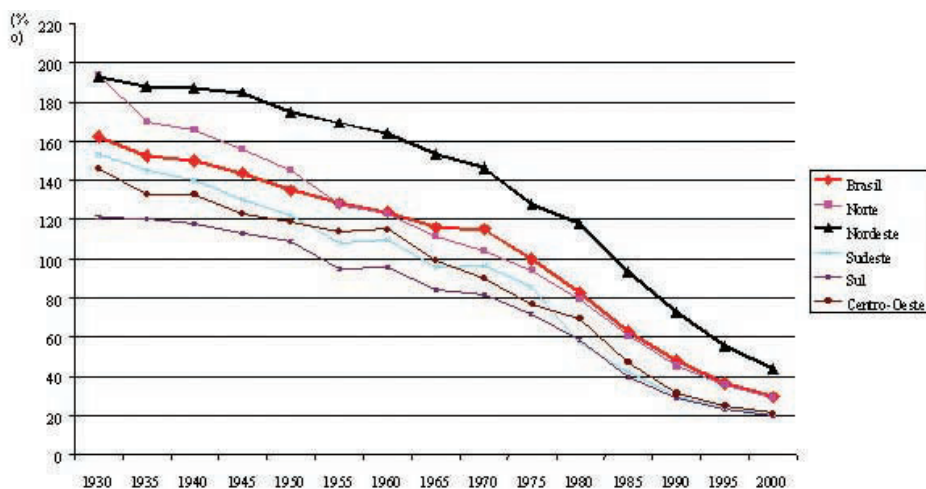


Fonte: Censo Demográfico 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Em função destas análises, decidiu-se trabalhar com as categorias de raça/cor branca e negra – sem discriminar pardos e pretos – considerando como unidades de análises as grandes regiões do país fazendo menção, quando possível, a algumas unidades da federação onde os resultados das análises prévias nos levassem a concluir sobre as estimativas obtidas com uma certa segurança.

Análise do comportamento da mortalidade infantil

Gráfico 4. Evolução das taxas de Mortalidade Infantil, Brasil, Grandes Regiões. 1930-2000.



Fonte: IBGE Censos Demográficos de 1940 a 1991 e resultados preliminares do Censo 2000.

Numerosos estudos constataam que, nas últimas décadas, especialmente a partir dos anos 50, ocorreram intensas modificações no padrão da morbimortalidade no Brasil. Podem-se citar como exemplos mais significativos o decréscimo dos níveis de mortalidade infantil (redução das taxas de aproximadamente 78%, desde 1940 até fins da década de 1990) e o conseqüente aumento da esperança de vida ao nascer (de 46 anos em 1950, para 68,5 anos em 2000). Paralelamente, e como um dos condicionantes diretos desse processo, assistiu-se à redução do peso relativo das doenças infecciosas e parasitárias que, ao representar mais de 45% das mortes, em 1930, passaram a responder por menos de 10% na década de 1980 (Cunha, 1997).

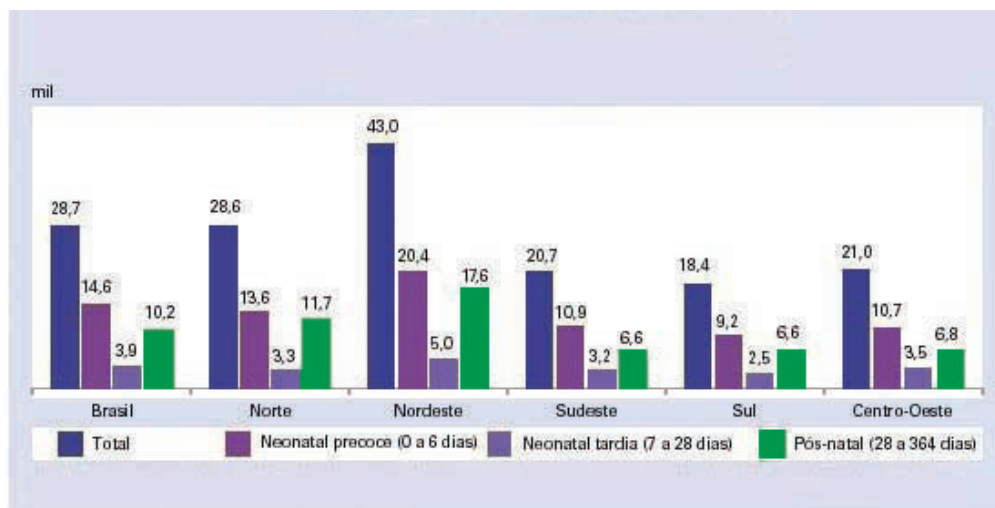
Sabe-se que esta trajetória de declínio esteve relacionada às transformações estruturais, sociais, econômicas e políticas que marcaram o desenvolvimento do país nas últimas cinco décadas. Na conjugação de ações que influenciaram mais diretamente nesta diminuição pode-se destacar: aumento significativo do grau de urbanização do país, aumento da escolarização, expansão da rede assistencial, ampliação da rede de saneamento básico, programas específicos para as crianças como uma maior cobertura vacinal.

Entretanto, a melhoria observada nos indicadores sociais e, conseqüentemente, nos níveis das taxas de mortalidade infantil do país deu-se concomitantemente com a manutenção de sérias disparidades regionais e sociais. Como exemplo, podem ser citados os marcantes contrastes entre as diferentes regiões do país no comportamento

histórico da mortalidade infantil, com a região Nordeste que apresentou, na última década, taxa 124% maior do que a região Sul (Barreto e Carmo,1995).

Ao analisar a composição por idade das taxas de mortalidade infantil pode se observar no gráfico 5, a diversidade regional nos valores das taxas de mortalidade neonatal precoce (até seis dias de vida), neonatal tardia (de sete até 28 dias de vida) e pós-neonatal (de 28 até 364 dias de vida).

Gráfico 5. Taxa de mortalidade infantil total, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-natal. Brasil, Grandes Regiões, 2000



Em geral, espera-se que, à medida que diminuem os níveis de mortalidade infantil, a composição das taxas por idade sofra variações, sendo que a mortalidade do período pós-neonatal tende a perder peso relativo, associada à redução das mortes por causas evitáveis, especialmente as doenças infecciosas e parasitárias. Em contrapartida, a mortalidade vai se concentrando no período neonatal (especialmente a precoce), aumentando o peso relativo de causas perinatais e das anomalias congênitas, as quais estão, majoritariamente, associadas a um adequado acesso aos serviços de pré-natal e de alta resolutividade, que permitam acompanhar e resolver no tratamento tanto da mãe como do feto no período gravídico, possíveis malformações congênitas e/ou determinadas patologias que possam ser evitáveis.

Inversamente, maior número de óbitos entre menores de um ano ocorridas entre os 28 e 364 dias de vida (pós-neonatal) estariam refletindo as condições ambientais – problemas de nutrição, falta de acesso ou acesso inadequado à infra-estrutura básica de saneamento, baixa cobertura vacinal, falta de acesso a serviços básicos de saúde – afetando a qualidade e o estilo de vida da população.

No caso do país e todas as Grandes Regiões observa-se que, no ano de 2000, a probabilidade de morrer no período neonatal precoce (até sete dias de vida) é maior que a probabilidade de morrer no período neonatal tardio ou pós neonatal (de 28 até 364 dias). Entretanto, em regiões onde a mortalidade de menores de um ano é maior, a diferença entre as taxas neonatais e pós-neonatais diminuem. Um outro fato a destacar é a diversidade regional nos valores em todas as idades dos óbitos infantis destacando as diferenças entre Norte e Nordeste com o restante do país.

Tabela 5. Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor. Brasil, 1977, 1987 e 1993

	Branca	Negra ^(a)	Total
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993 ^(b)	37	62	43

a) Inclui as populações classificadas como parda e preta.

b) Estimativas de Simões e Cardoso (1997).

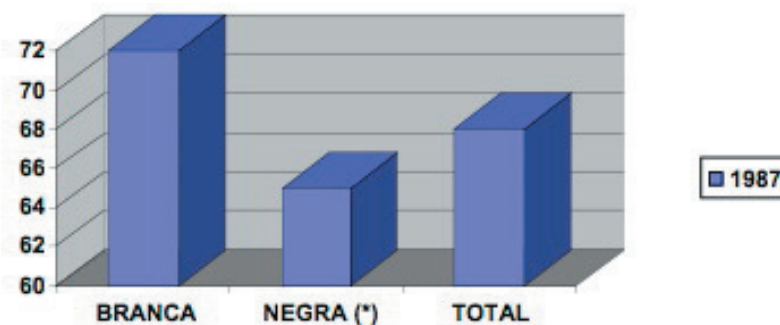
Fonte: IBGE. Censos Demográficos – 1980, 1991; Pnad, 1995. Tabulações especiais Nepo/Unicamp.

As estimativas contidas na tabela 5 evidenciam vários aspectos importantes no que se refere ao comportamento do fenômeno em estudo. O primeiro deles refere-se à manutenção da tendência de redução significativa, entre 1977 e 1993, das taxas de mortalidade de menores de um ano no Brasil (51%).

Entretanto, quando se faz intervir a variável raça/cor, constata-se um diferencial nos níveis encontrados, além de uma tendência de redução desigual entre os grupos. Assim, enquanto o índice de mortalidade infantil de brancos menores de um ano diminuiu 43% no mesmo período, a redução da mortalidade infantil negra alcançou um patamar significativamente menor, ou seja, apenas 25%. Desta forma, as estimativas mostraram que os filhos de mães negras estavam sujeitos a níveis superiores de mortalidade infantil quando comparados aos de mães brancas, fato que os coloca numa posição altamente desvantajosa.

Um segundo aspecto refere-se ao fato de que as desigualdades raciais se acentuaram pelo tempo. Assim, enquanto a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de menores de um ano de negros e brancos, segundo os dados do Censo de 1980, era de 21%, este valor aumentou para 40% passados dez anos e se manteve nesse patamar até meados dos anos 90. Ao que parece, estes achados sugerem que os filhos de mães negras tiveram aumentada sua desvantagem, comparativamente aos brancos, quanto à sua exposição ao risco de adoecer e morrer (Cunha, 2001).

Gráfico 6. Expectativa de vida ao nascer (em anos) segundo cor. Brasil, 1987



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 1991. Tabulações especiais.

* Considera-se a população classificada como parda e preta.

A partir da mortalidade infantil e assumindo um determinado padrão de mortalidade, é possível calcular o número médio de anos, que se espera, viverá a população. A estimativa da expectativa de vida para o total da população, derivada de técnicas indiretas e apresentada no gráfico 6, situava-se em torno de 68 anos, na década de 1980. Discriminadas segundo cor, as estimativas mostram que os brancos atingiriam uma expectativa de vida de 72 anos, enquanto os negros alcançariam 65 anos. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra – de sete anos – manteve-se quase constante desde a década de 1940 (Carvalho e Wood, 1994), mesmo a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral.

Os valores obtidos por meio de técnicas indiretas, a partir das informações sobre fecundidade retrospectiva e atual, segundo idade e raça/cor declarada pelas mulheres e coletadas pelo Censo Demográfico do ano 2000, permitiu-nos chegar aos números de mortalidade infantil contidos na tabela 6 que se referem ao ano de 1996.

Um primeiro fato a destacar é que, quando comparadas com as estimativas diretas, provenientes das estatísticas vitais, percebe-se que as medidas indiretas provocam uma subestimação significativa nos valores da probabilidade de morte dos menores de um ano. Constata-se um diferencial de 33% na probabilidade de morte antes de completar o primeiro ano de vida, entre filhos de mães brancas e negras no país, com uma variabilidade entre 12% dos residentes na região Centro-Oeste e um valor relativo superior (27%) para os residentes na região Sul. Desta monta deve-se ressaltar que as conclusões originadas em estimativas derivadas desta técnica – único meio atual de analisar diferenciais raciais na esfera nacional e por certas características socioeconômicas – devem centrar-se, somente, em diferenciais entre categorias das variáveis em estudo.

Tabela 6. Mortalidade Infantil segundo raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 1996

	Branca	Negra	Total	Estimativa IBGE	Dif.%
Brasil	24	36	30	39	33
Centro-Oeste	22	25	23	26	12
Nordeste	40	48	45	61	17
Norte	28	32	31	36	13
Sudeste	20	26	22	26	23
Sul	19	26	20	23	27

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

As informações contidas na tabela 7 mostram que existem marcadas diferenças na mortalidade de menores de um ano, segundo residam em áreas urbanas ou rurais, não só pelo desenvolvimento socioeconômico destas áreas, como também pelas diferenças na disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura de saúde.

Os maiores diferenciais raciais aparecem nas áreas urbanas do país, onde a mortalidade dos filhos de mães negras apresentam uma probabilidade 36% superior aos de mães brancas. Segundo as regiões do país, observam-se maiores diferenças raciais nas áreas com menores níveis de mortalidade infantil. Como exemplo pode-se a região Sul com 34% de diferença entre a morte de filhos de mães brancas e negras – e, inversamente, as menores diferenças raciais nas regiões com altos níveis de mortalidade infantil – 18% – entre os residentes da região Norte.

Tabela 7. Mortalidade infantil por situação de domicílio segundo raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 1996

Região	Urbano		Rural	
	Branca	Negra	Branca	Negra
Brasil	27	42	39	55
Norte	33	40	38	38
Nordeste	47	59	59	68
Sudeste	22	31	25	36
Sul	21	32	27	36
Centro-Oeste	23	31	33	35

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Os cálculos das distintas probabilidades de morrer antes de completar um ano de vida, segundo a instrução da mãe, refletem o seu efeito na mortalidade das crianças menores de um ano. De fato, observa-se que à medida em que a mãe alcança níveis de instrução mais elevados, diminuem as probabilidades de morte de seus filhos.

Ao analisar, os dados segundo a raça/cor declarada pela mãe, verifica-se uma sobremortalidade das crianças negras, independentemente do nível de instrução da mesma, fato que reforça a importância da primeira variável como condicionante da mortalidade infantil. Também mostram que as diferenças com relação às mães brancas são mantidas em todos os níveis de escolaridade, apontando uma desvantagem de seus filhos que ultrapassa o acesso ao sistema formal educativo, variando segundo o nível de instrução alcançado e a região de residência (tabela 8).

Tabela 8. Mortalidade Infantil por nível de instrução da mãe segundo raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 1996

Região	Nenhuma		1º Grau		2º Grau		Superior	
	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Negra
Brasil	71	83	30	43	20	26	17	38
Norte	74	56	37	40	28	25	20	30
Nordeste	96	102	52	58	26	31	24	34
Sudeste	50	58	24	32	18	22	15	33
Sul	56	62	23	32	19	35	33	32
Centro-Oeste	64	82	27	30	15	19	27	23

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Deve-se reconhecer a limitação analítica do uso de um único indicador (grau de instrução), como aproximação das condições materiais de vida da população. Na verdade, deveriam também ser considerados indicadores como renda média familiar como aproximação da apropriação de recursos materiais das famílias; condições de saneamento dos domicílios – de importância fundamental para a saúde das crianças. Entretanto, sabe-se que a educação da mãe tem um forte impacto nas chances de sobrevivência do filho, apresentando uma distribuição desigual, característica que se agudiza ainda mais quando observada segundo a raça/cor.

Mesmo diante da impossibilidade de calcular a mortalidade infantil por raça/cor a partir das estatísticas vitais, a riqueza desta fonte, em termos das características do nascimento e do óbito, tornou-a uma das possíveis fontes de informação para as análises realizadas. Conseqüentemente, serão apresentadas tabulações realizadas a partir das informações contidas no SIM, correspondentes ao ano de 2000, que permitiram analisar a existência de possíveis diferenciais raciais segundo algumas características consideradas de relevância para o estudo da mortalidade infantil.

No ano considerado, dentre todos os óbitos nacionais com idade declarada, os de menores de um ano representaram 5%. Esta percentagem varia segundo a região de residência devido aos diferentes números de mortalidade de menores de um ano, como também às diferentes estruturas por idade nas suas populações.

Assim, no Norte e Nordeste, onde os números são mais elevados e a pirâmide populacional mostra-se com uma base mais alargada em função da fecundidade mais alta, estas proporções elevam-se a 15% e 8%, respectivamente. Nas demais regiões, enquanto a proporção de óbitos de menores de um ano sobe, o total de óbitos vai diminuindo (tabela 9).

Tabela 9. Percentagem de óbitos de menores de um ano sobre o total de óbitos. Brasil, Grandes Regiões, 2000

Região	% óbitos menores de 1 ano
Brasil	5,4
Norte	15,2
Nordeste	8,0
Sudeste	4,6
Sul	4,7
Centro-Oeste	7,2

Fonte: SIM, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp

A tabela 10 permite constatar, para o total do país, proporções mais elevadas de óbitos ocorridos nos primeiros dias de vida, entre aqueles declarados como brancos quando comparados os negros. Em geral, este comportamento se repete para as regiões com níveis comparativamente mais baixos de mortalidade de menores de um ano, como o caso do Sudeste e Sul do país. Nas demais regiões observa-se que o peso proporcional de mortes no período pós-neonatal – desde os 28 até os 364 dias de vida – é maior entre a população menor de um ano declarada como negra.

Como foi explicitado anteriormente, a maior concentração de mortes pós-neonatais estaria apontando para piores condições ambientais e materiais de vida e menor acesso a serviços básicos – seja de infra-estrutura de saneamento ou de saúde – fatores que estariam provocando mortes por causas altamente evitáveis.

Tabela 10. Percentagem de óbitos infantis segundo idade por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões 2000

Região	Branca			Negra		
	Neonatal		Pós- Neonatal	Neonatal		Pós-Neonatal
	Precoce	Tardia		Precoce	Tardia	
Brasil	47,5	15,9	36,5	45,3	13,7	41,1
Norte	43,1	14,7	42,2	49,7	12,8	37,5
Nordeste	39,0	13,7	47,3	42,9	12,2	44,9
Sudeste	50,5	17,1	32,4	46,2	15,6	38,2
Sul	48,4	14,7	36,9	45,0	13,4	41,7
Centro-Oeste	48,4	17,9	33,7	43,7	17,3	39,0

Fonte: SIM 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Ao agrupar as causas de morte em evitáveis e não evitáveis segundo a classificação proposta por Ortiz e Santos (1996), observa-se uma distribuição percentual relativamente similar segundo a raça/cor do óbito sem diferenças estatisticamente significativas. Contudo, observa-se uma leve diferença nas mortes nacionais de menores de um ano negros que assumem valores mais altos nas causas consideradas como evitáveis: 84% contra 81% nos óbitos brancos.

Tabela 11. Percentagem de óbitos de menores de um ano segundo tipo de causas de morte por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 2000

	Branca		Negra	
	Evitáveis	Não evitáveis	Evitáveis	Não evitáveis
Brasil	81	19	84	16
Norte	84	16	84	16
Nordeste	86	14	85	15
Sudeste	80	20	83	17
Sul	80	20	79	21
Centro-Oeste	80	20	82	18

Fonte: SIM, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

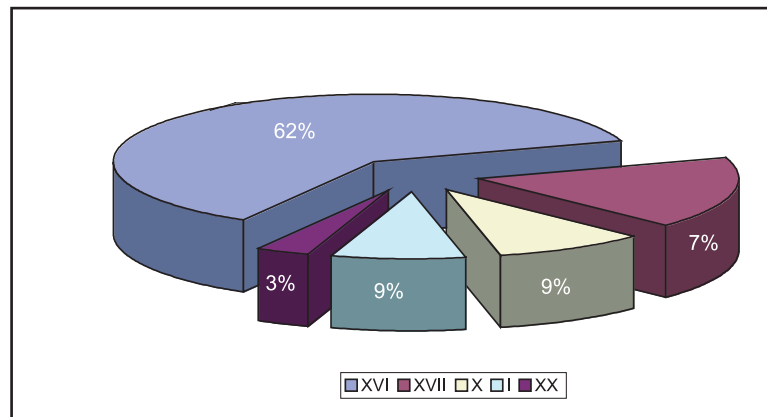
Ao analisar as causas de morte segundo os Grandes Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID), e desconsiderando o capítulo de causas mal definidas, pode-se obter um panorama do perfil epidemiológico das crianças com menos de um ano de idade.

Os gráficos 7 e 8 mostram a participação relativa das cinco principais causas de morte, segundo sua ordem de importância e a raça/cor declarada dos óbitos infantis, para o país.

Os resultados mostram uma primeira causa de morte comum a ambos grupos populacionais: aproximadamente 63% das mortes ocorrem por afecções originadas no período perinatal.

O segundo grupo de causas já apresenta valores díspares entre as mortes de crianças brancas e negras. Assim, enquanto os menores de um ano declarados como brancos apresentam 17% das mortes por malformação congênita e anomalias cromossômicas, entre os negros 13% sofrem de mortes provocadas por doenças infecciosas e parasitárias, colocando-se assim como segundo grupo de causas de morte para este grupo.

Gráfico 7. Principais causas de morte infantil da população branca. Brasil, 2000

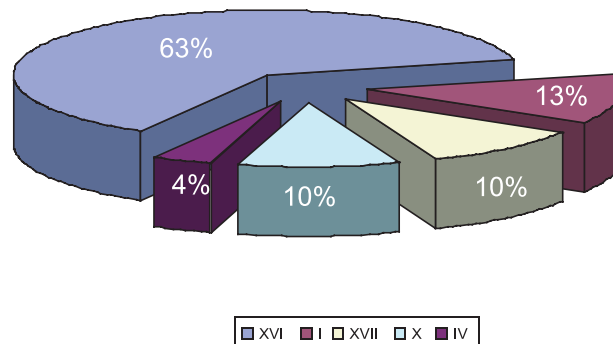


Fonte: SIM, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Como terceiro grande grupo entre as crianças brancas, surgem, com 9% do total das mortes, as doenças do aparelho respiratório, ocupando a mesma posição (terceira) entre os óbitos negros junto com as malformações congênitas.

Por último cabe destacar que as causas externas aparecem entre os cinco principais grupos de causas de morte para os menores de um ano declarados como brancos. Entretanto, para os negros essa mesma posição relativa é ocupado pelo grupo de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, representando 4% do total de óbitos dessa categoria de cor.

Gráfico 8. Principais causas de morte infantil da população negra. Brasil, 2000



Fonte: SIM, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Um resumo das características pesquisadas na Declaração de Nascidos Vivos para o país e grandes regiões, segundo a raça/cor, é apresentado nas tabelas a seguir.

Um primeiro fato que chama a atenção é que, em geral, existe uma similaridade entre as distribuições percentuais nas características dos nascidos vivos brancos e negros, contudo, devem ser salientadas algumas diferenças que, em que pese serem de pequena magnitude percentual, em alguns casos chamam a atenção por indicarem diferenças demográficas e epidemiológicas que poderiam estar influenciando os riscos de morrer nas crianças menores de um ano. A primeira distinção a ser feita refere-se ao acompanhamento médico que as mulheres tiveram durante o período gravídico, medido pelo do número de consultas de pré-natal (tabela 12).

Tabela 12. Percentagem de nascidos vivos, segundo número consultas pré-natal, por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 2000.

Região	Branca				Negra			
	Nenhuma	1 a 3	4 a 6	7 ou mais	Nenhuma	1 a 3	4 a 6	7 ou mais
Brasil	2,8	8,2	34,1	55,0	7,7	15,9	42,4	34
Norte	6,5	17,1	41,7	34,7	8,9	19,8	47,7	23,6
Nordeste	6,9	13,3	41,1	38,7	10,1	17,5	42,8	29,6
Sudeste	1,7	5,7	30,9	61,7	4,3	11,4	40,4	44
Sul	1,9	8,3	35,5	54,3	6,2	15,7	38,3	39,9
Centro-Oeste	1,8	7,7	30,8	59,6	3,9	14	36,6	45,4

Fonte: Sinasc, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

É interessante frisar a existência de uma orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que sejam feitas, no mínimo, seis consultas durante a gravidez. No caso das informações que estão sendo analisadas, constata-se uma posição altamente desvantajosa das mulheres negras quando comparadas às brancas, já que, enquanto 55% das mulheres brancas superaram o mínimo recomendado, essa percentagem era de 34% ao se tratar das mulheres negras.

Ainda mais alarmante é a evidência da diferença de 64% entre as mulheres negras e brancas que declararam ter feito nenhuma consulta pré-natal durante todo o período gravídico. Entre as regiões o caso que mais chama a atenção é o Sul do país onde essa diferença eleva-se para mais de 70%.

Estes resultados estariam apontando para a existência de um diferencial socio-econômico da população feminina negra que, por sua vez, dificultaria o acesso aos serviços de saúde, seja por uma menor cobertura desses serviços – em geral, pessoas com menores recursos financeiros vivem em áreas desprovidas de serviços de saúde –, seja por dificuldades de controles pré-natais periódicos durante o período gravídico em função da falta de disponibilidade de tempo por razões de trabalho ou outras tantas.

Sabe-se que a possibilidade de um acompanhamento sistemático das gestantes por serviços de saúde de boa qualidade e alta resolutividade poderia reduzir o número de óbitos, tanto infantis – em função da prevenção e controle do baixo peso ao nascer, partos de pré-termo, algumas das afecções perinatais –, quanto materno, com o controle de complicações de saúde da mãe que inclusive poderiam comprometer a saúde dos filhos (hipertensão arterial, miomas intra-uterinos, diabetes, desnutrição).

Uma outra diferença que se acha importante ressaltar entre as características dos nascidos vivos, segundo a raça/cor, diz respeito ao peso da criança ao nascer, que funcionaria como um forte condicionante da mortalidade antes de completar o primeiro ano de vida. Na tabela 13 observa-se uma maior prevalência de nascimentos negros com baixo peso ao nascer, em quase todas as regiões do país, chegando a significar uma diferença de 20% no Norte e Nordeste do país.

Tabela 13. Percentagem de nascidos vivos, segundo peso ao nascer, por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 2000

Região	Branca			Negra		
	até 2,5 kg	2,5 a 3,5 kg	3,5 ou mais	até 2,5 kg	2,5 a 3,5 kg	3,5 ou mais
Brasil	7,5	63,6	28,9	7,6	62,3	30,1
Norte	5,2	57,8	36,9	6,5	60,5	33
Nordeste	5,7	58,2	36,2	7,1	60,4	32,5
Sudeste	8,2	66,0	25,8	9,1	65,8	25,1
Sul	8,0	63,4	28,5	9,6	63,8	26,6
Centro-oeste	6,2	63,7	30,1	7,5	64,5	27,9

Fonte: Sinasc 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Esta constatação reforça os resultados encontrados na literatura internacional que mostram maior prevalência de nascimentos entre negros com peso menor a 2.500 gramas (Blackmore, 1993; Hamvas e Mallinckrodt, 2000).

Valores similares encontram-se nos nascimentos qualificados como de peso normal, porém, mesmo que as diferenças sejam mínimas, observa-se, entre os negros, valores inferiores de nascimentos com peso entre 2,5kg a 3,5kg quando comparados com os nascimentos declarados brancos.

Tabela 14. Percentagem de nascidos vivos segundo semanas de gestação, por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 2000.

Região	Branca			Negra		
	até 36	37 a 41	42 ou mais	até 36	37 a 41	42 ou mais
Brasil	6,9	91,6	1,5	6,4	91,7	1,8
Norte	6,2	91,1	2,8	6,3	92,1	1,6
Nordeste	6,1	91,3	2,6	6,1	91,7	2,1
Sudeste	7,2	91,7	1,1	7	91,7	1,4
Sul	7,1	91,8	1,2	8,2	90,1	1,6
Centro-oeste	6,1	91,1	2,8	5,8	91,8	2,4

Fonte: Sinasc, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

As informações aqui trabalhadas (tabela 14) não permitem reconhecer discrepâncias por raça/cor nas proporções de filhos prematuros, o que leva a concluir que o peso ao nascer não estaria atuando como um fator diferencial de risco de morte.

Uma outra diferença que se acha importante ressaltar entre as características dos nascidos vivos, segundo a raça/cor, diz respeito ao local de ocorrência do parto, por apontar acesso diferenciado aos serviços de saúde dos diversos grupos populacionais. Assim, as informações contidas na tabela 15 permitem salientar, mesmo que não sejam de grande magnitude, diferenças entre os partos realizados em ambientes hospitalares classificados como brancos e negros. São estes últimos os que concentram maior proporção de nascidos em locais considerados como estabelecimentos não hospitalares e nos domicílios.

Tabela 15. Percentagem de nascidos vivos, segundo local de ocorrência do parto, por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 2000

Região	Branca			Negra		
	Hospital	Outro Estab.	Domicílio	Hospital	Outro Estab.	Domicílio
Brasil	98,1	1,2	0,6	95,5	2,9	1,6
Norte	92,4	4,0	3,6	91,4	4,9	3,6
Nordeste	93,9	4,3	1,8	94,4	3,8	1,8
Sudeste	99,2	0,6	0,2	98,7	1	0,4
Sul	99,2	0,4	0,4	98,7	0,3	1
Centro-oeste	99,5	0,3	0,2	99,3	0,2	0,5

Fonte: Sinasc, 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Na literatura internacional existem evidências de que a raça/cor é um fator condicionante de acesso a serviços de saúde, sendo os brancos – em iguais condições materiais de vida – os que fazem maior uso deles e por mais tempo (Oliveira, 1999). Fica evidente, entretanto, a falta de trabalhos nacionais que contemplem a perspectiva étnico/racial no estudo de diferenciais no acesso e utilização dos serviços de saúde, sejam da rede básica e/ou dos serviços especializados. Uma primeira aproximação deste tema pode-se analisar a partir da proporção de óbitos de menores de um ano que foram registrados com ou sem assistência médica.

Pelo que se verifica na tabela 16, existe uma diferença significativa nos óbitos infantis nacionais, segundo a raça/cor declarada, sendo menor a percentagem de negros que tiveram assistência médica na hora da morte. Este diferencial se apresenta em todas as regiões do país mostrando uma intensidade heterogênea entre elas. Assim, as maiores diferenças constata-se no Centro-Oeste e Sul do país.

Tabela 16. Percentagem de óbitos de menores de um ano segundo acompanhamento médico, por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 2000

	Branco		Negro	
	Sim	Não	Sim	Não
Brasil	90	10	85	15
Norte	86	14	85	15
Nordeste	78	22	77	23
Sudeste	94	6	92	8
Sul	88	12	85	15
Centro-Oeste	95	5	90	10

Fonte: SIM 2000. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

A disponibilização de um inquérito populacional (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que contém informações não só do quesito cor e de condições socio-econômicas, como também um conjunto de dados sobre acesso e uso de serviços de saúde no âmbito nacional, permitiu realizar uma série de exercícios com a finalidade de explorar esta fonte de dados e traçar um diagnóstico das características que apontem a acesso e uso de diversos serviços de saúde, segundo raça/cor.

Uma primeira tabulação realizada com as informações da Pnad 98, permite verificar uma diferença significativa entre os menores de um ano, segundo possuam ou não cobertura de planos de saúde. Assim, os dados da tabela 17, permitem verificar que as crianças brancas apresentam uma cobertura 61% superior aos negros do país, sendo o mesmo valor encontrado para os residentes na região Sudeste. Apesar de verificar diferenças menores, igualmente todas as regiões apresentam uma cobertura maior de planos de saúde dos brancos em relação às crianças negras.

Tabela 17. Percentagem de população menor de um ano segundo cobertura de planos de saúde, por raça/cor. Brasil, Grandes Regiões, 1998

Região	Branca		Negra	
	Sim	Não	Sim	Não
Brasil	28	72	11	89
Norte	15	85	10	90
Nordeste	13	87	6	94
Sudeste	39	61	16	84
Sul	25	75	15	85
Centro-Oeste	23	77	15	85

Fonte: PNAD 1998. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Como conseqüência da cobertura desigual de planos de saúde comentada anteriormente, os dados da tabela 18 reforçam a idéia de um uso diferenciado e desigual dos serviços de saúde. Verifica-se uma maior concentração de menores de um ano brancos utilizando, habitualmente, consultórios para resolver seus problemas de saúde e em contrapartida uma maior percentagem de crianças negras que utilizam, majoritariamente, os postos de saúde e/ou ambulatórios hospitalares.

Tabela 18. Percentagem de população menor de um ano segundo tipo de serviço de saúde usualmente utilizado, por raça/cor, Brasil, Grandes Regiões, 1998

	Branca					Negra				
	Ambulatório					Ambulatório				
	Farmácia	Posto	Consultório	Emp/Clínica	Hospital	Farmácia	Posto	Consultório	Emp/Clínica	Hospital
Brasil	1	47	25	10	17	1	56	8	9	27
Norte	4	49	15	8	23	1	52	6	12	29
Nordeste	2	43	13	6	36	2	48	6	6	39
Sudeste	1	44	30	11	14	0	64	8	11	16
Sul	1	53	25	13	8	1	66	11	15	7
Centro-Oeste	1	48	23	7	22	4	54	12	5	24

Fonte: PNAD 1998. Tabulações Especiais Nepo/Unicamp.

Em resumo, as informações até aqui apresentadas para o país permitem constatar uma posição altamente desvantajosa das crianças menores de um ano negras, quando comparadas com as brancas no que se refere a:

- níveis superiores de mortalidade infantil;
- a tendência histórica que mostra um aumento no diferencial na mortalidade de menores de um ano declarados como negros e brancos;
- diferenças raciais na composição da mortalidade infantil por idade, com aumento relativo nas idades mais avançadas para as crianças negras;
- diferenças raciais na composição da mortalidade infantil, segundo os grandes capítulos de causas de morte, e as causas classificadas como evitáveis e não evitáveis;
- cobertura desigual por raça/cor nos planos de saúde;
- diferenças no tipo de serviços de saúde a que as crianças negras e brancas têm acesso.

O caso do estado de São Paulo

Em pesquisas desenvolvidas anteriormente pela autora (Cunha, 2001) foram trabalhadas informações provenientes das estatísticas vitais coletadas pelo registro civil, correspondentes ao estado de São Paulo, para os anos 1997 e 1998. Nesta pesquisa foram encontradas diferenças raciais em algumas características de nascimentos e óbitos de menores de um ano que sugerem de alguma forma, tanto o impacto da condição

socioeconômica do negro, como a existência de outras especificidades desse grupo, além do simples fato de serem, em grande maioria, pobres.

Neste projeto foi realizada uma série de exercícios, considerando a mesma unidade de análise, escolhida mais uma vez por ter reconhecida a qualidade das informações das suas bases de dados em saúde. Desta vez foram utilizados os bancos correspondentes aos nascidos vivos e óbitos de menores de um ano, para o ano de 2000.

Tanto as considerações feitas anteriormente como as análises atuais, reforçam os achados que são enumerados a seguir:

- maior proporção de nascimentos de negros com menor número de consultas pré-natal, apontando para a dificuldade de acesso a serviços de saúde durante o período gravídico;
- maior proporção de partos vaginais entre os negros, relacionado com condições socioeconômicas;
- maior proporção de nascimentos de negros com mães sem ou com baixa instrução, revelando as condições desvantajosas em que se encontram as mulheres negras na sociedade;
- maior proporção de óbitos infantis de negros provocados por doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias, ou seja, causas exógenas, sinalizando tanto diferenciais nos números de mortalidade como das condições socioeconômicas entre brancos e negros;
- maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica, apontando mais uma vez para as condições socioeconômicas e dificuldades de acesso a serviços;
- escores inferiores para as crianças negras no APGAR 1;
- maior percentagem de crianças negras com baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas como diabetes e hipertensão, não controladas durante a gravidez por menor acesso ou pela pior qualidade dos serviços de saúde de que as mães desse grupo utilizam;
- maior proporção de nascimentos de negros de mães multíparas, apontando para diferenciais de fecundidade.

4. Referências bibliográficas

- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. Monteiro C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil. A Evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: Hucitec, 1995.
- BLACKMORE, C. A. et al. Is race a risk factor or a risk marker for preterm delivery? **Ethn Diseases**, v.3, n.4, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CUNHA, E. M. G. P. Raça: aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? In: BARATA, R. B. et al (Orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. (Série Epidemiológica, n. 1)
- _____. **Mortalidade e raça: mais uma evidência da discriminação.** São Paulo: SBPC, 1996.
- _____. **Mortalidad y raza: la desigualdad revelada.** México, 1996.
- _____. **Raça: um aspecto de iniquidade esquecido no Brasil?** Salvador, 1995.
- _____. Mortalidade infantil segundo cor: os resultados da PNAD 84 para o Nordeste. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994, Caxambu. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEP, 1994.
- _____. Desiguais perante a morte. In: CEBRAP. **Desigualdade racial no Brasil contemporâneo.** Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1991.
- _____. **Mortalidade infantil por cor no Estado de São Paulo.** Projeto: demografia do negro no Estado de São Paulo. Campinas: Unicamp, 1990. (Relatório Final)
- DIEESE. **Boletim DIEESE,** São Paulo, Edição Especial, nov. 2000.
- FRANCO, L. J. Diabetes Mellitus. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 4)
- _____. **Síntese de indicadores sociais.** Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
- HAMVAS, A.; MALLINCKRODT, E. Disparate outcomes for very low birth weight infants: genetics, environment, or both? **Journal of Pediatric**, v.136, 2000.
- OLIVEIRA, F. **O Recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras.** Rio de Janeiro: Fundação Ford; Fiocruz, 1999. (No prelo)

ORTIZ, L. P.; SANTOS, J. L. F. A Mortalidade Infantil segundo causas evitáveis: instrumento de avaliação de ações de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Abep, 1996.

PAIXÃO, M. **Brasil 2000: novos marcos para as relações sociais**. Rio de Janeiro: Fase, 2000. (Meio Magnético)

_____. Desenvolvimento humano e as desigualdades étnicas no Brasil: um retrato de final de século. **Proposta**, n. 86, set./nov. 2000.

SANT'ANNA, W. **Desigualdades étnico/raciais e de gênero no Brasil: as revelações possíveis dos índices de desenvolvimento humano e índice de desenvolvimento ajustado ao gênero**. Rio de Janeiro, out.2000. (mimeo)

ZAGO, M. A. Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Anemia falciforme e doenças falciformes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Problemas de saúde das populações negras no Brasil. O papel da anemia falciforme e de outras doenças de natureza genética. In: **Mesa redonda sobre a saúde da população negra**. Brasília, abr.1996. (paper)

_____. Quadro mundial das enfermidades e doenças consideradas genéticas. **Cadernos de Pesquisa CEBRAP**, São Paulo, n.2, 1994.

Mortalidade da população negra adulta no Brasil

Luís Eduardo Batista – Sociólogo, Mestre e Doutor em Sociologia pela Universidade Estadual de São Paulo (UNESP). Pesquisador Científico do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Membro do Núcleo Negro da Unesp para Pesquisas e Extensão (Nupe/Unesp). Membro do Conselho Estadual de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo.

Anna Volochko – Médica, Mestre em Saúde Pública. Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira – Demógrafo, Doutor em Demografia, Pesquisador da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fseade/SP).

Vanessa Martins – Fisioterapeuta. Assistente Técnica de Pesquisa do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

1. Introdução

A epidemiologia, campo de conhecimento sobre as causas das doenças, pode ser categorizada em correntes distintas, cada qual com teorias e práticas preventivas e curativas predominantes (Susser & Susser, 1996). Essas correntes podem co-existir ou não, no tempo e refletem posturas político-ideológicas.

A primeira corrente, baseada na “teoria dos miasmas”, coletava estatísticas sanitárias e predominou entre estudiosos dos séculos 18 e 19. Atribuía às doenças as condições de vida (Villermé, 1840) e meio ambiente e preconizava a identificação de seus determinantes sociais, sobretudo os associados à pobreza (Snow, 1864), nutrição (Casal, 1762) e ao trabalho (Farr, 1864). Enfatizava a necessidade de instituir políticas públicas de habitação, nutrição, trabalho e ações sanitárias pelo Estado para operar mudanças nas condições de vida.

A “teoria do germe” fundamenta a maioria das pesquisas e ações do último quarto do século 19 a meados do século 20. É a era das infecções causadas pelos “socialmente neutros” micróbios. A promoção, prevenção e terapia dirigem-se mais

ao agente etiológico e menos às condições de vida e meio ambiente. Pesquisam-se vacinas, micróbios, técnicas de assepsia, antibióticos (Susser & Susser, 1996). Esta vertente conduz ao reducionismo laboratorial e ao paradigma da monocausalidade, atribuindo a um germe todas as manifestações da doença. Predomina a concepção mecânica da relação causa-efeito, transposta às demais doenças. A saúde pública atua pelo controle dos agentes infecciosos e da redução da probabilidade de adoecer.

A potencial resolução das infecções por meio de quarentena, imunização ou antibióticos permitiu a emergência das doenças crônicas e do “paradigma da caixa-preta”. A epidemiologia, desvestida de uma hipótese causal, desenvolve complexos métodos e técnicas estatísticas para identificar associações entre distribuição de fatores de risco e doenças na população. Predomina a concepção da rede causal e da interação de múltiplos fatores, entre os quais comportamentos individuais. O foco da análise continua no indivíduo, o contexto se perde. A incapacidade de articular conceitualmente a distribuição das doenças às desigualdades sociais ocasiona varreduras indiscriminadas de associações estatísticas sem poder explicativo – a caixa-preta (Susser & Susser, 1996). No plano da ação, além da cobertura diagnóstica com exames laboratoriais e terapêutica com drogas principais, coadjuvantes, inibidoras de efeitos colaterais, retoma-se a exortação a comportamentos individuais saudáveis e seguros pelas campanhas educativas.

Um novo velho paradigma se fortalece baseado nos avanços da pesquisa genética – busca-se a explicação da suscetibilidade individual no recôndito dos genes, é a decodificação da caixa-preta. Certamente seu potencial terapêutico advirá dos progressos da engenharia genética. A discussão a ser colocada, então, será sobre o acesso individual ou populacional às técnicas de manipulação genética.

Às correntes positivista e fenomenológica, a Epidemiologia Social contrapõe concepções dialéticas e estruturalistas. No plano conceitual, estabelece níveis hierárquicos de determinação e desenvolve métodos de estudo do processo saúde-doença a partir da causalidade social historicamente específica de cada sociedade ou grupo social. Seus fundamentos conceituais e metodológicos são politicamente engajados e se pretendem instrumentos de mudanças sociais (Breilh, 1987).

O desafio é estudar como o contexto socioeconômico molda os padrões de saúde e doença determinados pelas condições de vida. No plano geral, a reprodução social das condições de vida é coerente com a lógica da acumulação capitalista. Em seu interior, formas particulares e multidimensionais de reprodução refletem relações específicas entre grupos sociais na produção e trabalho, consumo individual e coletivo (mediados pelo mercado e políticas redistributivas do estado), relação com o território e relações políticas, culturais e ideológicas incluindo o processo biopsíquico humano (Laurell, 1982).

Castellanos (1997) defende o resgate do diagnóstico de saúde e da formulação de políticas públicas a partir do reconhecimento das desigualdades entre grupos sociais e aponta a ecologia como principal método de estudo e intervenção. O diagnóstico deve focalizar necessidades (determinadas pelas condições de vida), problemas (expressão das necessidades) hierarquizados e respostas sociais de enfrentamento. Saúde e doença não são manifestações biológicas individuais de processos sociais, mas “fenômenos que expressam a reprodução social no plano individual e coletivo (biológico, econômico, social e nas formas de consciência e conduta)”.

Essas concepções vêm encontrando eco na literatura internacional (Susser & Susser, 1996, Shy, 1997) e, apesar das diferenças teórico-metodológicas, de análise e forma de operacionalização, têm a perspectiva comum de que saúde e doença são determinadas por componentes dos processos de produção e reprodução sociais que geram desigualdades no trabalho, consumo, necessidades e diagnóstico de problemas de saúde, moldando disparidades nas condições de vida, nas situações de saúde, nos perfis de doença, nas modalidades de recuperação e, conseqüentemente, na morte.

O conceito e modelo de vulnerabilidade proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993) e desenvolvido no Brasil por Ayres et al. (1999) no contexto na epidemia da aids é um exemplo de operacionalização das concepções da Epidemiologia Crítica e serve como marco referencial deste trabalho de análise da mortalidade por raça/cor.

Saúde e raça/etnia no Brasil

No Brasil, são poucas as pesquisas sobre saúde e raça/etnia. Uma das razões decorre do fato de o quesito cor, como indicador de raça/etnia, estar ausente da maioria dos documentos e dados de saúde, impossibilitando seu uso enquanto variável de análise. Embora a Lei nº 6.015 de 31/12/1973 determine que os assentos de óbito e nascimento devam conter raça/cor entre outras informações, seu registro de fato nem sempre ocorre.

O Ministério da Saúde incluiu raça/cor como quesito obrigatório das declarações de óbito a partir de 1996, mas o dado ainda apresenta importante proporção de ignorados. Nenhum dos demais registros do SUS, morbidade hospitalar, ambulatorial, de doenças de notificação compulsória registram cor, embora os prontuários médicos a anotem.

Quanto à mortalidade da população negra, os estudos existentes indicam maior vulnerabilidade a mortes por doenças cardiovasculares, causas externas (Barbosa, 1998; Batista 2002); mortalidade infantil (Cunha, 2001) e materna (Martins e Tanaka, 2000) e por HIV/aids entre mulheres (Werneck, 2001). Cunha (1994, 1997, 2001, 2002) mos-

tra que a mortalidade infantil no Brasil é sempre maior para filhos de mães negras e, embora em queda, diminui mais entre brancos, aumentando a diferença inter-racial.

Bento (1996) busca onexo causal entre leucopenias de trabalhadores, em particular negros, e insalubridade no processo de trabalho por exposição ao benzeno. Em geral, essas leucopenias têm sido atribuídas, em ações trabalhistas, a fatores genéticos.

Barbosa (1998, 2001) calculou os anos potenciais de vida perdidos e mostra que a mortalidade de homens e mulheres negros é mais precoce que a dos brancos. A mulher branca é quem menos anos de vida potenciais perde seguida pelo homem branco e mulher negra. O homem negro é o que mais cedo morre.

Batista (2002) mostra que, no estado de São Paulo, a taxa de mortalidade dos pretos é maior para tuberculose, alcoolismo, hipertensão, doença cerebrovascular, diabetes, causas mal definidas e externas. A mortalidade dos brancos é maior apenas para câncer.

Segundo Martins (2001), em 1993 o risco de morte materna para as mulheres pretas no Paraná foi 7,4 vezes maior do que o das mulheres brancas.

Os estudos citados são, todavia, localizados e fragmentários, apontando a necessidade de estudos mais globais. Faltam estudos comparativos mais aprofundados e mais amplos quanto às causas e sua distribuição por raça/cor, sexo. Há também carência de pesquisas sobre diferenciais de acesso e qualidade nos serviços de saúde.

A produção internacional, especialmente norte-americana, tem avançado em formulações teórico-metodológicas sobre a influência que as desigualdades raciais no seio da sociedade têm na determinação das condições de vida e saúde dos grupos étnicos da população. Abrimos aqui parênteses para mencionar a polêmica em torno da crítica de imperialismo cultural que Bourdieu e Wacquant (2002) atribuem à produção intelectual americana, em especial nos estudos de raça e gênero, colocação que suscitou diversas intervenções. (Sansone, 2002; Costa, 2002; French, 2002; Hanchard, 2002; Pinho e Figueiredo, 2002).

Uma breve seleção de estudos apontam diferenças na mortalidade, na prevalência ou incidência de doenças por raça/cor – maior magnitude e gravidade da esclerose sistêmica entre não brancos (Nietert et al. 2001); aumento generalizado da mortalidade por câncer de pulmão; queda de câncer colo-retal entre brancos e crescimento entre negros; leve aumento do câncer prostático entre brancos e aumento dramático entre negros. O câncer de mama se estabilizou entre as brancas, mas cresceu consideravelmente em relação às negras; enquanto o câncer uterino diminui. O câncer de ovário, porém, aumentou nos dois grupos (Piffath, et. al. 2001).

Quenan & Remington (2000) mostram que o diferencial de mortes por diabetes cresceu muito na última década, especialmente entre negras. Howard et al. (2000) estudaram a diferença racial na mortalidade atribuível à situação socioeconômica. Desde 1940, a mortalidade materna das negras permanece três a quatro vezes maior que a das brancas (Chang et al. 2003). O risco relativo de morte por hemorragia cerebral é quatro vezes maior em negros de 45 a 59 anos que em brancos de mesma idade (Morgenster Spears, 1997).

Outra vertente de estudos examina diferenças no tratamento recebido por pacientes dos vários grupos étnico-raciais para as mesmas patologias, evidenciando que, além das diferenças de acesso aos serviços de saúde, a acessibilidade a serviços de qualidade também é distinta. Apesar dos protestos de colegas médicos (“Será que não tratamos só porque é preto?”) este pode ser o caso. Pacientes negros com insuficiência cardíaca congestiva recebem com mais frequência terapias conservadoras que os brancos e o uso de procedimentos e especialistas é menor em mulheres que homens, com piores resultados em negros e mulheres (Philbin & DiSalvo, 1998; Ayanian et al. 1993; Schulman et al. 1999). Pacientes com insuficiência renal crônica por doença falciforme têm menos chance de entrar na lista e receber transplante renal, embora a maior mortalidade desapareça ao se controlar sua baixa taxa de transplante (Abbott et al. 2002).

Assim, os serviços de saúde, voluntariamente ou não, contribuem para a reprodução da desigualdade na saúde. Evidências empíricas revelam que tal fato independe da situação socioeconômica do negro e apontam para a existência de racismo institucional, fenômeno que resulta do conjunto estabelecido de políticas, normas de procedimentos e comportamento dos membros das instituições (van Ryn & Fu, 2003).

Uma terceira vertente de trabalhos busca construir um marco conceitual das relações entre saúde e raça/etnia. Williams (1997), sintonizado com os preceitos da epidemiologia social, cria um modelo de rede de determinações multicausais hierarquizadas, desde determinantes fundamentais (estrutura econômica, política e jurídica; condições históricas e instituições socioculturais que configuram racismo), contexto social (situação socioeconômica, raça, gênero, idade, situação marital), causas imediatas (práticas de saúde, estresse, recursos psicossociais e assistência médica), processos biológicos (sistema nervoso central, endócrino, metabólico, imunológico, cardiovascular) e situação de saúde (morbimortalidade, incapacidade e saúde mental). Baseados nesse modelo conceitual, diversos autores exploram questões particulares como Ren et al. (1999), sobre interconexões entre discriminação e situação socioeconômica, e van Ryn & Fu (2003), sobre comportamento do provedor de serviços sociais e de saúde e seu papel na reprodução do racismo institucional.

O presente trabalho busca contribuir, dentro da perspectiva da epidemiologia crítica, para um conhecimento mais aprofundado do processo saúde-doença na

sociedade brasileira pelo diagnóstico das desigualdades na mortalidade de homens e mulheres adultos, negros e brancos, nas diversas regiões do país.

2. Objetivos

O objetivo do estudo é investigar o perfil da mortalidade das mulheres e homens negros no Brasil, na perspectiva de gênero e raça, buscando contribuir para:

- identificar o perfil da mortalidade por cor e sexo no ano de 2000;
- identificar as desigualdades raciais na mortalidade específica nas regiões;
- identificar falhas na qualidade do registro de dados de mortalidade por região;
- elaborar propostas de melhoria da qualidade de registro dos dados de mortalidade;
- elaborar propostas para monitorar a situação de saúde das mulheres e homens negros usuários do Sistema Único de Saúde;
- apontar as lacunas de conhecimento nos estudos de morbimortalidade e necessidade de pesquisas sobre eventos sentinela e políticas específicas;
- elaborar subsídios para programas de combate e prevenção do racismo institucional.

O trabalho apresenta um diagnóstico da mortalidade das mulheres e homens negros no Brasil, aponta alguns desafios para o SUS e faz recomendações a gestores, profissionais e ao sistema de saúde.

3. Metodologia

O estudo da mortalidade por regiões utilizou como fonte o CD-ROM com o banco de dados sobre óbitos no país do Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM - Datasus-MS) para 2000 em Tabwin. As causas de morte por categorias de três caracteres da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, CID-10 (OPS/OMS et al. 2003) por grupo de idade, sexo e raça/cor, foram analisadas a partir de tabulações especiais da Fundação Seade. Os autores realizaram as tabulações por capítulos bem como os

cálculos das taxas de mortalidade específicas por sexo, raça/cor e causas e também das relações de taxas.

A mortalidade de adultos (10-64 anos) de homens e mulheres para Brasil e Grandes Regiões (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul) foi estudada por cor, como definida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – pretos, pardos, brancos, amarelos, indígenas e cor ignorada. As tabelas, gráficos e quadros serão mostrados segundo as variáveis pretos, pardos, negros (soma de pretos e pardos) e brancos.

Embora a associação e categorias não seja recomendável por se referir a dimensões diversas dos fenômenos, isto será aqui feito para atender à demanda do movimento negro que fundiu as categorias preto mais pardo na categoria negro. Apesar da potencial utilidade dessa categoria enquanto indicador de identidade étnica e racial, tal utilidade ainda não foi estabelecida por estudos mais aprofundados e sistemáticos. Em estudos de população e mortalidade a categoria negro é de utilidade discutível, sendo mais adequado o uso das categorias de cor do IBGE desagregadas, como mostrará a análise da mortalidade regional.

Citando Sergio Costa (2002):

Válida e mesmo imprescindível no âmbito do estudo das desigualdades raciais, a categoria raça, quando transformada em instrumento geral de análise e desiderato normativo, leva a uma compreensão incompleta da formação nacional brasileira, a uma visão objetivista das relações sociais e à redução das identidades sociais a sua dimensão político-instrumental.

O perfil da mortalidade será descrito pela taxa de mortalidade específica por capítulos da CID por sexo, raça, cor e região e, a seguir, pela mortalidade específica de três a cinco principais causas por capítulo buscando relações com vulnerabilidade individual, social e política das populações. A desigualdade na mortalidade será medida pela razão da taxa específica de pretos, pardos e negros sobre a taxa específica de mortalidade de brancos, calculadas pelo número de óbitos por causa e raça/cor específicos, divididos pela população de raça/cor específica, multiplicado por 100 mil da população da raça/cor específica, segundo a fórmula abaixo

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por causa, raça/cor, sexo, idade, região}}{\text{População por raça/cor, sexo, idade, região} \times 100.000}$$

No cálculo das taxas utilizaram-se dados de população por idade, raça/cor, sexo e região do Censo de 2000, tabulados pela Fundação Seade para Brasil e Grandes Regiões.

Dado o pequeno número de mortes por Doenças dos Olhos e Anexos (Cap. VII) – 4 e do Ouvido e da Apófise Mastóide (Cap VIII) – 35 casos, estes foram excluídos do total.

3.1. Limitações metodológicas

3.1.1. Problemas com o banco de dados

O Tabwin é um grande avanço na manipulação de dados pelo gestor local para diagnóstico de saúde do município, porém sua formatação impede tabulações complexas e exportar dados para outros programas requer profissional experiente. Tabulações com mais de duas variáveis não são feitas. Para gerar uma tabela de mortalidade por causa, raça/cor, sexo, idade e região é necessário rodar cinco tabelas em Tabwin e depois montar no Excel tabela única, tornando o processo lento e trabalhoso.

3.1.2. Cobertura dos óbitos registrados

Antes de avaliar a qualidade dos dados é preciso lembrar que a cobertura do registro de óbito varia muito por estado ver (quadro 1). Embora a cobertura no país seja satisfatória (Parâmetros de Centro Latino-americano de Demografia; Jasper_Faijer e Orellana, 1994)¹, a desagregação mostra que no Norte, três dos sete estados têm cobertura deficiente e os demais, regular; no Nordeste, dos nove estados, somente dois têm cobertura regular e nos sete restantes é deficiente.

No Pará e Tocantins, a cobertura do registro de óbitos não alcança dois terços e no Nordeste, só Pernambuco, Alagoas e Sergipe registram mais de dois terços da cobertura das mortes nos estados. Mais de 60% das mortes ocorridas no Maranhão e Piauí não são registradas. No Brasil, todos os estados do Norte e Nordeste possuem cobertura abaixo da satisfatória.

As implicações são que os dados do Norte e Nordeste têm baixa confiabilidade. As taxas de mortalidade podem ser mais elevadas e pode haver distorção de seu perfil. Se o SUS planeja a saúde baseado em estatísticas vitais, as prioridades e o planejamento das ações em saúde no Norte e Nordeste podem estar distorcidas. Isto aponta para uma das primeiras prioridades do SUS: estabelecer cronogramas de melhoria do sistema de registro de óbitos nessas regiões. Para alguns estados, como Rondônia, Roraima e Sergipe, falta pouco para atingir a cobertura satisfatória de 80%, mas para outros, como Maranhão, Piauí e Paraíba, falta muito para que se registre sequer a metade dos óbitos (Paes e Albuquerque, 1999).

Paes (1996) mostra que o sub-registro é maior para mulheres. Será que também varia por cor? É legítimo suspeitar que o sub-registro seja maior nos grupos sociais menos privilegiados, o que incluiria grupos não brancos.

1. O Celade considera satisfatória a cobertura de 80% a 90% dos óbitos.

Quadro 1. Cobertura dos registros de óbitos e classificação (Celade) por estado, Brasil, 1998

Residência	Cobertura	Classificação
	Registro	%
Total	81,67	Satisfatório
Norte		
Rondônia	77,74	Regular
Acre	73,84	Regular
Amazonas	64,98	Deficiente
Roraima	75,88	Regular
Pará	62,38	Deficiente
Norte		
Amapá	70,49	Regular
Tocantins	60,50	Deficiente
Nordeste		
Maranhão	37,43	Deficiente
Piauí	39,74	Deficiente
Ceará	56,67	Deficiente
Rio Grande Norte	58,19	Deficiente
Paraíba	45,96	Deficiente
Pernambuco	73,53	Regular
Alagoas	69,57	Deficiente
Sergipe	78,16	Regular
Bahia	62,66	Deficiente
Sudeste		
Minas Gerais	86,91	Satisfatória
Espírito Santo	97,28	Boa
Rio de Janeiro	97,70	Boa
São Paulo	96,78	Boa
Sul		
Paraná	96,63	Boa
Santa Catarina	94,35	Boa
Rio Grande do Sul	101,75	Boa
Centro-Oeste		
Mato Grosso Sul	95,33	Boa
Mato Grosso	81,31	Satisfatória
Goiás	86,27	Satisfatória
Distrito Federal	81,57	Satisfatória

Fonte: Paes e Albuquerque, 1999.

Avaliamos a qualidade dos registros de óbito tecendo, inicialmente, considerações metodológicas sobre a variável cor e a seguir sobre a qualidade do registro das causas.

3.1.3. Limitações da variável cor enquanto indicador de pertencimento étnico-racial

Para a biologia não há raças humanas, ou seja, é impossível definir geneticamente raças humanas que correspondam às fronteiras erguidas pela noção nativa de raça, isto é, a construção de raças baseada em traços fisionômicos, feno ou genotípicos não tem respaldo científico (Appiah, 1997).

O mercantilismo homogeneizou a diversidade étnica africana no conceito de raça negra, abstração fundada em características fenotípicas tidas como válidas na classificação e subordinação de seres humanos. A representação de raça negra é ideologicamente comprometida, apresenta o africano como inferior, atrasado e ímpio, justificando religiosa e moralmente o imperialismo e escravagismo europeu (Barbosa, 1998).

No Brasil, o termo raça é um conceito nativo (categoria com sentido prático em contexto ou dado momento histórico) que denota categoria de posição social, formado pela escravidão de povos provenientes de Moçambique, Congo, Zaire, Angola, Nigéria, Niger e Golfo de Benin. No Brasil os escravizados – os africanos ou negros – ocupavam na sociedade o lugar de escravos. A raça usada para designar posição nas relações de trabalho configura, desde o início, sua estreita relação com a mais baixa posição social.

Em dado momento histórico, o conceito de raça foi substituído pelo de cor. “A classificação por cor é orientada pela idéia de raça, ou seja, a classificação das pessoas por cor é orientada por um discurso sobre qualidades, atitudes e essências transmitidas por sangue, que remontam a uma origem ancestral comum numa das “subespécies humanas” (Guimarães, 1999, Id. 2003), ou seja, mudou-se o “rótulo” mas a essência discriminatória permaneceu.

A cor da pele é dada pela concentração de células pigmentadas com melanina presentes na epiderme. É geneticamente determinada, mas muito sensível à influência do meio ambiente. Por outro lado, já na terceira geração, filhos de mestiços podem apresentar fenótipo da raça branca (Skidmore, 1976, citado por Bernardino, 2002).

3.1.3.1. Limitações intrínsecas ao indicador cor

As limitações da variável cor são de diversas naturezas e certamente serão necessários mais estudos para avaliar sua sensibilidade e especificidade.

a) Limitações do indicador cor quanto a sua sensibilidade

A cor da pele é certamente um indicador frágil e instável de pertencimento étnico-racial. É provável que sua sensibilidade seja baixa, isto é, sua capacidade de diferenciar verdadeiramente o afrodescendente do descendente de europeus; de um mestiço de qualquer das miscigenações possíveis seja pequena e, no momento, de magnitude desconhecida.

- Variabilidade da cor da pele

A cor da pele de uma pessoa varia segundo a influência da exposição ao sol ou de doenças. Um branco exposto ao sol do Norte ou Nordeste do país, por período prolongado, adquire tons amorenados de intensidade variável, podendo ser classificado como pardo. Pessoas com anemia, câncer ou insuficiência renal ficam pálidas e essas condições podem transformar pardos, amarelos ou indígenas em brancos, enquanto que afecções hepáticas podem transformar brancos em amarelos ou pardos.

- Subjetividade da heteroclassificação

Não se conhecem estudos no Brasil, mas estudos americanos mostram que a classificação da cor/etnia de um falecido pelos provedores de serviços de saúde é influenciada pela causa. Assim, nos óbitos por causas de morte socialmente estigmatizadas como alcoolismo, violência, aids e outras, é mais freqüente a classificação errônea do falecido como pertencente a minorias étnicas (afro-americano, latino ou indígena). Por outro lado, na ausência de critérios objetivos de intensidade de melanócitos na pele há grande variação individual no entendimento de quem é branco, pardo, preto, amarelo ou indígena. É possível que o grau de discordância interobservador sobre cor da pele seja grande.

- Subjetividade da autoclassificação

Em geral, pele branca é associada no imaginário coletivo como portadora de direitos e privilégios exclusivos e há uma tendência ideológica generalizada de embranquecimento. Matéria do jornal Folha de São Paulo (2004) mostra dados da Associação Internacional de Informações sobre Despigmatação Artificial (AIIDA – ONG do Senegal, França e Mali) onde respectivamente 67%, 58% e 25% das mulheres no Senegal, Togo e Mali despigmentam a pele com “khessal” porque os homens preferem mulheres brancas. No Brasil, pesquisas informais realizadas por ONGs indicam que boa proporção de pardos e pretos se autoclassifica como brancos e pardos, respectivamente

(Barbosa, 1998). A conseqüência dessa situação é a redução artificial da população preta e conseqüente aumento das taxas de mortalidade e paralelo aumento artificial das populações pardas e brancas e redução de suas taxas de mortalidade.

- Mistura de auto e heteroreferência

Como a metodologia da coleta da informação de cor na população é por auto-referência e nos dados de óbitos por heteroreferência há uma somatória de erros intra-observador e interobservador de natureza ainda desconhecida.

b) Limitações do indicador cor quanto à sua especificidade

Também a especificidade da cor como indicador étnico-racial, isto é, seu poder de discriminar falsos negativos, é desconhecida, mas suspeita-se que seja baixa. Isto porque o grupo de cor parda é heterogêneo e pode conter várias miscigenações e etnias. – mulatos, cafuzos, mamelucos, caboclos, europeus, latinos, indígenas.

3.13.2. Limitações extrínsecas

As limitações extrínsecas da variável decorrem da falta de seu preenchimento nos documentos do Censo e da declaração de óbitos, que figura como ignorada. Tabela 1 e 2.

Tabela 1. Distribuição da população por sexo e raça/cor (%). Brasil e regiões, 2000

	Branco		Pretos		Pardos		Amind		Ign		Total		Pop Geral
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Brasil	25,80	27,95	3,23	2,98	19,40	19,05	0,43	0,45	0,35	0,36	49,21	50,79	169.872.726
Norte	13,45	14,56	2,82	2,15	32,80	31,17	0,96	0,92	0,60	0,57	50,63	49,37	12.911.047
Nordeste	15,39	17,55	4,02	3,68	28,97	29,04	0,24	0,26	0,42	0,43	49,04	50,96	47.782.361
Centro-Oeste	24,07	25,65	2,51	2,11	22,28	21,40	0,64	0,65	0,34	0,34	49,85	50,15	11.638.536
Sudeste	29,90	32,45	3,35	3,21	14,89	14,61	0,45	0,48	0,33	0,32	48,27	51,73	72.430.073
Sul	40,90	42,69	1,93	1,82	5,98	5,50	0,38	0,38	0,20	0,21	49,39	50,61	25.110.228

Fonte: Dados do Censo de 2.000. FIBGE.

Embora seja pequena, a proporção de população de raça/cor desconhecida é maior que a de idade ignorada. No Censo, a qualidade do dado é menor no Norte e Nordeste que no Sul e Sudeste. Para ambos os sexos, a cor ignorada é três vezes maior no Norte que no Sul. Mas esse é um erro aceitável e os dados do Censo podem ser considerados muito bons.

Tabela 2. Porcentagem de óbitos por raça/cor e unidade da federação.
Brasil, 2000

	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorada
Residência	%	%	%	%	%	%
Total	52,72	6,55	1,10	23,49	0,24	15,90
Norte	22,18	4,67	0,44	53,04	1,33	18,35
Rondônia	36,34	4,93	0,45	33,42	0,16	24,71
Acre	21,52	3,39	0,58	43,08	0,70	30,72
Amazonas	20,78	2,16	0,54	68,07	2,23	6,22
Roraima	20,54	2,93	0,30	47,25	16,85	12,11
Pará	18,62	5,28	0,30	50,97	0,49	24,34
Amapá	9,37	2,02	0,18	74,61	0,30	13,52
Tocantins	30,76	9,68	0,89	51,65	0,83	6,19
Nordeste	24,51	6,22	0,50	38,60	0,23	29,95
Maranhão	22,19	11,26	1,15	45,60	0,54	19,26
Piauí	21,10	8,19	1,28	51,79	0,22	17,42
Ceará	26,67	4,63	1,11	34,66	0,16	32,77
Rio Grande Norte	38,45	4,98	0,23	40,65	0,08	15,62
Paraíba	31,52	4,81	0,44	33,07	0,16	29,99
Pernambuco	31,24	4,53	0,23	40,45	0,27	23,29
Alagoas	22,35	3,76	0,22	38,56	0,13	34,97
Sergipe	16,02	3,67	0,26	21,51	0,11	58,43
Bahia	15,39	8,54	0,24	38,74	0,25	36,85
Sudeste	60,98	7,75	1,77	17,93	0,11	11,46
Minas Gerais	46,15	8,06	0,38	21,95	0,10	23,37
Espírito Santo	35,86	7,05	0,23	24,65	0,08	32,13
Rio de Janeiro	54,47	13,66	0,13	23,92	0,03	7,78
São Paulo	71,84	4,93	3,20	13,03	0,15	6,85
Sul	82,51	4,28	0,37	4,89	0,10	7,86
Paraná	79,06	3,24	0,81	7,63	0,13	9,13
Santa Catarina	79,43	2,31	0,12	2,70	0,06	15,39
Rio Grande do Sul	86,64	5,96	0,11	3,55	0,09	3,65
Centro-Oeste	43,75	5,82	0,48	33,87	0,86	15,22
Mato Grosso do Sul	51,70	4,39	0,84	28,18	3,23	11,66
Mato Grosso	39,41	7,98	0,45	44,42	0,66	7,07
Goiás	42,78	5,97	0,36	27,57	0,08	23,24
Distrito Federal	41,92	4,34	0,36	44,12	0,19	9,08

Exploração dos dados do SIM para avaliar proporção de óbitos por raça/cor mostrou grande variação intra e inter-regional nos dados de raça/cor ignorada (tabela 2). No Norte, variou de 6 a 30% (média = 18,3); Nordeste, de 15,6% a 58,4% (29,9); Sudeste, 6,8 a 32,1 (11,5); Sul, 3,6 a 15,4 (7,9) e Centro-Oeste, 7 a 23,2 (15,2). O erro da determinação da cor nos óbitos só é menor que 10% no Sul. Em Sergipe, consta em 58% dos óbitos cor ignorada, mas no Tocantins, 6,1%. O Rio Grande do Sul tem o menor percentual (3,6%).

A magnitude de óbitos com cor ignorada excede em todas as regiões a magnitude dos óbitos dos pretos, dos amarelos e dos indígenas, que podem potencialmente estar sub-registradas em seus respectivos grupos e super-registradas nos de cor ignorada. Isto confere fragilidade a tais dados, que podem aumentar à medida que melhore a qualidade do registro de raça/cor.

No caso dos indígenas, há duas situações distintas: a dos aldeados, sob a tutela da Fundação Nacional do Índio (Funai), e a dos dispersos, os quais se encontram fora das terras demarcadas. No caso dos primeiros, a Funai é a responsável pelo atestado de óbito. É possível que os dados sobre indígenas do SIM decorram dessa fonte, cuja cobertura e qualidade de informação não é conhecida. No caso dos não-aldeados é provável que sua raça/cor não seja declarada e que sejam classificados como pardos ou de cor ignorada. Como a mortalidade indígena não é o foco do presente trabalho, não se buscou o esclarecimento destas dúvidas, mas constituirá o cerne de trabalho futuro.

3.1.4. Qualidade da adscrição da causa

As estatísticas de mortalidade têm sido usadas por epidemiologistas, demógrafos, planejadores e gestores de saúde, bem como por grupos populares de pressão, para avaliar a situação da saúde da população. Em diversos lugares a única fonte de dados epidemiológicos são os registros de mortalidade. Em face da sua importância, é essencial saber a qualidade dos registros e, por outro lado, o conhecimento da natureza das limitações dos dados e o local onde ocorrem permite o cálculo de estimativas e possibilita intervenções para contínua melhoria da cobertura e qualidade. A qualidade dos dados de mortalidade é medida pela proporção do óbitos do Capítulo XVIII – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratórios não Classificados em Outra Parte (Causas mal definidas).

Os óbitos são classificados no capítulo causas mal definidas quando os serviços não conseguem atribuir uma causa básica. Neste sentido, indica a incapacidade do Sistema de Saúde local, regional ou nacional, em atender à demanda por atenção de saúde colocada pela população, e se a causa do óbito é Morte Sem Assistência Médica; também sinaliza sua incapacidade de diagnosticar as doenças que matam a população, por obstáculos de acesso aos serviços de saúde, dificuldades de acessibilidade a diagnósticos e terapias. Assim, as causas mal definidas indicam a qualidade do registro e também a qualidade do SUS.

A proporção de causas mal definidas foi 11,46% no Brasil em 2000, mas ao desagregar os dados por região, sexo e raça/cor verifica-se grande variação (tabela 3).

A maior desigualdade étnico-racial é inter-regional e não intra-regional.

A qualidade do registro e da assistência é pior em homens e mulheres de todos os grupos de cor do Norte e Nordeste quando comparada à do Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

Tabela 3. Proporção de óbitos por causas mal definidas, por sexo, raça/cor e regiões. Brasil, 2000

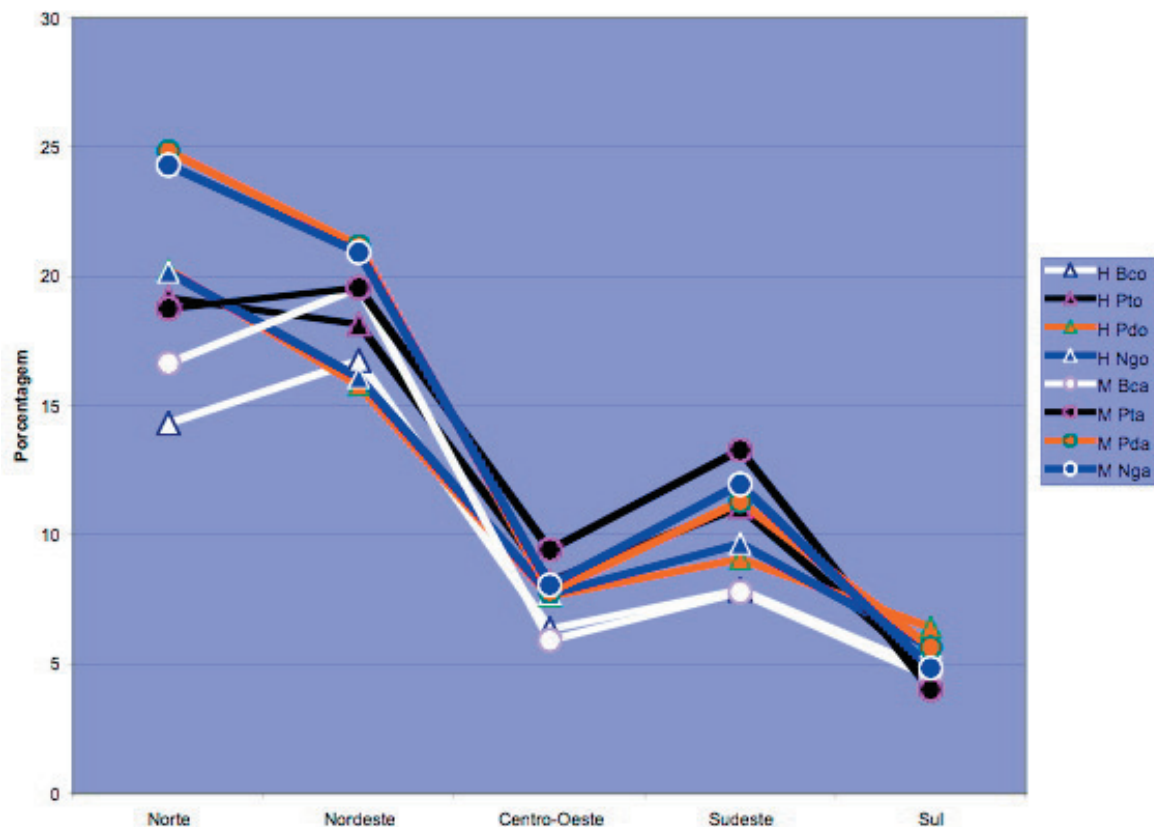
	Masculino				Feminino			
	Branca	Preta	Parda	Negra	Branca	Preta	Parda	Negra
Brasil	8,02	12,46	13,41	12,25	8,36	13,61	15,86	15,31
Norte	14,31	19,17	20,25	20,16	16,63	18,75	24,85	24,30
Nordeste	16,74	18,15	15,78	16,07	19,55	19,56	21,17	20,92
Centro-Oeste	6,37	8,20	7,62	7,70	5,92	9,43	7,80	8,05
Sudeste	7,88	11,08	9,07	9,65	7,79	13,29	11,30	11,95
Sul	4,76	4,70	6,43	5,65	4,52	4,01	5,65	4,85

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde.

A qualidade da assistência em óbitos femininos é pior que nos masculinos. É pior, ainda, para pretos no Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste e pior para pardos no Norte e Sul. Para homens brancos, a pior qualidade ocorre no Nordeste e para os pretos, pardos e negros, no Norte. A melhor qualidade para todos os homens ocorre no Sul. Para mulheres brancas e pretas a pior cobertura é no Nordeste e para as negras, no Norte.

A cobertura de óbitos no Nordeste é a menor do país com estados que não registram nem metade dos óbitos; lá ocorre o maior sub-registro de raça/cor dos atestados e a maior proporção de mortes mal definidas, caracterizando-se como a região de pior situação de saúde e serviços. As mulheres nordestinas têm a maior taxa de óbitos mal definidos do país e, em todas as categorias de cor sua situação é pior que a dos homens. O homem pardo nordestino tem a menor proporção e o preto a maior de mortes mal definidas. Não há diferença entre brancas e pretas quanto aos óbitos por causas mal definidas. Para este grupo a proporção é menor que aquela apresentada para pretas, pardas e negras.

Gráfico 1. Proporção de óbitos por causas mal definidas por sexo e cor.
Grandes Regiões, 2000



No Norte, somente as pretas apresentam menor proporção de mal definidas que os homens. O maior diferencial dá-se entre brancos e pardos. Causas mal definidas somam um quinto dos óbitos masculinos e um quarto dos femininos entre os pardos. A qualidade da assistência é menor em mulheres de todos os grupos e piora, gradativamente, do branco em relação ao preto e do preto em relação ao pardo.

No Sudeste, a proporção de mal definidas é menor em brancos, intermediária em pardos e mais alta em pretos. A desigualdade entre brancos e pretos é maior em mulheres que em homens. A proporção de mal definidas no Sudeste é maior que no Centro-Oeste e bem maior que no Sul, quase o dobro para brancos e brancas e o triplo para pretos e pretas.

No Sul, as causas mal definidas são menores em pretos e em especial nas pretas, intermediária para brancos e maior para pardos. Menor para mulheres que para homens.

É possível que a melhor qualidade dos óbitos masculinos deva se, em parte, à grande proporção de Causas Externas (25%) de fácil identificação/classificação. Parte da pior qualidade dos registros de óbitos femininos deva-se a causas encobertas, como aborto e morte materna, as quais podem estar sendo classificadas como desconhecidas.

Viana et al. (2001) usam as mortes por causas mal definidas para analisar desigualdades em saúde (qualidade da atenção). Neste sentido, mulheres e negros teriam pior qualidade de atenção nos serviços de saúde.

Sintetizando as limitações metodológicas, os dados de mortalidade possuem boa qualidade nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, concentrando 65% da população e 73,5% dos óbitos do país; boa cobertura de registros de óbito e proporção relativamente pequena de óbitos por raça/cor ignorada e causas mal definidas. É provável que a mortalidade dos não brancos aumente à medida que cresça o registro de cor nas declarações de óbitos.

No Norte e Nordeste, a combinação de baixa cobertura, sub-registro, alta proporção de causas mal definidas e cor ignorada tornam os dados pouco confiáveis e generalizações devem ser cautelosas. Os resultados dessas regiões são, provavelmente, aproximações subdimensionadas da realidade. Com a melhoria da qualidade dos registros espera-se que a taxa de mortalidade seja maior que a atual.

As limitações não impedem o estudo dos dados para as respectivas regiões. Ademais, para a intervenção, é essencial a qualificação, em termos de magnitude, localização e perfil das carências do sistema de registros de saúde. Neste sentido, os dados também orientam as prioridades de investigação e ajudam na avaliação do impacto das ações. Não há sistema de saúde de boa qualidade sem registros de boa qualidade. A qualidade dos registros orienta a intervenção no sistema.

Nas tabulações de óbitos por capítulos foram excluídas, devido ao pequeno número de mortes, as Doenças dos Olhos e Anexos (Cap. VII) – quatro mortes – e as Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide (Cap VIII) – 35 mortes. Houve um caso de Afecções do Período Perinatal que foi desconsiderado.

4. Resultados e comentários

Em 2000, 407.694 adultos (10-64 anos) morreram no Brasil, sendo 273.350 homens e 134.344 mulheres. Morreram 197.027 brancos; 33.297 pretos; 116.291 pardos (149.589 negros); 4.617 amarelos e índios e 56.462 pessoas com cor ignorada. Os brancos constituem 53,56% da população e seus óbitos perfizeram 48,33% do total; os pretos compõe 6,54% da população; mas contribuem com 8,17% dos óbitos; os pardos são 38,37% da população e representam 28,52% das mortes; os negros,

44,91% e 36,69%; os amarelos e indígenas, 0,88 e 1,13% e os de raça/cor ignorada, 0,65 e 13,83% respectivamente. O número de óbitos de cor ignorada excede o de pretos, amarelos e índios somados e representa quase metade dos óbitos de pardos. A adscrição correta da cor das mortes certamente traria alterações significantes nas taxas de mortalidade.

Tabela 4. População residente e número absoluto de óbitos de adultos por raça/cor e capítulo (CID-10). Brasil, 2000

	Brasil	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign	Total
Mulheres e homens Adultos (Censo 2000)	68.024.877	8.308.556	48.733.644	57.042.200	1.120.539	827.440	127.015.056.	
Cap I	Doenças infecciosas(A00-B99)	11.662	2.541	6.866	9.407	381	3.660	25.110
Cap II	Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	34.380	3.682	11.559	15.241	750	6.839	57.210
Cap III	Doenças do sangue, etc. (D50-D89)	965	177	583	760	37	418	2.180
Cap IV	Doenças endócrinas, etc. (E00-E07)	8.115	1.601	4.029	5.630	183	2.635	16.563
Cap V	Transtornos mentais (F00-F99)	2.068	534	1.372	1.906	47	638	4.659
Cap VI	Sistema nervoso (G00-G99)	2.780	344	1.243	1.587	71	759	5.197
Cap VII	Doenças dos olhos (H00-H59)	2	1	1	2	0	0	4
Cap VIII	Doenças do ouvido (H60-H96)	17	4	10	14	1	3	35
Cap IX	Aparelho circulatório (I00-I99)	46.746	4.962	22.098	27.060	1.081	13.355	91.740
Cap X	Aparelho respiratório (J00-J99)	12.396	2.017	5951	7.968	275	3.330	23.969
Cap XI	Aparelho digestivo (K00-K93)	12.440	1.870	6.278	8.148	293	3.601	24.482
Cap XII	Doenças da pele (L00-L99)	240	51	151	202	8	105	555
Cap XIII	Aparelho osteomuscular (M00-M99)	690	136	334	470	17	176	3.548
Cap XIV	Aparelho geniturinário (N00-N99)	2.253	425	1.268	1.693	62	877	4.885
Cap XVI	Gravidez, parto, puerpério (O00-99)	630	160	551	711	31	272	1.644
Cap XVII	Malformações (Q00-Q99)	498	50	180	230	2	136	866
Cap XVIII	Sintomas e sinais (R00-R99)	15.800	4.150	15.591	19.741	493	10.693	46.727
Cap XX	Causas externas (V,W,X,Y)	45.344	7.094	38.226	45.320	878	8.965	100.507
Total		197.025	33.296	116.290	149.586	4.617	56.462	407.694

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde.

Embora interessantes, os números absolutos como os da tabela 4 não permitem avaliar a magnitude nos grupos nem compará-los entre si, mas são importantes no dimensionamento do tipo e tamanho dos serviços de saúde necessários para atendê-los.

Com ajuda de dados populacionais constatamos que de cada 100 mil residentes no país, 320 morreram em 2000. Esse dado médio esconde a desigualdade na morte, pois a taxa de mortalidade dos pretos foi 400/100mil, a dos pardos, 238,62/100mil e a dos brancos, 289,64/100mil. Comparando-se a mortalidade de negros e brancos, a dos primeiros (pretos mais pardos) é menor (262,24/100 mil) que a dos brancos (289,64/100mil). A mortalidade dos pretos supera a média nacional, enquanto a dos demais grupos fica aquém da média.

Tabela 5. Proporção da população por raça/cor, taxas de mortalidade por 100.000 hab. e capítulos selecionados (CID-10). Brasil, 2000

		Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign	Tx
Proporção da população geral		53,56%	6,54%	38,37	44,91%	0,88%	0,38%	Total
Cap I	Doenças infecciosas(A00-B99)	17,14	30,58	14,09	16,49	34,00	442,33	19,77
Cap II	Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	50,54	44,32	23,72	26,72	66,93	826,53	45,04
Cap III	Doenças do sangue, etc. (D50-D89)	1,42	2,13	1,20	1,33	3,30	50,52	1,72
Cap IV	Doenças endócrinas, etc. (E00-E07)	11,93	19,27	8,27	9,87	16,33	318,45	13,04
Cap V	Transtornos mentais (F00-F99)	3,04	6,43	2,82	3,34	4,19	77,11	3,67
Cap VI	Sistema nervoso (G00-G99)	4,09	4,14	2,55	2,78	6,34	91,73	4,09
Cap IX	Aparelho circulatório (I00-I99)	68,72	59,72	45,34	47,44	96,47	1614,01	72,23
Cap X	Aparelho respiratório (J00-J99)	18,22	24,28	12,21	13,97	24,54	402,45	18,87
Cap XI	Aparelho digestivo (K00-K93)	18,29	22,51	12,88	14,28	26,15	435,20	19,27
Cap XII	Doenças da pele (L00-L99)	0,35	0,61	0,31	0,35	0,71	12,69	0,44
Cap XIII	Aparelho osteomuscular (M00-M99)	1,01	1,64	0,69	0,82	1,52	21,27	2,79
Cap XIV	Aparelho geniturinário (N00-N99)	3,31	5,12	2,60	2,97	5,53	105,99	3,85
Cap XVI	Gravidez, parto, puerpério (O00-O99)*	0,93	1,93	1,13	1,25	2,77	32,87	1,29
Cap XVII	Malformações (Q00-Q99)	0,73	0,60	0,37	0,40	0,18	16,44	0,68
Cap XVIII	Sintomas e sinais (R00-R99)	23,23	49,95	31,99	34,61	44,00	1292,30	36,79
Cap XX	Causas externas (V,W,X,Y)	66,66	85,38	78,44	79,45	78,36	1083,46	79,13
Total		289,64	400,74	238,62	262,24	412,03	6823,70	320,98

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

Antes de aprofundar a análise das causas de morte, abriremos parênteses para ressaltar dois aspectos do perfil de mortalidade: a mortalidade dos amarelos e indígenas e de cor ignorada. Em cada região serão apresentados dados gerais desses grupos, mas não serão feitas análises aprofundadas já que não constituem o objetivo do presente trabalho.

O grupo constituído pela soma de amarelos (difícil saber as etnias desse grupo, originalmente criado para designar orientais e em especial os japoneses – com o aumento da imigração, de latino-americanos, chineses, coreanos. Indianos, paquistaneses e bangladeshianas estão nesse grupo ou no de pardos?) e indígenas (referem-se aos residentes nos territórios demarcados, aos indígenas e descendentes dispersos na população geral ou a ambos?) apresenta taxa de mortalidade maior que a dos brancos para todas as causas exceto Malformações Congênitas e merece estudo mais detalhado.

* Para a Mortalidade Materna calculou-se nesta tabela a taxa por 100.000 de população geral. Nas tabelas de óbitos femininos serão consideradas as taxas para 100.000 de população feminina de 10 a 49 anos e na discussão da mortalidade materna propriamente dita será usada por 100.000 nascidos vivos.

Os óbitos de raça/cor ignorada são detalhados na tabela 6. A população de raça/cor ignorada é 0,65% mas os óbitos de cor ignorada alcançam 13,85% do total. A proporção varia por capítulo, menor em Doenças do Aparelho Osteomuscular (5%) e maior nas mal definidas (22,9%). Paradoxalmente, cerca de 19% das mortes por Doenças da Pele não citam cor, enquanto as Causas Externas, talvez por serem de responsabilidade dos Institutos Médico-Legais, possuem o menor sub-registro. Dado o descompasso entre população e óbitos por cor ignorada a taxa é altíssima e excede a morte de brancos em todas as causas.

Tabela 6. Proporção de óbitos de raça/cor ignorada no total de óbitos. Taxas de mortalidade e razão de taxa em relação aos brancos. Brasil, 2000

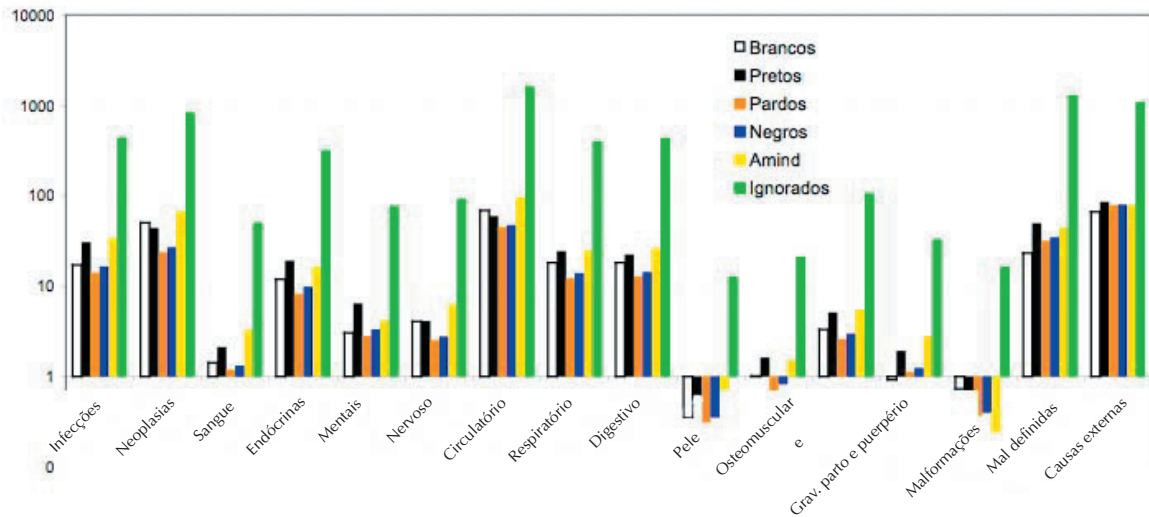
	Brasil	% Cap	% Ign	Tx. 100000	Tx Ign TxB
Cap I	Doenças infecciosas(A00-B99)	14,58	6,48	442,33	25,80
Cap II	Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	11,95	12,11	826,53	16,35
Cap III	Doenças do sangue, etc. (D50-D89)	19,17	0,74	50,52	35,61
Cap IV	Doenças endócrinas, etc. (E00-E07)	15,91	4,67	318,45	26,69
Cap V	Transtornos mentais (F00-F99)	13,69	1,13	77,11	25,36
Cap VI	Sistema nervoso (G00-G99)	14,60	1,34	91,73	22,45
Cap IX	Aparelho circulatório (I00-I99)	14,56	23,65	1614,01	23,49
Cap X	Aparelho respiratório (J00-J99)	13,89	5,90	402,45	22,08
Cap XI	Aparelho digestivo (K00-K93)	14,71	6,38	435,20	23,80
Cap XII	Doenças da pele (L00-L99)	18,92	0,19	12,69	35,97
Cap XIII	Aparelho osteomuscular (M00-M99)	4,96	0,31	21,27	20,97
Cap XIV	Aparelho geniturinário (N00-N99)	17,95	1,55	105,99	32,00
Cap XVI	Gravidez, parto, puerpério (O00-O99)	16,55	0,48	32,87	1,00
Cap XVII	Malformações (Q00-Q99)	15,70	0,24	16,44	22,45
Cap XVIII	Sintomas e sinais (R00-R99)	22,88	18,94	1.292,30	55,64
Cap XX	Causas externas (V,W,X,Y)	8,92	15,88	1.083,46	16,25
	Total	13,85	100,00	6.823,70	23,56

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

A insistência na questão deve-se à facilidade de correção do dado. Estes são óbitos registrados, em que a pessoa passou pelo serviço ou pelo provedor de saúde que o assistiu e preencheu a declaração (que deveria ser preenchida adequadamente). São mortes de adultos, não de recém-nascidos de cor duvidosa. A adscrição da cor é imediata – basta olhar o corpo ou perguntar ao acompanhante. Sua retificação causaria grande impacto na qualidade dos registros e tornaria mais confiáveis os dados sobre desigualdades étnico-raciais na saúde.

A solução é simples – o Datasus centraliza dados sobre óbitos e alocação de recursos aos sistemas locais de saúde. A implantação de cronograma de redução de registros com cor ignorada e seguimento de sua efetivação trará resultados a curto prazo.

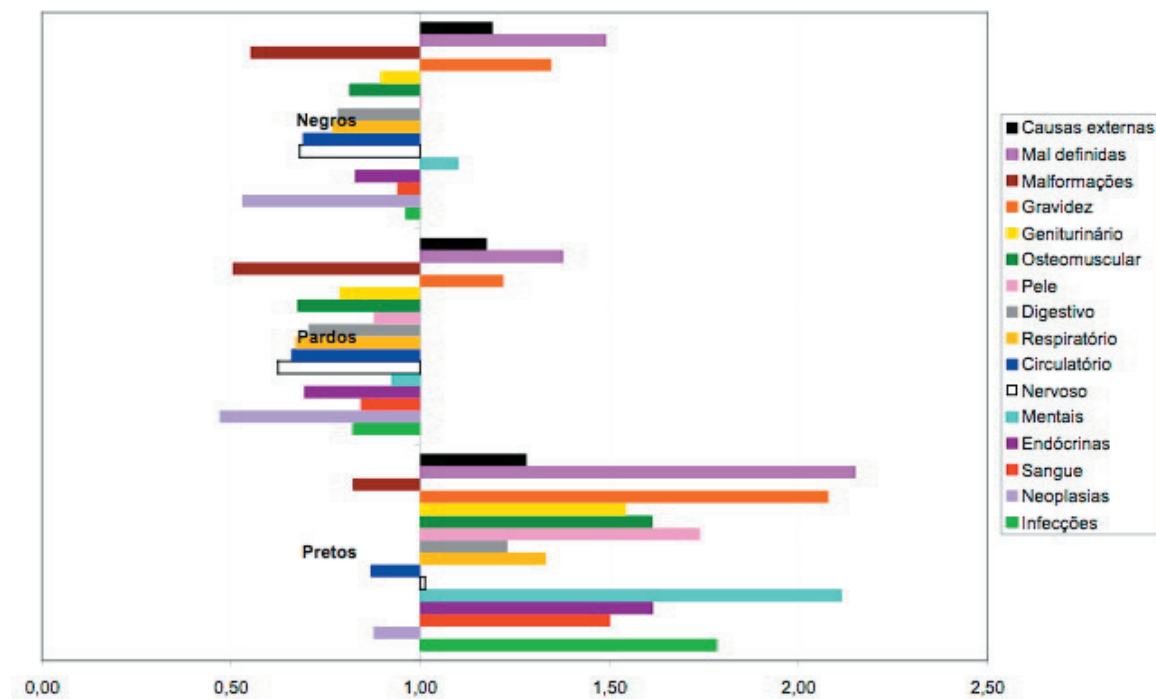
Gráfico 2. Taxa de mortalidade de adultos por raça/cor e capítulos (CID –10). Brasil, 2000



As Causas Externas (24,65%) são a primeira causa de morte no país, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (22,4); neoplasias (14,03); sintomas e sinais mal definidos (11,46); doenças infecciosas e parasitárias (6,16); doenças do aparelho digestivo (6,01); doenças do aparelho respiratório (5,88); doenças endócrinas e nutricionais (4,06); doenças do sistema nervoso (1,27); doenças do aparelho geniturinário (1,2); transtornos mentais (1,14); doenças do aparelho osteomuscular (0,87); doenças do sangue (0,53); malformações congênitas (0,4) e doenças da pele (0,21). Quase um em quatro mortes no país são por causas externas – mais de 100.000 por ano. Mais de um em cinco mortes são devidas às doenças do aparelho circulatório.

O gráfico 2 permite uma melhor visualização dos dados. Sua escala logarítmica indica o impacto da cor na mortalidade, especialmente a de cor ignorada. Mostra também as altas taxas de mortalidade de amarelos e indígenas, a qual excede a dos pretos em todos os capítulos, exceto doenças endócrinas, aparelho osteomuscular, malformações e mal definidas.

Gráfico 3. Relação de taxa de mortalidade de adultos pretos, pardos e negros sobre brancos. Brasil, 2000



O gráfico 3 mostra com detalhes a desigualdade na mortalidade de pretos, pardos e negros em relação à mortalidade de brancos.

A mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos em quase todos os capítulos, exceto neoplasias, doenças do aparelho circulatório e malformações congênitas. É mais do dobro da branca para óbitos por doenças mentais; gravidez, parto e puerpério e causas mal definidas; mais de 50% maior nas infecções, sangue, endócrinas, pele, osteomuscular e geniturinárias e menos de 50% maior nas doenças do sistema nervoso, digestivo, respiratório e causas externas.

É interessante notar que as causas em que a mortalidade dos pretos é bem maior são exatamente aquelas em que a exclusão social e a discriminação racial têm maior peso.

A principal causa de morte no capítulo das doenças mentais, como se verá adiante, é devida ao alcoolismo – que de um lado configura uma estratégia de sobrevivência a realidades insuportáveis e intransponíveis de discriminação e exclusão, e de outro aponta para uma das doenças mais desassistidas da saúde, com a maior carência de serviços e o mais difícil acesso por parte dos socialmente excluídos.

Tanto mortes materna quanto por causas mal definidas, ressaltam a exclusão no acesso a serviços de saúde de qualidade, implicitamente caracterizando racismo institucional.

Os pardos possuem taxas de mortalidade menor que os brancos para todas as causas, exceto gravidez, parto e puerpério; causas mal definidas e externas, embora não excedam 50% nesse capítulo. Nas demais causas, chega a ser menos da metade para neoplasias e malformações congênitas quando comparados aos brancos.

Como explicar? Há duas hipóteses não excludentes: uma é que proporção importante de óbitos ignorados seja de pardos, porque as cores da ponta do espectro são mais fáceis de identificar e registrar; outra hipótese é a de que a ideologia do branqueamento esteja em funcionamento, levando pardos a serem registrados como brancos. Melhorar o registro de cor nos atestados de óbito poderá lançar luz sobre a questão.

Esta relativamente baixa mortalidade dos pardos contamina os dados dos negros que acabam tendo mortalidade menor que os brancos para todas as causas, exceto doenças mentais; gravidez, parto e puerpério; causas mal definidas e externas.

Embora não validado empiricamente pelos dados de mortalidade existentes, não é plausível que a mortalidade de pardos e negros seja menor que a de brancos. Tais incoerências merecem estudos mais detalhados para identificar a situação real e os mecanismos que levam às distorções dos dados.

De todo modo, a análise de dados nacionais refere-se a uma abstração matemática dificilmente compatível com a realidade, a qual revela-se melhor por meio de dados desagregados.

4.1. Mortalidade masculina

Os óbitos masculinos (273.349) representaram 67,05% dos óbitos de adultos do país ou pouco mais de 2/3. Esse diferencial de mortes de homens para mulheres explica porque a esperança de vida dos homens em 2000 foi de 64 anos, enquanto o das mulheres foi 72 anos – uma diferença de oito anos. Os brancos constituíram 50,71% da população e contribuíram com 49,97% dos óbitos; os pretos, 6,37 e 7,60; os pardos, 39,03 e 31,11; os negros, 46,22 e 37,75; os amarelos e índios, 1,42 e 2,01 e os ignorados, 2,47 e 8,87 respectivamente da população e das mortes masculinas no país em 2000.

A tabela 7 mostra a mortalidade por raça/cor e capítulo da CID10 para os homens adultos no Brasil.

Comparando-se a mortalidade de adultos à de homens, verifica-se que a última é maior para todos os grupos de cor exceto cor ignorada, que é maior para as mulheres. O gradiente de mortalidade é o mesmo do Brasil – a maior mortalidade é a do grupo de raça/cor ignorada (1.463,34); depois a de amarelos+indígenas (557,26), seguido pelos pretos (485,53); brancos (400,88), negros (357,26) e pardos (324,25).

Tabela 7. Taxas de mortalidade dos homens adultos (10-64 anos). Brasil, 2000

	Brasil	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign	Total
		32.633,261	4.328,387	24.552,457	28.880,844	Tx	Tx	62.479,756
Cap I	Doenças infecciosas(A00-B99)	24,27	39,55	18,06	21,71	50,04	97,86	25,00
Cap II	Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	55,29	42,70	22,37	26,67	77,48	156,63	44,45
Cap III	Doenças do sangue (D50-D89)	1,64	4,11	1,42	1,49	3,49	9,19	1,93
Cap IV	Doenças endócrinas (E00-E07)	12,92	18,85	7,88	9,60	18,55	51,78	12,37
Cap V	Transtornos mentais (F00-F99)	5,51	11,35	4,32	5,71	9,90	23,82	5,93
Cap VI	Sistema nervoso (G00-G99)	5,10	6,81	2,99	3,50	7,31	18,90	4,76
Cap IX	Aparelho circulatório (I00-I99)	87,58	104,35	49,15	61,69	130,22	336,76	80,40
Cap X	Aparelho respiratório (J00-J99)	23,74	29,46	14,44	17,12	35,98	88,09	22,23
Cap XI	Aparelho digestivo (K00-K93)	29,19	31,06	18,63	21,26	43,07	104,85	27,25
Cap XII	Doenças da pele (L00-L99)	0,40	2,40	0,37	0,41	0,56	2,20	0,57
Cap XIII	Aparelho osteomuscular (M00-M99)	0,76	3,00	0,43	0,51	1,57	2,33	0,82
Cap XIV	Aparelho geniturinário (N00-N99)	3,72	7,35	2,70	3,18	5,06	20,32	3,98
Cap XVII	Malformações (Q00-Q99)	0,73	2,63	0,31	0,36	0,56	2,39	0,72
Cap XVIII	Sintomas e sinais (R00-R99)	32,32	65,89	44,77	43,75	51,50	214,04	44,07
Cap XX	Causas externas (V,W,X,Y)	117,68	143,76	136,40	140,31	141,58	334,17	132,33
	Total	400,88	485,53	324,25	357,26	576,88	1463,34	406,83

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

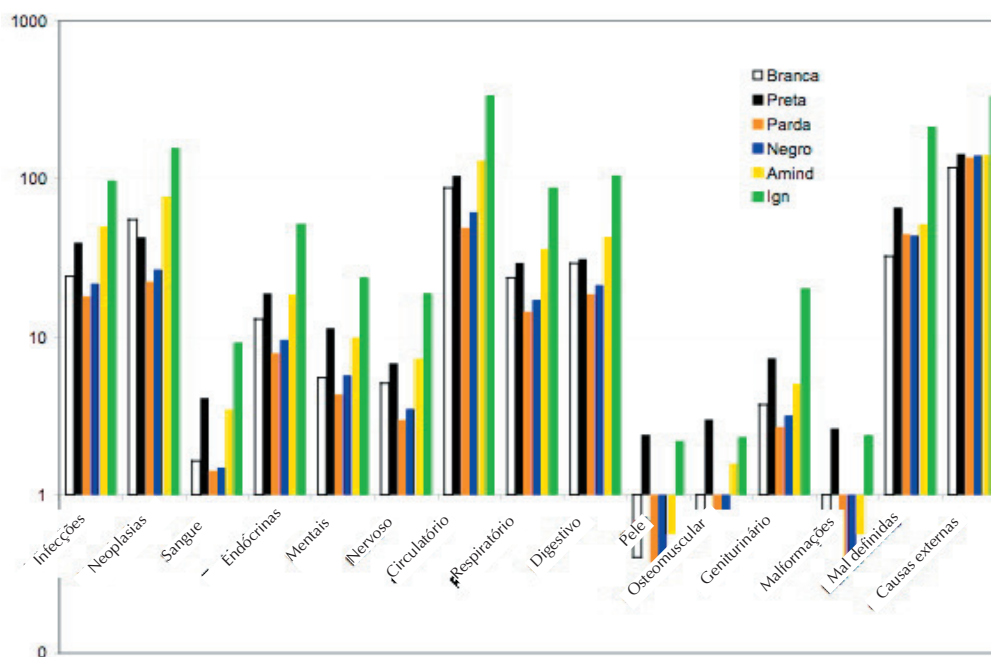
Causas Externas (32,14%) é a primeira causa de morte entre os homens seguida pelas doenças do aparelho circulatório (20,11); mal definidas (10,93); neoplasias (10,83), doenças do aparelho digestivo (6,80); doenças infecciosas e parasitárias (6,19); doenças do aparelho respiratório (5,41); doenças endócrinas e nutricionais (3,09); transtornos mentais (1,49); doenças do sistema nervoso (1,17); doenças do aparelho geniturinário (0,97); doenças do sangue (0,44); doenças do aparelho osteomuscular (0,17); malformações congênitas (0,15); e doenças da pele (0,11).

Quase uma em cada três mortes masculinas no país é por causas externas – mais de 87 mil por ano. A cada cinco mortes uma é devida às doenças do aparelho circulatório.

A hierarquia das causas de morte entre homens difere da mortalidade geral: as mal definidas, um indicador de que os serviços não estão atendendo à demanda, ocupam a terceira posição, enquanto as neoplasias caíram para a quarta e as doenças do aparelho digestivo, em especial as do fígado (com destaque para a doença alcoólica do fígado) ganharam precedência sobre as Doenças Infecciosas.

O gráfico 4 ilustra que em todas as causas de morte, exceto neoplasias, a taxa de mortalidade dos pretos excede a dos brancos.

Gráfico 4. Taxas de mortalidade de homens adultos por raça/cor. Brasil, 2000

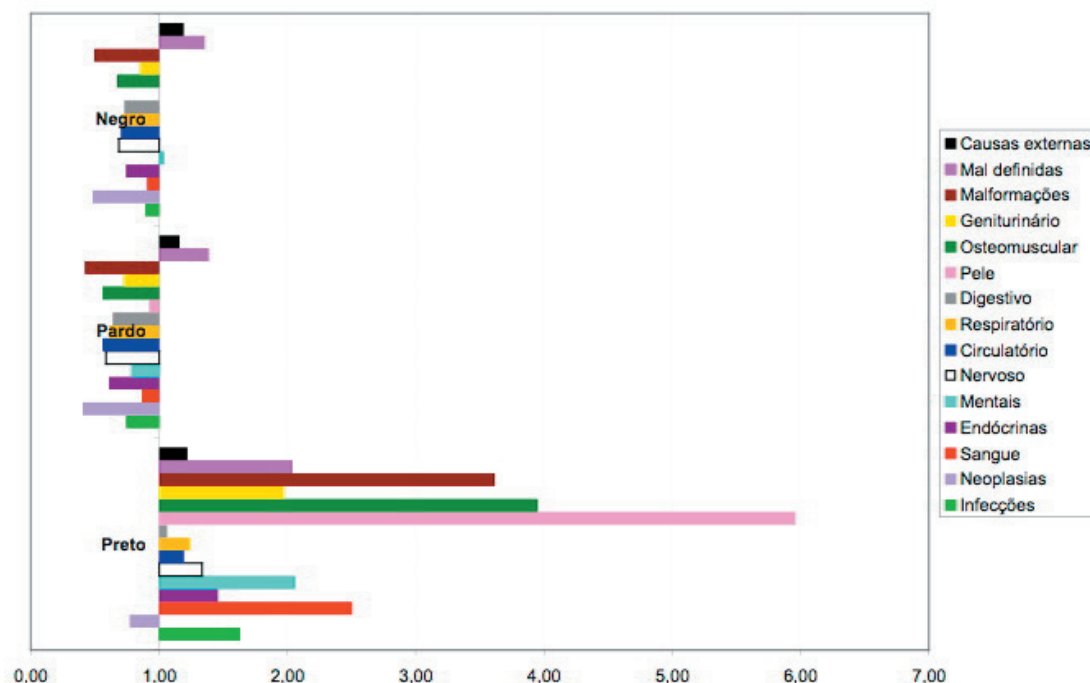


O gráfico 5, apresenta a intensidade da desigualdade entre a mortalidade de dada cor e a dos brancos. Dele não se pode deduzir a importância da causa de morte, mas ilustra bem a maior mortalidade dos pretos em relação aos brancos.

A mortalidade dos pretos por Doenças da Pele e Osteomusculares é, respectivamente, seis e quatro vezes maior que a dos brancos. A mortalidade por Malformações Congênicas é mais de 3,5 vezes maior, enquanto a por Doenças Mentais e Causas mal definidas é mais que o dobro e a por doenças geniturinários é quase o dobro da dos brancos.

O gráfico também mostra que as taxas de mortalidade dos pardos e negros são menores que as dos brancos exceto para doenças mal definidas e Causas Externas. Nessas duas últimas causas, as taxas são apenas modestamente maiores para os pardos e negros.

Gráfico 5. Relação de taxa de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos do Brasil, 2000



Passaremos a seguir a apresentar a mortalidade masculina pelas regiões do país, reduzindo o grau de abstração dos dados de saúde mas desde já chamando a atenção para a enorme variação intra-regional dos registros de mortalidade quanto à cobertura, proporção de óbitos de cor ignorada e proporção de óbitos por causas mal definidas.

4.1.1. Mortalidade masculina por regiões

A tabela 8 resume a mortalidade masculina por regiões.

A análise da mortalidade de homens adultos por região mostra o paradoxo de taxas mais altas nas regiões mais desenvolvidas. É possível que algumas causas de morte sejam mesmo menos freqüentes, porém é difícil afirmar em que proporção, quando se tem em mente o grande sub-registro das regiões Norte e Nordeste. Se os dados da tabela 8 representam 70% da mortalidade do Norte e, com sorte, 60% da do Nordeste, a mortalidade esperada seria respectivamente 423 e 576. A alta proporção de mortes por causas mal definidas também dificulta comparações.

Tabela 8. Taxa de mortalidade masculina por região. 2000

	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Doenças infecciosas	19,03	19,34	27,22	33,56	26,32
Neoplasias	24,34	25,06	40,43	57,70	72,76
Doenças do sangue	1,83	1,91	1,57	2,25	1,30
Doenças endócrinas	6,77	11,25	11,97	16,47	13,11
Transtornos mentais	2,00	5,24	7,14	7,78	7,21
Sistema nervoso	2,77	3,79	5,22	5,95	6,25
Aparelho circulatório	43,35	56,82	85,12	110,40	103,12
Aparelho respiratório	13,12	15,86	17,63	29,70	28,53
Aparelho digestivo	17,03	22,56	26,11	36,09	32,38
Doenças da pele	0,41	0,48	0,27	0,60	0,34
Aparelho osteomuscular	0,71	0,49	0,73	0,76	1,04
Geniturinário	3,46	3,64	4,54	4,96	3,47
Malformações	0,30	0,47	0,87	0,80	0,68
Mal definidas	56,37	63,17	31,01	47,98	23,22
Causas externas	104,43	115,43	155,59	165,89	124,44
Total	295,91	345,53	415,41	520,89	444,18

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde.

As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

É importante ressaltar a presença de taxa ainda elevada de causas mal definidas na região Sudeste. As comparações entre os dados do Norte, Nordeste e mesmo Centro-Oeste e as do Sudeste e Sul ficam, então, comprometidas. No entanto, cumprem a importante função de mostrar, pela ausência, as desigualdades quanto à cobertura e à qualidade dos serviços de saúde, uma vez que até para registrar e diagnosticar a causa de morte é preciso passar pelo serviço de saúde.

Passaremos a analisar os dados de mortalidade masculina segundo região, por raça/cor.

4.1.1.1. Região Norte

No Norte, a mortalidade das pessoas de cor ignorada é extremamente alta, tornando frágeis as comparações. A taxa de mortalidade é elevada devido, principalmente, à pequena população de cor ignorada, mas os números absolutos excedem os números dos negros e indígenas.

A tabela 9 e os gráficos 6 e 7 mostram as taxas de mortalidade específicas por cor e também a desigualdade entre pretos, negros e brancos.

Tabela 9. Taxas de mortalidade de homens adultos por raça/cor.
Região Norte, 2000

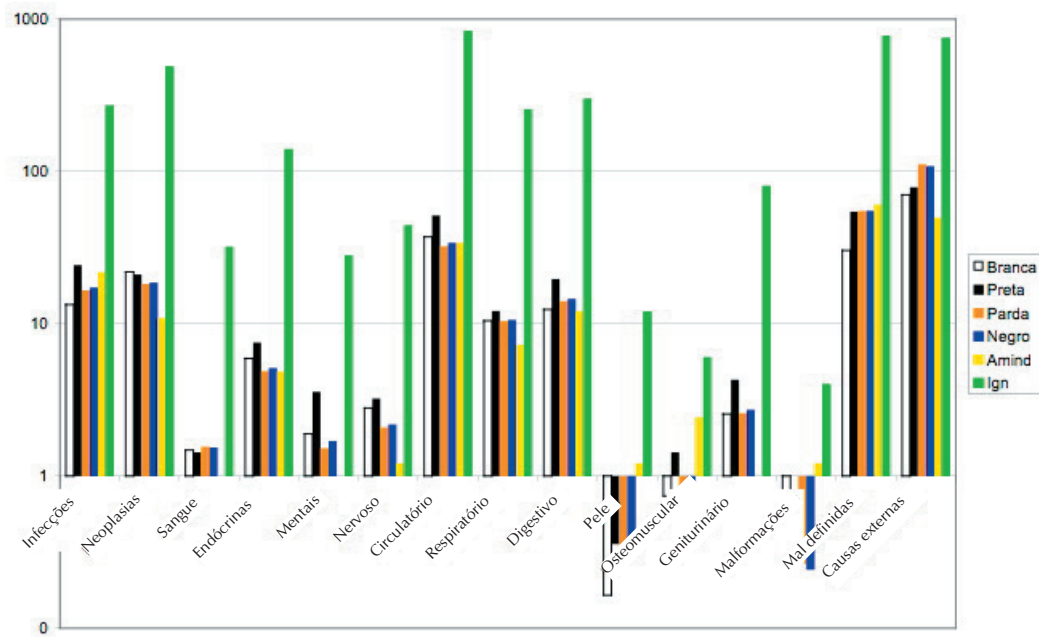
	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Doenças infecciosas	13,34	24,31	16,60	17,25	21,80	271,39
Neoplasias	21,90	21,10	18,32	18,55	10,90	490,52
Doenças do sangue	1,48	1,43	1,55	1,54	0,00	32,72
Doenças endócrinas	5,93	7,51	4,89	5,12	4,84	140,72
Transtornos mentais	1,89	3,58	1,52	1,69	0,00	28,14
Sistema nervoso	2,80	3,22	2,08	2,18	1,21	44,23
Aparelho circulatório	37,13	51,49	32,27	33,90	33,91	838,31
Aparelho respiratório	10,45	12,16	10,42	10,56	7,27	257,32
Aparelho digestivo	12,43	19,67	14,09	14,56	12,11	301,55
Doenças da pele	0,16	0,36	0,30	0,30	1,21	6,03
Aparelho osteomuscular	0,74	1,43	0,50	0,58	2,42	80,41
Geniturinário	2,55	4,29	2,58	2,72	0,00	4,02
Malformações	0,25	0,00	0,26	0,24	1,21	780,01
Mal definidas	30,29	54,35	55,02	54,96	60,55	780,01
Causas externas	70,39	78,67	111,26	108,51	49,65	755,89
Total	211,73	283,55	271,66	272,67	207,08	4.042,78

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

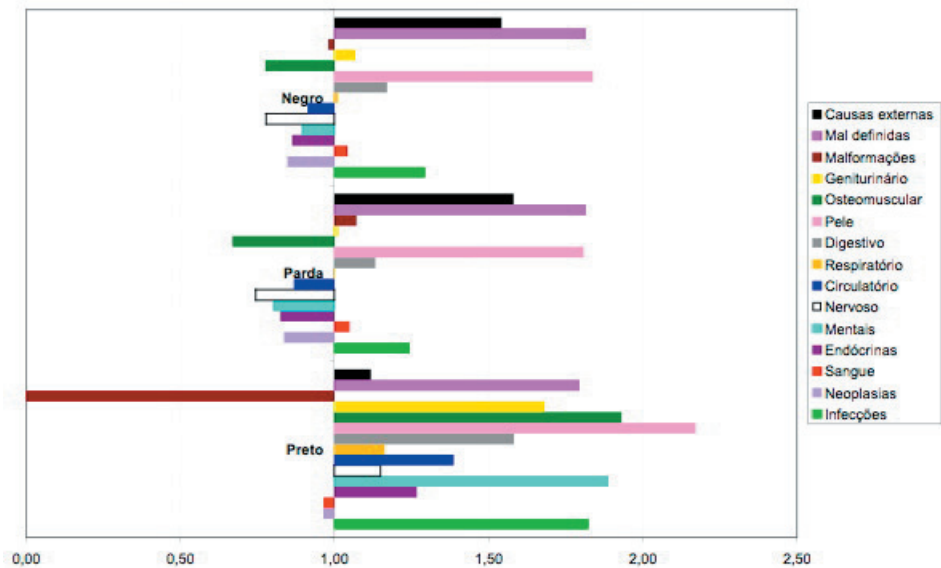
A escala logarítmica mostra o impacto da mortalidade de cor desconhecida, bem como que a mortalidade dos negros é maior que a dos brancos e pardos em quase todas as causas. A mortalidade dos pardos só é maior que a dos negros para Causas Externas (gráfico 6).

Gráfico 6. Mortalidade dos homens adultos por raça/cor. Região Norte, 2000



O Gráfico 7 ilustra a desigualdade por cor e a magnitude da diferença.

Gráfico 7. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos da Região Norte, 2000



Ao descreverem as principais causas de morte por capítulo, os números encontrados são pequenos e a mortalidade específica baixa, principalmente no Norte e no Nordeste.

Entre as infecções, as principais causas de morte entre pretos são o HIV, as septicemias e a malária, enquanto a tuberculose é mais freqüente entre pardos.

A mortalidade por câncer do estômago e do fígado é maior nos pretos, enquanto nos pardos o câncer de maior mortalidade é o de estômago. O mais prevalente entre os brancos é o de pulmão, que poupa os pretos, mas é o segundo em importância para os pardos.

Os pardos possuem a maior mortalidade por doenças do sangue, que, entretanto, é uma causa de morte 24 vezes menor que a das infecções para os pretos e 11 vezes menor para os pardos. O único caso de morte por anemia falciforme ocorreu em um branco.

A mortalidade dos pretos é a mais elevada para as doenças endócrinas – diabetes e desnutrição – enquanto a dos pardos é a mais baixa para ambas as causas.

A principal causa de morte dos transtornos mentais é a associada ao uso de álcool, mais que o dobro nos pretos quando comparados aos brancos e pardos.

Entre as doenças do sistema nervoso a principal causa de morte são as epilepsias, prevalentes mais entre os pretos que nos outros.

A mortalidade dos pretos por doenças cerebrovasculares é a maior, enquanto por doença isquêmica do coração a maior incidência é entre os brancos. Já a insuficiência cardíaca, é o triplo da dos brancos e mais que o dobro da dos pardos.

Os brancos morrem mais por pneumonia, os pardos, mais por doenças pulmonares obstrutivas crônicas e os pretos por insuficiência respiratória.

As doenças do fígado são a principal causa de morte entre as doenças do aparelho digestivo; maior para pretos, seguida dos pardos e menor para os brancos. As úlceras pépticas representam a segunda maior causa de morte, são maiores em pretos quando comparados aos pardos e aos brancos (que apresentam as menores taxas).

A mortalidade dos pretos também é maior que a de pardos e brancos por insuficiência renal.

A mortalidade de pretos e pardos sem assistência é quase o dobro da de brancos bem como a de pardos por outras causas mal definidas; a de pretos nessa causa é menor que a de pardos.

Os pardos são os que mais morrem de causas externas, tanto de agressões quanto de acidentes de trânsito e outros acidentes. Os pretos só morrem mais que os brancos em Agressões, um pouco menos em outros acidentes e bem menos nos acidentes de trânsito.

4.1.1.2. Região Nordeste

A tabela 10 e os gráficos 8 e 9 indicam os dados de mortalidade por cor e a desigualdade para o Nordeste.

Tabela 10. Taxas de mortalidade de homens adultos por raça/cor. Região Nordeste, 2000.

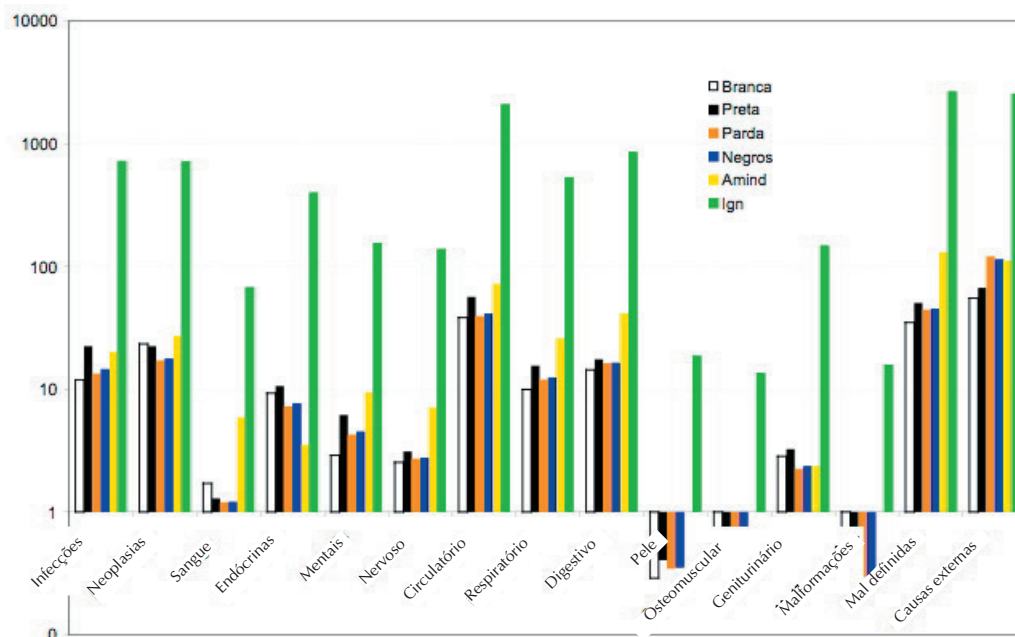
	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Doenças infecciosas	11,9	22,5	13,4	14,6	20,1	726,3
Neoplasias	23,4	22,5	17,2	17,8	27,2	721,8
Doenças do sangue	1,7	1,3	1,2	1,2	5,9	68,0
Doenças endócrinas	9,3	10,6	7,3	7,7	3,5	402,1
Transtornos mentais	2,9	6,2	4,3	4,5	9,5	156,5
Sistema nervoso	2,5	3,1	2,7	2,8	7,1	139,1
Aparelho circulatório	38,5	56,4	39,4	41,5	72,2	2.103,46
Aparelho respiratório	10,0	15,5	12,0	12,5	26,0	535,8
Aparelho digestivo	14,4	17,5	16,3	16,5	41,4	861,6
Doenças da pele	0,3	0,4	0,3	0,3	0,0	18,9
Aparelho osteomuscular	0,5	0,5	0,3	0,3	0,0	13,6
Geniturinário	2,8	3,3	2,2	2,4	2,4	148,1
Malformações	0,5	0,3	0,3	0,3	0,0	15,9
Mal definidas	35,0	50,4	44,6	45,4	131,3	2.683,2
Causas externas	55,2	67,1	121,2	114,3	111,2	2.571,3
Total	208,9	277,7	282,9	282,3	457,9	11.165,8

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

A proporção de mortes de cor ignorada é maior ainda do que no Norte. Deve-se lembrar que a cobertura de registros de óbito no Nordeste é a mais baixa. Assim, tudo o que for dito aqui tem grande fragilidade. Os pretos morrem mais que os brancos em todos os capítulos, exceto neoplasias, doenças do sangue e malformações, e também mais que os pardos, exceto em causas externas.

Gráfico 8. Mortalidade dos homens adultos por raça/cor. Região Nordeste, 2000

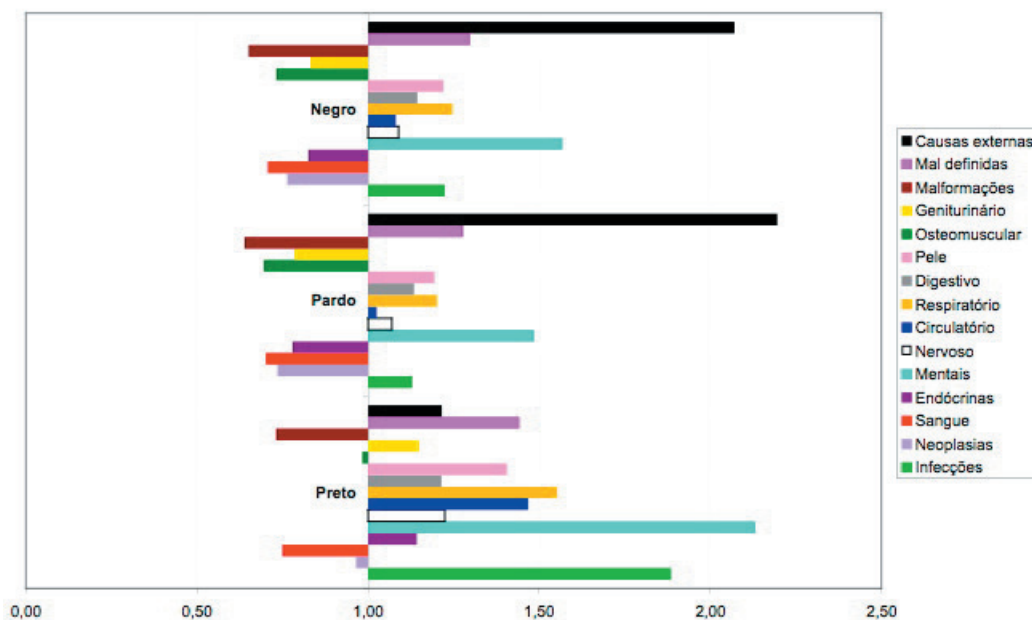


A mortalidade dos brancos e pretos no Nordeste é menor que no Norte, enquanto a de pardos e negros é um pouco maior, a de amarelos e indígenas é mais de duas vezes maior e a de cor desconhecida é quase três vezes maior.

À medida que a cobertura e a qualidade dos dados melhorarem no Nordeste espera-se um aumento das taxas de mortalidade para todos os grupos. É provável que o mesmo ocorra para o Norte, mas como sua cobertura é maior que a do Nordeste, o aumento esperado das taxas não será da mesma dimensão.

O gráfico 9 mostra as desigualdades na mortalidade e revela que elas são as maiores entre pretos e brancos. Na categoria negro as diferenças são atenuadas.

Gráfico 9. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos da Região Nordeste, 2000



No Nordeste, os pretos exibem a maior mortalidade para as três principais causas de morte por infecções – HIV, tuberculose e septicemia (dados não apresentados). A dos pardos é menor que a dos brancos para o HIV e maior para as demais. Os pretos têm mortalidade menor que os brancos para o câncer de pulmão e esôfago. No câncer de estômago, a taxa de mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos.

A mortalidade por doenças do sangue foi muito pequena mas a anemia falciforme foi maior para negros do que para brancos, embora tenha sido a quarta causa de morte (dados não apresentados).

Tanto o diabetes quanto a desnutrição mataram mais pretos do que pardos e brancos.

A mortalidade por uso de álcool foi quase o dobro para pretos em relação aos brancos. A mortalidade dos pardos foi menor que a dos pretos, mas maior que a dos brancos.

A mortalidade dos negros foi a maior para epilepsias seguida dos pardos, enquanto a desses últimos foi a maior para meningites e outras doenças do encéfalo, seguida dos pretos. A dos brancos foi a menor de todas.

A mortalidade dos pretos foi a maior para acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca. A dos brancos foi maior para doença isquêmica do coração e a dos pardos foi a menor de todas.

Os pretos também morreram mais de pneumonias, das doenças respiratórias crônicas e de insuficiência respiratória do que pardos e brancos. Já os brancos, morreram mais de insuficiência respiratória do que os pardos.

O mesmo ocorreu com as doenças digestivas – mortalidade maior dos pretos para Doenças do Fígado, seguidos dos pardos e brancos.

As mortes por doenças da pele, sistema osteomuscular e malformações congênitas são poucas e não serão analisadas.

A mortalidade dos pretos também foi maior para insuficiência renal, seguida pelos brancos e pardos.

Também nas mal definidas os pretos apresentaram a maior mortalidade – nas mortes sem assistência, em outras causas mal definidas e nos sinais e sintomas do aparelho respiratório, seguidos pelos pardos, os quais apresentam uma taxa muito inferior à dos pretos.

Como no Norte, os pardos tiveram a maior mortalidade por causas externas. A mortalidade dos pretos foi maior que a dos brancos para agressões e outros acidentes, mas menor para acidentes de trânsito.

4.1.1.3. Centro-Oeste

Com cobertura e qualidade de registros melhores, a mortalidade da região Centro-Oeste alcança taxas maiores para brancos, pretos, pardos e negros, mas menores por cor ignorada em relação ao Nordeste. Comparando-se com o Norte, suas taxas são maiores para todos os grupos. A tabela 11 mostra tais informações.

No Centro-Oeste, a mortalidade de pretos é maior que a de brancos para todas as causas, exceto Sangue, e a mortalidade de pardos e negros é maior que a de brancos para Infecções, doenças do aparelho respiratório, digestivo, pele, geniturinário, causas mal definidas e externas. A mortalidade dos negros também é maior para doenças circulatórias. A mortalidade de pardos e negros é semelhante à dos brancos para doenças do sangue e menor nas demais causas.

Tabela 11. Taxas de mortalidade de homens adultos por raça/cor. Região Centro-Oeste, 2000

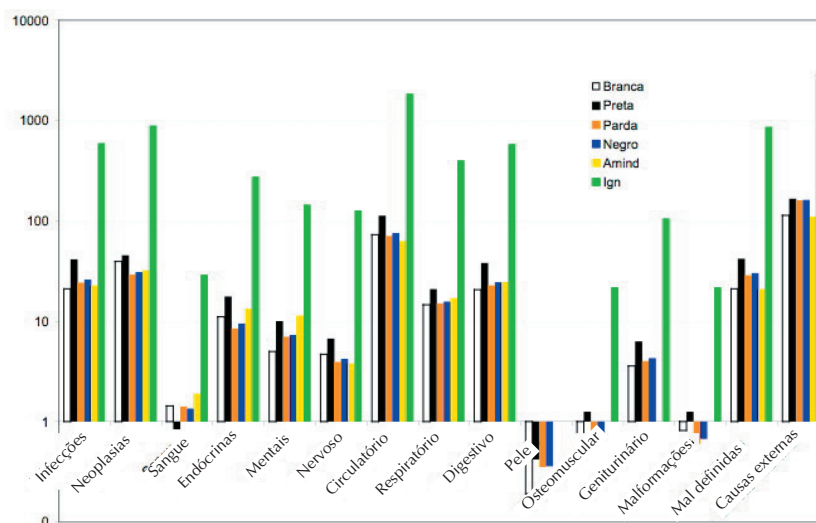
	Branca	Preta	Parda	Negro	Amind	Ign
Infecções	21,1	41,69	24,2	26,1	22,8	594,6
Neoplasias	39,5	45,4	29,2	30,9	32,3	893,8
Sangue	1,4	0,8	1,4	1,3	1,9	29,2
Endócrinas	11,1	17,6	8,5	9,5	13,3	277,3
Mentais	5,0	10,1	7,0	7,3	11,4	145,9
Nervoso	4,7	6,7	3,9	4,2	3,8	127,7
Circulatório	72,9	112,6	70,8	75,3	62,7	1849,6
Respiratório	14,6	21,0	15,1	15,7	17,1	401,3
Digestivo	20,6	38,2	22,8	24,4	24,7	583,7
Pele	0,2	0,4	0,3	0,4	0,0	0,0
Osteomuscular	0,7	1,3	0,4	0,5	0,0	21,9
Geniturinário	3,6	6,3	4,0	4,3	0,0	105,8
Malformações	0,8	1,3	0,6	0,7	0,0	21,9
Mal definidas	21,1	42,0	28,8	30,2	20,9	864,6
Causas externas	114,0	166,8	161,0	161,6	110,2	2918,5
Total	331,3	512,1	378,3	392,6	321,02	8835,9

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSede. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

O gráfico 10 ilustra o comentário acima, enquanto o gráfico 11 mostra as desigualdades da mortalidade por cor.

Gráfico 10. Mortalidade dos homens adultos por raça/cor. Região Centro-Oeste, 2000



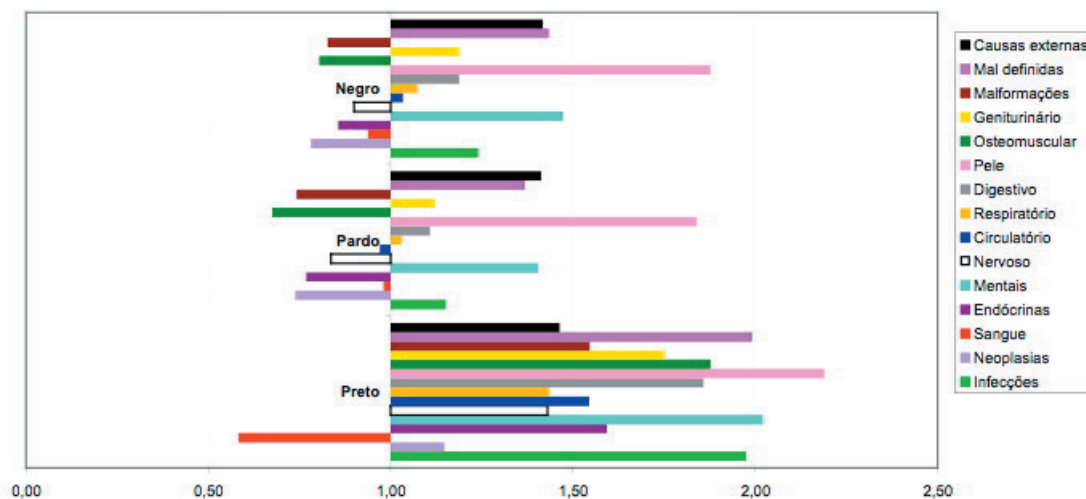
A mortalidade dos pretos, em relação à dos brancos é o dobro para causas mal definidas e mais que o dobro para doenças mentais, pele, doenças endócrinas, circulatórias, digestivas, osteomusculares, geniturinárias e malformações congênitas. Chega, ainda, a quase 50% para infecções, doenças do sistema nervoso, aparelho respiratório e causas externas e é um pouco maior para neoplasias (gráfico 11).

Para pardos e negros, a desigualdade é menor e, para cerca de metade das causas, a mortalidade é menor que a dos brancos.

As principais causas de mortalidade por Infecção para os homens no Centro-Oeste foram doença de Chagas, HIV, outras septicemias e tuberculose, todas mais que o dobro para pretos e intermediárias para pardos e negros.

As principais mortes por neoplasias foram de pulmão, estômago e esôfago. A mortalidade dos pretos foi ligeiramente menor que a dos brancos para a primeira, ligeiramente maior para a segunda e quase o dobro para a terceira. A mortalidade de pardos foi menor que a dos brancos para os três tipos de câncer.

Gráfico 11. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos da região Centro-Oeste, 2000



A mortalidade por doenças do sangue foi maior para os brancos seguida dos pardos, negros e pretos; o mesmo ocorrendo com a mortalidade por anemia falciforme.

Como no Norte e Nordeste, a maior mortalidade por diabetes e desnutrição foi para homens pretos, seguidos pelos negros, pardos e brancos, enquanto a mortalidade

dos pretos foi o dobro da apresentada para os brancos para Transtornos Mentais devido ao uso de álcool, com o mesmo gradiente por cor.

As mortes por epilepsia foram o triplo para pretos, seguidos dos brancos, negros e pardos.

Todas as principais doenças do aparelho circulatório – doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca – foram maiores para os pretos; a primeira um pouco maior (1,01), a segunda 1,8 vez maior e a última 2,1 vezes maior.

Entre as principais doenças respiratórias, a mortalidade dos negros só foi menor para as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sendo maior para pneumonias e insuficiência respiratória. A de pardos e negros foi intermediária para pneumonias e menor para as demais.

A mortalidade por doenças do fígado, assim como por pancreatites, foram maiores para os pretos com gradiente para negros, pardos e brancos.

O lupus eritematoso disseminado foi mais prevalente nos pardos, seguido pelos negros, brancos e nenhuma morte entre os pretos.

Os pretos possuem a maior mortalidade para as causas do aparelho geniturinário – insuficiência renal, outros transtornos do aparelho urinário, nefrites e nefroses –, seguidos pelos negros, pardos e brancos.

As malformações congênitas do aparelho circulatório são maiores para os pretos, depois brancos e finalmente negros e pardos.

A mortalidade dos pretos é o dobro da dos brancos para causas mal definidas e intermediárias para negros e pardos.

A mortalidade dos pretos por agressões é 1,9 vez maior que de brancos, menor por acidentes de transporte e o dobro para outros acidentes.

4.1.1.4 Região Sudeste

As taxas de mortalidade no Sudeste foram maiores que as do Centro-Oeste, Nordeste e Norte para homens em todos os grupos de cor, exceto os de cor ignorada, embora essa última ainda se mantivesse em patamares elevados.

Tabela 12. Taxas de mortalidade dos homens adultos por raça/cor. Região Sudeste, 2000

	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	29,7	52,9	24,7	30,1	73,7	547,3
Neoplasias	61,4	59,8	31,5	36,9	133,6	841,3
Sangue	1,9	3,2	1,6	1,9	6,9	55,3
Endócrinas	15,2	24,2	10,8	13,3	30,7	307,5
Mentais	6,3	13,6	6,4	7,8	8,8	145,2
Nervoso	5,8	6,5	3,9	4,4	10,7	102,3
Circulatório	104,5	151,4	73,1	88,1	186,1	1900,7
Respiratório	28,1	40,8	20,2	24,2	50,3	485,6
Digestivo	35,4	40,4	24,7	27,7	58,7	568,5
Pele	0,5	0,8	0,5	0,5	0,8	11,2
Osteomuscular	0,7	1,2	0,5	0,6	1,5	10,6
Geniturinário	4,4	7,2	3,3	4,1	10,7	105,8
Malformações	0,9	0,7	0,3	0,4	0,4	15,3
Mal-definidas	37,3	77,1	37,4	45,0	54,1	1.245,2
Causas externas	141,4	215,8	173,0	181,2	196,5	1.553,2
Total	473,7	695,5	412,0	466,2	823,7	7.894,9

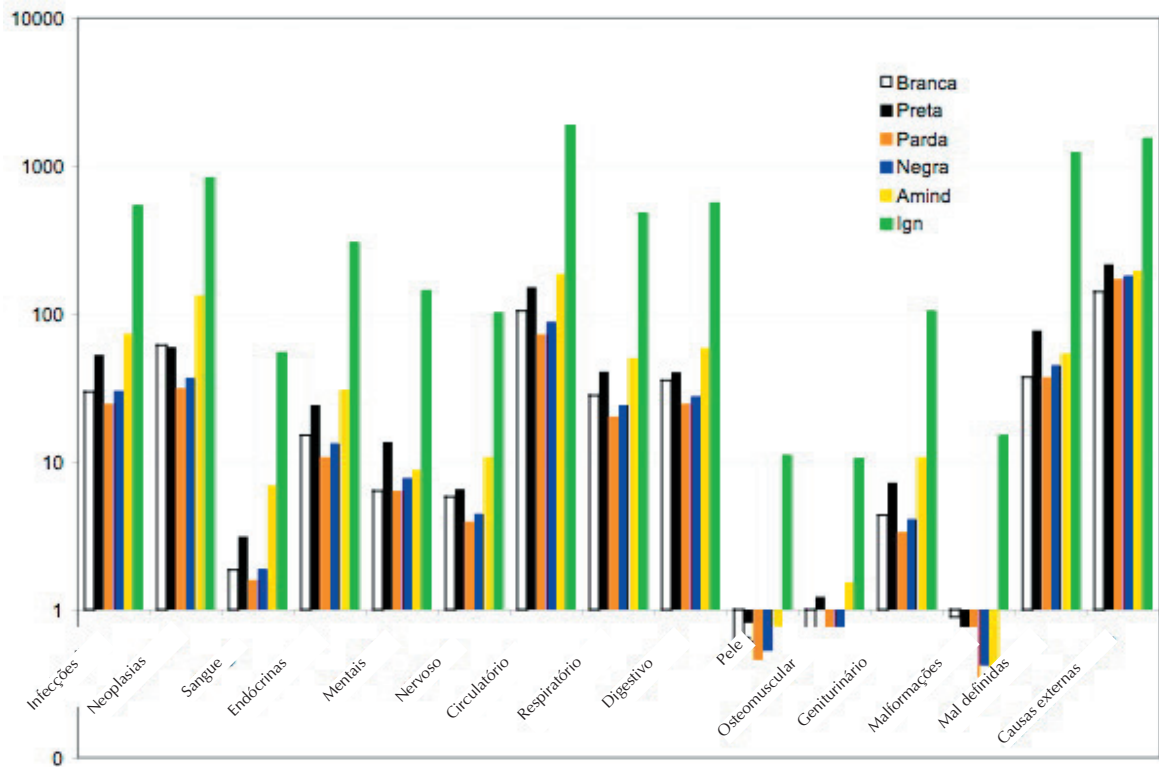
Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

No Sudeste houve também uma maior variedade de causas de morte com diagnósticos mais elaborados. A mortalidade foi 1,5 vez maior para pretos, foi menor para pardos e negros e 1,7 vez maior para amarelos e indígenas, como mostra a tabela 11.

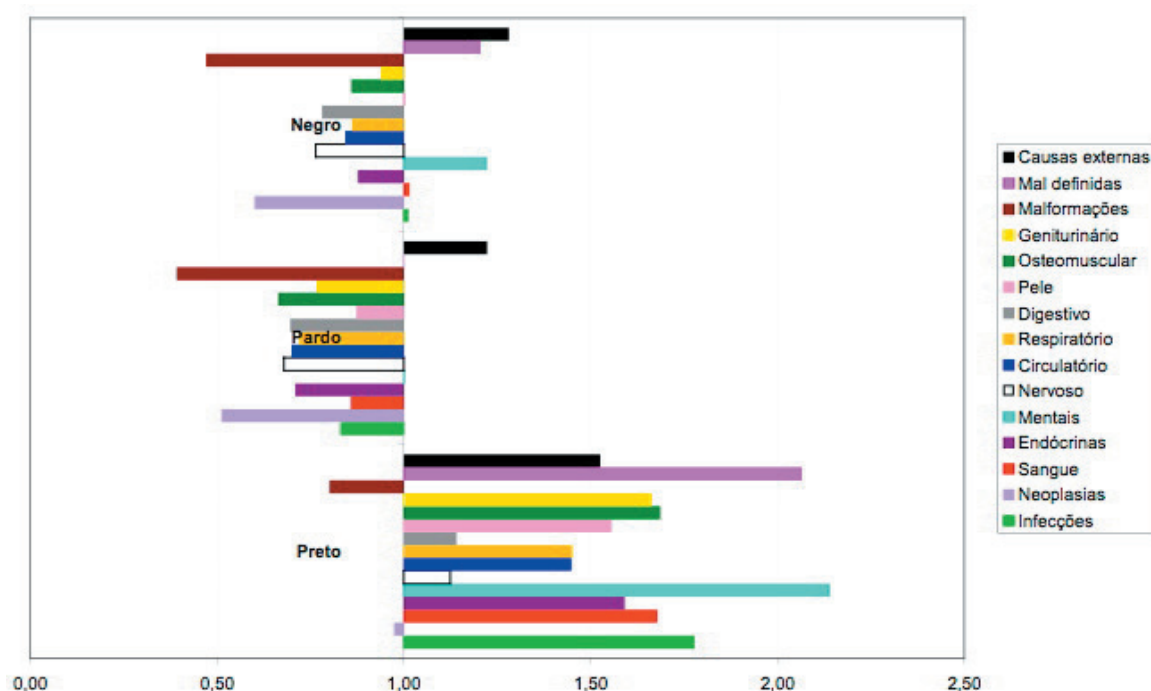
O gráfico 12 ilustra a distribuição das taxas de mortalidade, segundo capítulo da CID10, por raça/cor, mostrando que a mortalidade de pretos só é menor que a de brancos para neoplasias e malformações congênitas. A mortalidade dos pardos foi intermediária para Causas Externas, igual ao dos brancos para mal definidas e doenças mentais e menor para as demais causas.

Gráfico 12. Mortalidade dos homens adultos por raça/cor. Região Sudeste, 2000



O gráfico 13, por sua vez, qualifica e ilustra as desigualdades da mortalidade por cor no Sudeste em 2000, mostrando como a mortalidade dos pretos supera a dos brancos em inúmeros capítulos e como a dos pardos só é maior que a dos brancos para causas externas.

Gráfico 13. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos da região Sudeste, 2000



No Sudeste, as principais causas infecciosas foram HIV, tuberculose, outras septicemias, doença de Chagas e hepatites. Os pretos tiveram a maior taxa nessas causas, exceto para hepatite, e tiveram mais que o dobro de tuberculose que os brancos. A taxa de morte para os pardos foi menor que a dos brancos em todas, exceto tuberculose.

Entre as neoplasias, os pretos tiveram taxas menores que os brancos para pulmão, encéfalo e laringe e maiores para estômago e esôfago. A dos pardos foi menor que a dos brancos para todos os tipos de câncer.

No Sudeste, os pretos tiveram mortalidade maior por doenças do sangue em outras anemias (quase o dobro da de brancos); outras anemias aplásticas e outros defeitos da coagulação (um pouco maior). Para anemia falciforme, cujos números são pequenos, a mortalidade dos pretos foi dez vezes maior e a dos pardos, o dobro da dos brancos. A mortalidade específica por anemia falciforme para pretos foi 0,41/100.000, 0,19/100.000 entre os negros; 0,13/100.000 entre os pardos e 0,04/100.000 entre os brancos.

Se a mortalidade por anemia falciforme nas demais regiões fosse a mesma do Sudeste seriam esperadas 0,5 mortes de brancos, uma de preto e quatro de pardos no Norte (só foi registrado um óbito e esse era branco); dois óbitos de brancos, seis de pretos e 13 de pardos no Nordeste (houve quatro entre os brancos, um entre os

pretos e 11 entre os pardos) e 0,8 óbitos de brancos, um de pretos e três de pardos no Centro-Oeste (houve cinco de brancos, nenhum de pretos e quatro de pardos). Só esse exercício nos permite afirmar que ou as prevalências de anemia falciforme por cor variam de região a região; a adscrição de cor é enviesada; parte das mortes foi dada como causas mal definidas; não foram registradas, ou, ainda, que haja combinações dessas possibilidades.

Os pretos também têm excesso de mortes por diabetes e desnutrição se comparados aos brancos; enquanto a mortalidade dos pardos é menor que a dos brancos em diabetes e maior nas desnutrições.

A mortalidade dos pretos por transtornos mentais pelo uso do álcool é o dobro da dos brancos e a dos pardos é intermediária.

Entre as doenças do sistema nervoso, a mortalidade dos pretos é quase três vezes maior nas Epilepsias e o dobro em outros transtornos do encéfalo que a dos brancos, enquanto a dos pardos é marginalmente superior a dos brancos. Já nas meningites, os pardos tiveram o dobro da mortalidade observada entre os brancos e não houve óbito por essa causa para os pretos.

O padrão da mortalidade por doenças circulatórias é o mesmo do Centro-Oeste; ligeiramente maior para pretos nas doenças isquêmicas do coração; 1,8 vez maior nas cerebrovasculares e mais do dobro nas insuficiências cardíacas, enquanto a mortalidade do pardo é menor que a de brancos para as duas primeiras causas e maior na última.

Os pretos morrem mais do que os brancos de pneumonia e insuficiência respiratória e menos de doença pulmonar obstrutiva crônica, enquanto os pardos morrem mais que os brancos por pneumonia e menos pelas demais causas.

No capítulo das doenças do aparelho digestivo, os pretos morrem mais para as principais causas – doenças do fígado e pancreatite que pardos e brancos, nesta ordem.

Os pardos apresentam a maior mortalidade por lupus, três vezes maior que a dos brancos, mas os pretos não morreram por essa causa.

A maior mortalidade dentre as doenças do aparelho urinário ocorre entre os pretos para insuficiência renal, outros transtornos do trato urinário e nefrites e nefroses. A mortalidade dos pardos para estas doenças é intermediária.

As mortes por malformações do aparelho circulatório são mais freqüentes entre pretos, brancos e pardos, nesta ordem.

A mortalidade por causas mal definidas entre os pretos é o dobro da dos brancos tanto para outras causas mal definidas, para mortes sem assistência e para outros

sintomas e sinais do aparelho respiratório, enquanto a dos pardos fica entre pretos e brancos para todas essas causas.

Para as causas externas morrem um pouco mais de pardos do que de pretos e bem menos brancos por agressões. A mortalidade dos pardos por acidentes de transporte excede a dos brancos, enquanto a dos pretos é a menor. Para outros acidentes, a maior mortalidade é a dos pretos seguida da dos pardos e brancos.

4.1.1.5 Região Sul

A região Sul é a que apresenta a maior cobertura de registros de óbitos, o melhor registro medido pela proporção de óbitos desconhecidos e o melhor serviço de saúde mensurado pela proporção de óbitos por causas mal definidas.

Comparando-se com o Sudeste, a região Sul tem mortalidade menor para todos os grupos de cor, diferença pequena para brancos (8% menor) e pretos (15% menor) e mais acentuada para pardos (42% menor) e amarelos e índios (75% menor). A mortalidade por cor ignorada ainda permanece elevada.

Tabela 13. Taxas de mortalidade por raça/cor dos homens adultos da região Sul, 2000

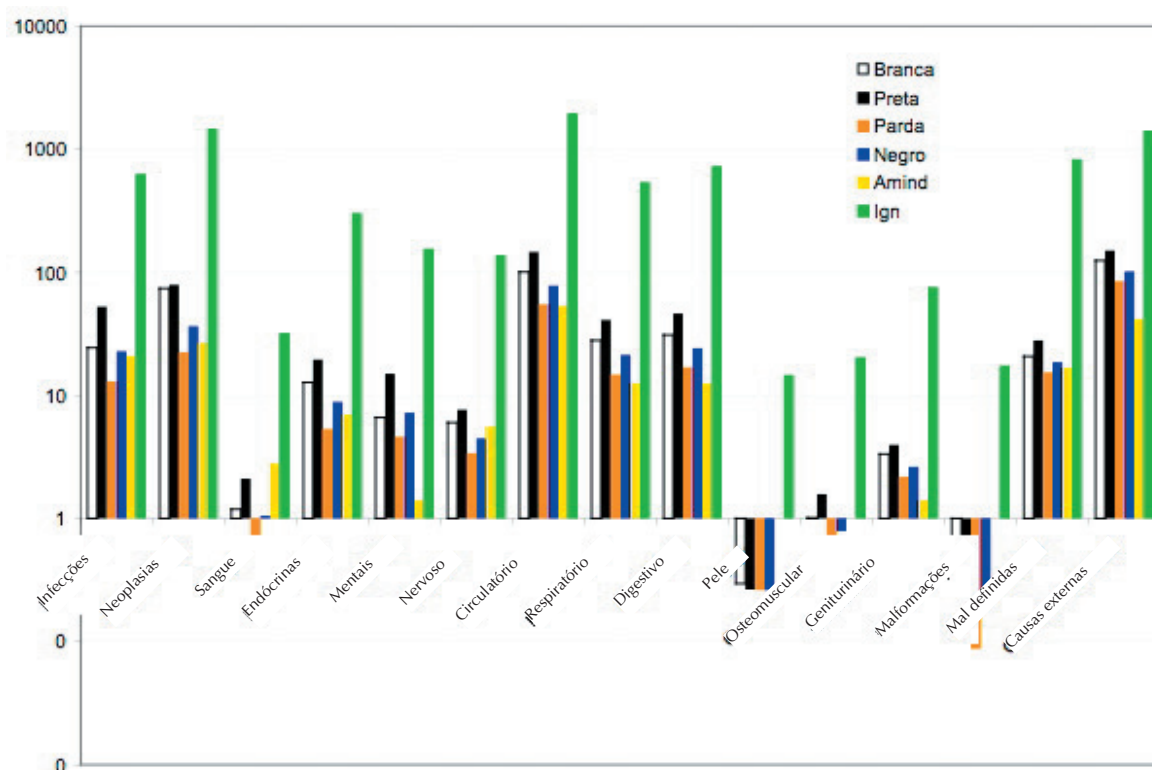
	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	24,39	52,76	12,95	22,86	20,94	631,80
Neoplasias	74,14	79,14	22,39	36,53	26,53	1468,35
Sangue	1,19	2,11	0,70	1,05	2,79	32,18
Endócrinas	12,73	19,52	5,34	8,87	6,98	301,28
Mentais	6,61	15,04	4,64	7,23	1,40	155,03
Nervoso	6,02	7,65	3,41	4,47	5,58	137,48
Circulatório	100,34	146,68	55,02	77,85	53,06	1965,60
Respiratório	27,86	40,89	14,78	21,29	12,57	538,20
Digestivo	31,10	46,17	16,88	24,18	12,57	731,25
Pele	0,30	0,26	0,26	0,26	0,00	14,63
Osteomuscular	1,01	1,58	0,52	0,79	0,00	20,48
Geniturinário	3,34	3,96	2,19	2,63	1,40	76,05
Malformações	0,71	0,53	0,09	0,20	0,00	17,55
Mal definidas	20,67	27,96	15,40	18,53	16,75	827,78
Causas externas	124,07	150,64	84,77	101,17	41,89	1.418,63
Total	434,48	594,89	239,34	327,88	202,45	8.336,26

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

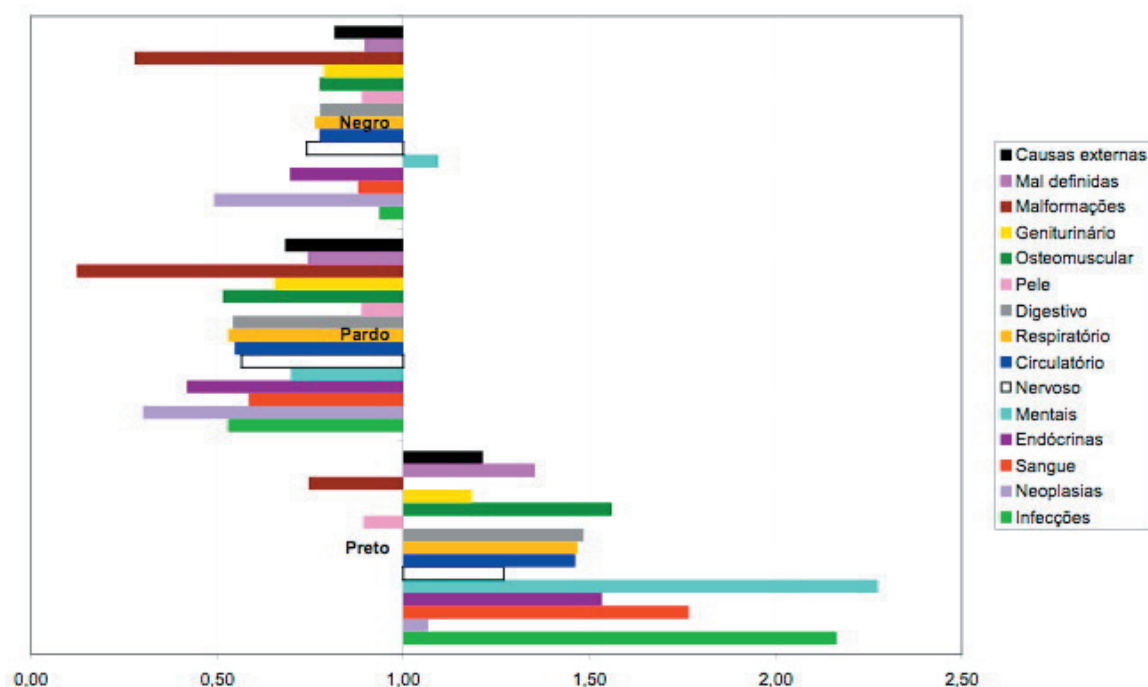
Apesar disto, a mortalidade dos pretos é maior que a dos brancos para todas as causas, exceto pele e malformações, enquanto a mortalidade dos pardos e negros é menor que a dos brancos para todas as causas.

Gráfico 14. Mortalidade dos homens adultos por raça/cor. Região Sul, 2000



O gráfico 14 ilustra as taxas de mortalidade por capítulos e por raça/cor, enquanto o gráfico 15 ilustra as desigualdades de mortalidade entre os grupos. A maior diferença está nas mortes por transtornos mentais e infecções – mais de duas vezes maior para os pretos –, doenças do sangue, endócrinas e do sistema osteomuscular – mais de 50% maior –, enquanto as demais são menos de 50%, embora as doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo quase alcancem 50%.

Gráfico 15. Relação de taxas de mortalidade de pretos, pardos e negros sobre a mortalidade de brancos. Homens adultos da região Sul, 2000



A mortalidade de pardos é bem menor que a de brancos para todas as causas.

As principais causas de morte de homens adultos no Sul por infecções são o HIV, outras septicemias, hepatites, doença de Chagas (menor para os pretos em relação aos brancos) e tuberculose (1,5 vez maior para os pretos).

No tocante ao câncer, a mortalidade dos brancos é três vezes maior para o de pulmão e encéfalo e quase o dobro para o de estômago. A taxa para câncer de esôfago é ligeiramente maior para os pretos.

As mortes por doenças do sangue são poucas e a mortalidade dos pretos é menor que a dos brancos. Em 2000 houve uma morte de preto, duas de pardos e nenhuma de branco por anemia falciforme, perfazendo uma taxa de 0,05 e 0,02 respectivamente. Como esses números são muito pequenos é preciso cautela para generalizações. O ideal é estudar vários anos para que se possa ter números menos flutuantes.

A mortalidade dos pretos por diabetes é 1,5 vez maior que a dos brancos, enquanto a por desnutrição é 3,6 vezes maior.

A mortalidade por transtornos mentais por uso de álcool é o dobro para os pretos.

Para as doenças do sistema nervoso, entre os pretos observa-se mortalidade duas vezes maior para epilepsias e meningites.

No caso das doenças do aparelho circulatório, a mortalidade por doenças isquêmicas do coração é um pouco menor para pretos; 1,8 vez maior para pretos por doenças cerebrovasculares; o dobro para insuficiência cardíaca; 2,7 vezes para hipertensão e doenças hipertensivas e o dobro para cardiomiopatias do que para brancos.

A mortalidade dos pretos é 1,5 maior para pneumonias e quase o dobro para insuficiência respiratória, outros transtornos respiratórios e edema pulmonar, mas é menor para doenças pulmonares crônicas.

As mortes por doenças do fígado são ligeiramente maiores, outras doenças do aparelho digestivo são quase o dobro e pancreatite aguda e úlcera pépticas 1,5 maior que as dos brancos.

Os óbitos por insuficiência renal são 1,8 vez e as nefrites e nefroses, o dobro que os óbitos dos brancos.

A taxa de mortalidade por causas mal definidas é duas vezes maior que a dos brancos, morte sem assistência, 1,6 e os sintomas do aparelho respiratório, 1,9 vez maior que a dos brancos.

A mortalidade dos pretos é quase o dobro para agressões, 1,5 vez maior para eventos de intenção indeterminada; um pouco maior para outros acidentes e menor do que a de brancos nos acidentes de transporte.

4.2. Mortalidade Feminina

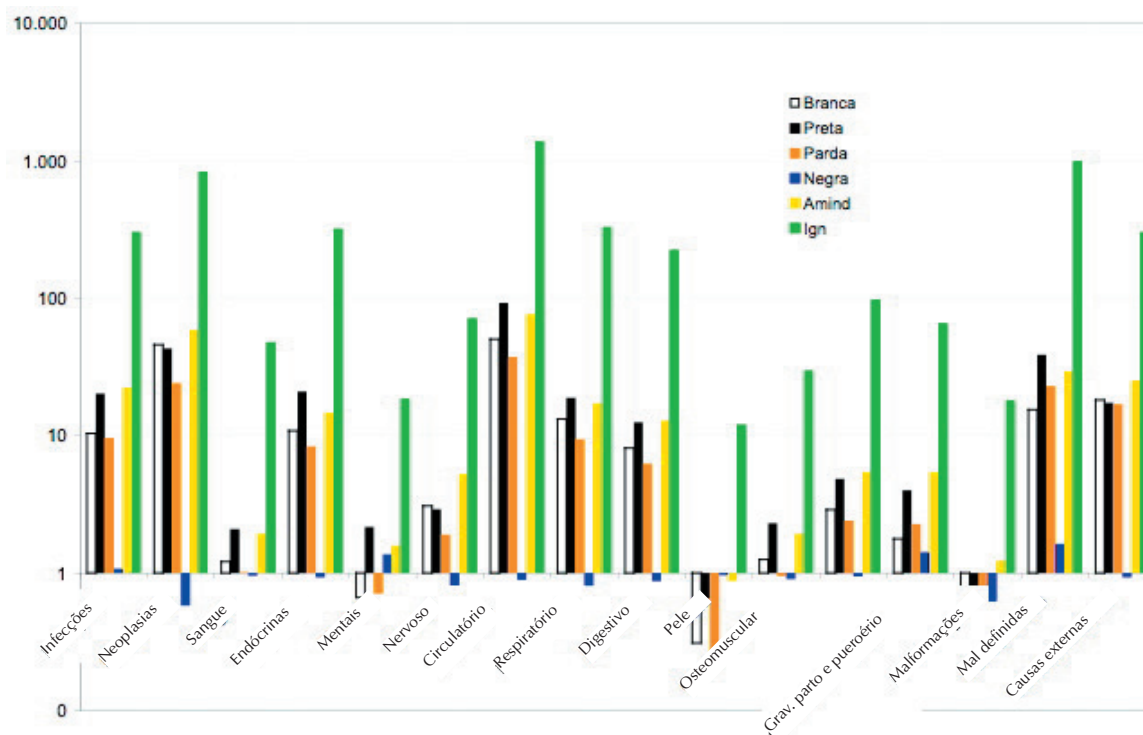
Em 2000 ocorreram, aproximadamente, 134.344 (208,17/100 mil) óbitos femininos no Brasil. Morreram 65.358 mulheres brancas, 11.318 pretas, 35.089 pardas, 46.407 negras (pretas mais pardas), 1.599 amarelas e indígenas e 20.977 mulheres de raça/cor ignoradas.

As mulheres pretas constituem 6,17% da população de mulheres do país, no entanto, seus óbitos perfizeram 8,42% dos óbitos femininos. As mulheres brancas são 54,85% da população feminina e representam 48,65% dos óbitos; as mulheres pardas são 37,47% da população feminina e seus óbitos representam 26,12%, enquanto que as negras, pretas e pardas, representam 43,64% da referida população e 34,54% dos óbitos femininos no Brasil. As mulheres amarelas e indígenas representam 0,88% das mulheres e seus óbitos, 1,19%. Quanto à raça/cor ignorada, essa representa 0,64% das mulheres e 15,61% dos óbitos femininos do país.

Os principais grupos de causas de óbito entre as mulheres são: doenças do aparelho circulatório (56,99/100 mil), neoplasias (42,76/100 mil); sintomas e sinais mal definidos (26,11/100 mil), causas externas (19,59/100 mil), doenças do aparelho respiratório (14,22/100 mil), infecciosas e parasitárias (12,70/100 mil) e doenças endócrinas e nutricionais (12,59/100 mil). Quarenta e oito por cento dos óbitos femininos são causados pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias.

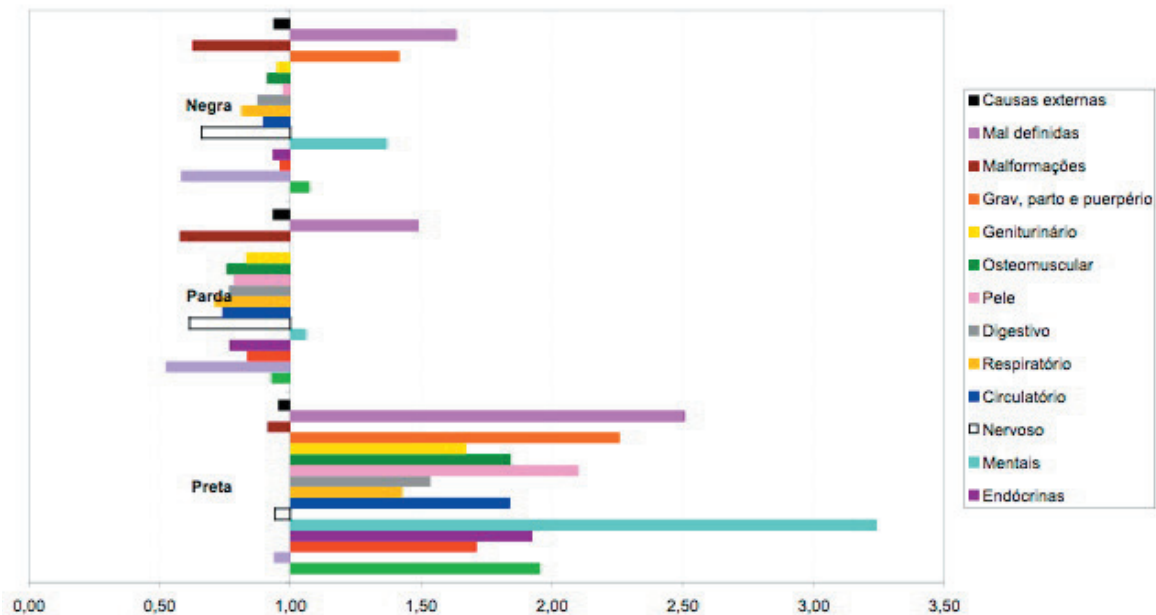
A taxa de mortalidade das mulheres pretas supera as demais, 284,36/100 mil, a das brancas é de 184,67/100 mil e a das pardas, 145,11/100 mil. A taxa de mortalidade das brancas supera a das negras: 184,67/100 mil contra 164,79/100 mil. Cabe ressaltar que a mortalidade das mulheres pretas supera a taxa da média nacional, enquanto a taxa de mortalidade dos demais grupos fica abaixo da média. Quando se calcula a relação entre taxas, a mortalidade das mulheres brancas supera a das pardas em quase todos os grupos de causas. Quando comparadas às negras, constata-se que a taxa das mulheres brancas é maior em grande parte das causas, mas não o é para doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais, gravidez, parto e puerpério, sintomas e sinais mal definidos e doenças do ouvido.

Gráfico 16. Mortalidade das mulheres adultas por raça/cor. Brasil, 2000



O gráfico 17 apresenta as desigualdades entre a mortalidade de pretas, pardas e negras em relação às brancas. Mostra a maior mortalidade das mulheres pretas e sugere que, quando a causa de morte relaciona-se à exclusão social, a dificuldade das mulheres em acessar os serviços de saúde e à qualidade da assistência, a mortalidade das mulheres pretas é maior.

Gráfico 17. Relação entre taxa de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre mortalidade de brancas. Mulheres adultas. Brasil, 2000



Passaremos a analisar os dados de mortalidade feminina por raça/cor em relação às regiões do país.

4.2.1.Região Norte

No Norte, de cada quatro óbitos femininos um tem raça/cor ignorada, tornando a maior taxa de óbitos de cor ignorada do país. A tabela 14 e os gráficos 18 e 19 indicam as desigualdades das taxas de mortalidade feminina por raça/cor na região Norte.

Tabela 14. Taxas de mortalidade por raça/cor. Mulheres adultas da Região Norte, 2000

	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	6,26	12,04	9,87	10,04	21,77	211,27
Neoplasias	23,98	18,27	19,85	19,72	19,21	705,65
Sangue	1,06	2,08	1,04	1,12	1,28	33,80
Endócrinas	6,56	9,97	6,50	6,77	3,84	217,61
Mentais	0,15	0,00	0,24	0,22	0,00	2,11
Nervoso	1,36	1,66	1,49	1,51	3,84	27,47
Circulatório	24,06	40,28	22,66	24,02	15,37	883,12
Respiratório	6,79	10,80	6,85	7,15	7,68	264,09
Digestivo	4,45	6,64	5,53	5,61	8,96	150,00
Pele	0,15	0,00	0,31	0,29	0,00	8,45
Osteomuscular	1,36	1,66	1,11	1,15	2,56	23,24
Geniturinário	2,41	4,57	1,98	2,18	1,28	105,64
Grav., parto e puerpério	2,94	4,15	3,65	3,69	17,93	31,69
Malformações	0,53	0,83	0,21	0,26	1,28	10,56
Mal definidas	19,01	28,65	31,97	31,72	46,10	623,26
Causas Externas	12,67	11,21	15,33	15,01	19,21	114,09
Total	114,27	152,81	128,66	130,53	170,32	3412,07

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

Gráfico 18. Mortalidade das mulheres adultas por raça/cor. região Norte, 2000

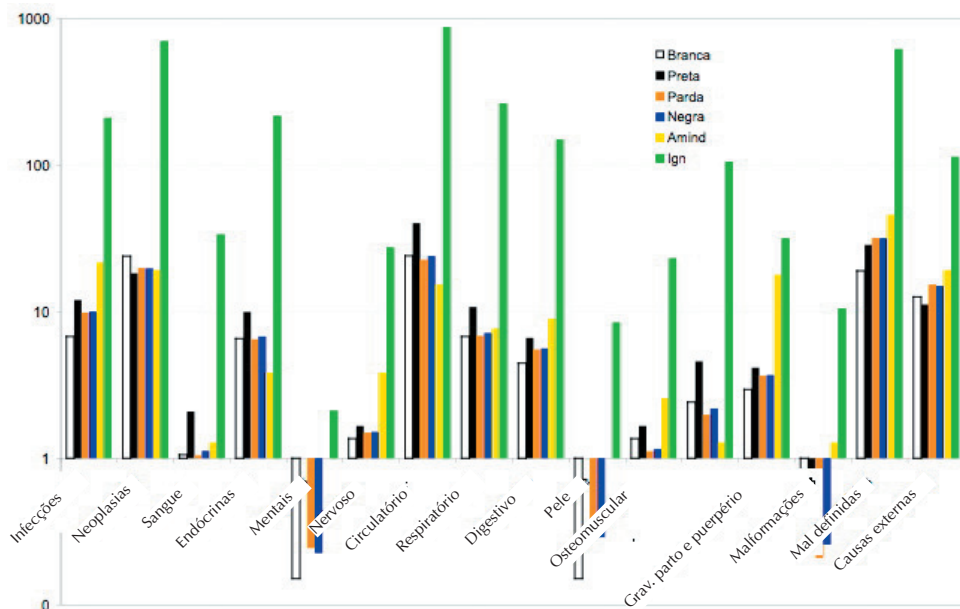
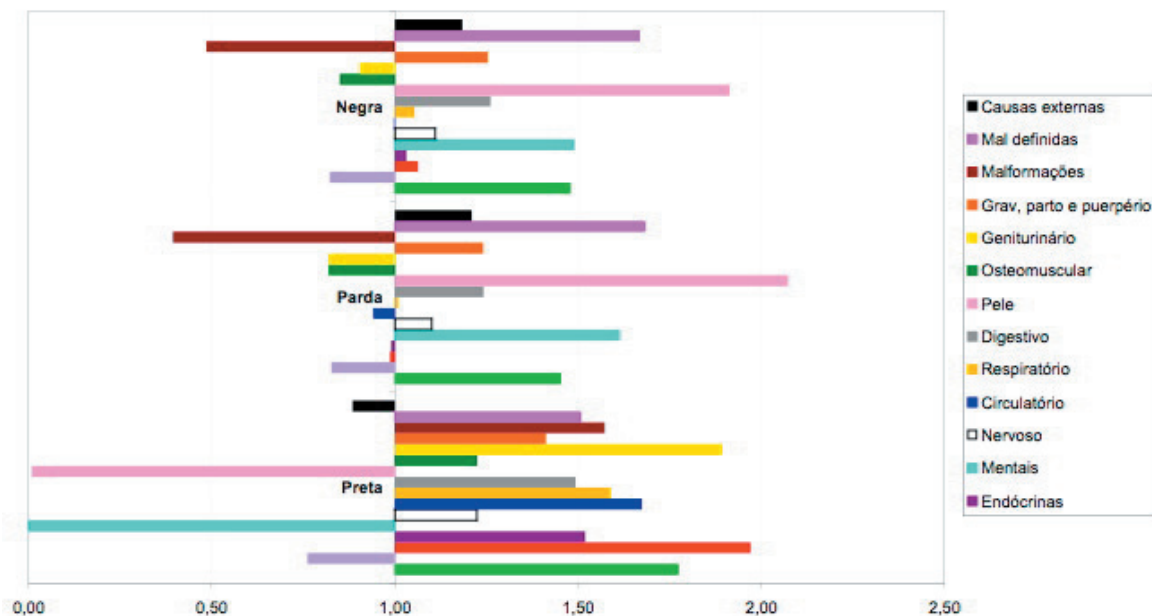


Gráfico 19. Relação de taxas de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre a mortalidade de brancas. Mulheres adultas. região Norte, 2000



Entre as doenças infecciosas e parasitárias, as principais causas de morte das mulheres são as septicemias (3,40/100 mil); HIV/aids (1,84); tuberculose (1,51); malária (0,77) e hepatite (0,64). As septicemias e a tuberculose prevalecem nas pretas, já o HIV/aids prevalece nas pardas. Quando se compara as brancas às negras, a mortalidade das negras é maior em todas as causas.

A morte por câncer de colo do útero é maior nas pardas, os cânceres de mama, estômago, brônquios e pulmão prevalecem nas mulheres brancas. Ocorreram, em 2000, 56 óbitos femininos por doença do Sangue e nenhum por anemia falciforme. A principal causa apontada para as mulheres pretas foram as outras anemias.

A diabetes *mellitus* é a principal causa de morte das mulheres pretas (12,09/100 mil) quando se analisa a mortalidade por doenças Endócrinas. Quando se compara brancas e negras, a taxa de mortalidade por diabetes das mulheres brancas é maior, 8,74/100 mil contra 7,48/100 mil das negras. Quando analisamos a mortalidade por desnutrição, ela é maior em mulheres pretas, mas quando se compara brancas e negras, é maior nas brancas 0,66/100 mil contra 0,59/100 mil.

Das mortes por Doenças do Aparelho Circulatório ocorridas nas mulheres da região Norte prevalecem as cerebrovasculares, isquêmicas do coração e insuficiência

cardíaca. As mortes por doenças cerebrovasculares e por insuficiência cardíaca são maiores nas mulheres pretas (25,38 e 8,06/100 mil).

Mulheres pretas morrem mais por pneumonia e doenças crônicas das vias aéreas, por doenças do fígado e por insuficiência renal.

A gravidez, parto e puerpério levou 154 mulheres a óbito na região Norte, dessas, 10 (4,03/100 mil) eram pretas, 105 (3,56), pardas e 39 (2,86) brancas. As taxas de mortalidade das mulheres negras superam a das brancas, 3,60/100 mil e 2,86 respectivamente.

A mortalidade de mulheres pretas e pardas sem assistência médica é 50% maior quando comparada à mortalidade das brancas. A taxa de óbito das mulheres brancas por causas mal definidas ou sem assistência é de 19,01/100 mil; a das pretas é de 28,65/100 mil; a das pardas, 31,97%, e a das negras, 31,72/100 mil.

Quanto aos óbitos femininos por causas externas, a taxa de mortalidade das negras é de 15,01/100 mil, a das brancas, 12,67/100 mil, a das pretas, 11,21/100 mil e a das pardas, 15,33/100 mil.

4.2.2. Região Nordeste

A tabela 15 e gráficos 20 e 21 ilustram os dados de mortalidade por raça/cor e as desigualdades em relação à região Nordeste.

Tabela 15. Taxa de mortalidade por raça/cor das mulheres adultas da Região Nordeste, 2000

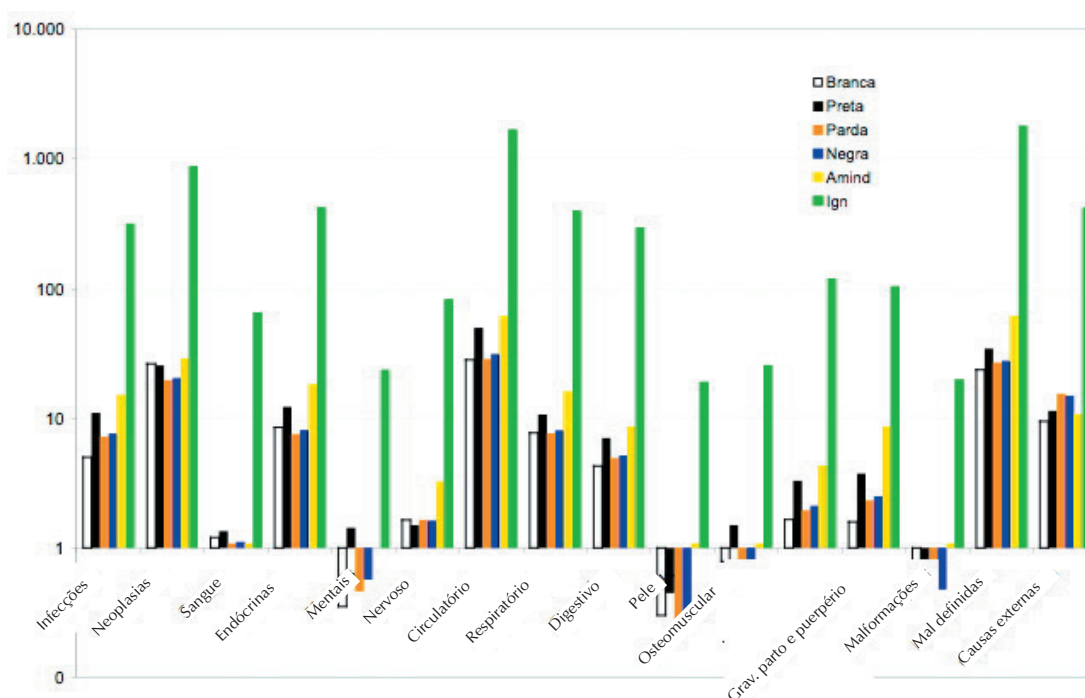
	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	4,99	10,99	7,15	7,594	15,09	317,68
Neoplasias	26,29	25,63	19,63	20,33	29,10	885,24
Sangue	1,20	1,35	1,08	1,107	1,08	65,60
Endócrinas	8,52	12,26	7,54	8,087	18,32	426,04
Mentais	0,35	1,42	0,46	0,571	0,00	23,59
Nervoso	1,63	1,49	1,63	1,617	3,23	83,29
Circulatório	28,24	49,92	28,64	31,1	61,43	1.695,30
Respiratório	7,72	10,69	7,67	8,018	16,16	402,45
Digestivo	4,28	7,02	4,91	5,155	8,62	298,52
Pele	0,30	0,45	0,25	0,277	1,08	19,16
Osteomuscular	0,78	1,49	0,68	0,778	1,08	25,80

	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Geniturinário	1,65	3,29	1,95	2,102	4,31	120,15
Grav., parto e puerpério	1,58	3,74	2,33	2,491	8,62	103,93
Malformações	0,42	0,67	0,45	0,476	1,08	19,90
Mal definidas	23,68	34,53	26,80	27,7	61,43	1.805,87
Causas Externas	9,49	11,36	15,42	14,95	10,78	423,09
Total	121,13	176,52	126,62	132,40	241,39	6715,61

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

Gráfico 20. Mortalidade das mulheres adultas por raça/cor. Região Nordeste, 2000



A taxa de mortalidade das mulheres pretas do Nordeste é de 176,52/100 mil e das pardas é de 126,62/100 mil. Quando comparadas negras e brancas, a das negras é maior: 132,40/100 mil contra 121,13/100 mil. As causas mal definidas são a segunda causa de morte (40,08/100 mil) superada, apenas, pelas mortes ocorridas em função de problemas do aparelho circulatório (42,99/100 mil).

No Nordeste, as mulheres negras morrem mais que as brancas por HIV/aids, tuberculose e septicemia. Quando o assunto é a mortalidade por neoplasias, as mulheres pretas apresentam uma maior mortalidade por câncer de colo de útero, brônquios,

pulmões e estômago. Todavia, as mulheres brancas morrem mais que as pretas quando se analisa a mortalidade por câncer de mama, 5,47/100 contra 4,62/100 mil.

Em 2000, ocorreram 243 óbitos por doenças do sangue (1,33/100 mil), as outras anemias, anemias aplásticas e os transtornos falciformes são as principais causas de morte. Não há diferenças significativas na mortalidade de negras (0,08/100 mil) e brancas (0,05/100 mil) por anemia falciforme. A taxa de mortalidade por *diabetes mellitus* também é maior nas mulheres pretas (15,27), já entre as brancas, a taxa é de 12,47/100 mil e entre as pardas, 9,28/100 mil. A taxa de mortalidade por diabetes das mulheres brancas supera a das negras: 12,47/100 mil e 9,99/100 mil, respectivamente.

Há uma maior mortalidade das mulheres negras em função do alcoolismo, 0,47/100 mil, contra 0,19/100 mil para as mulheres brancas. No entanto, chama a atenção a taxa de mortalidade das mulheres pretas: 1,28/100 mil.

Entre os óbitos por doenças do aparelho circulatório, prevalecem as doenças cerebrovasculares, as isquêmicas do coração e as insuficiências cardíacas. Em todas essas causas, a taxa de mortalidade das mulheres pretas supera a das brancas.

A taxa de mortalidade por falta de assistência médica é de 34,16/100 mil entre as mulheres pretas, 29,15/100 mil entre as negras, 28,49/100 mil entre as pardas e 26,50/100 mil entre as brancas.

Quanto aos óbitos femininos por causas externas, ele é maior entre as brancas, 46,17/100 mil, quando comparado aos óbitos das negras (15,19), pardas (13,84) e pretas (1,53). No entanto, a taxa de mortalidade por agressões, acidentes de transporte e outros acidentes é maior entre as mulheres pardas, 3,91/100 mil, 4,80 e 3,46, respectivamente.

4.2.3. Região Centro-Oeste

No Centro-Oeste, os dados mostram taxas mais altas de mortalidade feminina. É possível que algumas causas de morte sejam mais freqüentes nessa região, mas também podemos inferir que a qualidade do dado na região é melhor que nas regiões Norte e Nordeste. Nesse sentido, a proporção de óbitos com cor ignorada (14,18%) e por causas mal definidas (9,72%) também sugere que os dados da região são melhores do que nas duas anteriormente citadas (tabela 16).

Tabela 16. Taxa de mortalidade por raça/cor das mulheres adultas da região Centro-Oeste, 2000

	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	9,20	25,18	10,98	12,31	16,51	325,39
Neoplasias	37,25	46,33	29,51	31,08	18,35	775,41
Sangue	1,07	1,01	0,83	0,85	1,83	27,69
Endócrinas	9,47	16,11	8,38	9,10	5,50	238,85
Mentais	0,80	1,01	0,99	0,99	1,83	20,77
Nervoso	2,36	1,51	2,76	2,64	1,83	79,62
Circulatório	41,88	91,65	48,45	52,50	38,53	1.173,50
Respiratório	9,96	17,12	9,26	10,00	7,34	228,47
Digestivo	5,87	16,11	7,44	8,25	12,84	200,78
Pele	0,22	0,00	0,26	0,24	0,00	6,92
Osteomuscular	1,47	2,52	1,25	1,37	3,67	38,08
Geniturinário	2,44	6,04	3,70	3,91	1,83	69,23
Grav., parto e puerpério	1,64	2,52	1,87	1,93	7,34	31,15
Malformações	0,84	1,01	0,52	0,57	0,00	13,85
Mal definidas	9,16	26,69	12,54	13,87	22,01	401,55
Causas Externas	21,07	28,20	21,91	22,50	34,86	501,94
Total	154,79	283,00	160,76	172,21	174,28	4.133,20

Amind= Amarelas e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

O gráfico da mortalidade em escala logarítmica (gráfico 22) mostra o impacto da ausência da informação sobre raça/cor na mortalidade das mulheres, enquanto o gráfico 23 – razão entre taxas – indica as desigualdades na mortalidade feminina. Revela que a mortalidade das mulheres pretas é quase duas vezes maior do que a das mulheres brancas quando envolvem morte por causas mal definidas, doenças infecciosas, doenças do aparelho digestivo e circulatório. A mortalidade das pardas e negras é menor em metade dos grupos de causas.

Gráfico 22. Mortalidade das mulheres adultas por raça/cor. Região Centro-Oeste, 2000

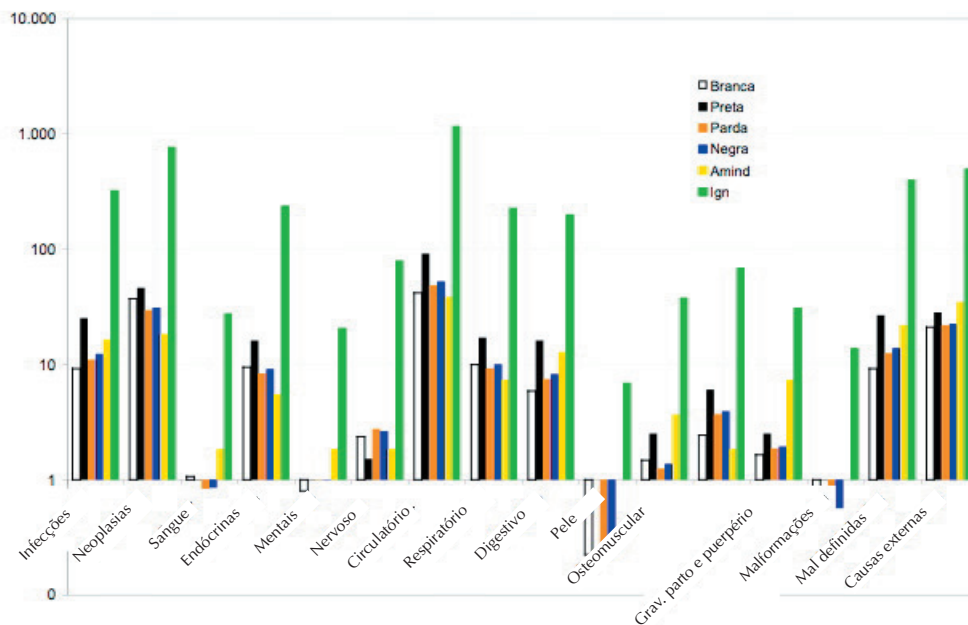
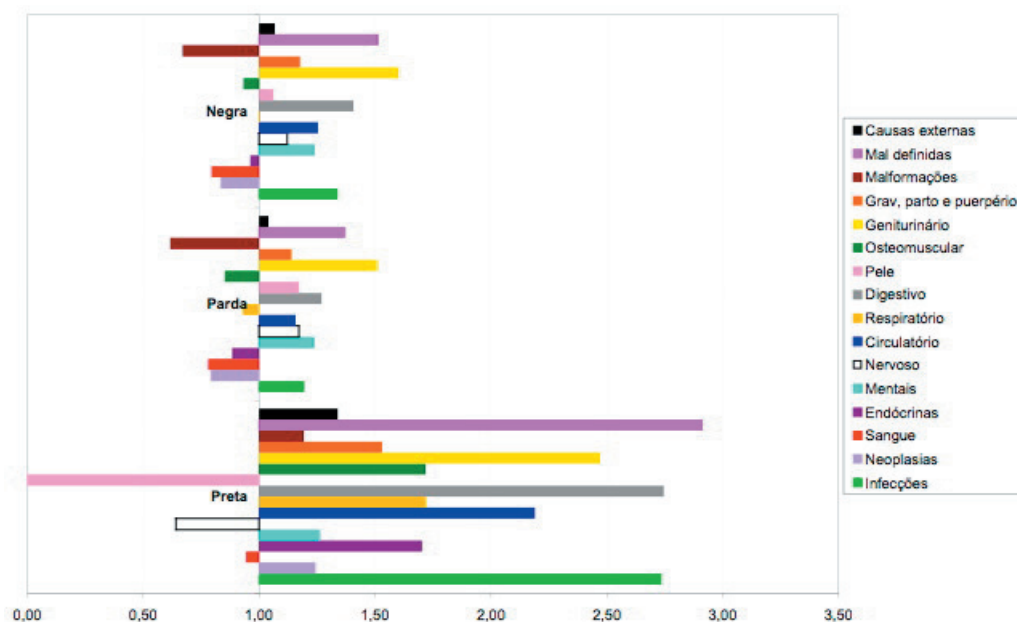


Gráfico 23. Relação entre taxa de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre mortalidade de brancas. Mulheres adultas da Região Centro-Oeste, 2000



As principais causas de morte por infecções para as mulheres da região Centro-Oeste foram a doença de Chagas, HIV/aids, as septicemias e a tuberculose. As pretas morreram mais que as brancas por doença de Chagas, por HIV/aids e tuberculose. As pardas e negras morreram mais do que as brancas pelas causas citadas.

As mulheres brancas foram mais afetadas que as pretas pelas mortes por câncer de mama e colo do útero. As pretas mais que as brancas por câncer de pulmão e estômago. Quando comparadas as mulheres brancas apresentaram maiores taxas de morte para todas as causas.

Mulheres brancas morreram mais que as negras por doenças do sangue. As pretas mais que as brancas por outras anemias e anemia falciforme. Brancas morreram mais que pretas por Anemias Aplásticas, mas negras morreram mais que brancas por essa causa. Entre as pretas a morte por *diabetes mellitus*, desnutrição, alcoolismo, epilepsia, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares foi maior que entre as brancas.

Quanto às doenças do aparelho circulatório, cabe salientar que a taxa de óbito das mulheres negras superou a das brancas; que pretas morreram mais que brancas por doenças isquêmicas do coração, contudo as brancas morreram mais que as negras.

Negras e pretas morreram mais que brancas por pneumonia, porém as mulheres brancas morreram mais que negras por doença pulmonar obstrutiva.

Entre as mortes por doenças do aparelho digestivo, para as negras prevaleceram as mortes por doenças alcoólicas do fígado, entretanto, a morte por esta doença apresenta maior taxa entre as brancas.

As mulheres negras e pretas morreram mais que as brancas por insuficiência renal e nefrites e nefroses.

Quando analisada a mortalidade por sinais e sintomas mal definidos, constatou-se que as mulheres pretas morreram duas vezes mais por morte sem assistência e 2,6 vezes mais por causas mal definidas. A mortalidade por agressões, acidentes de transporte e outros acidentes também foi maior entre as mulheres pretas.

4.2.4. Região Sudeste

A taxa de mortalidade das mulheres pretas é maior na região Sudeste, seguida pelas brancas, pardas, amarelas e indígenas. Do total de óbitos femininos, 11% têm a raça/cor ignorada. Quando se analisa a relação entre taxas de óbito, as pretas morrem 1,8 vez mais que as brancas. As mulheres pardas morrem menos, enquanto as amarelas e as indígenas morrem quase duas vezes mais do que as brancas (tabela 17).

Tabela 17. Taxa de mortalidade por raça/cor das mulheres adultas da região Sudeste, 2000

	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	12,44	26,15	12,57	15,09	31,27	312,22
Neoplasias	50,71	55,39	30,23	34,90	97,85	750,79
Sangue	1,32	2,54	1,07	1,35	2,94	40,09
Endócrinas	11,87	28,21	10,28	13,60	21,34	290,35
Mentais	0,63	2,82	1,05	1,38	2,94	20,65
Nervoso	3,47	3,84	2,11	2,43	8,46	74,71
Circulatório	56,77	124,90	50,89	64,61	122,50	1320,56
Respiratório	14,38	24,80	12,58	14,85	25,75	312,83
Digestivo	9,54	16,08	7,92	9,44	17,66	189,52
Pele	0,38	0,97	0,21	0,35	0,74	9,11
Osteomuscular	1,33	2,82	1,20	1,50	2,21	30,37
Geniturinário	3,36	5,96	2,92	3,48	9,20	89,29
Grav., parto e puerpério	1,53	4,11	1,85	2,27	1,84	56,49
Malformações	0,72	0,70	0,38	0,44	1,10	18,83
Mal definidas	15,91	49,16	19,66	25,13	21,34	681,54
Causas Externas	19,89	21,28	19,02	19,44	30,53	239,94
Total	204,30	369,78	173,96	210,27	398,03	4.438,52

Amind= Amarelos e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSead. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

Os gráficos 24 e 25 mostram que, quando se analisa a relação entre taxas, as mulheres pretas morrem mais do que as brancas na maioria das causas; que a mortalidade por neoplasias, sistema nervoso, respiratório e malformações é maior nas brancas; que a taxa de mortalidade entre as brancas supera a das pardas em todas as causas, exceto causas perinatais e gravidez, parto e puerpério.

Gráfico 24. Mortalidade das mulheres adultas por raça/cor. Região Sudeste, 2000

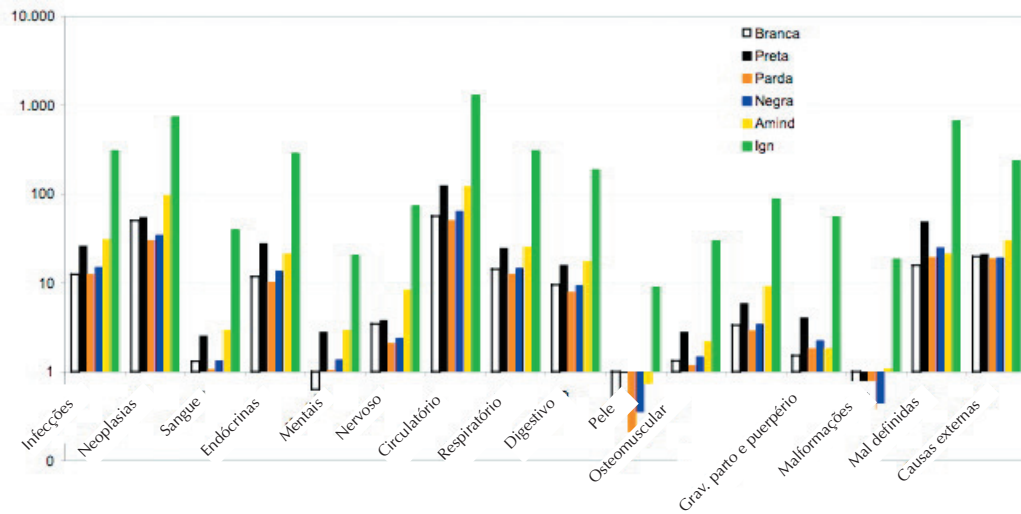
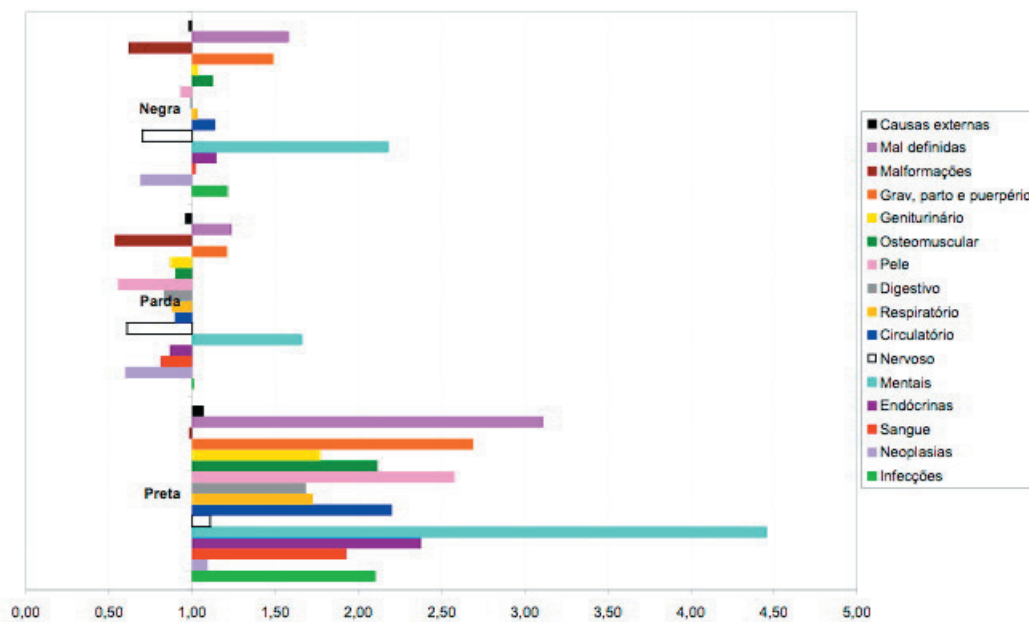


Gráfico 25. Relação entre taxa de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre mortalidade de brancas. Mulheres adultas da Região Sudeste, 2000



No Sudeste, as principais causas infecciosas de morte entre as mulheres foram o HIV/aids, septicemias, tuberculose, hepatite e doença de Chagas. Com exceção da hepatite, a mortalidade das mulheres pretas é maior em todas as outras causas de

morte. As mulheres negras morreram mais que as brancas por HIV/aids, tuberculose e hepatite.

Mulheres brancas morreram mais que as negras por cânceres de mama, colo do útero, pulmão, estômago e cólon. Quando comparamos as brancas às pretas, as últimas morreram mais por cânceres de colo de útero, pulmão e estômago. Brancas morrem mais do que pretas por outras anemias aplásticas, defeitos da coagulação, púrpura e outras infecções hemorrágicas. As mulheres pretas morreram mais por anemia falciforme.

Entre as doenças endócrinas, as pretas tiveram taxas maiores para diabetes *mellitus*, desnutrição e obesidade. As taxas das pardas foram menores que as das brancas por diabetes e maior para desnutrição e obesidade. Quando comparadas brancas e negras, a taxa de mortalidade das brancas superou a das negras em todas as causas, exceto desnutrição.

A mortalidade das mulheres pretas por transtornos mentais foi maior entre as pretas e negras; entre as causas destaca-se o uso de álcool.

Entre as doenças do sistema nervoso, as mortes por epilepsia, transtorno do encéfalo e meningites destacam-se. Em todas essas causas, a taxa de óbito das mulheres pretas superou a das brancas.

As mulheres pretas também apresentam um excesso de mortalidade por doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, hipertensão, doenças hipertensivas e cardiopatias. Negras morreram mais que brancas por doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, hipertensão e doenças hipertensivas e cardiomiopatias.

Entre as doenças do aparelho respiratório, as pretas morreram mais por influenza e pneumonias, insuficiência respiratória, enquanto as brancas morreram mais por doenças crônicas das vias aéreas inferiores. As mortes por influenza e pneumonia, doenças crônicas das vias aéreas inferiores e insuficiência respiratória foram mais freqüentes entre as brancas que entre as negras.

No grupo doenças do aparelho digestivo, as mulheres pretas morreram mais por doença do fígado e pancreatite. A mortalidade das pretas por insuficiência renal e nefrites e nefroses também teve destaque entre os óbitos por doenças do aparelho geniturinário.

A mortalidade em função da gravidez, parto e puerpério foi maior entre as mulheres pretas, pardas e negras.

As mortes sem assistência e mal definidas foram três vezes mais freqüentes nas mulheres pretas, 1,24 vez maior nas pardas e 1,58 vez maior entre as negras.

As mulheres brancas morreram mais por acidentes de transporte e lesões provocadas intencionalmente, as pretas morreram mais por agressões.

4.2.5. Região Sul

Como já enfatizado anteriormente, os dados da região Sul são os que apresentam melhor qualidade e, além disso abrange os estados em que, proporcionalmente, há a menor população negra. A mortalidade das mulheres pretas foi maior que a das brancas em todos os grupos de causas, exceto malformações e causas externas. A melhor visualização das desigualdades no perfil da mortalidade das mulheres do Sul está expressa nos gráficos 26 e 27 e tabela 18, abaixo.

Tabela 18. Taxa de mortalidade por raça/cor das mulheres adultas da região Sul, 2000

	Branca	Preta	Parda	Negra	Amind	Ign
Infecções	10,79	27,84	7,94	13,00	2,80	309,31
Neoplasias	56,08	59,34	21,82	31,35	22,41	1.256,09
Sangue	1,08	3,09	0,29	1,00	0,00	53,79
Endócrinas	11,58	26,15	6,70	11,64	4,20	277,04
Mentais	1,03	3,66	1,24	1,86	0,00	10,76
Nervoso	3,84	5,06	2,49	3,14	0,00	67,24
Circulatório	59,80	124,30	38,76	60,48	18,21	1377,12
Respiratório	16,71	25,31	9,00	13,14	4,20	325,45
Digestivo	9,26	16,87	6,03	8,78	4,20	236,69
Pele	0,22	0,56	0,19	0,29	2,80	8,07
Osteomuscular	1,36	3,09	0,67	1,29	0,00	45,72
Geniturinário	3,02	4,50	1,72	2,43	0,00	69,93
Grav., parto e puerpério	2,32	5,34	2,11	2,93	0,00	37,66
Malformações	0,93	0,00	0,67	0,50	2,80	21,52
Mal definidas	9,43	13,50	6,70	8,43	7,00	360,42
Causas Externas	21,08	17,72	12,06	13,50	22,41	247,45
Total	208,61	336,35	118,48	173,79	91,03	4.706,96

Amind= Amarelas e Indígenas.

Fonte: SIM-Datasus/FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde. As taxas de mortalidade se referem a 100.000 habitantes.

Gráfico 26. Mortalidade das mulheres adultas por raça/cor, Região Sul, 2000

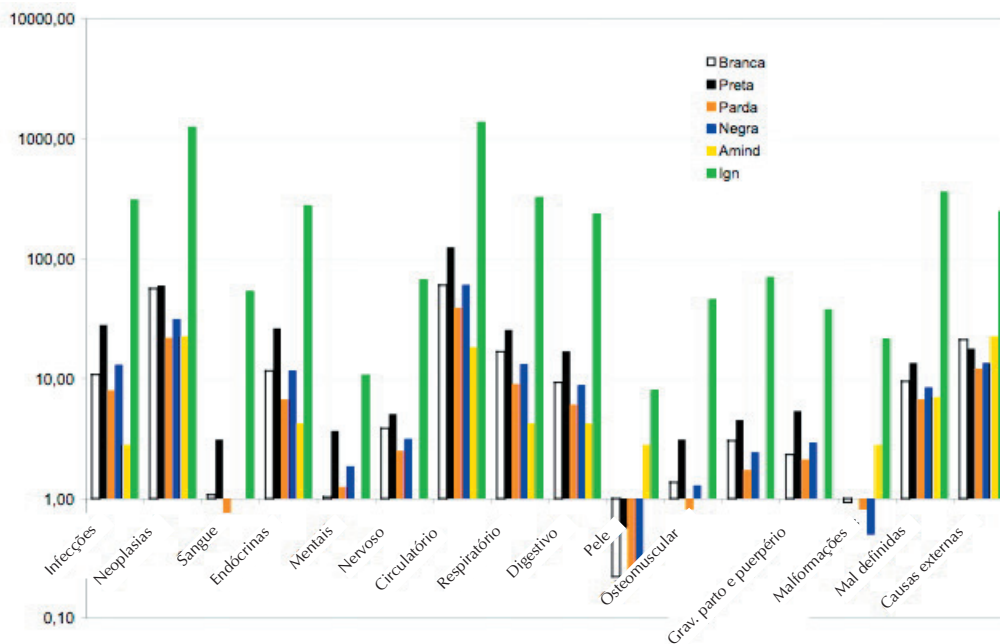
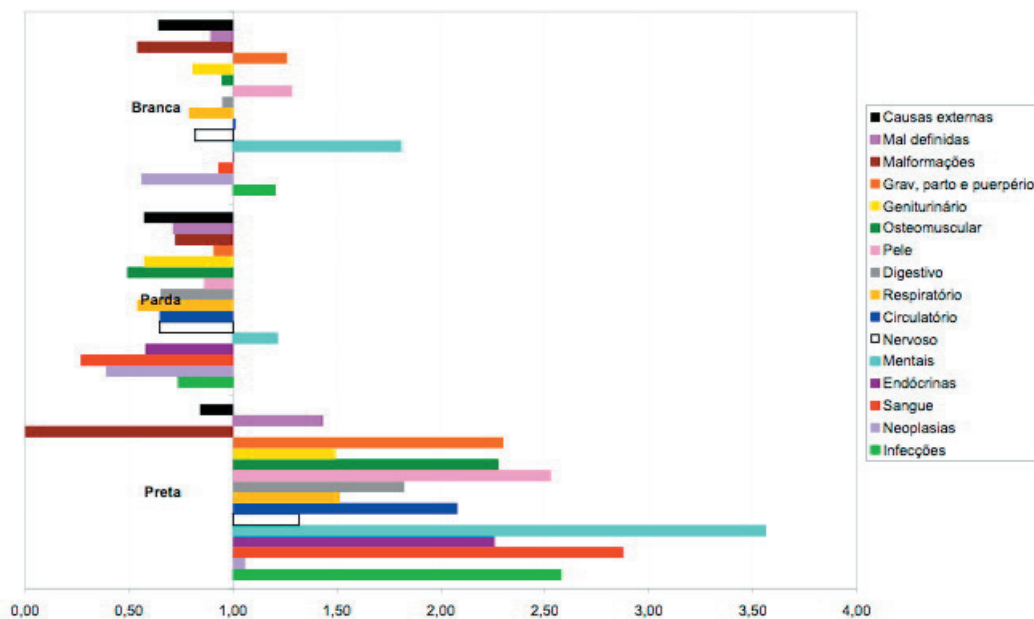


Gráfico 27. Relação entre taxa de mortalidade de pretas, pardas e negras sobre mortalidade de brancas. Mulheres adultas da Região Sul, 2000



A mortalidade das mulheres pardas foi menor que a das brancas em todas as causas, exceto transtornos mentais.

As principais causas de morte de mulheres adultas da região Sul por Infecções foram: HIV/aids, septicemias, tuberculose, hepatite e doença de Chagas. Quando comparadas as taxas de mortalidade de brancas e pretas, as mulheres pretas morreram 3,5 vezes mais por HIV/aids.

As mulheres brancas morreram mais por cânceres de mama, estômago e cólon. Já as pretas, mais por cânceres de mama e pulmão.

As mortes por doenças do sangue indicaram uma maior mortalidade das mulheres pretas por anemia falciforme. Entre as endócrinas, destacou-se a mortalidade das mulheres pretas por *diabetes mellitus* e obesidade. O uso do álcool foi a principal causa de morte das mulheres pretas quando o tema são os óbitos por transtornos mentais.

Ao analisar as desigualdades no perfil da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, constatou-se que as mulheres pretas morreram mais por doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, cardiomiopatia e hipertensão e doenças hipertensivas. Quando comparadas brancas e negras, as brancas morreram mais por doenças isquêmicas do coração. Nas demais as negras superaram as brancas.

Entre as doenças do aparelho digestivo chamou a atenção a mortalidade das mulheres pretas e negras por doenças do fígado.

A insuficiência renal, nefrites e nefroses foram as principais causas de morte. As mulheres pretas, negras, brancas e pardas apresentaram taxas diferenciadas para a mortalidade por insuficiência renal. As mulheres brancas morreram mais por nefrites e nefroses.

As mulheres pretas e negras morreram mais na gravidez, parto e puerpério. Quanto às mortes sem assistência e causas mal definidas, foram maiores para as mulheres pretas e negras. A maior mortalidade das mulheres pretas e negras por agressões também foram evidenciadas.

Uma leitura possível para esses dados regionais é a análise do perfil da mortalidade segundo cada grupo de causas de óbito.

4.3. Alguns Comentários

Como apontado anteriormente, a taxa de mortalidade feminina no Brasil é de 208,17/100 mil mulheres, a qual não se distribui igualmente entre os grupos e regiões do país. Na região Norte, a taxa de mortalidade feminina é de 197,49/100 mil; 176,39/100 mil no Nordeste; 462,65/100mil no Centro-Oeste; 233,07/100 mil no Sudeste e

220,08/100 mil no Sul. Essa característica se mantém quando analisamos as taxas de óbito das mulheres brancas e pretas. Nas mulheres pardas, a taxa é maior na região Norte e menor que a média no Centro-Oeste. Uma das possíveis explicações para tal fato é a variação do denominador/população. Como se vê, há uma maior possibilidade da população da região Norte se identificar como parda e da região Centro-Oeste não se identificar como tal. Esta variação do “como me identifico” interfere nos dados populacionais do Censo e, conseqüentemente, nas taxas de mortalidade. Isso nos remete a uma das perguntas iniciais deste trabalho: o que é ser pardo na região Norte do país e o que é sê-lo nas regiões Sul e Centro-Oeste?

A análise da taxa média de mortalidade por raça/cor revelou que a taxa de mortalidade entre as mulheres pretas no país é de 284,36/100 mil. E que no Centro-Oeste essa taxa é de 567,50/100 mil; no Sudeste, 369,78/100 mil; no Sul, 336,35/100 mil e no Norte, 200,56/100 mil, sendo a menor taxa a do Nordeste, 172,78/100 mil mulheres.

A análise das taxas de mortalidade feminina segundo grupos de causas revelou o mesmo padrão já comentado anteriormente, maior mortalidade das mulheres pretas quando comparadas às brancas, às pardas e às negras.

No grupo de causas doenças infecciosas e parasitárias, as septicemias, o HIV/aids, a tuberculose, a hepatite e a malária são, pela ordem, as principais responsáveis por causa de morte do Norte e representam 80% dos óbitos do grupo. Destaca-se a alta taxa de mortalidade das mulheres pretas por septicemia na região: 5,24/100 mil.

No Nordeste, as principais causas são as septicemias, a tuberculose e o HIV/aids; essas causas representam 57% dos óbitos do grupo. Destaca-se aqui a taxa de mortalidade por tuberculose entre as mulheres pretas 2,7/100 mil.

No Centro-Oeste, destacam-se a doença de Chagas, o HIV/aids, as septicemias e a tuberculose. Essas causas perfazem 80% dos óbitos do grupo. Chama a atenção, nessa região, a taxa de óbito das mulheres pretas por doença de Chagas 9,70 por 100 mil.

No Sudeste, as principais causas dos óbitos são: HIV/aids, septicemia, tuberculose, hepatite e doença de Chagas. A taxa de mortalidade das mulheres pretas por HIV/aids se destaca: 12,29/100 mil.

No Sul, 62% dos óbitos do grupo de causas doenças infecciosas e parasitárias estão distribuídas entre o HIV/aids, as septicemias, a tuberculose, hepatite e doença de Chagas. É expressiva a taxa de óbito das mulheres pretas pelo HIV/aids: 16,31/100 mil.

Os dados aqui explicitados evidenciam a relação entre a mortalidade e a inclusão social desqualificada, bem como que certos grupos possuem uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde de melhor qualidade. Indicam, ainda, a falta de infor-

mação e leitura equivocada dos profissionais de saúde sobre “grupos de risco”. Para Lopes (2003), ao mostrar que as pessoas estão vulneráveis a um determinado agravo, aumentam responsabilidades de pesquisadores, gestores e profissionais de saúde em identificar e atacar os fatores que contribuem para a manutenção ou ampliação destas vulnerabilidades.

As neoplasias ocupam a segunda causa de morte no país. As taxas de óbito das mulheres brancas (45,95/100mil) superam a das mulheres pretas (43,04/100 mil), pardas (24,09/100 mil) e negras (26,77/100 mil). No entanto, nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul a taxa de óbito das mulheres pretas por neoplasias supera a das mulheres brancas.

Entre as localizações anatômicas selecionadas destacam-se o colo de útero, mama, estômago, pulmões, fígado e via biliares e leucemias na região Norte. No Nordeste, prevalecem os cânceres de colo de útero, mama, brônquios e pulmões, estômago e esôfago. Essas doenças perfazem 22% dos óbitos desse grupo de causas. A região Centro-Oeste, apresenta as mesmas características da região Nordeste, as causas e a seqüência são as mesmas, contudo tais causas perfazem 45% dos óbitos desse agrupamento.

Na região Sudeste, prevalecem as seguintes localizações anatômicas: cânceres de mama, colo de útero, brônquios e pulmões, estômago e cólon. Destaca-se a maior mortalidade por câncer de mama entre as mulheres brancas, 13,59/100 mil, e a maior mortalidade por câncer de colo de útero entre as pretas, 8,99/100 mil.

O perfil da mortalidade das mulheres na região Sul do país diferencia-se das outras regiões, onde prevalecem o câncer de mama, colo de útero, brônquios e pulmões, esôfago, estômago, encéfalo, laringe, cólon e ovário. Cinquenta e cinco dos óbitos por neoplasias ocorrem por essas causas. Chama a atenção a taxa de mortalidade de 10,46/100 mil, entre as mulheres brancas, por câncer de mama.

Viana et al. (2001) sugerem que é possível analisar a qualidade da atenção em saúde a partir da análise do percentual de óbitos por causas mal definidas e pela razão de mortalidade de câncer de mama por câncer de útero. Para os autores, esses indicadores dizem respeito à falta ou deficiência de assistência médica; maior ou menor capacidade diagnóstica.

A tabela 19 aponta uma grande iniquidade com relação à qualidade da saúde da mulher, em especial para as regiões Norte e Nordeste, regiões onde os casos de câncer de colo de útero são mais elevados que os de mama. Quando a associação é positiva – a taxa de óbitos por câncer de colo de útero é menor do que a de câncer de mama –, como acontece nas regiões Sudeste e Sul, as mulheres negras sempre apresentam os menores indicadores. Ou seja, as mulheres pretas e pardas detem uma menor razão entre as taxas e, conseqüentemente, possuem uma assistência médica mais deficiente ou estão submetidas a uma menor capacidade diagnóstica.

Tabela 19. Razão entre taxa de mortalidade por câncer de mama pela taxa de mortalidade por câncer de útero, segundo raça/cor e regiões do país.

Região	Branca	Preta	Parda	Negra
Norte	0,84	0,25	0,37	0,36
Nordeste	1,22	0,92	0,73	0,76
Centro-Oeste	1,16	1,36	1,08	0,94
Sudeste	1,92	1,48	1,17	1,25
Sul	1,30	1,06	1,06	1,06

Fonte: SIM-Datasus Fundação Seade-SP. Tabulações especiais: Instituto de Saúde/SES-SP.

4.3.1 Doenças do Sangue

Quando se analisa a mortalidade por doenças do sangue na região Norte, constata-se que, entre as principais causas, estão anemias e coagulação intravascular disseminada. No Nordeste, prevalecem as outras anemias, as anemias aplásticas, defeitos de coagulação, transtornos falciformes. Na região Centro-Oeste, as anemias, anemias aplásticas e transtornos falciformes são as principais causas de morte. No Sudeste, 70% dos óbitos deste grupo ocorrem em razão de causas como outras anemias, anemias aplásticas, defeitos da coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas, coagulação intravascular disseminada e os transtornos falciformes.

4.3.2. Doenças Endócrinas e Nutricionais

Entre as mortes por doenças endócrinas e nutricionais da região Norte, destacam-se as mortes por *diabetes mellitus*, desnutrição, depleção de volume e outros transtornos do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico. Noventa por cento dos óbitos por Doenças Endócrinas estão representados por essas causas. No Nordeste, a *diabetes mellitus*, as desnutrições e depleção de volume são as duas principais causas e representam 90% dos óbitos desse grupo. O mesmo ocorre no Centro-Oeste. No Sudeste, as

causas principais de morte são *diabetes mellitus*, desnutrição e obesidade. Na região Sul, há uma maior variação: *diabetes mellitus*, desnutrições, obesidade, transtornos do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, depleção de volume, distúrbios metabólicos lipoprotéicos e outras lipidemias.

Entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes é uma das sete principais doenças que afetam as mulheres pretas. A maior taxa de urbanização, industrialização, sedentarismo e obesidade têm contribuído para o maior número de pessoas com diabetes em nossa sociedade.

Sabe-se que a diabetes prevalece entre as mulheres. No presente estudo, há uma maior taxa de mortalidade por diabetes entre as mulheres pretas, seguidas pelas brancas, pardas e negras.

Para Franco (1998),

"A descentralização do atendimento aos diabéticos, utilizando a já existente rede pública de atenção básica à saúde, seguramente virá amenizar uma série de distorções que ocorrem atualmente, desde que esteja associada a uma política de capacitação de recursos humanos e valorização do pessoal. Por outro lado, as unidades especializadas têm papel importante, ou seja, o de gerar normas e conhecimento, promover educação continuada aos profissionais de saúde e o de prestar atendimento especializado aos casos de difícil controle e as complicações da doença."

A desnutrição também se apresentou como uma importante causa de morte para as mulheres negras adultas.

4.3.3. Transtornos mentais

Os Transtornos mentais devidos ao uso do álcool e ao uso de substâncias psicoativas são as principais causas de morte no Norte e no Nordeste. Essas causas concentram 66% dos óbitos da região Norte e 80% da região Nordeste. O uso de álcool concentra 67% das mortes do Centro-Oeste. No Sudeste, aparecem os transtornos devido ao uso de álcool, uso de psicoativos, demência e retardo mental. Essas causas representam 90% das mortes por transtornos mentais da região Sudeste.

A maior mortalidade das negras por transtornos mentais talvez seja consequência da opressão, das violências institucionais vivenciadas por essas mulheres, a baixa auto-estima, entre outros. É possível levantar como hipótese que os mecanismos de exclusão social vivenciados pelos negros têm seus reflexos também na saúde mental.

4.3.4. Doenças do Aparelho Circulatório

As mulheres pretas morrem duas vezes mais que as brancas por doenças do aparelho circulatório. As doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca e complicações de cardiopatias representam 70% dos óbitos do Aparelho Circulatório no Norte e Nordeste. Na região Centro-Oeste, as principais causas são as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e complicações de cardiopatias. Nas regiões Sudeste e Sul, prevalecem a mortalidade das mulheres pretas por doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, hipertensão e doenças hipertensivas e cardiomiopatias. Em todas as regiões, a mortalidade das mulheres pretas supera a das brancas.

Os principais fatores de risco dessas doenças são o tabagismo, a hipertensão e a ingestão de gordura (Lolio et al., 1993). Os negros têm, sabidamente, níveis tencionais mais elevados. Conseqüentemente, a mortalidade por doenças coronarianas é maior entre eles (Lolio, 1993 e Lotufo, 1998). Mas, o que é feito com essa informação? Os profissionais possuem tal informação, todavia quais são os encaminhamentos? Quais são as ações realizadas pelo sistema de saúde?

Mesmo sendo a taxa de mortalidade por anemia falciforme muito baixa, pode haver uma associação entre anemia falciforme e uma maior mortalidade por problemas circulatórios, desconhece-se, entretanto, quanto desse diferencial pode ser atribuído às diferenças genéticas, culturais ou socioeconômicas.

Segundo Berquó, Araújo e Sorrentino (1996) “Como as doenças do coração são doenças masculinas, muitas vezes a dor no peito é menos valorizada no diagnóstico das mulheres – frescura, daí ser menos diagnosticada, o diagnóstico não é feito nos primeiros sintomas”. Diante disso, é possível formular a seguinte questão: como os diagnósticos dos problemas coronarianos dos pretos são percebidos?

As conseqüências indesejáveis da hipertensão estão freqüentemente associada à baixa escolaridade, aos problemas sociais crônicos, como pobreza, hostilidade e racismo; os negros, em nossa sociedade, convivem em ambientes sociais desfavoráveis e estão expostos constantemente a situações estressantes. Essas têm sido algumas das possíveis explicações das grandes diferenças de prevalência de hipertensão entre os negros americanos (Lessa, 1998).

4.3.5. Doenças do Aparelho Respiratório

A taxa de óbitos por doenças do aparelho respiratório no Brasil é de 14,22/100 mil entre as mulheres. A taxa de óbito das mulheres pretas é de 18,87/100 mil, seguida pelas mulheres brancas (13,22/100 mil), negras (10,74/100 mil) e pardas (9,40/100 mil).

Entre as principais causas deste grupo estão a influenza e pneumonias, doenças crônicas das vias aéreas inferiores e a insuficiência respiratória.

4.3.6. Doenças do Aparelho Geniturinário

As Doenças do Aparelho Geniturinário estão entre as nove principais causas de morte das mulheres brasileiras; a taxa de mortalidade é de 3,47/100 mil. A insuficiência renal, nefrites e nefroses, transtornos do trato urinário são as principais causas de morte. A taxa de óbito das mulheres pretas é maior em todas essas causas e em todas as regiões do país.

4.3.7. Gravidez, parto e puerpério

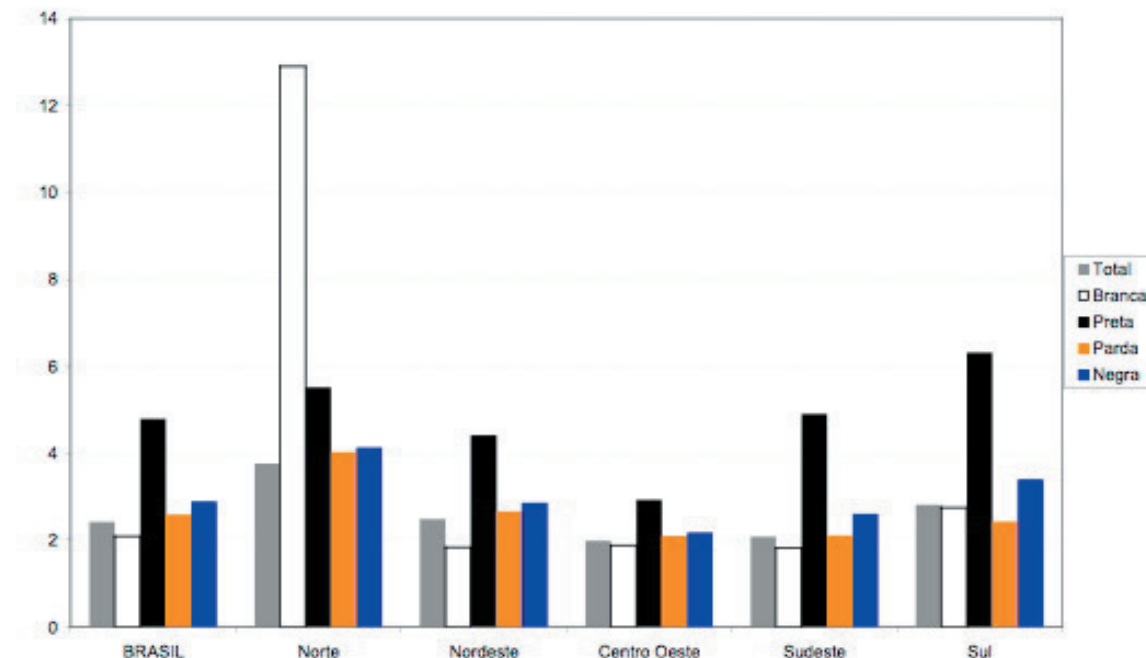
Ao verificarmos o perfil da mortalidade por complicações da Gravidez, Parto e Puerpério entre as mulheres de 10 a 49 anos, constatamos que as piores taxas estão na região Norte.

Maternidade sem risco é um direito das mulheres, um direito que se relaciona à liberdade e à segurança, e impõe aos governos, gestores e profissionais a obrigação de assegurar o acesso a uma assistência segura e efetiva.

Os dados mostram que, entre as mulheres de 10-49 anos, 2,96 entre 100 mil morrem por complicações da gravidez, parto e puerpério. A taxa de óbito entre as mulheres negras supera a das brancas (é 2,89 vezes maior) sendo 4,79/100mil para as pretas, 2,59/100 mil entre as pardas, e 2,09 das brancas. O Centro-Oeste possui menor taxa e a pior situação é a da região Norte, onde a taxa é de 15,33/100 mil para as brancas e 21,49/100 para as pretas.

As maiores taxas são as das regiões Norte e Sul do país. No caso da região Sul, essa é uma região que possui uma melhor cobertura dos registros de óbito, é a região onde os comitês de mortes materna são ativos, corrigem óbitos classificados incorretamente e isso pode aumentar o coeficiente de óbitos por gravidez, parto e puerpério (Volochno, 2003).

Gáfico 28. Taxa de óbitos por gravidez, parto e puerpério entre mulheres de 10-49 anos segundo raça/cor e regiões. Brasil, 2000



A taxa média de óbitos por gravidez, parto e puerpério no Brasil é de 2,96/100 mil, mas a taxa de óbito das mulheres pretas supera a média em todas as regiões do país, exceto no Centro-Oeste (gráfico 28).

Estudo realizado por Perpétuo (2000) aponta que as mulheres negras possuem menores chances de passar por consultas ginecológicas completas, por consultas completas de pré-natal, realizar consultas de pré-natal antes do terceiro mês de gravidez e obter informações sobre os sinais do parto. As mulheres negras recebem menor assistência durante a gravidez e têm as maiores chances de não serem examinadas adequadamente. Estas dificuldades, acabam se concretizando em maior mortalidade das mulheres negras por complicações da gravidez, parto e puerpério no Brasil.

Não podemos desconsiderar a relação entre o violento contexto de vida das mulheres negras e sua mortalidade, ou seja, como as piores condições de vida e acesso aos bens e consumo das mulheres negras se relacionam com a mortalidade ou mesmo os efeitos danosos das condições de vida na saúde da mulher e da criança. Todavia, como reverter esta vulnerabilidade?

Uma solução seria o estabelecimento de políticas públicas intersetoriais, políticas diferenciais para as mulheres negras e não-negras. Onde existir uma concentração

de população negra e de população em situação de pobreza dever-se-ia direcionar, adequar e qualificar a atenção básica, de tal forma que estratégias como o Programa de Saúde da Família pudessem atender às necessidades das mulheres para garantir a gravidez e a maternidade sem risco. No processo de capacitação dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família deveria também existir um módulo sobre saúde da mulher negra ou sobre o impacto do racismo na saúde da mulher negra.

A redução da mortalidade das mulheres negras por complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério deveria ser uma meta/prioridade para os gestores de saúde; merece uma política pública intersetorial a ser implementada pelo estado. Afinal, essa é uma morte evitável.

Rutstein (1976); Nolte e Mackee (2003) utilizam o conceito de mortes evitáveis como um indicador da qualidade e efetividade dos serviços de saúde. Segundo esta concepção, embora a morte seja o desfecho natural para todos os seres humanos, a idade em que ocorre e a causa podem ser postergadas por assistência à saúde de boa qualidade.

4.3.8. Sintomas, sinais e achados anormais

Mortes sem assistência ou por causas mal definidas, essas são as principais causas de morte deste grupo. Vianna et al. (2001), para desenvolver uma metodologia de análise das desigualdades, sugerem indicadores e instrumentos de medição para monitoramento das desigualdades em saúde, a avaliação da evolução da desigualdade e o subsídio aos gestores no processo decisório e o uso de registros administrativos de bases regulares. Os autores trabalham com seis dimensões de desigualdades: oferta; acesso e utilização de serviços de saúde; financiamento; qualidade da atenção; situação de saúde; e condições de vida.

A análise da qualidade em saúde é feita a partir do percentual de óbitos por causas mal definidas. O percentual de óbitos mal definidos é um indicador que diz respeito à falta ou à deficiência de assistência médica ou à maior ou menor capacidade diagnóstica.

“O percentual de óbitos por causa mal definida é um indicador tradicional de qualidade da assistência, visto que não identifica adequadamente a causa de um óbito está relacionado geralmente à falta ou deficiência de assistência médica” (Vianna, 2001). As mulheres pretas e pardas apresentam maiores índices de óbitos por causas mal definidas e, conseqüentemente, piores condições de qualidade da assistência (tabela 3, página 247).

4.3.9. Causas Externas

As agressões, acidentes de transportes e outros acidentes, lesões auto-inflingidas e autoprogramadas são as principais causas de morte entre as mulheres. A taxa de mortalidade das mulheres brancas por Causas Externas supera a das mulheres negras: 18,20/100 mil contra 17,04/100 mil. A taxa de mortalidade das mulheres pretas é de 17,36/100 mil e das pardas é de 10,90/100 mil.

5. Comentários finais

As condições sociais, a escolarização e o acesso desigual aos serviços de saúde, entre outros, são fatores que podem determinar diferenças importantes nas taxas de mortalidade. Apesar de suas limitações, a descrição da mortalidade de pretos, pardos, negros e brancos possibilitou comparar realidades e pode ser utilizada para elaborar/definir políticas públicas. Ressalta-se, neste caso, a mortalidade por tuberculose, HIV/aids, donças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, transtornos mentais, complicações da gravidez, parto e puerpério.

A par das preocupações quantitativas, urge que o SUS se ocupe das questões qualitativas na assistência à saúde da população e se debruce sobre os obstáculos de acessibilidade dos diversos segmentos concretos da população, como os grupos étnico-raciais. Buscar os indícios de discriminação institucional é reconhecer necessidades concretas de grupos que não vêm sendo consideradas.

No SUS, longo é o caminho a trilhar no que tange às necessidades dos negros. Para além de iniciativas pontuais como o Programa Nacional de Anemia Falciforme, é essencial reconhecer, na população, a existência de cidadãos com necessidades particulares; contabilizá-los nos municípios; identificar especificidades nos perfis de morbimortalidade; conhecer suas necessidades de assistência não atendidas. Para isso, é essencial introduzir, registrar, computar e analisar o quesito raça/cor nos documentos referentes aos procedimentos.

O Sistema Único de Saúde, criado por força da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incorpora a concepção da Constituição de 1988 onde saúde figura como direito fundamental e dever do estado. Suas principais características são universalidade, gratuidade, integralidade, descentralização com direção única em cada esfera, prioridade às ações preventivas sem prejuízo das curativas, controle popular, financiamento público, participação auxiliar da rede privada e a equidade (Andrade, 2001).

O conceito de equidade propõe tratamento desigual para os desiguais²⁷. Pretos, indígenas e brancos são diferentes, ocupam espaços diferentes em nossa sociedade, e “merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes”. Se o conceito de equidade vertical aponta tratamentos diferenciados para os desiguais, se estamos numa sociedade desigual, o tratamento igualitário que hoje é oferecido a pretos, indígenas e brancos está promovendo a desigualdade. E estas questões não estão dimensionadas nas formulações das políticas de saúde.

Os dados aqui apresentados evidenciam desafios colocados para a diversidade na implementação de políticas e na assistência de saúde de nossas instituições.

Para os implementadores de políticas do Sistema Único de Saúde é importante enfatizar a importância do caminho percorrido na implantação do SUS com a publicação das Normas Operacionais Básicas do SUS, as NOBs, e especialmente com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), com transferências automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com o plano municipal de saúde e com base no perfil de morbimortalidade. O PAB é considerado um importante instrumento de redução da desigualdade²⁸ ao possibilitar a equidade na prestação de serviços.

A efetividade do SUS é medida pela adesão à NOB nº 1/1996, que cobria, em dezembro de 2001, 99,9% da população, pelos custos e pelo número de procedimentos realizado. A redução das desigualdades é medida pela participação de cada região na produção de procedimentos de ambulatorios e de cirurgias e o desafio que permanece para o implementador é o aumento de oferta (Negri, 2002). Embora essa questão seja muito importante, a referência a essa única iniquidade deixa muito a desejar em termos do impacto do SUS no perfil de morbimortalidade e nas mortes evitáveis dos diversos segmentos da população. Principalmente quando esse segmento é a população negra.

Uma prova disso é que, apesar do quesito raça/cor estar presente nos atestados de óbito desde 1996, não se utiliza essa variável na análise dos dados oficiais. Nossos gestores afirmam não existir diferenças no processo saúde doença e morte de negros e brancos. Outros acreditam que as diferenças existem, contudo suas causas, para estes, estão ligados apenas a fatores econômicos. Enfim, o preconceito consciente ou inconsciente, a ignorância, a falta de atenção dos gestores e profissionais colocam os negros em desvantagem, assim como contribuem para a inércia do sistema ante as desigualdades raciais/étnicas. A falta de prioridades nas ações institucionais incrementam a vulnerabilidade da população negra ao adoecimento e à morte.

27. Viana, 2001.

28. Refere-se às desigualdades entre municípios.

As diretrizes do SUS apontam o direito de acesso aos serviços de forma universal e integral, para oferecer um atendimento de qualidade a todos. Sempre no sentido da equidade em saúde, os gestores referem-se à importância da redução das desigualdades para a promoção da justiça social. Este trabalho explicita o impacto das inadequações das ações em saúde para as populações; ao mesmo tempo, aponta para a necessidade de adoção de políticas diferenciadas e específicas para essas populações. O desafio para governadores, gestores, formadores, profissionais de saúde, enfim, para todos nós, está lançado (Batista e Kalckmann, 2003).

6. Recomendações

- retomar campanhas como a “não deixe sua cor passar em branco”;
- investir em treinamento das equipes do IBGE, para que possam melhorar a qualidade dos dados populacionais colhidos pelo Censo;
- investir em treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde;
- investir na melhoria da informação dos dados de mortalidade, principalmente nas regiões Nordeste e Norte. Investir nos informadores, quais sejam, os médicos;
- as ONGs negras poderiam treinar profissionais da saúde;
- produzir material educativo direcionado aos Agentes de Saúde;
- é fundamental que exista maior investimento em opções de esporte, cultura e lazer nos bairros periféricos dos grandes centros urbanos. Estabelecer uma política de informação e informática do SUS;
- as instituições que trabalham com dados/indicadores de saúde devem desagregar os dados por raça/etnia. Inclusão da raça/cor como categoria analítica tal qual fazem com idade e sexo;
- melhorar a qualidade dos dados populacionais produzidos pelo IBGE (cor ignorada);
- introduzir a raça/cor nos dados de AIH e realizar um cronograma de implantação. Inserir o quesito raça/cor em todas as bases de dados do Datasus;
- Elaborar propostas que permitam monitorar a situação de saúde das mulheres e homens negros usuários do SUS. Urge que o SUS se ocupe das questões da assistência dos diferentes grupos raciais/étnicos;

- Inserir o tema saúde da população negra nos módulos de capacitação dos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família;
- Inserir o tema saúde da população negra nos cursos de formação dos Conselheiros de Saúde;
- Proporcionar apoio técnico, científico e financeiro para que as universidades sejam estimuladas a criar núcleos de estudos de saúde da população negra;
- as agências de fomento à pesquisa e à pós-graduação, tais como CNPq, Capes, Finep e FAPs- fundações estaduais de pesquisa, poderiam criar linhas de pesquisa sobre saúde da população negra.

7. Referências bibliográficas

ABBOTT, K. C.; HYPOLITE, I. O.; AGODOA, L. Y. Sickle Cell Nephropathyn at End Stage Renal Disease in the United States: Patient characteristics and survival. **Clinical of Nephrology**, v. 58, n.1, p. 9-15, 2002.

ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a passo - normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001.

APPHIAH, Kawme A. **Na Casa de meu pai: a África na Filosofia da Cultura**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

AYANIA, J. Z.; UDVARHELYI, S.; GATSONIS, C. A.; PASHOS, C. L.; EPSTEIN, A. M. Racial differences in the use of revascularisation procedures after angiography. **Journal of American Medical Association**, v. 269, p. 2642-46, 1993.

AYRES, J. R. M.; FRANÇA Jr, I.; CALAZANS, G..J.; SALETTI FILHO, H..S. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

BARBOSA, M. I. S. **Racismo e Saúde**. 1998. Tese (de Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BARBOSA, M. I. S. É Mulher mas é Negra: perfil da mortalidade do “quarto de despejo”. **Jornal da Redesaúde**, n. 23, p. 34-36, 2001.

BARROS, R. P. et al. Vivendo em sobressalto: composição étnica e dinâmica conjuntural do mercado de trabalho. In: VII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. **Anais**, 2, 1990.

BASTIDE, R.; FERNANDES, F. **Relações raciais entre negros e brancos em São Paulo**. São Paulo: Anhembi, 1995

- BATISTA, L. E. **Mulheres e homens pretos: saúde doença e morte**. 2002. Tese (de Doutorado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.
- BATISTA, L. E.; Kalckmann, S. Editorial. **BIS**, n. 31, p.3, 2003.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A Cor da morte. Artigo submetido à publicação na **Revista de Saúde Pública**, Previsão de publicação, v. 28, n. 5, 2004.
- BENTO, M. A. S. Insalubridade no trabalho e raça: o caso dos trabalhadores siderúrgicos. In: MUNANGA, K. (Org.). **Estratégias e políticas de combate à discriminação racial**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1996.
- BERNARDINO, J. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 24, n. 2, p. 247-273. 2002.
- BERQUÓ E.; ARAÚJO, M. J. de O.; SORRENTINO, S. R. **Fecundidade, saúde reprodutiva e pobreza na América Latina: o caso brasileiro**. 1996. Relatório de pesquisa.
- BERQUÓ, E. Demografia da desigualdade. Algumas considerações sobre os negros no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.21, p.74-84, 1988.
- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. In: BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R. P. (Orgs.). **Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abrasco, 1997. p.235-244.
- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.11, n.1, p.19-26, 1994.
- BERQUÓ, E. S.; CUNHA, E. M. P. da. (Orgs.). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.
- BLOCH, K. V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998, p. 43-72.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc. Sobre as artimanhas da razão imperialista. **Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 24, n. 1, p. 15-33, 2002.
- BREILH, J. **La Epidemiologia entre fuegos**. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud-CEAS, 1987.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situações de saúde. Saúde Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, 1997.
- CHANG, J.; ELAM-EVANS, L. D.; BERG, C. J.; HERNDON, J.; FLOWERS, L.; SYVERSON, C. J. Pregnancy related mortality surveillance- US, 1991-1999. **MMWR Surveill Summ**, v.52, n.2, p.1-8, 2003.

- CHARCHAM, A. S. Condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da Redesaúde**, n.23, p.44-7, 2001.
- COSTA, Sergio. A Construção sociológica da raça no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v.24, n.1, p.35-61, 2002.
- CUNHA, E. M. G. de P. da. **Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998**. 2001. 180p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- CUNHA, E. M. G. de P. da. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. **Jornal da Redesaúde**, n.23, p.48-50, 2001a.
- CUNHA, E. M. G. de P. da. Raça: aspecto esquecido da iniquidade em saúde no Brasil? In: BARATA, R. B. (Org.). **Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abrasco, 1997. p. 219-234.
- DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2002. 132p.
- FAIJER, J. D.; ORELLANA, H. Evaluación del uso de las estadísticas vitales para estudios de causas de muerte en América latina. **Notas de Población**, 60, dez, 1994.
- FERREIRA, C. E. de C. Mortalidade infantil: a manifestação mais cruel das desigualdades sociais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.3, n.3, p.24-9, jul./set., 1989.
- FOLHA DE SÃO PAULO. Branqueamento de africanas cresce, diz ONG. Pag A16; sábado, 3 de abril de 2004. São Paulo.
- FRENCH, John. Passos em falso da razão antiimperialista: Bourdieu, Wacquant, e o Orfeu e o Poder de Hanchard. **Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 24, n. 1, p. 97-140. 2002.
- FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. Rio de Janeiro: Schmidt, 1933.
- GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.
- GUIMARÃES, A. S. A. Como trabalhar com “Raça” em Sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.1, p.93-107, 2003.
- HAMANN, E. M; TAUILL, P. L. **Introdução. Manual de doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- HASENBALG, C. A. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- HASENBALG, C. A. Entre o mito e os fatos: racismo e relações sociais no Brasil. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90**. Brasília: Ipea, 2001. 52p. (Texto para discussão, n. 807).

HERINGUER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1144-1145, 2002.

HOWARD, G.; ANDERSON, R. T.; RUSSEL, G.; HOWARD, V. J.; BURKE, G. L. **Race, socioeconomic status and cause –specific mortality**.

JASPER_FAIGER, Dirk; ORELLANA, Hermán. Evaluación del uso de las Estadísticas Vitais para estudios de causas de muerte em América Latina. **Notas de Población**, Santiago de Chile, n. 60, p. 47-77, 1994.

LAURELL, A. C. La Salud-enfermedad como processo social. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago, Chile, 1982.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998.

LOLIO, C. A. de; PEREIRA, J. C. R.; LOTUFO, P. A.; SOUZA, J. M. P. de. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v.14, n.4, p. 829-40, 1998.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo: um estudo sobre vulnerabilidades**. 2003. Tese (de Doutorado) -Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2003.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. Vulnerabilidade Global. In: MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Orgs.). **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1993.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. d’A. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano**, v.10, n.1, p.27-38, 2000.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna: maior risco para mulheres negras no Brasil. **Jornal da Redesaúde**, n. 23, p.16-19, 2001.

NEGRI, Barjas. A Política de Saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B.; VIANA, Ana L. d’Ávila (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. O Passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime, 2002.

NIETERT, P. J.; SILVERSTEIN, M. D.; SILVER, R. M. Hospital admissions, length of stay, charges, and in-hospital death among patients with systemic sclerosis. **Journal of the Rheumatology**, v. 28, n.9, p. 2031-203, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. São Paulo: Edusp, 2003.

PAES, N. A. A Mortalidade por causas no Brasil: qualidade e comportamentos dos dados, In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Abep, 1996. v.4, p. 1945-1969.

PAES, Neir A.; ALBUQUERQUE, Marconi E. E. Avaliação da qualidade dos dados populacionais e cobertura dos registros de óbitos para as regiões brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v.33, p. 33-43, 1999.

PAIXÃO, M. **Os indicadores de desenvolvimento humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil**. Rio de Janeiro, 1999. Mimeografado.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Redesaude**, n. 22, 2000, p. 10-16. (Encarte Saúde da Mulher Negra).

PHILBIN, E. F.; DISALVO, T. G. Influence of race and gender on care process, resource use, and hospital-based outcomes in congestive heart failure. **American Journal of Cardiology**, v.82, n.1, p. 76-81, 1998.

PIERSON, Donald. **Brancos e pretos na Bahia**. (estudo de contato social). São Paulo: Ed. Nacional, 1971.

PIFFATH, T. A.; WHITEMAN, M. K.; FLAWS, J. A.; FIX, A. D.; BUSHT, T. L. Ethnic differences in cancer mortality trends in the US, 1950-92. **Ethn Health**, v.6, n.2, p. 105-119, 2001.

PINHO, O. A.; FIGUEIREDO, Ângela. Idéias fora do lugar e o lugar do negro nas Ciências Sociais Brasileiras. **Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 24, n. 1, p. 189-210, 2002.

QUENAN, L.; REMINGTON, P. Diabetes mortality trends in Wisconsin, 1979-1997: the increasing gap between whites and blacks. **WMJ**, v.99, n.3, p.44-7, 2000.

REN, Xinhua, S.; AMICK, Benjamin, C.; WILLIAMS, David R. Racial/Ethnic Disparities in health: the interplay between discrimination and socioeconomic status. **Ethn Diseases**, v. 9, p. 151-165, 1999.

RUTSTEIN, D.; BERENGERG, W.; CHALMERS, T.; CHARLES, G. H.; FISCHIMAN, A.; PERRIN, E. Measuring the quality of medial care. **The New England Journal of Medicine**, n. 11, 1976.

SCHULMAN K. A.; BERLIN, J. A.; HARLESS, W. et al. The Effect of race and sex on physicians recommendations for cardiac catheterisation. **New England Journal of Medicine**, v.340, p.618-26, 1999.

SHY, C. The Failure of Academic Epidemiology: witness for the Prosecution. **American Journal of Epidemiology**, v.145, n.6, 1997.

SKIDMORE, Thomas. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

SNOW, John. Sobre el modo de transmision del Colera. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (Ed.). **El desafio de la epidemiologia. Problemas y lecturas seleccionadas**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1989. (Publicación Científica n. 505).

SOUZA, V. C. Mulher negra e miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia. 1995. 86p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1995.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology. Part II: From black boxes to chinese boxes and eco-epidemiology. **American Journal of Public Health**, v.86, n.5, 1996.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology. Part I: Eras and Paradigms. **American Journal of Public Health**, v.86, n.5, 1996.

TAMBURO, E. M. G. Mortalidade infantil da população negra brasileira – 1960-1980: notas preliminares. In: BERQUÓ, E. **Nupcialidade da população negra no Brasil**. Campinas, 1987. p. 104-128. (Textos Nepo n.11).

VAN RYN, Michelle Fu, STEVENS, S. Paved with good intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health? **American Journal of Public Health**, v.93, n.2, p. 248-255, 2003.

VIANA, S. M.; BARATA, R. B.; NUNES, A.; SANTOS, J. R. S. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VILLERME, Louis R. Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. Jules Renouard et Cie, Libraires, Paris, 1840. Excertos publicados como Reseña del Estado Fisico y Moral de los Obreros de las Industrias del algodón, la Lana y la Seda. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (Eds.). **El Desafio de la Epidemiologia. Problemas y Lecturas seleccionadas**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1989. (Publicación Científica n. 505).

VOLOCHKO, A. A Mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 229-256.

WERNECK, J. A Vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Redesaúde**, n.23, p. 31-33, 2001.

WILLIAMS, D. R. Race and Health: Basic Questions, Emerging Directions. **Ann Epidemiol**, v. 7, p.322-333, 1997.

Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido

Jurema Werneck – Médica, Mestre em Ciências em Engenharia de Produção, Doutoranda em Comunicação e Cultura pela UFRJ. Secretária Executiva da Articulação Brasileira de Organizações de Mulheres Negras 2000-2001 e 2002-2004. Integrante do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. Fundadora e Coordenadora Geral de Criola – Organização de Mulheres Negras (RJ).

Como alguém que tenha vivido entre camponeses ou favelados sabe muito bem, a saúde do povo é influenciada muito mais por políticos, grupos de poder e pela distribuição da terra e da riqueza do que é pela prevenção e tratamento de doenças (Werner, 1981).

1. Apresentação

Não é novidade a correlação que se faz entre o racismo e a saúde – e este trabalho se propõe a demonstrar iniciativas já em curso que buscam enfrentar o problema de diferentes maneiras. Conforme lembrou Kwame McKenzie (2003, p. 65-66), a literatura científica internacional no campo da saúde já demonstrou associações entre racismo e diferentes agravos físicos, mentais, inclusive apontando a necessidade de conhecer seus efeitos sobre as futuras gerações:

Os efeitos do racismo sobre as futuras gerações – por exemplo, o impacto de longo prazo de ter um dos pais doentes – ainda não foram considerados (McKenzie, 2003, p. 66).

Este trabalho é parte do esforço empreendido pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil, do Ministério de Desenvolvimento Internacional do Governo do Reino Unido (DFID/UK), para apoiar o setor público no combate e prevenção do racismo institucional, bem como as organizações da sociedade civil em suas ações de *advocacy* e monitoramento de políticas públicas.

Assim, como parte do Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional, o que se busca nesta iniciativa é disponibilizar informações e ferramentas de análise, a fim de colaborar com as ações necessárias para “diminuir as iniquidades no perfil de saúde da população negra; formular e implementar políticas dentro do Sistema Único de Saúde, visando à melhoria da qualidade de vida deste segmento populacional” (DFID, Termo de Referência, 2003).

A tarefa aqui tem como objetivos específicos, segundo a proposta definida pelo DFID (2003), os seguintes tópicos:

- i. Revisar a literatura internacional sobre racismo e desigualdades raciais em saúde para que possam ser comparados os dados referentes às condições de vida e saúde das populações negras e não-negras em diferentes realidades sociopolíticas, sobretudo nos Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá e África do Sul.
- ii. Identificar experiências bem-sucedidas, práticas de saúde mais inclusivas e equânimes, passíveis de adequação à realidade brasileira.

Cabe ressaltar que o tema das desigualdades raciais na saúde em nosso país tem sido assinalado na literatura e no ativismo dos grupos raciais discriminados – especialmente do movimento de mulheres negras e do movimento negro – ao longo de todo o século XX. Em fins desse século, o processo empreendido por organizações da sociedade civil, juntamente com órgãos estatais e agências de cooperação internacional em torno da realização da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas, obrigou a produção mais intensa de diagnósticos e a formulação de propostas em diversos campos da ação pública. Assim, novos e antigos atores foram mobilizados na produção de dados, em especial quantitativos, e indicadores que corroboravam as denúncias veiculadas pela população negra e suas organizações políticas.

O passo seguinte, após o maior reconhecimento social da presença do racismo mediando relações e impregnando políticas públicas em todos os níveis, é a formulação de projetos e propostas de ação em diferentes esferas, a fim de possibilitar a reversão do quadro de desigualdades raciais, a partir da implementação de políticas públicas efetivas no seu enfrentamento.

O trabalho aqui desenvolvido parte desse esforço e implicou a revisão de um conjunto diferenciado de documentos, disponíveis tanto na internet (grande parte deles) quanto em versões impressas. Os temas abordados referiam-se a raça, saúde, equidade, igualdade, disparidades em saúde, além de indicadores e informações gerais sobre os países pesquisados, tendo a vigência do racismo como o principal foco de abordagem. Chama atenção, no processo aqui realizado, o fato de a maioria dos documentos abordar experiências estatais em curso a partir da década de 1990, ainda que a pesquisa tenha envolvido também aportes provenientes da sociedade civil e universidades.

Esses documentos podem ser classificados nas seguintes categorias:

- a. diagnósticos nacionais oficiais;²⁹
- b. planos de ação oficiais;
- c. análises de experiências;³⁰
- d. discussões conceituais;
- e. experiências locais;
- f. pesquisas (*survey*) nacionais.³¹

Os organismos nacionais oficiais consultados foram aqueles cuja atribuição primeira é a política de saúde. São eles: Ministério da Saúde do Canadá/ Health Canadá; Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências e o Departamento de Saúde e Assuntos Humanos dos Estados Unidos; Ministério da Saúde do Reino Unido; Ministério da Saúde da África do Sul. Nesse grupo também estão incluídas iniciativas empreendidas em cooperação com organismos estatais de outros países que não os estudados.

Foram também acessados documentos produzidos por organizações não-governamentais, organismos multilaterais como a Organização Panamericana de Saúde, a Organização Mundial de Saúde, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Alto Comissariado da ONU pelos Direitos Humanos. Documentos de outros organismos estatais ou não estatais que dirigem sua ação (ou parte dela) para temas de igualdade racial também foram consultados, porém em menor escala, bem como documentos brasileiros de suporte às reflexões. Uma listagem do conjunto de documentos é disponibilizada no final deste trabalho.

2. O racismo no Brasil

Uma característica do racismo vivido no Brasil tem sido definida por alguns autores como sutil. Por sutil, diferentes autores procuram definir uma situação invisível, sem qualquer anteparo legal e institucional explícito; uma forma de preconceito racial que poderia ser definida de “branda” ou “cordial” como já ousaram alguns. No cotidiano das pessoas esse racismo e essa discriminação se traduziriam numa convivência pací-

29. Aqui compreendidos como de iniciativa estatal.

30. Referindo-se a estudos científicos empreendidos por universidades, pesquisadores independentes ou organizações da sociedade civil.

31. De iniciativa estatal ou de organizações multilaterais.

fica entre negros e brancos, demonstrada pela proximidade geográfica, física e cultural que tais grupos gozam na convivência social. Bem como nas relações afetuosas, quase familiares, que se estabeleceram, cuja origem está na intensa mobilidade sexual dos homens brancos a partir do período colonial. Tal visão tem como principal veículo de disseminação os trabalhos de Gilberto Freyre e de muitos que vieram depois dele. Essa idéia, bem trabalhada pelo sociólogo no início do século XX, oferece a chave para as invenções³² e interpretações hegemônicas da nacionalidade e das relações sociais no Brasil ao longo do século e vão fundamentar as leituras das relações sociais – e raciais – no país.

Para um país mestiço não se justificaria, portanto, qualquer afirmativa – ou denúncia – da vigência de sistemas de segregação racial, contrastando com a realidade de países como Estados Unidos e África do Sul no mesmo período. As histórias de guetos negros, como na experiência norte-americana, e de *homelands*, como os sul-africanos produziram, ou de qualquer outra modalidade de separação espacial e hierárquica entre brancos e negros não teriam justificção ou possibilidades de existência no Brasil. Aqui, o projeto de nação levado a cabo nos primeiros anos do século passado buscava afirmar-se na produção de um país pacífico, afetoso, sensual, ancorado nas idéias da mistura racial que absorviam o que de melhor, ou nem tanto, os três povos (brancos, negros e indígenas) teriam a oferecer. A união das três raças produziria um “povo novo” nas palavras de Darcy Ribeiro (1998), um brasileiro claro como seus ascendentes europeus, sensual como os africanos e senhor da geografia tropical, patrimônio herdado dos povos indígenas originais.

Ao final do século XX essa teoria ou modo de interpretação da formação social brasileira será deslocada em favor do reconhecimento da profunda desigualdade que marca a sociedade brasileira.

A produção de indicadores sociais sob variáveis raciais, tanto por organizações não-governamentais como por órgãos estatais (IBGE e Ipea, por exemplo), tem demonstrado um país segmentado, hierarquizado, desigual. Em fins do século XX, a bandeira das organizações negras desde o período imediatamente pós-abolição, do desvelamento e do enfrentamento das desigualdades raciais e do racismo que atingiam principalmente as populações negras no Brasil, chega a um patamar inédito, passando a integrar as pautas de justiça social e combate às desigualdades no país e em toda a América Latina.

A desigualdade racial no Brasil, pode-se repetir, é um fato demonstrado em indicadores produzidos e analisados por centros oficiais de pesquisa, principalmente o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea³³. É uma situação que se apóia em

32. Aqui o termo obedece à proposição de Benedict Anderson em **Imagined communities** (1992).

33. Ver Schicasho (2003).

uma extraordinária concentração não apenas da riqueza nacional, mas do poder e da máquina estatal nas mãos do contingente branco brasileiro. As conseqüências nos campos da produção de conhecimento e da formulação de políticas públicas têm sido um quadro ineficiente de análises e proposições, em razão da necessidade de se produzir um patamar de inclusão social no Brasil – em particular a inclusão racial. A desigualdade não arrefece. Ao contrário, se mantém estável (Henriques, 2001) ou, segundo alguns indicadores, cresce nos grupos raciais inferiorizados em relação à situação dos brancos (Cunha, 2001).

Por outro lado, a movimentação e as mudanças vividas pela sociedade brasileira nos últimos anos e que mediaram a eleição de Lula, um líder sindical nordestino, e a ascensão ao poder nacional do maior partido de esquerda no Brasil – o Partido dos Trabalhadores –, recolocaram o tema do racismo entre as prioridades nacionais para o enfrentamento, graças à mobilização dos movimentos sociais anti-racistas. São essas mesmas reivindicações de mudanças que demandaram e ainda demandam uma ação urgente no desnudamento das insuficiências teóricas e práticas dos diagnósticos das desigualdades feitos por diferentes centros de pesquisa e órgãos estatais em diversos níveis. Assim, também é urgente a reformulação dos instrumentos classificados para sua superação, a partir da elaboração e implementação de políticas adequadas e eficientes.

Ao mesmo tempo, a sociedade brasileira e seus projetos de futuro com justiça social tem exigido de vários setores – principalmente de ativistas e pesquisadores negros, sobretudo as mulheres negras em ambas as condições – a intensificação de seu engajamento para mobilizar segmentos antes ausentes da formulação de propostas de inclusão racial. Essa mobilização obriga também esses mesmos setores a acelerar a produção teórica e política para fazer frente às urgências que contribuíram para explicitá-la. Cabe assinalar também a estratégia bem-sucedida das próprias organizações negras e anti-racistas, de outros setores de pesquisa e dos movimentos sociais, para seu engajamento em ações que subsidiem a atividade anti-racista no Brasil. Tal feito tem ampliado o contingente envolvido nas demandas estabelecidas pelas transformações atuais.

É preciso considerar que o racismo é uma ideologia³⁴ que se mantém às custas do privilegiamento 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.

34. E um dos principais atributos das ideologias é se estabelecerem para além das individualidades, vontades ou opiniões, fixando-se internamente aos mecanismos de sociabilidade e grupalização.

Desse ponto de vista, é inequívoca a necessidade de um processo continuado de explicitação e destituição do racismo; de mobilização ética dos segmentos privilegiados; bem como da elaboração de instrumentos legais e sociais de repressão e reparação às ações de racismo onde quer que se instalem.

O desafio implica uma ação de longo prazo. Mas essa iniciativa deve ser antecedida de um compromisso ético e político individual e coletivo. Reconhecendo que esse compromisso é fruto das lutas sociais para a construção e reformulação da sociedade, pode-se afirmar aqui que, em certa medida e em amplos setores, tal decisão já está tomada. A Constituição Federal elaborada em 1988, nos artigos 3º, 4º, 5º e 215³⁵, e a Lei nº 8.081 de 21 de setembro de 1990 exemplificam bem as opções da sociedade – referendadas no processo de eleição do governo Lula, uma vez que ele, durante sua campanha eleitoral, definiu como uma de suas prioridades o enfrentamento do racismo (Documento Brasil sem Racismo). E no período inicial de governo passa a incluir o combate às desigualdades raciais como tema de Estado, com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e a inclusão do tema na elaboração do Plano Plurianual 2004-2007³⁶.

O quadro explicitado pelos números é contundente e traduz uma pior qualidade de vida para negros (pretos e pardos agrupados, segundo metodologia utilizada por diferentes setores como, por exemplo, as organizações anti-racistas ou o Ipea) mesmo quando variáveis como renda e localização geográfica são controladas.

Poucas pesquisas foram desenvolvidas até então com a finalidade de estudar as disparidades raciais no campo da saúde no Brasil, ao contrário do que pode ser verificado nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, África do Sul ou Nova Zelândia, por exemplo. Os poucos estudos feitos dedicam-se principalmente aos diferenciais nos indicadores de mortalidade – infantil, materna ou adulta (principalmente masculina) – para demonstrar tais desigualdades. Chamam a atenção também algumas análises sobre a progressão da epidemia de HIV/aids no Brasil. Todos os estudos têm demonstrado maior vulnerabilidade para negros em relação aos brancos (Lopes, 2003; Pinho, 2002; Batista, 2002; Barbosa, 1998) – mesmo que outros aspectos da atenção à saúde ainda requisitem maiores estudos.

35. Ver Ministério da Justiça (2001).

36. Na verdade, o Governo Lula se propõe a dar passos mais largos (ainda que também relutantes) do que aqueles dados durante o governo anterior, de Fernando Henrique Cardoso. Este governo, durante seus oito anos de mandato, empreendeu algumas ações emblemáticas para a incorporação do enfrentamento do racismo à política nacional estatal, exemplificada pela criação do Grupo de Trabalho Interministerial/ GTI voltado para a proposição de políticas de inclusão racial; a elaboração do Programa de Anemia Falciforme no âmbito do Ministério da Saúde e a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, no qual o racismo era um dos temas, bem como a homofobia, entre outros.

3. A Presença do racismo na saúde – um exemplo

"Em alguns lugares, como na Baixada Fluminense [periferia do Rio de Janeiro], o atendimento nos hospitais públicos é ruim, não importa a cor da pessoa. Acontece que nesses lugares a maioria dos pacientes é pobre e grande parte deles é composta por negros. Como as gestantes negras são maioria, a pesquisa acaba concluindo que elas recebem um atendimento pior, quando, na verdade, as brancas é que são poucas."

Declaração do obstetra e ginecologista Bartolomeu Penteadó Coelho, diretor da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremerj – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Folha de S.Paulo, 26/5/2002).

Esse pronunciamento foi a resposta do representante do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro à matéria publicada no jornal *Folha de S.Paulo* do dia 26/5/2002 com a seguinte chamada: *Até na hora do parto mulher negra é discriminada*. Nela, divulgavam-se os resultados preliminares de uma pesquisa que apontava diferenciais de qualidade no atendimento a mulheres gestantes na cidade do Rio de Janeiro segundo as características raciais.

A citação foi trazida aqui como um exemplo espetacular de como a desigualdade racial e o racismo, com suas múltiplas faces, estabelecem-se no setor saúde, tanto do ponto de vista institucional e corporativo, quanto individual, no face a face da relação entre profissionais e seus clientes. Esse é também um interessante instrumento para a visibilização dos mecanismos de naturalização das desigualdades – na citação, o autor naturaliza o pior atendimento para pobres que “coincidentalmente” são negras.

A pesquisa divulgada foi realizada por uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública, o Centro de Informações para a Saúde – ambos da Fundação Oswaldo Cruz – e a Secretaria de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram colhidos entre as mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde no período de 1999 a 2001.

Entre os achados dessa pesquisa, pode-se verificar um padrão de correspondência com os dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea (2003) de maior participação de usuários negros no SUS (76,23%) em comparação com usuários brancos (66,05%). De fato, na amostra pesquisada, 51,8% das atendidas eram negras, enquanto 36% eram brancas. Uma informação importante a ser considerada é que

na Região Metropolitana do Rio de Janeiro 46% dos habitantes são negras e negros³⁷. Segundo o Observatório Afro-Brasileiro, portal da internet que disponibiliza dados populacionais oficiais segundo as características raciais, nessa região, 60% da população que vive abaixo da linha da pobreza é negra, enquanto apenas 39% é branca.

Apesar de apresentarem proporcionalmente maior incidência de fatores de risco na gravidez como hipertensão, tabagismo, anemia, sífilis, segundo apontou a pesquisa, as mulheres negras não obtiveram uma resposta correspondente ou os cuidados necessários de parte do sistema de saúde. Por exemplo: na amostra estudada, 30% das gestantes negras relataram a necessidade de recorrer a mais de um hospital até o momento da internação – enquanto as brancas que mencionaram o mesmo problema correspondiam a 18,5%. Assinale-se que, segundo as pesquisadoras, as mulheres negras fizeram até 50% menos consultas de pré-natal (entre 6 e 7 consultas) que as mulheres brancas (entre 9 e 12 consultas) (Leal 2003, p.9).

No outro extremo, o uso de anestesia durante o parto – medida questionada e não recomendada pela Organização Mundial de Saúde, mas que tem sido utilizada por profissionais médicos como conforto para a mulher – foi um recurso disponibilizado principalmente para mulheres brancas: na amostra, 12,1% das mulheres negras e 6,6% das brancas não receberam anestesia durante o parto.

Afirmaram as pesquisadoras:

As diferenças observadas no uso de anestésico não são explicadas pela maior prevalência de cesárea nas brancas, pois elas foram detectadas entre aquelas submetidas ao parto normal (dados não mostrados). Muito embora o uso de anestésico durante o trabalho de parto normal não seja preconizado como rotina de atendimento pela Organização Mundial de Saúde (WHO 1996) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS 1991), é uma prática comum nos serviços obstétricos do município do Rio de Janeiro. (Leal, 2003, p. 11).

Tal fato, segundo as pesquisadoras, foi relatado também em estudos norte-americanos sobre a maior utilização de anestesia peridural em mulheres brancas.

Apesar da propalada escassez de dados sobre as desigualdades raciais na saúde, em razão da recusa sistemática de profissionais em fornecer informações adequadas para este fim, bem como da inoperância dos serviços em tomar medidas para frear esta recusa, a análise dos indicadores da década de 1991-2001 do Ipea pode oferecer pistas, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços. Os resultados levantados foram suficientes para os pesquisadores apontarem a desigualdade racial no acesso aos serviços de saúde.

37. Observatório Afro-brasileiro (IE/UFRJ – IPDH), baseado nos microdados da amostra de 10% do Censo Demográfico do Ano 2000 (IBGE). Disponível em: <<http://www.observatorioafrobrasileiro.org/fichario.php>>.

Supondo-se que as populações negra e branca tivessem igual acesso aos serviços de saúde, e que suas condições gerais de saúde fossem semelhantes³⁸, não haveria associação entre o tamanho da parcela de pessoas atendidas e a cor ou raça. (...) Não é o que acontece. A proporção de negros atendidos é menor que a de brancos e a razão entre as chances de ter sido atendido demonstra existir associação entre a cor ou raça e o acesso aos serviços que propiciam atendimento ambulatorial (Ipea, 2003).

Por outro lado, os dados apresentados pela pesquisa Fiocruz/SMS-RJ mostram que, embora as dificuldades de acesso tivessem sido superadas, a qualidade dos serviços também apresenta disparidades importantes. Não apenas no âmbito da conduta profissional individual e da relação entre profissional e cliente, mas também no nível das instituições e seus mecanismos. A relação entre o racismo e a ação institucional deve ser analisada em exemplos como este, caso as desigualdades apontadas se mostrem sistemáticas, além de não receberem qualquer sanção ou provocarem até o momento qualquer revisão dos programas e ações.

Cabe indagar também qual o significado da rejeição categórica da hipótese de vigência de disparidades raciais no sistema municipal de saúde por parte do órgão de fiscalização do exercício profissional e das condições da prestação de serviços, contrariando evidências presentes em diferentes partes do mundo e descritas em diversos trabalhos, como as referências disponibilizadas no final deste trabalho.

O exemplo aqui inserido ajuda também a assinalar que a tarefa de enfrentar a presença do racismo no sistema de saúde não é pequena ou simples, requerendo ações contundentes no campo da pesquisa e da formação profissional, na organização e administração dos serviços e no interior da sociedade em geral. É preciso também que, ao lado de números, outros indicadores qualitativos e outras evidências sejam considerados, além de ser necessário visibilizar as boas práticas e as experiências empreendidas pelos grupos sociais mais atingidos, a população negra em especial, como forma de se buscar um patamar de equidade na ação e na atenção à saúde dos brasileiros.

38. Nota dos autores: Na verdade, há muitos motivos para se supor que a situação dos negros é pior, o que implicaria que eles deveriam apresentar uma porcentagem maior de atendimentos que a dos brancos.

4. Raça como conceito aplicável à saúde

Já é amplamente reconhecido que raça não é um conceito biológico. Como Witzig (1996) nos lembra em seu trabalho *The medicalization of race*, somente 0,012% das variações genéticas responsáveis por diferenças entre humanos pode ser atribuída à raça.

Por outro lado, raça é um conceito presente em diferentes esferas, utilizado como categoria de hierarquização social e política, cuja amplitude tem sido discutida por países e organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas³⁹. O que demonstra que, se por um lado esse conceito carece de definições precisas, por outro afirma sua operacionalidade na produção de desigualdades afetando diferentes grupos humanos em diversas partes do mundo e não somente no Brasil.

Para retratar tais desigualdades sem incorrer numa perspectiva politicamente reprovável, que inclui ideologias e movimentos já condenados por parte da sociedade mundial, como o racismo e eugenia (pós-Segunda Guerra Mundial); bem como evitar fragilidades teóricas e científicas que o conceito raça oferece, alguns autores têm recorrido ao conceito de etnicidade.⁴⁰ Tais autores baseiam suas escolhas na afirmativa de que:

eticidade é um conceito que incorpora variáveis sociais, religiosas, lingüísticas, dietárias e outras, para identificar indivíduos e populações (Witzig, 1996, p. 675).

No entanto, a opção pelo conceito de etnicidade afasta a perspectiva histórica, ideológica e social que invade o termo raça desde sua criação. Conforme assinalou Maria Inês Barbosa, em *Racismo e Saúde*, em sua Tese de Doutorado em Saúde Pública. A definição e utilização do conceito raça abriga um histórico de constituição da dominação dos homens brancos ocidentais sobre o resto do mundo. Recorrendo a Edward Said, a autora evidencia o viés constitutivo da identidade ocidental como atributo patriarcal e classista que está na gênese dos processos de fundamentação das idéias de supremacia branca (Barbosa, 1998), reconhecendo também sua operacionalidade no caso brasileiro atual.

Assim, a adoção do conceito de raça implicará necessariamente a conexão com o conceito de racismo e com os processos de dominação e inferiorização, cujas origens históricas e ideológicas têm sido bem documentadas, bem como suas ligações com a

39. Ver documento final da III Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, África do Sul, 2002.

40. Por exemplo: Witzig (1996); Torres (2001).

eugenia e o movimento eugênico mundial que impregnaram as ciências e a medicina desde o século XIX⁴¹. E ainda cuja extensão atinge diferentes povos, nações e grupos não-brancos em todo o mundo.

A opção pelo conceito de raça neste trabalho visa aproximar também as análises de processos que atingem não apenas a saúde compreendida como fenômeno presente na vida humana, mas também procedimentos, processos e políticas que permeiam a administração e partilha dos bens sociais e o setor saúde.

Cabe ressaltar que a utilização do conceito raça para a análise das desigualdades verificadas na saúde de pessoas e grupos não afasta outros fatores também importantes na produção de diferenciais e injustiças neste campo. Entre eles, é preciso destacar os fatores socioeconômicos, de gênero, idade, fatores ambientais, entre outros, que agem concomitantemente com a raça e vão determinar a ampliação ou redução dos diferenciais apresentados. No entanto, vale também assinalar que em vários estudos, de diversas áreas do conhecimento, o controle das variáveis demonstrou a persistência da raça – ou do racismo – como fator importante na produção de desigualdades.

5. Visões da iniquidade

A presença do racismo e sua penetração no campo da saúde não são experiências isoladas em algum país, nem fenômenos exclusivos do Brasil. Ao contrário, a literatura disponível oferece diferentes denominações e conceitos para definir o fato constatado pela experiência cotidiana em saúde, principalmente daquelas populações tidas como racialmente inferiores. Pelos estudos elaborados por diversos centros de pesquisa no Brasil e no exterior: o diferencial de acesso, de tratamento e de resultados que populações e grupos apresentam na relação com o sistema de saúde, quando consideradas as perspectivas racial, étnica e/ou de gênero, por exemplo.

Tal fenômeno é amplo o suficiente para torná-lo um dos temas abordados na III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas/CMR convocada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas. Essa conferência aconteceu no ano de 2001 na África do Sul (Durban, 28/7 a 8/8/2001).

Em seu documento final, a III CMR aponta o racismo como um importante fator de produção de iniquidades em saúde a que estão expostas as populações africanas e afrodescendentes. Destaca ainda, para os Estados da diáspora africana, a necessidade de tomar medidas para a redução das iniquidades que os atingem em conseqüência

41. Para maiores informações e verificação de sua abrangência no Brasil e na América Latina, ver Stepan (1991).

do racismo e da xenofobia. Tais medidas devem estar voltadas para a melhoria tanto do acesso quanto da qualidade do atendimento em saúde, devem incluir medidas de prevenção e proteção em saúde, de apoio e estímulo à pesquisa e à produção de conhecimento. Assinala também aquelas medidas de amplo espectro relativas à melhoria das condições gerais de vida de mulheres e homens negros nas diversas partes do mundo, cujos resultados impactam significativamente a saúde.

A presença do racismo na saúde no plano internacional, bem como os caminhos necessários para a resolução do problema, adquire uma relevância compatível – ou maior – com os mais de 20 parágrafos que tratam especificamente do tema da saúde no Documento Final da III CMR, tanto na parte relativa à Declaração como no Plano de Ação proposto (quase 10% do total). Isso sem levar em consideração as abordagens mais genéricas que terão conseqüências também na saúde.

Assim, pode-se observar que, no parágrafo 33 da Declaração, os Estados nacionais participantes da III CMR consideram que:

...é essencial para todos os países na região das Américas e em todas as outras áreas da diáspora africana, reconhecer a existência de sua população de afrodescendentes e as contribuições culturais, econômicas, políticas e científicas feitas por esta população, reconhecer a persistência do racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias correlatas que especificamente os afeta, e reconhecer que, em muitos países, as desigualdades de longa duração em termos de acesso a, inter alia, educação, saúde⁴² e habitação têm sido uma causa profunda de desigualdades socioeconômicas que os afeta⁴³.

Esse parágrafo assume caráter emblemático por diversas razões. Uma delas é apontar a saúde como um foco prioritário, ainda que reconheça sua conexão com outros fatores como educação e habitação, por exemplo. Na vinculação explícita das desigualdades nesse campo, à presença do racismo nas Américas e no restante da diáspora africana, atingindo negras e negros nos diferentes países, inverte inclusive a equação comum no Brasil que traz a desigualdade socioeconômica como causa e não como resultante dos processos racistas vigentes.

Interessante assinalar que o Brasil foi um dos Estados cuja participação ganhou destaque ao longo de todo o processo da III CMR, tendo inclusive o privilégio de contar com a brasileira Edna Roland, uma mulher negra, escolhida pela ONU como relatora da Conferência.

42. Grifo nosso.

43. Documento Final da III CMR, Declaração, parágrafo 33.

No entanto, cabe também apontar, juntamente com a reconhecida e urgente necessidade de engajamento dos Estados na eliminação das desigualdades raciais, um aspecto crucial e muitas vezes desconsiderado: a participação desses mesmos Estados na produção das disparidades.

Em estudo de revisão de recentes publicações sobre as relações raciais no Brasil, Dávila (2000) assinala a importante contribuição dos trabalhos de Marx (1998) para a compreensão deste fenômeno. Marx afirma que é preciso considerar o papel do Estado na promoção de desigualdades raciais e da exclusão, abordagem raramente feita por muitos estudiosos do tema.

O estudo comparativo de Dávila vai contrastar a situação brasileira com a ação estatal dos Estados Unidos, antes do movimento pelos direitos civis, e da África do Sul, durante o *apartheid*, cujas ações mediavam de modo explícito o estabelecimento e a manutenção das hierarquias raciais e da segregação em diferentes aspectos da vida social e econômica. No Brasil, diz Marx, o Estado recorria à posição oposta, de afirmação da tolerância e da democracia racial. Ou seja, o modelo de manejo das diferenças raciais no país não significaria um racismo (ou uma política racista) de Estado. Para esse autor, a experiência brasileira de um Estado não-racista possibilitaria um modelo novo no panorama das relações raciais, que talvez pudesse ser considerado na verificação dos impactos da ação estatal no campo das desigualdades raciais. Essa interpretação, no entanto, não é aceita por Dávila.

Mais adiante, na análise de outro texto (Maio, Santos, 1996), Dávila vai demonstrar a ação ativa do Estado brasileiro para a desigualdade racial a partir do estímulo e desenvolvimento de políticas para a produção do embranquecimento como projeto de nação, apoiada numa política estatal de exclusão racial. Para Dávila, a tarefa de demonstrar as implicações raciais de iniciativas que aparentemente nada tinham a ver com raça – como leis de terras ou previdência, por exemplo – tem sido uma característica apresentada em obras lançadas em fins do século XX. Citando Higginbotham (1992, apud Dávila, 2000, p.189), ele assinala as possibilidades que o racismo (e suas análises) oferece, não apenas de propagação da exclusão, como também na constituição de um espaço de articulação e ação para a mudança dialógica e a contestação. Ou seja, como possibilidade de produção de novos conteúdos e acordos sociais para a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

Dávila acredita que, apesar de os processos de exclusão racial serem encontráveis no Brasil e também em outros países, como Estados Unidos e África do Sul, não significa que o padrão brasileiro de exclusão se assemelha ao desses dois países. Ao contrário, o ineditismo da experiência brasileira está em ser descentralizada e localizada, sem apoio numa política nacional coesa e explícita, tendo como resultado a abordagem das tensões raciais localizadas, compreendidas como “exceções” à regra do *melting pot*. Tal mecanismo, Dávila reconhece, é eficaz na manutenção do *status quo* da

dominação racial, mas também exige (e realiza) a criação de estratégias diferenciadas para seu enfrentamento.

Assim, a análise desde a perspectiva do racismo descentralizado, permite deprender que o exame das respostas locais e múltiplas, pode ser útil para a compreensão das estratégias de liberação contrapostas pelos segmentos negros diante da diversidade de desafios enfrentados.

A abrangência das ações de dominação e suas contestações, principalmente no campo das políticas públicas, ainda está para ser pesquisada e explicitada no Brasil. É dentro desse quadro que se insere a análise referente à saúde.

As desigualdades raciais na saúde têm sido objeto de abordagem ainda insuficiente por parte de governos, organizações da sociedade civil, instituições privadas e públicas, universidades, centros de pesquisa e de pesquisadores no Brasil e em outros países. A propósito dos Estados Unidos, Green (2003) afirma que diferenças na situação de saúde entre grupos raciais têm sido documentadas desde 1900. A partir do início da coleta de dados desse tipo no país. No entanto, assinala o autor, não foi possível lograr uma ação adequada ao enfrentamento do problema e sua solução definitiva ao longo de todo o século XX.

É fato que a saúde tem sido uma das áreas privilegiadas para demonstrar os efeitos do racismo na vida de pessoas e grupos, o que tem sido ratificado por meio de pesquisas nas diferentes regiões do mundo. Nas Américas e no Caribe, o racismo tem produzido maior vulnerabilidade entre as populações afrodescendentes e indígenas, numa constante que atravessa todos os países da região, conforme assinalou o Documento da Américas resultante dos debates e acordos firmados em Santiago, no Chile (no ano 2000), e elaborado pelos Estados nacionais em preparação para a III CMR.

Segundo informações de diferentes autores⁴⁴, pode-se encontrar dados que nos mostram, por exemplo, maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes, homicídios, HIV/aids; mortalidade infantil e materna em indivíduos desses grupos (e que inclui as populações latinas nos Estados Unidos). Também é possível encontrar evidências de menor acesso a serviços de saúde; menor qualidade da assistência recebida como, por exemplo, menor acesso a especialistas e tecnologias de ponta, a exames preventivos e a informações necessárias aos cuidados da saúde⁴⁵. Além disso, há diferentes taxas de morbidade para doenças específicas, quando comparadas às taxas da população branca na mesma região.

44. Torres (2001); Green (2003); Eisenstein (2002); Oberg (2003); King (1996); Bediako (2003); Barbosa (1997); Lopes (2003); Oliveira (2002); Martins (2001), Cunha (2001), Batista (2002); e outros.

45. Uma extensa bibliografia está disponível em *The Right to Equal Treatment: An Annotated Bibliography on Racial and Ethnic Disparities in Healthcare, Their Causes, and Related Issues*. Disponível em: <www.phrusa.org/research/domestic/race>.

Assim, de maneira direta ou indireta, indicadores desfavoráveis de saúde de populações negras e indígenas estão disponíveis, sem que tenha sido possível a produção de políticas que sustentem, no longo prazo, a alteração do quadro. Cabe indagar então quais as razões para que, diante de tais evidências, resistências tenham sido interpostas à necessidade da abordagem do racismo presente no setor saúde, tanto institucionalmente quanto a partir da ação de seus profissionais de atenção, ensino e pesquisa.

Torres (2001), diante das tantas vezes alegada “insuficiência de provas” acerca da incidência do racismo no setor saúde e suas conseqüências para a população, sugere:

...é necessário fazer duas perguntas para se tentar clarificar este fato. A primeira é como se produzem as brechas nos indicadores de situação de saúde e de acesso aos serviços e a segunda é por que estas brechas são sempre em detrimento das minorias étnicas (Torres, 2001).

Parte I

6. Diferentes conceitos

Para a situação apresentada de diferenciais de acesso, atenção e resultados em saúde de populações segundo características raciais, étnicas e culturais, entre outros⁴⁶, diferentes conceitos têm sido utilizados no Brasil e fora dele. Esses conceitos mostram variadas significações segundo a língua utilizada (Almeida-Filho, 1999). Aqui, teremos como ponto de partida os de língua inglesa, na qual a maioria desses conceitos foi elaborada. São eles: *inequity*, *inequality*, *iniquity*, *disparity*, *unequal treatment*, *vulnerability*.

Uma ferramenta adicional, mas de extrema utilidade na compreensão dos processos e na elaboração de propostas de políticas racialmente inclusivas, será abordada. Trata-se do conceito de *racismo institucional*.

Será feita uma análise desses conceitos, presentes na bibliografia consultada.

46. Diferentes conceitos têm abarcado também diferenciais segundo gênero, situação socioeconômica, situação geográfica, entre muitos.

a) *Inequity/ Iniquity/ Ineqüidade/ Iniquidade*

Este conceito surge a partir de um outro, a quem se coloca em oposição.

O princípio da eqüidade aplicado à saúde surge na literatura europeia na década de 90 (Whitehead, 1992) e já nesse momento aponta as dificuldades ou variações que envolvem o uso do termo *inequity* na descrição de diferenças em saúde.

O termo inequity tem uma dimensão moral e ética. Refere-se a diferenças que são desnecessárias e inevitáveis, mas, além disso, são também consideradas injustas [unfair or unjust]. Então, de forma a descrever uma certa situação como iníqua [inequitable], a causa deve ser examinada e julgada injusta no contexto vivido no resto da sociedade (Whitehead, 1992, p. 5).

O conceito de eqüidade é apontado pela Organização Panamericana de Saúde/ Opas, como um “*princípio básico para o desenvolvimento humano e a justiça social*” (Viana e col. 2001, p. 16).

Diferentemente do princípio da igualdade, baseado no conceito de cidadania que indica a igualdade de direitos, o princípio da eqüidade é baseado na idéia de justiça e reconhece que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes.

Davidson R. Gwatkin (2002), chama a atenção para o aspecto normativo do conceito de eqüidade, entendido do ponto de vista da valoração. Para esse autor, sua utilização no campo da saúde relaciona-se tradicionalmente à redução das desigualdades.

Segundo Whitehead (1990), eqüidade na atenção em saúde deve significar:

- acesso igual para necessidade igual;
- utilização igual para necessidade igual;
- qualidade igual para todos.

Citando o trabalho de Metzger (1996), Naomar Filho salienta os problemas de tradução que o termo *inequity* traz para o espanhol: o termo *ineqüidade*. Segundo o autor:

“inequidad” – uma tradução direta do inglês *“inequity”* – não existe no espanhol ou no português (ambas têm o termo *“iniquidad”*, no sentido de injustiça) (Almeida-Filho, 1999, p. 6).

Metzger propõe, então, em seu trabalho, a utilização de *inequidad* para o espanhol, um anglicismo para significar desigualdade com iniquidade, ou desigualdade injusta.

Ao analisar a equidade desde uma perspectiva racial (ou da etnicidade, segundo suas palavras), Cristina Torres, da Opas, em documento divulgado em 2001 considera que:

a discriminação racial é um fator social que intervém na construção de diferenciais de saúde entre os indivíduos. A discriminação no plano da saúde opera através de diferentes formas: dificuldades de acesso aos serviços, baixa qualidade dos serviços disponíveis, falta de informação adequada à tomada de decisões ou através de mecanismos indiretos (estilos de vida, lugar de residência, tipo de ocupação, nível de renda ou status dos indivíduos) (Torres, 2001, p. 8).

Assim, explicita-se uma situação de iniquidade, que busca também não perder de vista o processo histórico ocorrido na América Latina, que produziu a subordinação e segregação de diferentes grupos raciais, como fator suficiente para gerar enfermidades

através de: produção de maior estresse nos indivíduos, de condições de vida mais severas e de dificuldades no acesso aos serviços de saúde. (Torres, 2001, p. 8).

Cristina Torres relaciona os fatores mais relevantes que podem colaborar na produção de iniquidades em saúde, vistos tanto por dentro do sistema como no contexto geral em que se desenvolvem. São eles:

I - Fatores internos ao setor saúde que incluem:

- restrições no acesso aos serviços de saúde;
- qualidade dos serviços;
- oportunidade de acesso;
- segregação e discriminação realizadas pelos próprios serviços.

II - Fatores condicionantes de natureza socioeconômica:

- nível de renda e tipo de ocupação;
- lugar de residência;
- estilos de vida;
- qualidade e acesso à educação.

Na abordagem desse conceito, a multifatorialidade é também requisitada, o que vai determinar a necessidade de respostas abrangentes, dentro e fora do sistema de saúde.

No entanto, a participação dos Estados nacionais e suas instituições na produção, manutenção ou enfrentamento dessas iniquidades não é abordada, de modo explícito e suficiente neste trabalho, não apenas na abrangência do setor saúde, mas também no que se refere à distribuição de justiça social.

b) *Inequality*/desigualdade

Para Whitehead, o conceito de *inequality*/desigualdade, apesar de amplamente usado para indicar diferenças importantes, evitáveis e sistemáticas, não traz consigo o sentido de justiça, ao contrário de *inequidade*. Para a autora, o termo desigualdade aponta diferenças numéricas ou, em suas palavras, “num modo puramente matemático” (Whitehead, 1992, p. 5).

No Brasil, esforços de conceituação têm sido colocados pelas organizações negras anti-racistas, que adotam a noção de desigualdade ou de desigualdade racial para marcar os mecanismos de produção de resultados diferenciais nas condições de vida entre os diversos grupos, bem como sua ação extensiva à saúde.

Esse conceito, do modo que é empregado, aproxima-se das definições apresentadas por autores aqui assinalados quanto ao conceito de disparidade.

O conceito de desigualdade na saúde tem sido utilizado desde Alma-Ata (1978), a partir dos diferenciais de saúde relacionados à pobreza, passando a assumir maior relevância e centralidade nos documentos elaborados na Europa⁴⁷. A abrangência (local ou global), as diferentes dimensões das desigualdades que afetam a saúde (como gênero, raça, status de saúde), as possibilidades e técnicas de mensuração, bem como os diferentes aspectos das desigualdades e as possibilidades de hierarquização, são alguns dos vários destaques que o tema tem recebido no campo da saúde (Bediako, 2003, p. 4).

O uso do conceito de desigualdades raciais na saúde, no caso brasileiro, traz embutida a disputa entre ativistas, profissionais de saúde, formuladores e gestores de políticas públicas, entre outros, sendo muitas vezes negros de um lado e não-negros de outro, para a explicitação do racismo presente nas relações sociais no Brasil e que vão impregnar o sistema de saúde. Um exemplo da relevância do tema foi lançado em fins

47. Ver Gwatkin, op. cit, p. 6 -7.

da década de 1990, em Tese de Doutorado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Sua autora, dr^a Maria Inês Barbosa (1998) propôs a incorporação do racismo como uma variável significativa e fundamental nas análises em saúde da população brasileira e, especialmente, diante das condições adversas vividas pela população negra no Brasil. Nesse trabalho, ancorada em dados epidemiológicos consistentes e desvelando as desigualdades raciais visíveis nas análises de indicadores como a mortalidade, a pesquisadora afirma:

[O] racismo enquanto categoria de exclusão [deve] ser inserido nas análises da dimensão social do processo saúde-doença, pois permite o conhecimento de mecanismos discriminantes; possibilita avanços da pesquisa acadêmica; e o alcance do paradigma sanitário de concepção ampliada do processo saúde e doença a cujo conceito deve ser incorporada a superação do racismo. (Barbosa, 1998, p. 102).

c) Disparidade

O conceito de disparidade (*disparity*, que quer dizer também diferença ou desigualdade) ou disparidade racial em saúde (*racial disparity*) é encontrado na literatura, em particular a dos Estados Unidos. Ele serve de chave para centenas de artigos reunidos pela organização não-governamental Médicos pelos Direitos Humanos (*Physicians for Human's Rights*). Em sua página na internet, essa organização possui um banco de dados com mais de 400 artigos à disposição sobre o tema (*The Right to Equal Treatment – An Annotated Bibliography of Studies on Racial and Ethnic Disparities in Healthcare, Their Causes, and Related Issues*, disponível em www.phusa.org/research/domestic/race).

Nos artigos consultados, a disparidade racial na saúde é descrita como “*diferenças raciais ou étnicas na qualidade da atenção à saúde não vinculadas a fatores relacionados ao acesso ou necessidades clínicas, preferências ou intervenção apropriada*” (Smedley e col, 2003)

B. Lee Green, em seu estudo sobre o tema apresentado no *Symposium on the Politics of Race* no Ithaca College (Estados Unidos, 2003), recorre à conceituação proposta por S. B. Thomas. Este, em artigo para o *American Journal of Public Health* define as disparidades raciais na saúde como “*diferenças populacionais específicas na presença de doença, saúde ou acesso ao cuidado*” (Green, 2003, p. 4).

Shawn Bediako, em contribuição apresentada ao mesmo *Symposium*, assinala a definição adotada pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos/NIH, tida pelo autor como oficial para o país. O conceito refere-se a “*diferenças na incidência,*

prevalência, mortalidade, carga de doenças e outras condições de saúde adversas que existem entre grupos populacionais específicos nos Estados Unidos.” (Bediako, 2003, p. 4).

Essas definições abordam diferentes aspectos da disparidade. Tanto a que se aplica à relação profissional/cliente, àquela que se expressa nos vários níveis de saúde explícitos nos indicadores de morbidade e mortalidade dos diversos grupos raciais, bem como às formas de organização e disponibilização das políticas de saúde para os diferentes grupos no interior da sociedade. Ou seja, a disparidade racial na saúde pode ser vista no plano individual e no plano coletivo, social. Essa percepção vai demandar muitos níveis de formulação e de implantação de políticas de enfrentamento visando à redução ou à extinção desses diferenciais.

Segundo Bediako, o conceito de disparidades raciais em saúde apresenta, no entanto, problemas de imprecisão, que vão afetar a proposição de ações e políticas de enfrentamento das desigualdades que visa apontar. Tais problemas emergem de três principais origens:

- a. **estrutura comparativa inapropriada** – o elemento de comparação é feito a partir dos indicadores de saúde de populações diferentes, tendo os indicadores dos brancos como a referência ou como o padrão aceitável ou desejável. Suas conseqüências:
 - i - coloca negros e outras populações em *déficit*, numa perspectiva pejorativa, inferiorizante;
 - ii - pressupõe que os brancos e sua situação de saúde devem ser considerados norma;
 - iii - dá destaque a estilos de vida e comportamentos adaptativos mal sucedidos, apresentando também uma tendência a vitimização de certos grupos;
 - iv - oculta possíveis diferenças dentro do próprio grupo populacional;
 - v - oculta as fortalezas culturais e realizações desses grupos no campo da saúde;
 - vi - limita a identificação de áreas importantes para análise das desigualdades àquelas que têm maior significado na população branca. Por exemplo, focaliza doenças como diabetes, HIV/aids, doença cardiovascular, câncer, em detrimento de asma, doença falciforme, doença renal terminal, danos ambientais, lixo tóxico, anemia ferropriva, subnutrição e outras que contribuem para as desigualdades de saúde entre afrodescendentes;
 - vii - não aponta o passo seguinte, ou seja, que resultados quer assinalar, para além da comparação entre doenças de brancos e negros.

- b. **dependência excessiva de dados quantitativos** – o autor aponta a ênfase em “*incidência, prevalência, mortalidade e carga de doenças e outras condições adversas de saúde*” (Bediako, 2003, p. 7) como um retrato deste excesso. Tal perspectiva tende a perder valor, uma vez que, segundo o autor, as taxas de morbidade e mortalidade de brancos e negros nos Estados Unidos estão se aproximando. Se por um lado baixas taxas de doenças não podem ser confundidas com saúde, outro efeito inadequado dessa perspectiva é que a redução das desigualdades passa a ser um “jogo de números”, que embaça a necessidade de compreensão sobre os processos de intervenção para a promoção da saúde. Além disso, há o risco de importantes variáveis contextuais serem desprezadas, como redes sociais, relações interpessoais, senso de comunidade, percepção de qualidade de vida ou identidade cultural, bem como seus efeitos sobre a consciência de saúde e comportamentos saudáveis. Por outro lado, indicadores baixos relativos a determinadas doenças (ou estágios de doenças) podem esconder dificuldades de acesso de determinados grupos e não boas condições de saúde.
- c. **ausência de análise sócio-histórica** – ainda segundo Shawn Bediako, a maioria dos estudos voltados para as disparidades raciais na saúde restringe-se a uma abordagem de constatação, ou seja, de verificação da “*desigualdade que existe*” (Bediako, 2003, p. 8). , sem considerar os processos que levaram ao surgimento e à manutenção do atual *status* de saúde da população negra. As conseqüências referem-se não apenas à falta de aprofundamento do conhecimento em torno das etiologias envolvidas nos processos de adoecimento do grupo, como também ao desconhecimento das respostas e alternativas produzidas ao longo do tempo. Com isso, os diagnósticos e soluções apontados vão carecer de base aprofundada, assim como tenderão a ser menos criativos que o possível ou desejável.

Os resultados advindos dessa forma de conceituação implicam a suposição de que a redução das disparidades racial e cultural levaria a melhorias na saúde de toda a população. Assim, poucos trabalhos produzem recomendações sobre modos específicos para a promoção da saúde.

A solução proposta por Bediako passa pela redefinição do conceito, para privilegiar não a redução das disparidades *entre* os grupos, mas a promoção de saúde *dentro* destes grupos que por sua vez provocaria mudanças entre os grupos.

Essa definição busca trabalhar com a diversidade intrínseca da sociedade multicultural e multirracial, que torna ineficazes ações generalizantes. Ao contrário, a diversidade e a especificidade requisitariam necessariamente ações diferenciadas para se chegar a boas soluções. Tal diversidade na ação passa, é óbvio, pela consideração das realidades e processos sócio-históricos de cada grupo, a fim de maximizar os esforços

empreendidos e, assim, melhorar os resultados. Para isso, requisita a expansão das matrizes de análise para além de estatísticas e suas relações, incluindo novos fatores que auxiliem a compreensão do processo de desenvolvimento das disparidades.

Bediako propõe, então, uma nova definição de disparidades na saúde:

O conjunto de fatores históricos, sociopolíticos, econômicos e culturais que contribuem para aumentar os níveis de doenças e diminuir a qualidade de vida entre grupos raciais e culturais (Bediako, 2003, p. 14).

Essa abordagem, além de possibilitar uma aproximação mais precisa das realidades de vida e saúde de grupos raciais e culturais diferenciados, também permite enxergar mais do que a equiparação dos níveis de saúde da população negra aos dos brancos – uma promoção de saúde ampla e justa.

d) Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade beneficia-se da perspectiva dos direitos humanos para promover análises acerca do grau de exposição de indivíduos e grupos a fatores de risco em saúde. Ele emerge e ganha divulgação considerável, associado às análises do comportamento da epidemia de HIV/aids.

Trata-se de um achado recente que incorpora a multifatorialidade (ou interseccionalidade) como condição intrínseca às possibilidades de saúde, adoecimento e morte de indivíduos e grupos. Assim, fatores sociais, político-institucionais e comportamentais passam a ser analisados em conjunto com suscetibilidades individuais, condições específicas a determinados grupos populacionais e/ou nações.

A medida da vulnerabilidade de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) seria, portanto, o resultado da interseção de diversos fatores, que se potencializam ou se conflitam, dependendo das condições socioculturais vividas.

Segundo Jonathan Mann (1996, p.441-463), os fatores que influenciam a vulnerabilidade de alguém podem ser agrupados em três níveis:

- a. individual – refere-se àqueles fatores de risco comportamentais, socioeconômicos ou outros de uma pessoa específica;
- b. social – que considera fatores como acesso à informação e aos serviços de saúde, raça, gênero, condições de moradia, nível de escolarização.

- c. programático ou no nível das políticas de saúde – ações que buscam elevar o patamar de saúde de pessoas e grupos. Aqui, estão incluídos fatores como a qualidade dos programas, recursos financeiros disponíveis, a continuidade, as dificuldades e a qualidade do trabalho dos profissionais envolvidos.

Desnecessário dizer que essa classificação visa simplesmente facilitar a compreensão de diversos elementos que se interpenetram, um influenciando o outro, na vivência cotidiana de indivíduos e grupos.

Afirma Fernanda Lopes (2003) que:

no caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento a coloca em condições de vulnerabilidade (Lopes, 2003, p. 6).

Para oferecer uma versão sintética do conceito, a autora assim define vulnerabilidade:

o 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 conseqüências indesejáveis daquela situação (Lopes, 2003, p. 6).

O conceito de vulnerabilidade busca incorporar a perspectiva sócio-histórica em que indivíduos e grupos estão inseridos, ainda que permita, em certa medida, um ocultamento da ideologia – do racismo, principalmente –, impregnando sociedades, programas e indivíduos/grupos, como um fator crucial no estabelecimento das vulnerabilidades. Isso a partir da possibilidade de naturalização das posições ocupadas por indivíduos e grupos tidos como vulneráveis. Arrisca-se a propor, desse modo, soluções técnicas para questões que têm origem na ideologia e vão requerer, portanto, respostas a esse nível.

O conceito de vulnerabilidade pode possibilitar, principalmente, uma abordagem ainda insuficiente do papel do Estado e de seus agentes na produção de situações de risco.

Um outro dado importante é evitar abrir espaço a estereótipos de vitimização, que vão ocultar as capacidades de agenciamento e resolução de problemas alcançados por esses indivíduos e grupos.

e) Tratamento desigual (*Unequal Treatment*)

Esse conceito é tratado sobretudo na literatura norte-americana, referindo-se aos diferenciais da assistência em saúde recebidas por diferentes grupos raciais ou étnicos, com qualidade pior para aqueles grupos inferiorizados a que muitos autores chamam de minorias. King (1996) vai apontar esse tratamento diferencial como uma das manifestações da presença do racismo na saúde.

Para avaliar as proporções dos diferenciais em saúde entre os grupos raciais e culturais nos Estados Unidos, o Congresso Nacional daquele país determinou a realização de um amplo estudo não apenas sobre a conceituação e a revisão da literatura a respeito, mas que também assinalasse recomendações para a superação das disparidades apontadas. Esse estudo foi desenvolvido pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências, cujo relatório, editado por Smedley e colaboradores, recebeu o nome de *Unequal Treatment – Confronting racial and ethnic disparities in health care* (2003)⁴⁸.

O estudo registra os variados níveis envolvidos na produção de diferenciais raciais, étnicos ou culturais na assistência à saúde, quais sejam:

- a. sistemas de saúde;
- b. processos administrativos e burocráticos na saúde;
- c. administradores;
- d. profissionais de saúde;
- e. pacientes.

Ao analisar o que define como o momento do “encontro clínico”, a pesquisa encontrou evidências de estereótipos, preconceitos e incertezas ou imprecisões dos serviços de saúde que, afirmam os autores, “*podem contribuir para o tratamento desigual.*” (Smedley e col, 2003, p. 1).

Além do momento individualizado da relação entre cliente e profissional, o relatório assinala também que as condições em que o encontro profissional-cliente se dá – caracterizadas pela pressa, pela complexidade cognitiva e pelas pressões para redução de custos – também poderão resultar no baixo atendimento das necessidades daqueles pacientes vinculados a grupos minoritários.

Outra constatação desse trabalho é que os integrantes das minorias raciais, étnicas ou culturais também podem enfrentar barreiras no acesso, mesmo quando portadores

48. Cópias deste estudo estão disponíveis (gratuitamente para pesquisadores brasileiros) em: <www.nap.edu>.

de seguro-saúde equivalente ao dos brancos⁴⁹, incluindo barreiras de linguagem, geografia e familiaridade cultural. E mais além, podem estar submetidos a disparidades ou efeitos negativos advindos da situação de financiamento ou de administração dos serviços de saúde, tanto quanto do ambiente legal, regulatório e das políticas em que se inserem. Nessas situações, fica perceptível a abrangência do tratamento diferencial – ou das disparidades em saúde – que a população negra vai vivenciar.

Um aspecto importante a ser considerado é que o tratamento desigual viola uma série de tratados internacionais assinados tanto pelos Estados Unidos e Brasil quanto por outros países das Américas, Europa e África, principalmente aqueles que se referem aos Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais, como também a Convenção Internacional para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial/Cerd.

Os conceitos aqui colocados ainda demandam uma explicitação maior do racismo na sua condição de ideologia como a causa principal das desigualdades contemporâneas que atingem negros e brancos. Sua vigência é reconhecida em toda a diáspora africana⁵⁰, conforme já acordaram os Estados nacionais reunidos na III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, que já citamos aqui. Também requisita a compreensão de sua ação sistêmica em todos os níveis, que vai obrigar o recurso a ferramentas amplas, ou seja, atingindo também setores externos à saúde, mas capazes de impactar direta ou indiretamente seus indicadores, e incisivas na busca de soluções compatíveis com os critérios de justiça almejados também no campo da saúde.

Autores apontaram o conceito de racismo institucional como auxiliar importante na compreensão da abrangência do racismo e seus mecanismos de perpetuação, além de ferramenta fundamental para sua superação.

7. Racismo institucional

O conceito de racismo institucional, também chamado de racismo sistêmico, foi criado em 1967 por Carmichael e Hamilton (King, 1996). Assinala a forma de racismo que se estabelece nas estruturas de organização da sociedade, nas instituições, traduzindo os interesses, ações e mecanismos de exclusão perpetrados pelos grupos racialmente dominantes. No caso da maioria dos países da diáspora africana – no Brasil inclusive –, esse conceito fala não só do privilégio branco, mas de suas ações

49. É importante lembrar que o sistema de saúde dos Estados Unidos é baseado na perspectiva de seguro-saúde, inserida na opção da compra do direito ao serviço.

50. O conceito de diáspora africana considera a noção de povo desterritorializado, de modo comum ao povo judeu. Assim, assume a noção de unidade a partir de uma origem comum, que se aplica a africanos escravizados ou não e seus descendentes residentes em outros continentes do mundo que não a África.

para controle, manutenção e expansão dessas prerrogativas via apropriação do Estado. Não se trata de um fenômeno exclusivo, já foi dito aqui. De forma enfática Ntombe-nhle Torkington (1983) destacou a vigência e a importância do racismo institucional na Grã-Bretanha:

...a raiz de todos os problemas enfrentados pelos negros na sociedade britânica (...) (Torkington, 1983, p. 13).

Segundo definição presente em um dos mais importantes documentos do Reino Unido sobre o tema, o Relatório Macpherso, o racismo institucional é:

A incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação através de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam minorias étnicas (Comission..., 1999, p. 2).

Para o diretor do Instituto de Relações Raciais na Inglaterra, racismo institucional é definido como:

Aquilo que, de forma implícita ou explícita, reside nas políticas, procedimentos, operações e cultura de instituições públicas ou privadas reforçando preconceitos individuais e sendo por eles reforçado (FireFighter, 2000, p. 26).

Em importante trabalho de análise conceitual, Gary King desenvolve um estudo abrangente dos significados e implicações da utilização dessa concepção para as análises e proposições no campo da saúde. É a partir desse trabalho, *Institutional racism and the medical/health complex: a conceptual analysis*, que abordaremos os aspectos a seguir.

Segundo King, o conceito de racismo institucional desindividualiza o campo de ação do racismo e desloca a discussão dos preconceitos e discriminações interpessoais, repondo-a no espectro da ideologia e da política, incluindo-a no contexto apropriado das relações sociais.

Em tal perspectiva, esse conceito possibilita o desvelamento da impregnação da ideologia racista no sistema de saúde, rompendo com a tendência de desvinculação com processos de dominação (e resistência) presentes reconhecidamente no conjunto da sociedade. Assim, seu caráter dinâmico é afirmado, sujeito às diferentes disputas em vigor no interior da sociedade, respondendo às diferentes forças sociais, aos movimentos políticos e às transformações institucionais colocadas.

Ziggi Alexander (1999), citando uma definição de racismo institucional utilizada no Reino Unido, recoloca a dimensão da participação estatal e social na permanência do racismo:

[O racismo] persiste porque a organização é falha em aberta e adequadamente reconhecer e abordar sua existência e causas através de política, exemplo e liderança. Sem reconhecimento e ação para sua eliminação o racismo pode prevalecer como parte do ethos ou da cultura da organização. Isto é uma doença corrosiva.⁵¹

Gary King assinala também que a utilização desse conceito como ferramenta de análise leva necessariamente à produção de recomendações e estratégias de mudança. Ao mesmo tempo em que o autor nos lembra que:

... pessoas e organizações que se beneficiam do racismo institucional são refratárias a mudanças voluntárias do status quo (King, 1996, p. 33).

Esse autor destaca cinco dimensões do sistema de saúde afetadas pelo conceito de racismo institucional:

- i. **Relações comunitárias** – vinculadas a investimentos em diversos campos da ação local como, por exemplo, promoção de saúde e prevenção de doenças; relações públicas e acompanhamento; localização dos serviços; práticas/políticas de emprego; participação em órgãos deliberativos; desenvolvimento econômico; apoio político. Esses itens atuam como indicadores das relações entre os grupos excluídos e o setor saúde, bem como apontam o maior ou menor engajamento desse setor na superação das desigualdades.
- ii. **Profissionais de saúde** – possibilita analisar o maior ou menor acesso dos grupos “minoritários” à formação profissional de saúde, especialmente naquelas de maior prestígio socioeconômico. Nesta análise, estão incluídos tanto os fatores anteriores à graduação (dificuldades de acesso e progresso ao longo do sistema educacional), como também as barreiras de acesso na graduação ou de progresso subsequente na carreira.
- iii. **Pesquisa** – explicita a exclusão dos grupos racialmente inferiorizados das pesquisas biomédicas e sociocomportamentais. Isso seria resultado de mecanismos que variam desde a seleção de temas para estudo, passando pela disponibilidade de fundos, localização da pesquisa, critérios de elegibilidade, orientações conceituais e estratégias de implementação. King chama a atenção para o caso das pesquisas dirigidas a grupos discriminados, que

51. Alexandre, op. cit., p. 3. Citando Sir William Macpherson’s Inquiry into Stephen Lawrence’s murder, 1999, p. 28, parágrafo 6.34.

nem sempre levam em consideração fatores sociológicos, culturais, históricos e as diferenças de interesses envolvidos no contexto em que se dá a pesquisa, como também os fatores de produção e manutenção da situação encontrada.

- iv. **Ideologia** – rompe-se com a falácia da neutralidade científica (e do sistema de saúde em todos os seus componentes) e reconhece sua presença no desenvolvimento da ciência, como também nos antecedentes e na orientação política de seus membros, na prática da medicina e de outras profissões da saúde, e nas forças externas para a mudança. Sua repercussão abrange a cultura profissional, suas relações de poder com outras instituições e grupos e as orientações profissionais que norteiam a prática de saúde. King ressalta que tais fatores vão também conferir ou apoiar situações de prestígio profissional e institucional.
- v. **Pesquisas sobre tratamento desigual** – a partir do mapeamento do estado da arte das pesquisas neste campo nos Estados Unidos feitas por Stoeckle e Zola (1964, p. 36-41), King analisa os aspectos característicos do desenvolvimento das pesquisas segundo suas fases (classificadas de forma cronológica): a) fase exploratória ou inicial, marcada pela falta de rigor metodológico, b) não-apresentação de um paradigma social suficiente às análises, tanto no período inicial quanto na segunda fase (de meados da década de 1980 ao início dos anos 1990) denominada de período contemporâneo; c) terceira fase, chamada de período incisivo, além da teoria e do rigor científico, incorpora as considerações políticas aos estudos. Nesse período, algumas pesquisas também incorreram na pouca atenção às análises históricas e ideológicas do racismo institucional.

Parte II

8. África do Sul, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá

8.1. Antecedentes

Os diferenciais de acesso, tratamento e resultados no sistema de saúde para indivíduos e grupos minorizados (numa perspectiva política e não-numérica, em que se incluem grupos raciais, mulheres, homossexuais, entre outros) ou não-brancos

– negros, indígenas, pessoas de origem asiática e imigrantes (especialmente aqueles com características fenotípicas ou culturais desvalorizadas) – têm sido constatados nos diferentes países abordados neste trabalho. Tal afirmativa pode ser verificada tanto por meio dos documentos oficiais, produzidos pelas instituições governamentais encarregadas do manejo das políticas nacionais de saúde, quanto por estudos científicos ou aqueles elaborados por organizações da sociedade civil.

De fato, a realização da III CMR com seus achados e acordos corrobora afirmações da presença do racismo nesses países, bem como apontam vinculações entre este e desigualdades socioeconômicas e na saúde.

A partir desses diagnósticos, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e a África do Sul pós-*apartheid* adotaram estratégias de mensuração e explicitação das disparidades e seus mecanismos de perpetuação, como também buscaram elaborar estratégias para sua superação.

A maioria desses países passa a debruçar-se mais intensamente sobre a produção de estratégias para diagnóstico das iniquidades e disparidades, bem como a delinear ações para a igualdade ou equidade racial a partir de eventos marcantes ou desencadeadores presentes na segunda metade do século XX. Tais eventos têm em comum a incorporação pelo Estado das reivindicações de segmentos da sociedade civil, principalmente dos grupos mais atingidos, e visam estabelecer novos padrões de sociabilidade para brancos, negros e integrantes de outros grupos raciais ou étnicos politicamente minoritários⁵², mediante o enfrentamento do racismo em todas as esferas da vida social e, em especial, da visibilização de uma modalidade de racismo infiltrada nas políticas públicas, seus modos de geração, administração e de produção de resultados: o racismo institucional.

Chama a atenção que, em muitos dos documentos abordados, a palavra racismo – e seu reconhecimento como ideologia fundada na história da humanidade e das nacionalidades, nas estruturas sociais, econômicas e culturais de povos ou nações, e que rege as relações sociais e raciais para além das opiniões individuais – é substituída por eufemismos, conceitos intermediários ou referências indiretas. Preconceito, discriminação e iniquidade são os termos a que se recorre para assinalar um diferencial entre grupos que evidencia um tratamento desigual a partir das características raciais, étnicas ou culturais. Conforme assinalou Gary King em seu trabalho, a produção da neutralidade, que significa a negativa da impregnação ideológica de conceitos e práticas, é um instrumento fundamental para a ocultação do racismo e seus efeitos, bem como para a manutenção do *status quo*. No entanto, longe de atestar somente o grau de dificuldade que os organismos ditos técnicos têm em lidar com o tema, tais

52. Aqui se busca desvincular a situação de minoria das estimativas numéricas, como já dissemos anteriormente, relacionando-a aos níveis de acesso ao poder e aos bens públicos.

mecanismos demonstram a necessidade de um longo e profundo comprometimento e desenvolvimento de ações cotidianas, nos diferentes níveis, dentro e fora do sistema de saúde, para se produzir mais e mais resultados adequados às reivindicações éticas da sociedade, tanto de curto quanto de médio e longo prazos.

Em cada um dos países aqui estudados houve antecedentes que prepararam a tomada de decisão de desvelar o racismo e sua presença nas instituições, entre elas as de saúde; ou ainda a elaboração das estratégias atuais de enfrentamento. Tais mobilizações são parte de processos desenvolvidos ao longo do século passado e apresentam fenômenos diferenciados, concomitantes ou não, como sua origem imediata. E podemos considerar como seus pontos de partida as situações vividas nos últimos dois séculos, como a abolição da escravidão e a colonização nas diversas partes do mundo; a emergência de diferentes fenômenos migratórios originados em guerras, instabilidades econômicas ou no movimento de atração exercido pelas matrizes do capitalismo globalizado e/ou do imperialismo (países como Estados Unidos e da Europa do ocidente); entre outras.

O que interessa aqui é apresentar de forma sucinta alguns dos fenômenos que possibilitaram a visibilização das desigualdades na saúde e estabeleceram o ambiente em que as estratégias vão ser desenvolvidas, como movimento preliminar a sua implementação.

Para começar, portanto, uma breve abordagem de cada um desses países e de seus sistemas de saúde, buscando neles semelhanças e diferenças em relação ao formato brasileiro.

8.2. África do Sul

A região da África do Sul (South African..., 1998) tem sido explorada pelos europeus desde o século XV. Tais movimentos vão se intensificar a partir das descobertas de diamantes (1867) e ouro (1871) em seu território. A disputa entre ingleses e africanos (*afrikaners* – alemães, holandeses e seus descendentes) pelo controle das riquezas do país vai desencadear uma guerra em 1899, que terminará em 1902 com a vitória dos britânicos. A partir daí, tem início a agricultura da cana-de-açúcar em regime de *plantation*, para o que passam a atrair indianos, principalmente de Calcutá.

Legislações elaboradas nesse início de século XX, com o propósito de organizar o uso do território por seus habitantes e exploradores, vão paulatinamente excluindo os africanos das esferas de direitos e legitimando sua exclusão do controle de seu território e das riquezas nacionais. É de 1913 a lei *Native's Land Act* que divide o país em áreas

negras e brancas. Ao mesmo tempo, a consolidação dos *afrikaners* como força política crescente faz com que um movimento nacionalista branco aprove (através do voto da maioria dos brancos) novas legislações que vão consolidar o privilégio do grupo e a sistemática inferiorização e exclusão de negros, indianos e outros grupos não-brancos. Em 1950, nova legislação define a divisão territorial segundo a raça, dando origem às *homelands*, símbolos do *apartheid*, que representam áreas negras não-urbanas, reunidas em “estados” separados segundo diferenças étnicas, marcadas pela “deprivação” e a violência.

Violência racista, exclusão social e política, miséria são símbolos do regime de segregação racial, juntamente com a emergência de organizações de resistência, nas quais ganha maior destaque o *African National Congress/ANC* de Nelson Mandela, Thabo Mbeki entre outros, de forte influência tanto nacional quanto internacional.

Data de 1990 o início das negociações para o fim do *apartheid*, envolvendo governo e grupos organizados diferenciados. Em 27 de abril de 1994 acontece a primeira eleição nacional que marca o fim do sistema de segregação racial no país e a ascensão da maioria negra ao poder nacional.

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2000, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD, a África do Sul é um país de IDH médio equivalente a 0,695, ocupando a 107ª posição na lista de 173 países avaliados. Segundo a classificação do Banco Mundial, é um país de renda média, pertencendo ao mesmo grupo que o Brasil.

No ano de 2001 a população total do país equivalia a 44,5 milhões de pessoas, classificadas racialmente como africanos, brancos, “pardos” (*coloured*) e indianos. Desse total, 90,5% correspondem a indivíduos não-brancos – sendo 79% de africanos, 9% de “pardos” e 2,5% de indianos. Os brancos equivaliam em 2001 a 9,5% do total.

Segundo o Relatório do PNUD, o índice de Gini, que mede o grau de desigualdade no interior de uma sociedade determinada, corresponde a 59,3. É importante lembrar que quanto menor esse indicador (aqui numa escala de 10 a 100), menor a desigualdade encontrada. Trata-se, portanto, de um país com um importante grau de desigualdade, cujas bases históricas já foram abordadas aqui. Segundo Thabo Mbeki:

...as condições materiais (...) dividiram nosso país em duas nações, uma negra e outra branca (...)[Esta última] é relativamente próspera e tem bom acesso ao desenvolvimento econômico, físico, educacional, de comunicação e outras infra-estruturas (...) A segunda, e maior, nação da África do Sul é negra e pobre, vivendo sob condições de infra-estrutura totalmente subdesenvolvida(...)(Mbeki, 1998 apud Gelb, 2003).

Interessante considerar que afirmações desse tipo têm sido feitas no Brasil, ao longo de décadas, diante da constatação das desigualdades presentes em nosso país. A metáfora de *Belíndia*, utilizada entre nós para descrever os dois países dentro desse único Brasil⁵³, com colorações de pele diferentes, apenas reitera esta afirmativa.

Na África do Sul os gastos públicos em saúde equivaliam a 3,3% do PIB em 1998, ainda de acordo com os dados levantados pelo Pnud, num gasto *per capita* de 230 dólares internacionais ou PPC⁵⁴.

Estes dados podem ser verificados na tabela 1.

Tabela 1. África do Sul, dados gerais

Item	Valor	Ano
População total	44,5 milhões	2001
Negros	79%	
Pardos	9%	
Indianos	2,5%	
Branco	9,5%	
Índice de Gini	59,3	1998
Gastos em saúde		1998
Públicos	3.3% do PIB	
Privados	3,8% do PIB	
<i>Per capita</i>	230 dólares ppc	

Fontes: Pnud, Relatório de Desenvolvimento Humano 2000; Gelb, 2003.

O sistema de saúde

Historicamente, o sistema de saúde sul-africano tem sido marcado pela intensa fragmentação e insuficiência de atenção, em razão dos processos de formação nacional e principalmente do longo período de vigência do *apartheid*. Nas palavras do Ministério da Saúde, o sistema era constituído por:

um setor público dirigido exclusivamente para os indigentes ou para aqueles sem cobertura de plano de saúde e um setor privado dirigido à população jovem, saudável e empregada. (South African..., 2002).

O que se verifica até 1994, quando tem início uma reforma do sistema de saúde, como parte do projeto de reconstrução pós-*apartheid*.

53. Que seria a união entre duas realidades díspares, do ponto de vista socioeconômico e cultural, representadas pela Bélgica e pela Índia.

54. Esta moeda equivale a um valor comum de dólar calculado através das semelhanças no poder de compra: paridade de poder de compra/PPC.

Ainda assim, é possível afirmar que o sistema de saúde sul-africano apresenta carências que se referem à efetiva integração entre os níveis local, provincial e nacional, além do público e privado. E também de capacidade de ação junto aos diferentes grupos raciais de forma universal e eqüitativa, respondendo de modo efetivo a suas demandas de saúde no que se refere à promoção, proteção e recuperação. Assinale-se que essas dificuldades expressam-se tanto no enfrentamento da epidemia de HIV/aids, um dos maiores desafios do país no campo da saúde e do desenvolvimento, quanto na resposta adequada e continuada requisitada por aqueles portadores de doenças crônicas. Soma-se a isso a incapacidade atual de prover um pacote mínimo de serviços a todos os habitantes, clientes dos setores públicos e/ou privados.

Para a África do Sul, os estudos e planos da ação empreendidos nas políticas de saúde a partir de 1994 incluíam-se, e incluem-se, entre os esforços de reconstrução do país em novas bases, fundadas na eqüidade entre as raças. Esse ano se coloca como um marco da reestruturação, explicitando, segundo alguns autores:

uma crescente necessidade de coordenar serviços locais e provinciais, antes responsáveis separadamente por cuidados preventivos e curativos respectivamente, e reunir serviços oferecidos por autoridades nas "home-lands", com novas estruturas provinciais e nacional (Schierhout; Fonn, 1999 apud Kelly, 2002).

Entre as iniciativas governamentais visando ao enfrentamento dos problemas detectados no sistema de saúde estão:

- ampliação e interiorização da rede pública disponível, com fortalecimento da atenção básica, numa alteração do modelo centrado no atendimento hospitalar predominantemente nas áreas urbanas;
- ampliação do acesso à profissionalização e ao aprimoramento dos trabalhadores em saúde;
- eliminação das práticas discriminatórias no cotidiano do sistema;
- disponibilização para grande parte da população de procedimentos como vacinação;
- elaboração e disponibilização de rotinas para saúde infantil mais bem definidas.

É importante assinalar que, conforme foi pontuado por Gelb (2003), diferentes autores puderam atestar a efetiva redistribuição da renda pública na África do Sul a partir de 1994, em continuidade com o padrão iniciado em meados da década de 1970 (Gelb, 2003, p. 8). Até então, a população branca usufruía de 50% dos gastos públicos em educação, saúde, saneamento, entre outros, enquanto para os negros restava apenas 12%. O mesmo autor assinala que, em 1997, a população negra já acessava 80% dos gastos públicos, impactando significativamente o índice de Gini.

Por outro lado, novos desafios para a relação entre a política econômica e a política social estão colocados para o país, para aprofundar a transição em curso e garantir as bases para efetivação da equidade na sociedade pós-*apartheid*. Afirma Gelb (2003, p. 8):

com o setor privado dominado por um reduzido número – cinco ou seis – de grandes conglomerados, as perspectivas para acumulação estratégica [para as necessidades básicas] irão depender da política adotada para os últimos. Para a ‘redistribuição do investimento’ ser bem-sucedida, os conglomerados não podem ser deixados na sua forma atual.

No que se refere à organização do sistema de saúde, um plano de 10 pontos está em curso para o período de 1999-2004, elaborado pelo Ministério da Saúde, cujo foco é a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Esses pontos são vistos como o passo seguinte às estratégias de 1994-1998 que se referiam à ampliação, à organização e à melhoria do acesso à rede pública. Os passos constantes do plano em curso são:

1. reorganização de serviços de apoio;
2. reforma legislativa;
3. melhoria da qualidade da atenção;
4. revitalização dos hospitais;
5. disponibilização de pacote de serviços essenciais no sistema distrital;
6. ações estratégicas para a diminuição da morbidade e mortalidade;
7. melhoria da disponibilização e administração de recursos, com equidade na alocação;
8. melhoria na disponibilização e administração de recursos humanos;
9. melhoria na comunicação dentro do sistema e com as comunidades;
10. por fortalecimento da cooperação internacional.

Tais pontos colocam-se, na avaliação dos técnicos sul-africanos, como chaves para a constituição de um novo patamar de atenção à saúde no país, dando seguimento às iniciativas de ruptura com a segregação racial e o racismo institucional.

8.3. Reino Unido

O Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte representa a união política de quatro países – Inglaterra, Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales, sob a liderança do primeiro, fundada numa estrutura política antiga, a monarquia, que precede o período colonial.

Atualmente, está em vigor um modelo de monarquia constitucional, com as funções de governo exercidas por um primeiro-ministro eleito.

Em números de 2001, sua população total equivalia a 59.541 milhões de habitantes, com uma taxa de crescimento de 0,3% na última década (1991- 2001).

O Reino Unido apresenta um Produto Interno Bruto, medido em dólares internacionais (ou PPC), equivalente a 24.562 mil, calculado para o ano 2000, o que coloca o país entre aqueles de renda média alta, segundo classificação do Banco Mundial. A forma de distribuição da renda nacional entre a população residente, possibilita sua classificação no IDH entre os países de alto índice, equivalente a 0,928, classificando-se na 13ª posição no ranking. Ainda segundo cálculos do PNUD, o índice de Gini para o Reino Unido equivale a 36,8, assinalando uma perspectiva de igualdade na distribuição de renda, ainda que signifique também a presença de desigualdades não superadas.

As despesas públicas em saúde abrangiam 5,8% do PIB em 1998, traduzindo-se num gasto *per capita* de 1.675 dólares PPC, significando um crescimento ao longo da década, já que em 1990 o dispêndio equivalia a 4,7% do PIB.

A tabela 2 permitirá a melhor visualização dos dados aqui apresentados.

Tabela 2. Reino Unido, dados gerais:

Item	Valor	Ano
População total	59,5 milhões	2001
Branco	92.1%	
Asiáticos ou Asiáticos britânicos	1.2%	
Negros ou Negros britânicos	1.0%	
Chineses	0.4%	
Índice de Gini	36,8	1998
Gastos em saúde		1998
Públicos	5.8 % do PIB	
Privados	1.2 % do PIB	
<i>Per capita</i>	1.675 dólares ppc	

Fontes: Pnud, Relatório de Desenvolvimento Humano 2000, e National Statistics Online: (www.statistics.gov.uk/cci/nugget_print.asp).

O sistema de saúde

A atual forma de organização de seu sistema de saúde tem início no ano de 1946, com a aprovação da lei que cria o Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service Act, 1946*). A partir de 1948, então, implanta-se no país um sistema público e universal de saúde cujo objetivo é responder às necessidades de toda a população

residente, no que se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento de forma gratuita, ou seja, custeado pelos impostos recolhidos (Liue; Wong, 1998, p.4).

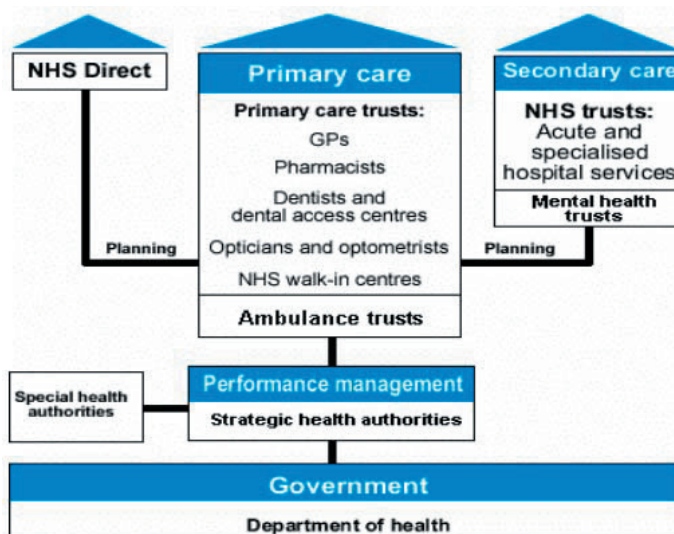
Se por um lado as reformas empreendidas a partir dessa época estiveram fundamentalmente vinculadas às mudanças de governo vividas (Liue; Wong, 1998, p.5), por outro, até o momento, nenhuma alteração nos grupos que lideram o poder governamental nacional vai contrariar os princípios de um sistema de saúde público, universal, organizado segundo níveis de complexidade, financiado com recursos provenientes dos impostos e com prestação de serviços gratuita.

É preciso assinalar também a presença de um sistema de saúde privado, complementar ao público, uma vez que sua prestação de serviços está vinculada àqueles procedimentos não cobertos pelo sistema público ou que, através dele, vão requerer longa espera, diante das limitações organizativas e/ou de acesso apresentadas.

A prestação de serviços de saúde oferecidos à população está organizada de forma integrada e, segundo já assinalado aqui, hierarquizada de acordo com os níveis de complexidade: local, distrital, regional e nacional.

O nível local, de menor complexidade, é definido como porta de entrada para o sistema de saúde, excetuando-se os casos de emergência. A estrutura do sistema pode ser verificada na figura 1.

Figura 1. Estrutura do sistema de saúde do Reino Unido:



Fonte: Chung Man Kam, Jae et al. *Health Care System Reform. Tax Based System – UK*, s/data

O nível de atenção básica (Liue Wong, 1998, p. 3) conta com um pacote mínimo de procedimentos e de disponibilidade de profissionais que inclui médicos de família, dentistas, optometristas e outros. O nível secundário estabelece-se por meio de uma rede de hospitais e serviços de ambulância. Já o terciário compreende a rede de hospitais especializados.

O formato padrão de relação entre esses profissionais e o sistema é o trabalho com dedicação exclusiva, ou em regime de tempo parcial (65% de dedicação ao serviço público) exercido por profissionais independentes, contratados para a prestação de serviços a um número definido de clientes (em média, 1.900 pacientes). Ainda podem atender um número maior, segundo condições especiais de contrato, e têm inclusive a possibilidade de subcontratar novos profissionais para atender a sua lista de clientes. Em 1994/95, havia um total de 26.570 profissionais, numa proporção de 4,5 profissionais por 10 mil habitantes. Fazem parte da equipe de atenção primária, além dos médicos, dentistas, optometristas e farmacêuticos, os visitantes ou agentes de saúde (*health visitors*), responsáveis pelo acompanhamento de crianças menores de cinco anos, parteiras, enfermeiras comunitárias, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

A rede hospitalar inclui serviços de complexidade crescente, havendo, nos últimos anos, uma redução dos leitos disponíveis graças ao aprimoramento da técnica e da tecnologia de saúde e sua incorporação à prestação de serviços públicos, que passa a requerer cada vez mais procedimentos ambulatoriais e/ou preventivos.

A partir do ano 2000 uma nova reforma do Sistema Nacional de Saúde tem início, com o objetivo de colocar em prática a modernização do sistema. Trata-se do NHS Plan (Plano de Reforma e Modernização do Sistema Nacional de Saúde), um projeto de reforma ao longo de dez anos, e que tem como princípios:

1. Universalização baseada nas necessidades de saúde e não na capacidade de pagamento.
2. Oferta ampla de serviços.
3. Serviços adaptados às necessidades e preferências de indivíduos, famílias e cuidadores.
4. Respostas diferentes para variadas populações.
5. Melhoria da qualidade e minimização dos erros.
6. Apoio e valorização da equipe profissional.
7. Fundos públicos dirigidos exclusivamente para pacientes do sistema.
8. Parcerias para a prestação de serviços.
9. Ajuda para a manutenção da população saudável e trabalho para a redução das iniquidades em saúde.

10. Respeito à confidencialidade de indivíduos e amplo acesso a informações sobre serviços, tratamentos e *performance*.

No Reino Unido um dos fatores desencadeantes da busca de equidade na prestação de serviços públicos e do enfrentamento do racismo foi o resultado do inquérito realizado após o assassinato do jovem negro Stephen Lawrence em Londres, 1993, por um grupo de jovens brancos racistas. O relatório elaborado por Sir William Macpherson trouxe uma das principais ferramentas de análise para as desigualdades raciais e o racismo presente na sociedade daquele país – o racismo institucional. Grande parte dos textos abordando diagnósticos ou estratégias de superação das iniquidades raciais pesquisados faz referência ou procura desdobrar os achados do chamado Relatório Macpherson.

8.4. Estados Unidos

Os Estados Unidos são um país resultante de uma experiência colonial que guarda similaridades com a experiência brasileira. Vizinhos no continente americano, ambos os países têm sua origem marcada pela ocupação européia do território, com a destituição e aniquilamento das populações originais. A seguir, com a experiência do tráfico transatlântico de africanos negros escravizados para o trabalho nas Américas e no Caribe, passa a adquirir um contingente de população negra maior que o de indígenas e brancos europeus.

Nos Estados Unidos, segundo dados coletados pelo Censo 2000, a população negra equivale a 12,9% do total. De acordo com os cálculos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Pnud para o mesmo ano, trata-se de um país de desenvolvimento humano alto, com IDH de 0,939, colocando-se na 6ª posição no *ranking* mundial. Seu Índice de Gini calculado pelo Pnud era de 40,8 em 2000.

Ao considerar os indicadores mais diretamente relacionados à qualidade de vida da população e à saúde, verifica-se que, ainda segundo o Pnud, a esperança de vida ao nascer calculada para o período de 1995-2000 equivalia a 76,5 anos; a mortalidade infantil correspondia a 7 por mil nascidos vivos no ano 2000, e a mortalidade materna, a 8 por 100 mil nascidos vivos no período de 1985-1999.

Segundo classificação do Banco Mundial, os Estados Unidos são um país de renda média alta, com um PIB *per capita* de 34,637 dólares PPC no ano 2000, segundo indicadores divulgados pela Organização Panamericana de Saúde.

Tabela 3. Estados Unidos, dados gerais

Item	Valor	Ano
População total	281,4 milhões	2000
Branco	75.1%	
Negros	12,3%	
Indígenas americanos e nativo do Alaska	0.9%	
Asiáticos	3.6%	
Nativos do Hawaí e outros da Ásia-Pacífico	0.1%	
Outras raças	5.5%	
Duas ou mais raças	2.4%	
Índice de Gini	40,8	1998
Gastos em saúde		1998
Públicos	5,7 % do PIB	
Privados	7,1 % do PIB	
<i>Per capita</i>	4.271 dólares PPC	

Fontes: Pnud, Relatório de Desenvolvimento Humano 2000 e Census 2000 Brief – www.census.gov/population/www/cen2000/briefs.html

O sistema de saúde

Nos Estados Unidos o acesso aos serviços de saúde está diretamente vinculado a algum tipo de seguro, pois se trata de um sistema fundamentalmente mediado pelas relações de compra e venda de serviços. São diversos os tipos de seguro à disposição da população, e que podem ser assim definidos:

- i - **compra direta** – aquisição por indivíduos e suas famílias em relação direta de compra com a seguradora;
- ii - **recebido em troca de trabalho** – como parte do pagamento vinculado ao trabalho formal;
- iii - **custeado por fundos governamentais** – pago com fundos federais ou estaduais. Este é o caso de dois programas estabelecidos por lei em 1965: *Medicaid* e *Medicare*. O primeiro dirige-se a indivíduos e famílias pobres, segundo linha de pobreza definida nacionalmente e é administrado pelos estados. Já o segundo é administrado pelo governo nacional e se dirige a pessoas com idades acima de 65 anos ou portadores de deficiência, independentemente de sua condição financeira.

Em todo o país, e em todos os grupos raciais a modalidade de seguro obtido por meio do trabalho formal é a mais comum (Brown, 2000, p. 31). Ainda assim, a cobertura entre negros acontece em proporções menores do que entre os trabalhadores brancos, o que se intensifica ainda mais entre as mães solteiras.

O crescimento vivido pela economia do país na segunda metade da década de 1990 significou também um crescimento da cobertura para negros nos Estados Unidos. No entanto, durante o mesmo período, a cobertura de seguro por assistência social, *Medicaid*, caiu entre os negros norte-americanos (de 23% em 1994 para 19% em 1997), provocando um aumento do grupo de afro-americanos sem cobertura de 21% em 1994 para 23% em 1997 (Brown, 2000, p. 31). As razões dessa queda referem-se não apenas ao aumento da taxa de emprego nesse grupo, mas principalmente às mudanças de critérios de elegibilidade secundárias à reforma do serviço de assistência social no país (Brown, 2000, p. 36).

A partir da década de 1980 os crescentes e inesperados (porque não planejados) gastos com a saúde pública – vinculados à *Medicare* e à *Medicaid* – provocaram uma insatisfação em diferentes setores dos Estados Unidos para a redução dos gastos nesta área. Transformações nos critérios de elegibilidade têm sido empreendidas, tendo como importante consequência o aumento da exclusão entre negras e negros pobres.

A busca de ações de saúde voltadas para a população não-branca nos Estados Unidos, em especial a população negra, não é uma novidade na história desse país, como assinalou Shawn Bediako (2003, p. 10). Segundo esse pesquisador, a experiência comunitária mais importante do início do século XX refere-se a *Negro Health Week*, organizada por lideranças comunitárias, enfermeiros e médicos em Tuskegee, Alabama. Experiência que começou na primeira década de 1900, a *Negro Health Week* vai se constituir num movimento nacional já na década de 1930 (*National Negro Health Movement*), provocando sua absorção pelo Serviço Público Nacional de Saúde do país, assim como a criação em 1932 do Escritório de Trabalho da Saúde do Negro (*Office of Negro Health Work*, vinculado ao *United States Public Health Service*). Diferentes autores, segundo Bediako, puderam comprovar o impacto da ação conjunta do movimento nacional e do serviço público de saúde. Na segunda metade da década de 1940, a autoridade nacional de saúde pública, *Surgeon General of the United States Public Health Service*, pôde constatar evidências de redução dos indicadores de mortalidade (de 20,2/1.000 em 1915 para 11/1.000 em 1946), principalmente a partir da redução da mortalidade por tuberculose e sífilis (Bediako, 2003, p. 11).

Na década de 1950, no entanto, o sucesso apresentado fez com que as atividades do movimento e do serviço público fossem interrompidas. As explicações:

Dezoito anos atrás havia a necessidade premente de focar atenção nos problemas específicos de saúde do negro e de concentrar esforços num movimento nacional de saúde do negro. Hoje, sabemos que este movimento foi bem-sucedido... tão bem-sucedido que não há mais a mesma urgência em enfatizar necessidades separadas. Ao contrário, a tendência atual é para todos os grupos trabalharem juntos para o bem-estar mútuo. O movimento National Negro Health Week ajudou materialmente na obtenção de aceitação geral da idéia de que “saúde é assunto de todos” (National Negro..., 1950 apud Bediako, 2003, p. 12).

Assim, contrariando as expectativas da primeira metade do século XX, dados da década de 1970 puderam demonstrar que, após 20 anos de encerramento desses esforços, a sobremortalidade de negros em relação à de brancos nos Estados Unidos equivalia a 60 mil. Dados de 1992, ainda segundo Bediako, apresentam essa sobremortalidade comparativa em 75 mil, com tendência a crescimento no século XXI (National Negro..., 1950 apud Bediako, 2003, p. 12-13).

8.5. Canadá

O Canadá, situado na América do Norte, é um país de 31,014 milhões de habitantes de maioria branca, e as chamadas minorias étnicas, que incluem as populações negras, indígenas e asiáticas, equivalem, em conjunto, a 6% do total. Dados coletados pelo Ministério da Saúde apontam a população negra compreendendo 504.290 habitantes no ano de 1999 (Health Canadá, 2001, p. 183).

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Pnud, trata-se de um país de alto desenvolvimento humano, ocupando o 3º lugar no *ranking* mundial para o IDH/ Índice de Desenvolvimento Humano. No ano 2000 o IDH do Canadá era de 0,940. Segundo estimativas do mesmo órgão, o Índice de Gini do país era de 31,5 no ano 2000.

De acordo com a classificação do Banco Mundial, é um país de renda média alta. No Canadá, o PIB *per capita* equivalia em 2000 a 27,956 dólares PPC. No que se refere ao gasto *per capita* aplicado no setor saúde, no ano 2000 foram investidos 2,534 dólares PPC, numa proporção de 6,6% do PIB.

Esses dados podem ser mais bem visualizados na tabela 4.

Tabela 4. Canadá, dados gerais

Item	Valor	Ano
População total	31, 014 milhões	2001
Minorias visíveis	13.4%	
Negros	2.3 %	
Sul Asiáticos	3.1%	
Filipinos	1.0%	
Chineses	3.5%	
Aborígenes	3.3%	

Item	Valor	Ano
Branços	83.3%	
Índice de Gini	31,5	2001
Gastos em saúde		1998
Públicos	6,6 % do PIB	
Privados	2,7 % do PIB	
<i>Per capita</i>	1.939 dólares ppc	

Fontes: Pnud, Relatório de Desenvolvimento Humano 2000 e *Statistics Canadá*
– www.statsca.ca/census.

Aqui, o cálculo da esperança de vida ao nascer para o período de 1995-2000 era de 78,5 anos em média, com uma taxa de mortalidade infantil equivalente a 6/1.000 nascidos vivos.

O sistema de saúde

O sistema de saúde do Canadá é universal, custeado por fundos públicos, coexistindo também um sistema privado responsável minoritário pela prestação de serviços em saúde.

De acordo com o Relatório Romanov, desenvolvido para projetar o futuro do sistema canadense de saúde, a existência e o funcionamento do sistema não foram precedidos por definição constitucional. Segundo o relatório, esse fato relaciona-se à modernidade do conceito, incompatível com as idéias do século XIX, período em que a versão original da Constituição do país foi elaborada (Romanov, 2002).

No entanto, jurisprudência já formada estabelece as províncias e territórios como responsáveis pela prestação de serviços de saúde, cabendo ao nível federal a responsabilidade do desenvolvimento de ações especializadas (como a política de medicamentos), ações cruciais como proteção e prevenção, além da prestação de serviços a grupos específicos, como populações indígenas, integrantes das forças armadas (da ativa e veteranos) e da Real Polícia Montada (Romanov, 2002, p. 3). Cabe à esfera federal também o repasse de recursos para as províncias, ainda que sem prévia definição constitucional, mas que confere ao governo nacional um certo poder e controle sobre as ações provinciais. Esse poder de impor condições tem sido contestado, na medida em que pode se contrapor aos interesses e prioridades locais (Romanov, 2002, p. 4).

No ano de 1999, é elaborado no Canadá, através do Ministério da Saúde, um estudo acerca da equidade no acesso aos serviços, publicado em 2001 com o título de *Certain circumstances: equity in and responsiveness of the health care system to the needs of minority and marginalized populations*.

O desenvolvimento desse estudo possibilitou apontar a presença do racismo permeando as estruturas sociais, atingindo populações não-brancas e incluindo negros canadenses e caribenhos, bem como as estruturas de prestação de serviços em saúde.

O trabalho ainda relacionou medidas para o desenvolvimento de ações de superação do racismo institucional e das desigualdades raciais na saúde.

9. Os países, seus sistemas de saúde – uma comparação

Similaridades e diferenças colocam-se entre o Brasil e os quatro países aqui estudados. As similaridades referem-se principalmente à constatação da presença do racismo, das desigualdades raciais e de sua impregnação no sistema de saúde. Já a principal diferença é a vigência, nos quatro países, de medidas empreendidas tanto por organizações da sociedade civil quanto principalmente pelos organismos oficiais para a determinação da amplitude das desigualdades raciais, assim como o desenvolvimento de ações específicas necessárias para sua superação. Ao contrário dos quatro países, o Brasil muito recentemente (e na emergência do século XXI) reconheceu oficialmente nas palavras e ações do presidente de então, Fernando Henrique Cardoso, a vigência do racismo mediando as relações sociais no país, bem como a existência de desigualdades raciais na saúde.

Note-se que as primeiras iniciativas de responder às demandas específicas de saúde da população negra, bem como para o enfrentamento das desigualdades raciais na saúde, aconteceram em resposta à demanda apresentada pelo movimento negro diretamente ao presidente, no encerramento da Marcha Zumbi dos Palmares, que mobilizou organizações negras de todo o país para a ida a Brasília e apresentação de uma pauta de reivindicações ao Presidente da República em 1995.⁵⁵

Tabela 5. Brasil, dados gerais:

Item	Valor	Ano
População total	170 milhões	2000
Negros	45,3 %	
Indígenas e amarelos	0,9 %	
Branco	53,3 %	
Índice de Gini	60,7	1998
Gastos em saúde		1998
Públicos	2,9 % do PIB	
Privados	3,6 % do PIB	
<i>Per capita</i>	308 dólares PPC	

Fontes: Censo 2000; Pnud, Relatório de Desenvolvimento Humano 2000.

55. Entre seus resultados está a criação, pelo governo federal, do GTI – Grupo de Trabalho Interministerial para apontar políticas públicas prioritárias para a inclusão racial. Entre estas, foi criado o Programa Nacional de Anemia Falciforme.

A observação de alguns dados referentes ao Brasil pode ajudar a estabelecer outras comparações em relação a África do Sul, Estados Unidos Canadá e Reino Unido.

Trata-se de um país de desenvolvimento humano médio, segundo estimativas do Pnud, ocupando a 73ª posição no *ranking* mundial, com IDH equivalente a 0,757. Segundo a classificação do Banco Mundial, o Brasil é um país de médio nível de renda. No entanto, apresenta importante nível de desigualdade, medida pelo Índice de Gini (60,7).

Aqui, a esperança de vida ao nascer era de 67,2 anos calculados pelo PNUD para o período de 1995-2000. A taxa de mortalidade infantil calculada para o ano 2000 era de 32 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a mortalidade materna para o período de 1985-1999 produziu a taxa de 160 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Apesar desse quadro, o percentual do PIB investido em saúde pública equivalia a 2,9% em 1998, enquanto o percentual gasto no âmbito privado correspondia, na mesma época, a 3,6%. A despesa de saúde *per capita* no Brasil em 1998 era de 308 dólares PPC. Todos esses dados foram calculados pelo Pnud e divulgados no Relatório de Desenvolvimento Humano 2002.

A comparação da participação da população negra nos quatro países estudados pode ser vista na tabela 6.

Tabela 6. População Negra. Brasil, África do Sul, Reino Unido, Canadá e Estados Unidos

	África do Sul	Reino Unido	Estados Unidos	Canadá	Brasil
População geral (milhões)	44.5	59.5	281.4	31.01	170
Pop. negra					
% Pop. Negra	79%	1.0	12.3	2.3	45.8
PIB total (Bilhões US, 2002)	104.2	1,552.4	10,416.8	715.7	452.4
Nível de renda	Médio	Alto	Alto	Alto	Médio
IDH (2000)	0,695	0,928	0,939	0,940	0,757
PIB <i>per capita</i> p/saúde (% , 1998)					
Pública	3.3	5.8	5.7	6.6	2.9
Privada	3.8	1.2	7.1	2.7	3.6
Mortalidade Infantil(por mil nasc. Vivos – 2000)	55	6	8	6	32
Mortalidade materna (p/100 mil nasc. vivos, 1985-1999)	150*	7	8	-----	160

Fonte: Banco Mundial – www.worldbank.org/data/; Pnud- Relatório de Desenvolvimento Humano 2000, Censos 2000 e 2001 dos países; *South African Health Department, 1998.

10. Equidade racial em saúde – algumas experiências em curso

Como já foi dito até aqui, as iniciativas de enfrentamento das iniquidades raciais na saúde estão em curso em diversos países, e não apenas nos quatro abordados. Tais ações incluem diferentes áreas de atuação e, de várias maneiras, sugerem caminhos possíveis, modelos alternativos, ou reforçam iniciativas de ação em nosso país.

No ano de 2001, um documento denominado *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade* foi apresentado ao governo brasileiro e à sociedade. Seus autores são especialistas e representantes de organismos das Nações Unidas atuantes no Brasil⁵⁶, da Organização Panamericana de Saúde/Opas e do Programa de Cooperação Técnica do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional/DFID. Seu propósito era fornecer ferramentas iniciais para a elaboração de uma política nacional de saúde voltada para as necessidades de toda a população. Tinha a perspectiva de constituir-se como auxiliar na ruptura com a invisibilidade e omissão relativas às ações para superação das desigualdades raciais e, particularmente, seus aspectos concernentes ao campo da saúde. Apontava também sua relevância como instrumento essencial para garantir:

...a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios basilares do SUS, requerendo, nos três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades da população negra e sua diversidade interna quanto idade, sexo e situação socioeconômica (Pnud, 2002, p. 9).

Esse documento indica quatro componentes fundamentais para a constituição da política nacional de saúde da população negra, a saber:

- i. produção de conhecimento científico;
- ii. capacitação profissional;
- iii. informação da população;
- iv. atenção à saúde.

Tais vertentes acompanham não apenas aspectos basilares das políticas de saúde em geral, como também apresentam similitudes com soluções e experiências dos países estudados neste trabalho, em seus esforços de visibilizar e enfrentar a iniquidade, o racismo e a exclusão das populações negras das políticas de saúde.

56. Unicef, Unifem, PNUD, Unesco, GT-Unaid, UNDCP.

Tais pontos servirão de base para a análise de propostas em desenvolvimento voltadas para a saúde da população negra no Reino Unido, África do Sul, Canadá e Estados Unidos.

Assim, é importante considerar que, dentro das proposições de uma Política Nacional de Saúde da População Negra, diferentes aspectos se desdobram a partir dos componentes apontados. Entre eles, chamamos a atenção para alguns que podem ser considerados também essenciais.

- i. **Produção de conhecimento científico** – este tópico inclui variados aspectos relacionados a:
 - a. coleta de dados segundo o quesito cor e outros importantes para a mensuração da equidade;
 - b. monitoramento de condições de saúde, com produção, divulgação e análise sistemática de indicadores relacionados aos aspectos raciais da população como, por exemplo, nas estatísticas vitais e avaliação sistemática das práticas em curso, entre outras;
 - c. sistematização, divulgação e disponibilização de bibliografia de interesse para a saúde da população negra;
 - d. políticas de fomento de estudos e pesquisas;
 - e. políticas de incentivo à criação de núcleos de estudo em universidades e em diferentes centros de pesquisa e educação;
 - f. criação de linhas de pesquisa específicas nos órgãos de fomento à pesquisa e pós-graduação, como CNPq, Capes, Finep, entre outros.
- ii. **Capacitação de profissionais de saúde** – este item requer as seguintes iniciativas:
 - a. treinamento para a coleta e análise de dados;
 - b. qualificação para a compreensão dos diferentes aspectos relacionados às iniquidades raciais em saúde, bem como o conhecimento das evidências disponíveis neste campo, atividades que devem estar incluídas também nas escolas de graduação e pós-graduação;
 - c. produção de material instrucional útil à qualificação dos profissionais;
 - d. introdução de matérias relativas às etiologias das doenças mais predominantes na população negra, além da abordagem dos aspectos culturais e da medicina da matriz africana, a partir da perspectiva já definida como *competência cultural*;
 - e. introdução da saúde da população negra como tema transversal para os níveis médio e superior de ensino na área de saúde.

iii. **Disseminação de informações:**

- a. produção e distribuição ampla de publicações técnicas e informativas sobre etiologia, sinais, sintomas, métodos diagnósticos e tratamento de doenças que mais afetam a população negra a partir da matriz africana;
- b. desenvolvimento, apoio e parceria de atividades informativas com organizações da sociedade civil;
- c. criação de mecanismos para atuação das organizações comunitárias e da sociedade civil nos processos informativos de modo contínuo;
- d. desenvolvimento de campanhas de mídia amplas com o propósito de informar e educar toda a população.

iv. **Atenção à saúde:**

- a. constituição no Conselho Nacional de Saúde da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra;
- b. criação, no interior do SUS, de organismos e equipes com a participação da sociedade civil, com o objetivo de promover ações necessárias ao enfrentamento das iniquidades raciais nos diferentes níveis do sistema de saúde;
- c. introdução do quesito cor em todos os formulários do SUS;
- d. destaque para as necessidades da saúde da população negra em todas as ações programáticas;
- e. priorização de ações de combate à mortalidade precoce e evitável, em especial mortalidade materna e mortalidade infantil;
- f. aumento da eficácia das ações em saúde, a partir da incorporação dos temas de saúde da população negra;
- g. implementação nacional do Programa de Anemia Falciforme;
- h. implantação de mecanismos de equidade racial na composição das equipes de saúde;
- i. promoção de medidas para ampliação da cobertura dos serviços para a população negra.

10.1. Produção de conhecimento científico

Uma longa discussão teórica envolve este tema, vinculada às dificuldades de compreensão do lugar que o termo/conceito raça ocupa no pensamento e na pesquisa em saúde⁵⁷. Entre as principais questões apontadas está o longo debate que visa afirmar ou negar o conceito raça na saúde como fator etiológico, ancorado em processos biológicos ou como fator de risco social (Cooper Kaufman, 1998). Nesse cenário, fatores comportamentais, culturais e socioeconômicos são reconhecidos como atuantes nos processos de saúde/doença, influenciando tanto positiva quanto negativamente a saúde de populações e indivíduos (Chaturvedi, 2001).

Aqui, busca-se alertar que, se por um lado é preciso guardar distância de pensamentos eugenistas de inferioridade biológica de humanos (os quais muito influenciaram e influenciam o pensamento no campo da saúde – e da pesquisa em saúde – no Brasil e fora dele⁵⁸), também é preciso reconhecer as evidências já produzidas acerca dos diferenciais – e iniquidades – produzidos na saúde de indivíduos e grupos a partir de sua cor ou raça⁵⁹. Ainda assim, reconhecendo o importante papel que as desigualdades socioeconômicas, étnicas, de gênero, espaciais/territoriais, entre outras, têm nos processos de saúde e doença.

Por outro lado, considerando-se que raça não é uma característica biológica, diferentes autores já citados neste capítulo apontam as dificuldades e as fragilidades vinculadas aos critérios de classificação dos indivíduos segundo características raciais. A literatura consultada, nacional e internacional, tem apontado a classificação segundo características fenotípicas – em especial a cor da pele – como principal indicador racial. Chama ainda a atenção para a necessidade de algum nível de padronização nos critérios de coleta, a fim de se produzir um grau de confiabilidade e eficiência comparativa aos dados.

De qualquer modo, já há evidências suficientes publicadas na literatura científica, de que diversas e importantes doenças como hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração e outras, além de mortes precoces, são mais importantes em grupos raciais específicos do que na população em geral. Também já se conhecem doenças específicas vinculadas a determinados genes mais preponderantes em alguns grupos raciais, como é o caso da anemia falciforme, (Oliveira, 2003, p. 91-156; *London Health Observatory*,

57. Unicef, Unifem, PNUD, Unesco, GT-Unaid, UNDCP.

58. Witzig (1996, p. 674-679). Hernandez-Arias (2003); McKenzie (1999, p. 616-617); Cooper e Kaufman (1991, p. 813-816); Chaturvedi (2001, p. 925-927); Rathore (2003).

59. Ver Stepan, Nancy. The our of eugenics. Um excelente trabalho de pesquisa histórica acerca da penetração e desenvolvimento do pensamento eugenista no Brasil e na América Latina, em especial nos discursos médicos.

2003; Ministério da Saúde, 2001). Tais fatores por si só já justificariam, numa perspectiva de efetivação de boas práticas em saúde, a coleta cuidadosa de dados raciais.

Ainda que no Brasil sejam escassas as pesquisas nesse sentido⁶⁰, esforços de superação vêm sendo exigidos pelas organizações negras e especialistas, coerentes com a necessidade apontada pela proposta Política de Saúde da População Negra. Além disso, é um chamado à ação dos diferentes atores envolvidos, qualquer que seja a corrente de filiação do pesquisador e do profissional em relação à polêmica inconclusa do real significado dessa variável.

É preciso assinalar que os passos mostrados vão requerer a tomada de decisão e o permanente engajamento de gestores, pesquisadores e profissionais de saúde, bem como da sociedade civil, para se buscar implementar ações cotidianas que atendam às demandas de saúde da população negra e cumpram os princípios de equidade e universalidade, indispensáveis para a constituição e o funcionamento eficiente do Sistema Único de Saúde.

A seguir, algumas experiências em desenvolvimento nos diferentes países, que oferecem bons exemplos e boas práticas, que podem ser analisadas e adaptadas às necessidades de enfrentamento do racismo institucional no sistema de saúde em nosso país e ao estabelecimento da equidade racial em saúde.

• Coleta de dados

A coleta de dados segundo raça/cor é corroborada pelas recomendações e práticas levadas a cabo nos quatro países estudados. A África do Sul, por exemplo, entre as primeiras ações, após a retomada do país pela maioria negra e o fim do *apartheid*, incluiu a realização, em 1998, de uma Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da População (South African..., 1998), reconhecendo que:

Durante a era do apartheid dados demográficos eram fragmentados e incompletos. Enquanto as estatísticas para brancos, pardos [coloureds] e asiáticos eram de qualidade razoável, os dados sobre negros não eram adequados (South African..., 1998, p.1).

60. Ver, por exemplo, a extensa bibliografia organizada por Physicians for Humans's Rights. Disponível em: <www.phrusa.org/research/domestic/raça/race_report/bibliography.htm>, para estudos feitos nos Estados Unidos e grande parte das referências utilizadas neste trabalho.

No caso do Reino Unido, Alexander (1999, p. 10) em seu estudo assinalou a presença de diferentes bases de dados oficiais em que o elemento racial ou étnico é coletado. No entanto, em contraste com os dados sobre a maioria branca, as coleções informativas sobre os demais grupos raciais e étnicos apresentam fragilidades e inconsistências relacionadas à coleta e ao uso das informações.

Aqui, fica patente a utilidade que a invisibilização de dados segundo raça/cor tem para a manutenção de regimes de exclusão racial.

Luiz Eduardo Batista (2002, p. 26-27) denominou de *ideologia dos dados* os jogos de revelação/ocultação e de utilização de dados raciais em favor das populações dominantes, ao mesmo tempo que apontava sua presença nos estudos realizados no Brasil por diferentes organismos de pesquisa, entre eles o IBGE.

Por outro lado, a pesquisa considerando variáveis raciais tem sido apontada como importante instrumento na explicitação e mensuração das desigualdades e iniquidades (McPherson, 2003, p. 443; Lopes, 2003), cujos desdobramentos possibilitam informar e elaborar políticas públicas voltadas para as demandas reais das populações a que se destinam.

No entanto, por razões já expostas aqui, esse recurso não tem sido empregado adequadamente como um dos instrumentos de produção de equidade. Assim, tanto no Brasil como nos demais países estudados – em especial África do Sul⁶¹ e Reino Unido (Aspinall, 1999, p. 125-132) –, a coleta consistente de dados raciais está posta na agenda das ações de equidade racial em saúde. Assinale-se que nos Estados Unidos essa coleta é feita desde o início do século XX, ainda que o contexto de segregação racial pré-movimento de direitos civis provocasse estratégias de invisibilização das condições de saúde da população negra e seu acesso aos serviços de saúde (Smith, 1998, p. 80). Segundo David Barton Smith:

A falta de informação sólida sobre o acesso de negros aos serviços de saúde continuou até os anos de 1950 e falsificou as discussões acerca do que fazer de suas terrivelmente altas taxas de morbidade e mortalidade (Smith, 1998, p. 80).

Somente após as medidas de combate à segregação racial resultantes do estabelecimento da legislação de direitos civis para a população negra, tornou-se possível o acesso a dados de melhor qualidade. Daí ser possível compreender a profusão de dados – e pesquisas científicas – à disposição de gestores e profissionais de saúde naquele país nos dias atuais.

61. No estudo de revisão bibliográfica elaborado por Naomar Almeida Filho em 1999, acerca de desigualdades na saúde, poucos foram os trabalhos que abordavam as desigualdades raciais, tanto no Brasil quanto em toda a América Latina e Caribe.

A coleta sistemática também está entre as recomendações da III CMR, que instituiu em seu documento final uma sessão sobre o tema, apontando não apenas a coleta de dados segundo padrões aceitáveis e de acordo com parâmetros científicos e de direitos humanos, como também requerendo a participação de centros de pesquisa e organizações não-governamentais, ao lado de instituições governamentais e privadas, na elaboração de metodologias e padrões aceitáveis nesse campo⁶².

A importância dos dados para a saúde e sua abrangência está implícita no texto a seguir:

*Parágrafo 92 - Insta os Estados a coletarem, compilarem, analisarem, disseminarem e a publicarem dados estatísticos confiáveis em níveis local e nacional e a tomarem todas as outras medidas necessárias para avaliar periodicamente a situação de indivíduos e grupos que são vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata.*⁶³

Para além das medidas gerais de educação da população e de profissionais e gestores de saúde sobre a importância do enfrentamento das iniquidades raciais e seus impactos na saúde – incluindo a geração dos dados e seus processos de coleta –, buscam-se iniciativas para a superação das barreiras impostas por limitações materiais e técnicas, bem como daquelas conseqüentes ao racismo institucional. Entre elas destacamos:

- Treinamento de profissionais de atenção primária para a administração de dados, incluindo coleta, validação, análise, apresentação e interpretação.

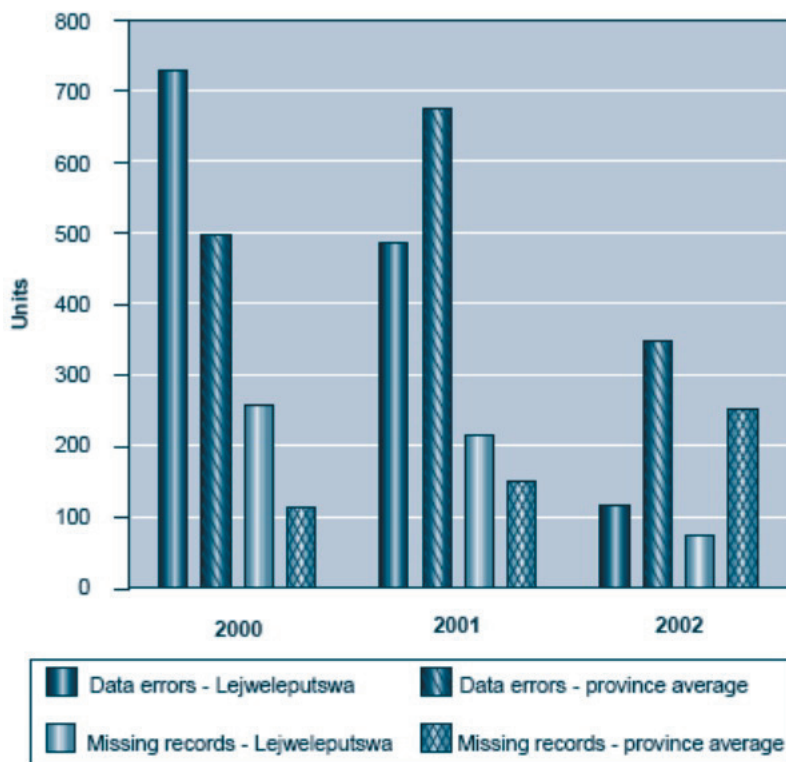
A metodologia empregada deve abranger a utilização de dados fornecidos pelos próprios profissionais e encorajamento para que eles elaborem soluções próprias para os problemas apresentados. Os exercícios práticos e trabalhos de grupo devem ser precedidos de teoria e incluir o desenvolvimento de planos de ação específicos, com metas e cronogramas estabelecidos.

Essa experiência foi desenvolvida na África do Sul, em Lejweleputswa, uma das cidades do distrito de Free State, região central do país, no período 1999-2000 (Barron e col, 2003, p. 20-23). Os resultados obtidos compreendiam aperfeiçoar a qualidade dos dados e da ação profissional, além do envolvimento das comunidades na melhoria das condições de saúde locais. Eles podem ser visualizados na figura 2:

62. South African Department of Health. **Health Sector Strategic Framework 1999-2004.**

63. Declaração Final e Programa de Ação da III CMR, capítulo III. Medidas de prevenção, educação e proteção visando à erradicação do racismo, da discriminação racial, xenofobia e da intolerância correlata nos âmbitos nacional, regional e internacional, parágrafo 92.

Figura 2. Comparação sobre a qualidade dos dados: Lejweleputswa e o restante da Província de Free State



Fonte: Lessons Learnt in the Implementation of Primary Health Care, South Africa, 2003.

- Modernização da rede de prestação de serviços, a partir da conexão de todo o sistema via *internet*, a fim de possibilitar o arquivamento e acesso eletrônico às informações da população atendida.

Essa iniciativa está em curso no Reino Unido, como parte do processo de reforma do sistema de saúde (NHS Plan) (*The NHS Modernization Board, 2000-2001*, p. 36). Até o ano 2001, 95% dos serviços de atenção primária estavam conectados à rede própria do sistema de saúde (NHSnet).

- Utilização de tecnologia inteligente (*smart technology*) para a coleta de informações sobre a população atendida. A partir da estrutura de saúde informatizada, um programa de coleta de dados que exigisse o preenchimento adequado dos dados resultaria na coleta mais intensiva de dados raciais da população. Essa possibilidade de solução é citada por Ziggi Alexander, em seu estudo já assi-

nalado aqui (Alexander, 1999, p. 10), para a superação de problemas vividos no Reino Unido.

Uma consideração essencial é posta pela experiência de Braveman (2003), apontando que mais importante do que a busca de tecnologias modernas para os processos de coleta de dados é a elaboração de esquemas simplificados e adequados à realidade da população local e à linguagem dos profissionais envolvidos.

- **Produção de indicadores e monitoramento de condições de saúde**

Afirmou Margaret Whitehead que:

Monitoramento e avaliação são também essenciais em qualquer intervenção para reduzir a iniquidade, de modo a refinar as políticas e ter certeza de que estas não produzem nenhum dano (Whitehead, 1992, p. 14).

Ainda que, segundo a autora, essa afirmativa pareça óbvia, isto se dá pela pressuposição das boas intenções por trás das políticas. No entanto, trabalhos (e a própria prática cotidiana de cada um de nós) já demonstraram os limites dessa pressuposição. No que se refere às disparidades raciais em saúde, trabalhos como de Cunha (2001, p. 48-50) e de van Ryn e Fu (2003, p. 248-255) puderam demonstrar que, ao contrário das boas intenções inscritas na elaboração de muitas iniciativas, os efeitos podem muitas vezes ampliar as desigualdades que se busca combater.

Segundo Paula A. Braveman, da Faculdade de Medicina da Universidade da Califórnia:

O monitoramento da equidade na saúde e na atenção à saúde requer indicadores comparativos de saúde e seus determinantes sociais entre os grupos sociais com diferentes níveis de desvantagens sociais subjacentes, isto é, grupos que ocupam diferentes posições na hierarquia social (Braveman, 2003, p. 181).

A autora desenvolveu um modelo de monitoramento que abrange diferentes passos, conforme se pode ver na figura 3.

Figura 3. Oito passos para o monitoramento de políticas de equidade em saúde e seus determinantes



- Passo 1** - Identificar os grupos sociais que *a priori* requisitam atenção – a partir de revisão da literatura, consultas a representantes sociais em todos os setores da sociedade civil, envolvendo ativistas e defensores dos interesses dos grupos vulneráveis.
- Passo 2** - Identificar preocupações gerais e necessidades de informação para equidade em saúde e seus determinantes. Novamente desenvolvendo, além de revisão da literatura, consultas amplas que incluam representantes e ativistas dos grupos vulneráveis.
- Passo 3** - Identificar fontes de informação sobre os grupos e seus interesses, a partir de informações quantitativas e qualitativas.
- Passo 4** - Identificar indicadores de: a) saúde; b) principais determinantes de saúde para além da atenção à saúde e c) serviço de saúde (financiamento, alocação de recursos, utilização e qualidade), que são particularmente sensíveis a diferenciais de acesso.
- Passo 5** - Descrever padrões correntes de desigualdades sociais evitáveis em saúde e seus determinantes.
- Passo 6** - Descrever as tendências desses padrões ao longo do tempo.
- Passo 7** - Gerar um processo inclusivo e público de avaliação das implicações políticas desses padrões e tendências, abrangendo todos os participantes do processo (todos os setores relevantes, sociedade civil, ONGs entre outros).
- Passo 8** - Desenvolver e adaptar, de forma dinâmica, um plano estratégico para implementação, monitoramento e pesquisa, considerando os obstáculos técnicos e políticos e incluindo um amplo espectro de apoiadores no processo de planejamento.

Repetir todo o processo desde o início, incorporando novos conhecimentos e cuidados.

Fonte: Braveman, 2003, p. 185.

É interessante ressaltar que o relatório elaborado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (*Unequal Treatment*) assinala, entre as muitas vantagens do monitoramento, a redução de custos da prestação de serviços (Smedley e col, 2003, p. 216).

De qualquer modo, experiências vividas em diversas partes do mundo (McCoy et al., 2003, p. 237-287) indicam que o monitoramento de políticas da perspectiva da equidade pode ser feito considerando diferentes fontes de dados, tanto as já existentes no interior dos países ou localidades, quanto a partir da criação de novas pesquisas ou introdução de novos quesitos naquelas existentes. A busca de inteligibilidade e de simplicidade deve nortear as escolhas e elaborações.

Vale destacar também que métodos de avaliação têm sido desenvolvidos, tendo como escopo a equidade racial na saúde, tanto a partir de amplas áreas geográficas quanto na perspectiva comunitária. Um importante aspecto que se apresenta para conferir mais precisão e adequação às pesquisas e avaliações é a participação de integrantes dos grupos focalizados pelas políticas, desde a elaboração da pesquisa e seus instrumentos até seu desenvolvimento e análise (Luther e col, 2003, p. 243-248; Hatch e col, 1993, p 27-31; McCoy et al., 2003; Cooper e col, 2002).

Um outro ponto fundamental é o que provém do reconhecimento de que os fatores vinculados à produção das iniquidades em saúde estão vinculados não apenas aos fatores intrínsecos ao sistema, como também a fatores sociopolíticos. Assim, processos de avaliação e monitoramento vão requerer mobilização política, que inclui o envolvimento de:

...pesquisadores e acadêmicos, profissionais de saúde, legisladores e políticos, agentes do governo, ministros, mídia e o público em geral, e ONGs preocupadas com o desenvolvimento e justiça (McCoy et al., 2003, p. 276).

O mesmo envolvimento e a mesma mobilização vão ser exigidos das equipes encarregadas diretamente da avaliação e do monitoramento.

- **Pesquisa**

Estudo bibliométrico recente empreendido por Naomar Almeida Filho e colaboradores (2003, p. 2037-2043), como parte dos esforços da Opas/OMS para a promoção de pesquisas sobre as condições de vida e outros aspectos de saúde da população pobre, oferece um retrato razoavelmente preocupante das pesquisas no campo das desigualdades em saúde na América Latina e Caribe. Analisando uma bibliografia composta por 269 documentos escritos no período de 1971 a 1995 em toda a região,

os autores descobriram que somente 10% dos trabalhos se dedicavam às desigualdades de gênero e etnia⁶⁴. Vale destacar que a intensidade das desigualdades raciais tem sido demonstrada e analisada em outras regiões do mundo durante o mesmo período, e tem sido apontada como um importante fator a ser enfrentado para a constituição de um padrão de equidade em saúde. A tabela 7 possibilita melhor visualização das pesquisas no período.

Tabela 7. Pesquisa sobre Desigualdades em Saúde por tema, na América latina e Caribe, 1971-1995

Temas	Número	Percentual
Eco-social	40	18.2
Pobreza	80	29.7
Estratificação Socioeconômica	14	5.2
Desenvolvimento Econômico	10	3.7
Condições de Vida	52	19.3
Histórica/Estrutural	50	19
Gênero/etnia	26	9.7
Total	269	100

Fonte: Almeida Filho, Naomar et al. *Research on health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and descriptive Content Analysis (1971-1995)*. American Journal of Public Health, December 2003, vol. 93, nº 12, pp 2037-2043.

Ao tratar do fomento às pesquisas que podem mostrar a situação de saúde da população negra, entre outras, é preciso ter em mente a conclusão apresentada por Gary King:

A exclusão sistêmica das minorias das pesquisas biomédicas e das pesquisas sociocomportamentais também representa uma forma de racismo institucional (King, 1996, p. 34).

Em seu estudo de 1999, Ziggi Alexander também constatou a mesma carência de pesquisas envolvendo negros, asiáticos e outras minorias no Reino Unido, já citada nos demais países aqui abordados.

64. Os estudos foram agrupados segundo os temas: pobreza, estratificação socioeconômica, desenvolvimento econômico, condições de vida, desigualdades históricas/estruturais e gênero/etnia. Um grupo contendo trabalhos enfocando aspectos eco-sociais relativos à relação espaço/população, também foi apontado. Assim, estamos supondo aqui que as desigualdades raciais integrem esse grupo.

Um aspecto fundamental constatado por Alexander diante das fragilidades das pesquisas quanto aos interesses dos grupos étnicos e raciais minoritários no Reino Unido foi

...o impacto dos julgamentos e valores dos pesquisadores na abordagem e conclusões da pesquisa (Alexander, 1999, p. 48).

Já nos Estados Unidos, o relatório do Instituto de Medicina (Smedley; e col 2003, p. 242) indicou a existência em profusão de evidências acerca das iniquidades raciais em saúde. No entanto, segundo o relatório, ainda há uma importante deficiência no que se refere às razões dessa iniquidade, bem como às formas para eliminá-las.

O relatório feito por encomenda do Congresso norte-americano aponta algumas recomendações para o desenvolvimento de pesquisas, considerando duas áreas específicas: a) ampliação das pesquisas sobre as origens, os mecanismos e as estratégias de intervenção das disparidades raciais na atenção à saúde; e b) realização de pesquisas sobre os aspectos éticos e outras barreiras para a eliminação das disparidades. Possivelmente não será coincidência o fato de o relatório, preparado por representantes da sociedade civil como resposta e complementação ao trabalho do Instituto de Medicina, ter apresentado as mesmas recomendações (Physicians..., 2003, p. 6).

Entre os principais campos sugeridos de pesquisa estão:

- conhecimento da contribuição de profissionais, serviços e pacientes para as disparidades, reconhecendo o papel importante das condutas individuais e preconceitos dos profissionais de saúde na produção de desigualdades, bem como a vigência do racismo institucional ao longo do sistema;
- desenvolvimento de instrumentos para implantação de medidas centradas nos interesses da clientela para a promoção da confiança nos profissionais e serviços, bem como para visibilização de suas práticas discriminatórias;
- desenvolvimento de métodos de monitoramento e avaliação adequados a processos de longo prazo, compreensíveis aos usuários, simplificados que não sobrecarreguem a ação de profissionais na coleta) e que considerem as fontes de dados já em uso tanto nacionalmente como no interior dos serviços;
- conhecimento da relação das desigualdades na saúde e os diferenciais existentes entre os diversos grupos raciais, considerando inclusive fatores externos à saúde como, por exemplo, os socioeconômicos.

Uma outra necessidade visível é a participação de representantes dos diferentes grupos raciais e gêneros, de forma proporcional à sua presença na população estudada nas pesquisas clínicas, salvaguardando os requisitos éticos já bem estabelecidos. E mais, garantindo mecanismos visíveis e de fácil compreensão para o monitoramento dessas pesquisas, bem como para a coerção e reparação dos abusos.

Nos Estados Unidos, a decisão de se incluir proporcionalmente representantes de diferentes grupos étnicos e raciais nas pesquisas clínicas financiadas com recursos públicos foi tomada em 1993⁶⁵, mas decisão equivalente ainda está para ser tomada nos demais países do grupo analisado.

No ano de 2003 a Organização Mundial de Saúde publicou em seu boletim o resultado de um amplo trabalho realizado para a criação do conceito de Sistema de Pesquisa em Saúde (Pang, 2003, p. 815-820), voltado para o desenvolvimento de ações no interior dos países. As características principais do modelo apresentado são: a) a perspectiva sistêmica, de operação coordenada e produção de objetivos comuns a partir de diferentes elementos; e b) o estabelecimento de padrões de funcionamento que possibilitem a pesquisa adequada às necessidades e demandas prioritárias dos países, como também sua utilização na ponta, entre gestores e profissionais do sistema de saúde.

Fruto de um trabalho extenso, a formulação a seguir foi feita a partir de vasta revisão bibliográfica e de consulta a mais de 100 indivíduos de cerca de 40 países em 10 atividades de consulta e discussão ao longo do período de março de 2001 a junho de 2003. A tabela 8 apresenta um resumo dos componentes desse sistema.

Tabela 8. Sumário de funções e componentes operacionais do Sistema de Pesquisa em Saúde

Função	Componente operacional
Administração	<ul style="list-style-type: none"> • Define e articula a visão para o Sistema Nacional de Pesquisa em Saúde (SNPS); • Identifica as prioridades de pesquisa em saúde e coordena a adesão a elas; • Estabelece e monitora padrões éticos para a pesquisa em saúde e as parcerias em pesquisa; • Monitora e avalia o SNPS
Financiamento	Garante financiamento de pesquisa e sua alocação responsável
Criação e sustentabilidade de recursos	Estabelecer, fortalecer e sustentar a capacidade humana e física para conduzir, absorver e utilizar a pesquisa em saúde
Produção e utilização da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Produzir resultados cientificamente válidos; • Traduzir e comunicar a pesquisa para informar políticas, estratégias, práticas e opinião pública; • Promover o uso da pesquisa para desenvolver novas ferramentas (drogas, vacinas, equipamentos e outras aplicações) para melhoria da saúde.

Fonte: *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81.

65. A decisão foi tomada pelo *National Institutes of Health/NHI*, citada por Rathore (2003, p. 763).

Tais proposições estão sendo incorporadas neste trabalho como uma importante ferramenta que possibilita estruturar um sistema nacional de pesquisa em saúde da população negra. Essa formulação tem utilidade no estabelecimento de diretrizes importantes para a implantação de um modelo sustentável e adequado, que responda às necessidades de elevação dos patamares de saúde da população e ainda garanta a melhoria da qualidade do serviço prestado e adaptação dos gastos em pesquisa às prioridades de saúde pública.

Entre os países estudados, os Estados Unidos são, de longe, o que mais tem se desenvolvido nesse campo. De fato, a produção de conhecimento científico sobre a saúde da população negra no país é verificável não apenas a partir dos estudos nacionais elaborados segundo iniciativas governamentais, mas também no grande número de pesquisas originadas em universidades e organizações da sociedade civil.

Importante considerar que tal profusão está diretamente vinculada à disponibilidade de fundos e outros incentivos, além da decisão política e do empenho da sociedade civil, num padrão ainda distante da realidade brasileira.

Uma outra contribuição a ser considerada é a produção de modelos inclusivos de pesquisas, que reconheçam e implementem parcerias com as comunidades. Tais parcerias deverão contar com a participação comunitária nos diferentes momentos de elaboração, inclusive nas definições acerca da direção e do foco da pesquisa (Hatch e col, 1993, p. 27-31).

10.2. Capacitação profissional

Entre os aspectos fundamentais na produção de novos padrões de atuação para diferentes profissionais está a capacitação para o atendimento das necessidades de saúde da população negra. Essa demanda aparece em diversos diagnósticos elaborados por organismos oficiais ou por pesquisadores de organismos não-estatais dos países estudados (Baldwin-Ragaven, 2000, p. 227-241).

Trabalho realizado no Reino Unido com um grupo focal formado por profissionais de saúde de diferentes áreas (Chevannes, 2002, p. 297) pode oferecer pistas para reflexão e maiores estudos sobre o que se exige dos profissionais de saúde para a produção de ações que possibilitem a equidade racial.

Os resultados das entrevistas semi-estruturadas feitas antes e depois de treinamento sobre competência cultural entre os profissionais revelou os seguintes achados:

- 65% não receberam qualquer informação sobre o assunto durante a formação profissional;

- alguns participantes referiram buscar, por conta própria, informações sobre as características culturais de seus clientes;
- o problema de comunicação foi apontado pelos participantes, diante das diferentes línguas faladas por seus clientes;
- todos os profissionais consideraram importante para a qualidade do serviço prestado dar atenção às necessidades dos clientes;
- na fase pós-treinamento, 80% dos profissionais afirmaram ter ampliado seus conhecimentos sobre os grupos raciais ou étnicos minoritários;
- os conhecimentos adquiridos pelo grupo focal foram capazes de ampliar e melhorar seu modo de pensar sobre esses grupos;
- 75% dos participantes não se mostraram capazes de identificar áreas de seu trabalho em que tais conhecimentos e modo de pensamento poderiam ser aplicados.

Em sua conclusão, a autora assinala que é possível afirmar que o treinamento de profissionais de saúde desenvolve sua capacidade de lidar com grupos raciais e étnicos diferentes dos seus. E destaca:

De qualquer modo, a sustentabilidade do aprendizado da assistência a pacientes de minorias étnicas e outros usuários é mais bem desenvolvida num ambiente em que os profissionais e os pacientes interagem de modo contínuo (Chevannes, 2002, p. 297).

Para que se busque atender às necessidades de saúde da população negra – ou de diferentes grupos raciais e étnicos desvalorizados – o modelo de capacitação a ser desenvolvido vai requerer a abordagem de, pelo menos, dois aspectos:

- a. Características de saúde (incluindo morbidade e mortalidade) da população negra – que significa a apreensão de informações sobre os principais agravos de saúde, seus determinantes e as alternativas de resolução.
- b. Competência cultural – que se refere ao desenvolvimento de habilidades para lidar de forma respeitosa com modos de ser, crenças, estilos, atitudes e comportamentos individuais e grupais, incorporando-os e valorizando-os na prestação de serviços (Dendoba, 1998).

Faz parte desse conjunto também o desenvolvimento de ação para a ampliação da participação de representantes da população negra nos cursos de formação profissional na área de saúde, em especial a medicina (Smedley e col, 2003, p. 14), além de currículos adequados à diversidade racial, social e de gênero. O relatório *Unequal Treatment* apresenta, inclusive, as seguintes considerações:

Os benefícios da diversidade entre os profissionais de saúde são significantes e ilustram que o compromisso continuado com as ações

afirmativas é necessário para programas de graduação em saúde, residência e outras oportunidades profissionais (Smedley e col, 2003, p. 242).

As mesmas considerações foram apontadas para a África do Sul⁶⁶ e Reino Unido (Alexander, 1999, p. 41), e integram o Programa de Ação da III CMR, em seu *capítulo II – Vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata*, parágrafo 5⁶⁷.

Entre os países pesquisados, os Estados Unidos oferecem maior número de experiências nesse campo, em decorrência das vitórias obtidas pelo movimento de direitos civis na década de 60. Em artigo publicado em 1998, integrantes do *Health Resources and Services Administration/HRSA* apresentaram diferentes medidas empreendidas pelo governo federal dos Estados Unidos, voltadas para a competência cultural (Dendoba e col, 1998). Entre elas, as ações voltadas para a capacitação e formação profissional:

- programa de *fellowship* de 10 meses que inclui treinamento em administração em saúde, financiamento (dinheiro e plano de saúde) e estágio para ampliar a participação de representantes de minorias raciais e étnicas. Após a fase de treinamento, é providenciado apoio para a obtenção de emprego;
- apoio e financiamento à *National Association of Spanish Serving Health Professionals Schools*, incluindo apoio à capacitação de profissionais;
- treinamento de representantes dos grupos minoritários como agentes de saúde para trabalho nas comunidades;
- capacitação de profissionais em geral para a competência cultural.

10.3. Disseminação de informações

Ter acesso a informações de qualidade sobre saúde faz parte não apenas do capítulo de direitos da cidadania, mas também é uma das ferramentas mais importantes nos processos de prevenção e tratamento de doenças. E ainda é aliado indispensável para a participação de qualidade da população na criação, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas nesse campo.

66. Department of Health. Health Sector Strategic Framework 1999-2004, item 3.9.1.

67. Plano de Ação, Parágrafo 5. Solicita que os estados, apoiados pela cooperação internacional, considerem positivamente a concentração de investimentos adicionais nos serviços de saúde, educação, saúde pública, energia elétrica, água potável e controle ambiental, bem como outras iniciativas de ações afirmativas ou de ações positivas, principalmente nas comunidades de origem africana.

A disponibilização de informações é, por essas razões, um dos itens cruciais na constituição de uma política nacional de saúde da população negra, conforme se verifica no documento já citado (Pnud, 2002, p. 11-12).

Já se apontou aqui a necessidade vista nos diferentes países de se coletar e divulgar dados sobre as condições de saúde da população negra, de modo simplificado e padronizado. Iniciativas desse tipo vão possibilitar a participação da comunidade, visando à produção de ações mais adequadas às suas carências e demandas, como também à ampliação do seu nível de educação e de tomada de decisões e capacidade de ação (Russell, 1997, p. 105-115).

Nas palavras de Göran Dahlgren e Margaret Whitehead (1992, p. 46):

É portanto duplamente importante que informações sobre temas relacionados a equidade em saúde estejam mais amplamente disponíveis e que o debate e a participação sejam encorajados em todos os setores da comunidade.

Cabe assinalar que o acesso a informações não deve ser considerado um fator isolado e suficiente para a participação da sociedade e de organizações representativas das mais vulneráveis. De fato, outras medidas devem ser agregadas a essa a fim de permitir efetivas melhorias nas políticas de saúde⁶⁸.

10.4. Atenção à saúde

Em análise de dados relativos a uma década (1991-2001), técnicos do Ipea puderam demonstrar a importância do Sistema Único de Saúde/SUS na atenção à população negra no Brasil. De fato, segundo os pesquisadores, o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 apontou que proporcionalmente a população negra recorre mais ao SUS do que a população branca – 76,23% de negros e 66,05% de brancos. No entanto, quando se considera o percentual total de atendimentos em todo o sistema, incluindo-se os serviços privados – a proporção se inverte. Ou seja: 13,86% da população branca recebe atendimento, enquanto essa proporção cai para 11,35% da população negra. A esse respeito, afirmaram os técnicos:

68. Kathleen M. Russel, op. cit., listou os seguintes fatores responsáveis pelos resultados de sucesso obtidos pela Iniciativa de Saúde de Minorias do estado de Indiana, nos Estados Unidos: ampliação das informações sobre os grupos vulneráveis à disposição; consenso para a intervenção na política pública; definição de objetivos mútuos através de um plano estratégico de cinco anos; criação de estrutura organizacional para implementação do plano; e garantia das iniciativas por meio de lei. O processo vai requerer também melhor infra-estrutura para as organizações comunitárias e maior utilização dos meios legislativos para a implementação das iniciativas (p. 105 – abstract).

Supondo-se que as populações negra e branca tivessem igual acesso aos serviços de saúde, e que suas condições gerais de saúde fossem semelhantes, não haveria associação entre o tamanho da parcela de pessoas atendidas e a cor ou raça (Schicasho, 2003).

Ou seja, pelos dados é possível reconhecer a defasagem que há entre a demanda por atendimento no sistema de saúde pela população negra e seu real acesso.

A presença da iniquidade intermediando a atenção à saúde de negros e negras tem sido documentada nos quatro países estudados, da mesma forma que no Brasil. Diferenciais de acesso e qualidade de tratamento retratam a abrangência do racismo – inclusive do racismo institucional – e um importante grau de injustiça nas relações raciais. E demandam ações diretas e eficientes em diferentes níveis, envolvendo formuladores e gestores de políticas públicas, profissionais de saúde, população negra e a sociedade em geral. Requerem também iniciativas que envolvam outros setores, além daqueles responsáveis diretamente pela elaboração e gestão das políticas de saúde.

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde em 2002 (p. 15) se afirmava que:

O estado de saúde da população e a responsabilidade de intervir com eficácia na elevação dos seus baixos patamares constituem a única razão da concepção e do desenvolvimento do SUS.

Dessa perspectiva, justifica-se a urgente tomada de decisão e um chamamento à ação nos diferentes níveis do sistema, para o enfrentamento das iniquidades raciais.

A literatura consultada ao longo deste trabalho revela evidências de que as demandas de saúde da população negra têm origem em diferentes fatores. Entre eles estão:

- os fatores constitucionais, biológicos, genéticos;
- os fatores socioeconômicos, grande parte das vezes vinculados à pobreza e às condições de vida;
- o racismo que permeia relações entre profissionais e clientes, tanto do ponto de vista individual quanto em sua modalidade institucional, e também produz um nível de estresse indutor de processos patológicos (Avey, 2002).

É preciso reconhecer que as demandas apresentadas vão requerer abordagens múltiplas, que não se encerram no âmbito das ações e do sistema de saúde. Muitos requisitos para a constituição de um nível de atenção adequado às necessidades de mulheres e homens negros das mais diversas origens e idades foram descritos nos capítulos anteriores. Neste momento, será focalizado diretamente o chamado sistema de saúde e as ações sob sua responsabilidade direta.

O enfrentamento das iniquidades raciais na atenção à saúde vai requerer, antes, que se considerem os aspectos relativos às relações humanas e às relações entre profissionais e clientes. Nesse campo, é importante que se considerem também os aspectos éticos subjacentes às iniquidades e que precisam ser abordados (Obergh, 2003).

Por outro lado, a presença da iniquidade vai requisitar o desenvolvimento de ações específicas voltadas para as demandas da população negra:

Para derrotar o racismo institucional (...) [é preciso] repensar o enfoque de oferta de um serviço comum para todos e de tratamento igual a negros e brancos (...). Isto requer mais confiança no desenvolvimento de serviços específicos e dirigidos, que a excessiva preocupação de que isto signifique tratamento especial para os negros (...) (Department of..., 1998).

Para atender adequadamente às demandas será preciso que se dedique maior atenção ao conhecimento dos demandantes e suas necessidades expressas ou não. Esse detalhamento significa romper com a tendência a homogeneização dos diferentes grupos e indivíduos envolvidos. Uma ferramenta crucial desse desvelamento é a participação, a interlocução, o compartilhamento de decisões sobre as políticas e sua abrangência nos níveis local, regional e nacional. A bibliografia aqui consultada oferece uma série de exemplos que se aproximam das visões de gestão participativa e de controle social já presentes nos princípios do SUS.

A tabela 9 oferece uma síntese de algumas perspectivas e estratégias para onde os esforços devem ser dirigidos, segundo os documentos preparados nos países consultados:

Tabela 9. Estratégias para a melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde

Áreas	Estratégias
1. Recursos	<ul style="list-style-type: none"> a) redistribuição e integração dos recursos de financiamento, de infra-estrutura e pessoal; b) transparência
2. Acesso e prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> a) melhoria da qualidade – inclusive criando unidades de gerenciamento e/ou monitoramento específicos; b) capacidade de adaptação às demandas; c) coleta, análise e divulgação de dados raciais; d) rotinas bem definidas e padronizadas; e) medidas coercitivas e punitivas diante da discriminação e do racismo; f) políticas de contratação e promoção equitativa; g) diálogo e incorporação de diferentes matrizes culturais, em especial a matriz africana, nos processos de prevenção, proteção e recuperação da saúde;

Áreas	Estratégias
3. Inclusão das organizações da sociedade civil	<ul style="list-style-type: none"> a) participação em conselhos e órgãos de gestão participativa; b) financiamento de médio e longo prazos para projetos da sociedade civil; c) transparência na distribuição de fundos; d) critérios de equidade para concessão de fundos; e) estímulo à cooperação entre organizações;
4. Aprofundamento dos diagnósticos	a) considerando inclusive, novas variáveis para além de raça, gênero, classe social.
5. Cooperação internacional	a) intercâmbio com organismos nacionais, multilaterais e da sociedade civil para a compreensão, melhoramento e ampliação das políticas de enfrentamento das iniquidades raciais em saúde.

Fonte: *Health Canada, 2001; Stith Nelson, 2003; Alexander, 1999; South African Department of Health, 1999.*

A participação comunitária é requisito importante para a qualidade da assistência, principalmente para o enfrentamento dos mecanismos de exclusão e inferiorização produzidos pelo racismo. É necessário também o envolvimento ético e técnico dos profissionais comprometidos com a melhoria das condições de vida da população e com a prestação de serviços de qualidade, bem como a explicitação, pelo nível central, da política de saúde e seu comprometimento com o fim das iniquidades – que se fará tanto pela disponibilização de recursos suficientes para a boa execução da política, como pela elaboração e atualização dos mecanismos de gestão cotidiana.

11. Conclusão

Um dos principais pontos que este trabalho buscou destacar foi o racismo como um fenômeno cruel e insidioso, presente em diferentes países e em diversos campos, como é o caso da saúde. Seus efeitos deletérios atingem indivíduos e grupos, afetando tanto seu modo de viver, adoecer e morrer, quanto à criação de processos capazes de possibilitar ao racismo sua autoproteção e invisibilidade, e garantir sua perpetuação.

Como diferentes nações do mundo já afirmaram, o racismo precisa ser descortinado com coragem e decisão política. Seus mecanismos precisam ser enfrentados continuamente e seus efeitos devem ser cessados com urgência.

Ao contrário da resposta comum daqueles envolvidos com a saúde, o racismo penetra profundamente no setor e produz uma das mais injustas situações, conforme apontou Martin Luther King, já citado aqui⁶⁹.

Nesse sentido, as experiências em curso nos países analisados devem ser consideradas, a fim de oferecer balizas, pontos de apoio e de reflexão, e indicadores de caminhos. Contribui para isso também a extensa bibliografia à disposição (inclusive na internet), apontando evidências de disparidades na atenção e os efeitos experimentados pela população negra dos diferentes países da diáspora africana.

O conhecimento das experiências desses países permite também recolocar a chamada questão racial e as iniquidades produzidas no campo da saúde em sua verdadeira dimensão. E reconhecer suas raízes históricas, ideológicas e comportamentais, sua abrangência, e profundidade no cotidiano das pessoas. E mais, possibilitar a ação técnica, profissional, política e ética, urgente e inadiável.

12. Referências bibliográficas

ALEXANDER, Ziggi. **The Department of Health: study of black, asian and ethnic minority issues**, 1999.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Inequalities in health based in living conditions: analysis of scientific output in Latin America and the Caribbean and annotated bibliography**. Washington: Opas, Eclac Project, 1999.

_____, KAWACHI, Ichiro; PELEGRINI FILHO, Alberto; DACHS, Norberto W. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, Dec. 2003.

ANDERSON, Benedict. **Imagined communities**. New York: Verso, 1992.

ASPINALL, Peter J. Ethnic groups and our healthier nation: whiter the information base? **Journal of Public Health**, n. 21, p. 125-132, 1999.

AVEY, Holly. How U.S. Laws and social policies influence chronic stress and health disparities. In: SYMPOSIUM ON POLITICS OF RACE, CULTURE AND HEALTH. Ithaca College, 2002.

BALDWIN-RAGAVEN, Laurel; LONDON, Leslie; DE GRUCHY, Jeanelle. Learning from our apartheid past: human rights challenges for health professionals in contemporary

69. De todas as formas de iniquidade, injustiça na atenção à saúde é a mais chocante e desumana." Martin Luther King Jr., citado por Oberg, Charles N., op. cit., p. 11.

- South Africa. **Ethnicity and Health**, v. 5, n. 3/4, p. 227-241, 2000.
- BARBOSA, Maria Inês. **Racismo e saúde**. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) – USP, São Paulo, 1998.
- BARRON, Peter; MONTICELLI, Florenza (Ed.). **Lesson learnt in the implementation of primary health care**. Experiences from health districts in South Africa. South Africa, Durban: Health System Trust, 2003. Available from: <>.
- BATISTA, Luis Eduardo. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2002.
- BEDIAKO, Shawn. Reconceptualizing “health disparities” in African American Communities. In: SYMPOSIUM ON THE POLITICS ON RACE, CULTURE AND HEALTH 2002. EUA, New York, Ithaca College, 2003. Available from: .
- BRAVEMAN, Paula A. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. **Journal of Health Population and Nutrition**, v. 21, n. 3, p. 181, 2003.
- BROWN, E. Richard; OJEDA, Vitoria D.; WYN, Roberta; LEVAN, Rebecka. **Racial and ethnic disparities in access to health insurance and health care**. EUA: UCLA Center for Health Policy Research and The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2000.
- CHATURVEDI, Nish. Ethnicity as an epidemiological determinant – crudely racist or crucially important? **International Journal of Epidemiology**, n. 30, p. 925-927, 2001.
- CHEVANNES, Mel. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. **Journal of Advanced Nursing**, v. 39, n. 3, p. 290-298, 2002.
- CHUNG MAN KAM, Jane; KWAN CHI-FUNG, Jeffrey; LAI SUK TAK, Vivian; WAN PO Yuk. **Health care system reform**. Tax Based System – UK. The Hong Kong Polytechnic University, Department of Management, [s.d.].
- COMMISSION FOR RACIAL EQUALITY. **The Stephen Lawrence inquiry**. Implications for racial equality, 1999, p. 2.
- COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADA. **Building on values: the future of health care in Canada**. Final Report, 2002.
- COOPER, Richard S.; KAUFMAN, Jay S. Race and hypertension: science and nescience. **Hypertension**, n. 32, p. 813-816, 1998.
- COOPER, Lisa A.; HILL, Martha N.; POWE, Neil R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. **JGIM**, v. 17, p. 477-486, June 2002.
- CUNHA, Estela M. G. P. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. **Jornal da Rede Feminista Saúde**, n. 23, p. 48-50, mar. 2001.
- DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote equity in health**. WHO, Regional Office for Europe, 1992.

DÁVILA, Jerry. Expanding perspectives on race in Brazil. **Latin American Research Review**, v. 35, n. 3, p. 188-210, 2000.

DENDOBA, Diana L.; BRAGDON, Judith L.; EPSTEIN, Leonard G.; GARTHRIGHT, Karen; GOLDMAN, Thurma McCan. Reducing health disparities through cultural competence. **Journal of Health Education**, v. 28, n. 5, Sept./Oct. Supplement 1998.

DEPARTMENT OF HEALTH. Social Service Inspectorate. **They look after their own, don't they?** Inspection of community care services for black and ethnic minority older people. United Kingdom, 1998.

DFID. **Termo de Referência Revisão Bibliográfica**. DFID, 2003.

FIREFIGHTER. **Institutional racism**: but what does it mean? United Kingdom, September 2000. Available from: <<http://www.firefighter.org.uk>>.

FISHBACH, Ruth L.; HUNT, Marion. Behind every problem lies an opportunity: meeting the challenge of diversity in medical schools. **Journal of Women's Health**, n. 8, p. 1249-1256, 1999.

Folha de S.Paulo. Até no parto mulher negra é discriminada, 26 maio 2002.

_____. Médicos afirmam que pesquisa é "equivocada", 27 maio 2002.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Declaração de Durban e Plano de Ação. In: III CONFERÊNCIA MUNDIAL DE COMBATE AO RACISMO, DISCRIMINAÇÃO RACIAL, XENOFOBIA E INTOLERÂNCIA CORRELATA, Brasília, s/d.

GELB, Stephen. **Inequality in South Africa**: nature, causes and responses. South Africa, Johannesburg: The Edge Institute, 2003.

GREEN, B. Lee. The pursuit of racial equity in health and health care: creating the climate for change. In: SYMPOSIUM ON THE POLITICS ON RACE, CULTURE AND HEALTH. EUA, Ithaca College, 2003. Available from: <>.

GWATKIN, Davidson R. **Reducing health inequalities in developing countries**. Forthcoming in the Oxford Textbook of Public Health. 4. Ed. 2002.

_____. The need for equity-oriented health sector reforms. **International Journal of Epidemiology**, n. 30, p. 720-723, 2003.

HATCH, J.; MOSS, N.; SARAN, A.; PRESLEY-CANTRELL, L.; MALLORY, C. Community research: partnership in black communities. **American Journal of Preventive Medicine**, 6 (Supp) n. 9, p. 27-31, 1993.

HEALTH CANADA. **Opportunities and potential**. A review of international literature on primary health care reform and models, 2000.

_____. **Certain circumstances**: issues in ethnicity and responsiveness in access to health care in Canada - a collection of paper and reports prepared for Health Canada, 2001.

HENRIQUES, Ricardo. **Desigualdade racial no Brasil**: evolução das condições de vida na década de 90. Brasília: Ipea, 2001. (Texto para Discussão, n. 897).

HERNANDEZ-ARIAS, P. Rafael; MUNTANER, Carles. Race and ethnicity as variables in health research: what does their use tell us about health disparities? In: SYMPOSIUM ON THE POLITICS ON RACE, CULTURE AND HEALTH. EUA, Ithaca College, 2003. Available from: Cited in 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICAS APLICADAS. **Desigualdade racial no Brasil: Indicadores Socioeconômicos – Brasil, 1991-2001.** Brasília: Ipea, 2003.

_____. **Políticas sociais – acompanhamento e análise.** Agosto 2003 – Saúde. Brasília: Ipea, agosto 2003. p. 42-51.

KING, Gary. **Institutional racism and the medical complex: a conceptual analysis,** 1996.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G. N. da. **Desigualdades raciais na assistência pré-natal e ao parto no Município do Rio de Janeiro – Brasil, 1999-2001.** Rio de Janeiro, 2003. Mimeo.

LIKE, Robert; STEINER, Prasaad; RUBEL, Arthur J. Recommended core curriculum guidelines on culturally sensitive and competent health care. **Family Medicine**, v. 28, n. 4, p. 291-297, 1996.

LIU, Eva; WONG, Evelyn. **Health care expenditure and financing in the United Kingdom.** United Kingdom: Provisional Legislative Council Secretariat, 1998.

LONDON HEALTH OBSERVATORY. **Missing records: the case for recording ethnicity at birth and death registration,** 2003. (Executive Summary).

LOPES, Fernanda. **Relatório Parcial de Atividades** (dezembro de 2003). Brasília: DFID, 2003.

_____. **Mulheres negras e não-negras vivendo com HIV/Aids em São Paulo – um estudo sobre suas vulnerabilidades.** Tese (Doutoramento em Saúde Pública) – USP, São Paulo, 2003.

LUTHER, Stephen L.; STUDNICKI, James, KROMEY, Jeffrey; FRANKS-LOMANDO, Kathlenn; GRANT, Pauline; FINLEY, Gabrielle C. A Method to measure the impact of primary care programs targeted to reduce racial and ethnic disparities in health outcomes, United Kingdom. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 9, n.3, p. 243-248, 2003.

MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Eds.). **Raça, ciência e sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

MANN, Jonathan M.; TARANTOLA, Daniel J.M. (Eds.). Vulnerability: personal and programmatic. In: **The Global Aids Policy Coalition.** Aids in the world II. New York: Oxford University Press, 1996. p. 441-463.

MARTINS, Alaerte L. Mortalidade materna: maior risco para mulheres negras no Brasil. **Jornal da Rede Saúde**, n. 23, p. 37-40, mar. 2001.

MARX, Anthony W. **Making race and nation: a comparison of the United States, South Africa, and Brazil.** New Canbridge: University Press, 1998.

MCCOY, David; BAMBAS, Lexi; ACURIO, David; BAYA, Banza; BHUIYA, Abbas; CHOWDHURY, A. Mushtaque R.; GRISURAPONG, Siriwan; LIU, Yuanli; NGOM, Pierre; NGULUBE, Thabale J.; NTULI, Antoinette; SANDERS, David; VEGA, Jeannette; SHUKLA, Abhay and BRAVEMAN, Paula A. Global equity gauge allience: reflections on early experiences. **Journal of the Health Population and Nutrition**, v. 21, n. 3, p. 237-287, Sept. 2003.

MCKENZIE, Kwame. Racism and health. Antiracism is an important health issue. **British Medical Journal**, v. 326, p. 65-66, 11 jan. 2003.

_____. Something borrowed from the blues? We can use Lawrence inquiry findings to help eradicate racial discrimination in the NHS. **British Medical Journal**, v. 318, p. 616-617, 6 Mar. 1999.

MCPHERSON, K. M.; HARWOOD, M.; MC NAUGHTON, H. K. Ethnicity, equity and quality: lessons from New Zeland. **British Medical Journal**, p. 443, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente.** Brasília: MS, 2001.

MINISTÉRIO da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Brasília: MS, 2002. p. 15.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Crimes por raça e cor. **Legislação Federal**, p. 9-10, 2001.

OBBERG, Charles N. Equity and health disparities: a public health conundrum. In: THE SYMPOSIUM ON THE POLITICS OF RACE, CULTURE AND HEALTH, Ithaca College, 2003. Available from: .

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra.** Brasil, Ano 2001. Brasília: OPAS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Saúde no Brasil.** Brasília: OPAS, 1998.

PANG, Tikki; SADANA, Ritu; HANNEY, Steve; BUTHA, Zulfiqar A.; HYNDER, Adrian A.; SIMON, Jonathan. Knowledge for better health – a conceptual framework and foundation for health research systems. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 11, 2003.

PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS. **Panel on race and ethnic disparities in medical care.** EUA, 2003. Available from: .

PINHO, M. D.; BERQUÓ, E.; LOPES, F.; OLIVEIRA, K. A.; LIMA, L. C. A.; PEREIRA, N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 277-294, jul.-dez. 2002.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. ORGANIZAÇÃO

PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade.** Brasília, 2002.

_____. **Relatório Desenvolvimento Humano 2002.** Brasília. Disponível em: <>.

RACIAL and ethnic disparities in US health care. **The Lancet**, v. 362, 15 Nov. 2003. Available from: <>.

RATHORE, Saif S.; KRUMHOLTZ, Harlam M. Race, ethnicity and clinical research – Implications of incorporating race and ethnicity into trials go beyond ethical issues. **British Medical Journal**, v. 37, 4 Oct. 2003.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro.** A formação e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ROMANOV, Roy J. **Building on values: the future of health care in Canada.** Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

RUSSELL, Kathleen M. Public Policy Analysis of Indiana's Minority Health Initiatives. **Ethnicity and Health**, v. 2, n. 1/2, p. 105-115, 1997.

SCHICASHO, Sônia Tié (Org.). **Desigualdade racial: Indicadores Socioeconômicos – Brasil, 1991-2001.** Brasília: Ipea, 2003.

SCHIERHOUT, Gill; FONN, Sharon. **The integration of primary health care services: a systematic literature review.** South Africa, Durban: Health System Trust, 1999. Available from: <>.

SMEDLEY, Brian D.; STITH, Adrienne Y.; NELSON, Alan R. (Eds.). **Unequal treatment – confronting racial and ethnic disparities in health care.** Washington: National Academy of Sciences, 2003. Available from: <>.

SMITH, David B. Addressing racial inequities in health care: civil rights monitoring and report cards. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 23, n. 1, p. 80, Feb., 1998.

SOUTH AFRICAN DEPARTMENT OF HEALTH. **Health Sector Strategic Framework 1999-2004.** South Africa, 1999.

_____. **South Africa Demographic and Health Survey.** South Africa, 1998.

_____. Committee of enquiry – health chapter. **Inquiry into the various social security aspects of the South African Health System.** South Africa, 2002. Available from: <>.

STEPAN, Nancy Leys. **The hour of Eugenics.** Race, gender and nation in Latin America, 1991.

STOECKLE, J. D.; ZOLA Irving K. After everyone can pay for medical care: some perspectives on future treatment and practice. **Medicine Care**, n. 2, p. 36-41, 1964.

. **Medicaid history.** Available from: <>.

THE NHS MODERNIZATION BOARD. **The NHS Modernization Board's Annual Report 2000-2001.** p. 36.

TORKINGTON, Ntombenhle P. K. **The Racial politics of health** – a Liverpool Profile. Liverpool: University of Liverpool, 1983.

TORRES, Cristina. **Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad**. Washington: OPAS, 2001.

UNITED KINGDOM'S DEPARTMENT OF HEALTH. The Health of Minority Ethnic Group'99. Available from: <>.

VAN RYN, Michelle; FU, Steven S. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 2, p. 248-255, February 2003.

VIANA, Sólton Magalhães; NUNES, André; SANTOS, James R. S.; BARATA, Rita B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil** – uma proposta de monitoramento. Brasília: Ipea, 2001.

WERNECK, Jurema. **Desigualdade racial em números: coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil**. v. 2. Rio de Janeiro: Criola, 2003.

WERNER, David. The Village health worker, lackey or liberator. **World Health Forum**, v. 1, n. 1, p. 46-48, 1981. Citado por Bambra, Clare, Fox, Debbie e Scott-Samuel, Alex. *Toward a New Politics of Health*. University of Liverpool, 2003 (Politics of Health Group Discussion Paper n. 1).

WHITEHEAD, Margaret. **The Concepts and principles of equity in health**. World Health Organization, 1990 (Discussion Paper). Citado em Dahlgren, Goran e Whitehead, Margaret. *Policies and strategies to promote equity in health*. WHO, Regional Office for Europe, 1992.

WITZIG, Ritchie. The Medicalization of race: scientific legitimization of a flawed social construct. **Annals of the Internal Medicine**, p. 675-679, 1996.

Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil

Marta de Oliveira da Silva – Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, Psicanalista, Especialista em Gestão de Saúde Materno Infantil – Ensp/Fiocruz, Técnica do Programa de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro.

Nataly Damasceno de Figueiredo – Nutricionista, Especialista em Saúde Pública – NESC/UFRJ, Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança – IFF/Fiocruz.

A sociedade brasileira tem dado mostras que um de seus traços mais perenes é a iniquidade racial, e tal iniquidade tem sido mantida secularmente por meio de mecanismos vigorosos que naturalizam a presença da população negra nos porões da sociedade, escamoteiam suas demandas enquanto grupo populacional e perpetuam a exclusão racial sobre a égide de uma pretensa neutralidade ou universalidade.

Tais mecanismos são atualizados por meio de diretrizes e práticas que, ao desconsiderarem especificidades produzem o que Barbosa denomina “discriminação indireta”, pois operam restringindo o conceito de igualdade a seu aspecto formal e ignorando o impacto de preposições e ações sobre certos grupos populacionais específicos.

“A discriminação resultante de medidas dessa natureza diferencia-se em vários aspectos da chamada discriminação intencional, a começar pela ausência do fator intencionalidade. Com efeito, nem sempre as políticas públicas que têm um grande efeito discriminatório sobre determinadas categorias de pessoas são concebidas com o intuito deliberado de discriminar. Ao contrário, cuida-se muitas vezes de práticas já arraigadas, consolidadas no cotidiano e por isso mesmo consideradas legítimas pela grande maioria das pessoas, gozando também da chancela dos operadores do Direito. Enquanto a discriminação intencional se traduz em atos concretos e opera no presente, a discriminação resultante do *disparate impact* é desprovida de concretude, eis que não dirigida especificamente a uma pessoa ou a um grupo. No entanto, essa modalidade de discriminação é condenável justamente pelo seu aspecto perverso, isto é, pela sua aptidão de perpetuar situações de desigualdade resultantes de fatores histórico-culturais.” (Barbosa, 2001).

Analisando as políticas públicas de saúde desde o ponto de vista das relações raciais, observamos que o esforço para criar um sistema de saúde equânime, universal e integral tem produzido resultados, tais como: expansão do acesso à saúde, da cobertura dos serviços, da disponibilidade de procedimentos de média e alta complexidade, porém estes resultados têm impacto diferenciado sobre brancos e negros no Brasil, e têm sido mantidas as diferenças de desempenho em saúde destes dois grupos populacionais, permanecendo os negros com as maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas, mortes por causas evitáveis e menor esperança de vida.

Embora o Sistema Único de Saúde tenha sido concebido para a população como um todo, sabe-se que são os cidadãos de menor poder aquisitivo, sem acesso à saúde suplementar, que efetivamente fazem uso do sistema público de saúde. Considerando que “os negros representam 45% da população brasileira, mas correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza e que os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres, tem-se a certeza de que nascer negro no Brasil implica maior probabilidade de crescer pobre. A pobreza no Brasil tem cor. A pobreza no Brasil é negra.” (Henriques, 2003).

Diante dos percentuais citados acima, chama atenção a sobre-representação dos negros nas camadas mais empobrecidas da população, e ainda, a falta de debate sobre o perfil de morbimortalidade deste grupo populacional, especialmente ao considerar a baixa resolutividade das ações de saúde sobre este grupo. Assinala-se também que, apesar da precarização secular das condições de saúde dos negros, as formulações de políticas públicas de saúde e a implementação de modelos de assistência não têm explicitado o recorte racial como uma questão a ser enfrentada, optando por uma “neutralidade” que passa ao largo do modo como a sociedade brasileira opera racialmente. “Como se sabe, a idéia de neutralidade estatal tem-se revelado um formidável fracasso, especialmente nas sociedades que, durante muitos séculos, mantiveram certos grupos ou categorias de pessoas em posição de subjugação legal, de inferioridade legitimada pela lei, em suma, em países com longo passado de escravidão. Nesses países, apesar da existência de inúmeros dispositivos constitucionais e legais, muitos deles promulgados com o objetivo expresso de fazer cessar o *status* de inferioridade em que se encontravam os grupos sociais historicamente discriminados, passaram-se os anos (e séculos) e a situação desses grupos marginalizados pouco ou quase nada mudou.” (Barbosa, 2001).

A falta de utilização plena do recorte racial nas políticas e nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identificação de disparidades, obstaculizando a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde, isto além de contribuir para tornar o campo da saúde produtor e reproduzidor de desigualdades raciais.

Guimarães (1997), em artigo onde analisa o racismo como algo que restringe os direitos individuais, diz:

“Gostaria...de trabalhar aqui com a idéia de Brasil como sociedade de *status*, isto é, uma sociedade onde os grupos sociais, inclusive as classes sociais, desenvolveram direitos a certos privilégios em relação ao estado e a outros grupos sociais. Tais privilégios de posição são resguardados, no plano das relações entre sujeitos, por distâncias e etiquetas, que têm na aparência e na cor, em seu sentido lato, antropológico, já explicitado, suas principais referências e marcos no espaço social. O jogo complexo de ambigüidades entre intimidade, boa educação e *patronizing* que marca a relação entre brancos e negros foi fartamente estudado e não insistirei nele. Quero apenas chamar atenção para o fato de que existem também privilégios de tratamento, legais ou regulamentares, que permanecem bastante utilizados no Brasil de hoje, tais como o uso de elevadores e as prisões especiais para certos grupos sociais. O direito a que se arrogam as autoridades e certas pessoas a tratar diferencialmente outras pessoas de alguns grupos sociais, étnicos e raciais se espraia na vida cotidiana, principalmente em relação aos seus direitos civis. Esse é o principal veículo de expressão do sentimento (racista) segundo o qual as pessoas de cor podem, a princípio, ser tratadas como inferiores.”

Neste artigo, Guimarães analisa matérias sobre discriminação racial publicadas em jornais entre 1989 e 1994. Sua análise o leva a concluir que a discriminação racial é solidária ao abuso de autoridade e à arbitrariedade de agentes sociais. No campo da saúde sua pesquisa o levou ao que denominamos dificuldade de acesso e negligência, pois as matérias analisadas relativas à saúde diziam respeito à recusa de assistência ou ao mau atendimento.

Com o olhar voltado para a utilização de saberes, Jacqueline Pitanguy afirma que:

“... não existe um olhar, ou um discurso neutro sobre a realidade. Estamos sempre recriando a realidade, incorporando símbolos, valores, crenças, etc. E que tal processo está presente também em práticas como um diagnóstico médico, na medida em que ela traduz relações de gênero, de classe, de raça.” (Pitanguy, 1998).

Tangenciar o modo como operam as relações raciais no Brasil é importante, pois permite explicitar a idéia de que os princípios de universalidade, equidade e integralidade, norteadores do SUS, não funcionam *per se*; somente levando-se em conta como são construídas as relações sociais e raciais é que poderá ser traçado o caminho que possibilite a efetivação de tais princípios.

1. Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde

A exclusão da população negra das ações de saúde vem de longe, porém situaremos como marco as primeiras décadas do século XX, os primórdios da constituição de um Brasil urbano e industrializado. Observa-se que desde este momento fundante das políticas públicas de saúde, se instala a dificuldade de acesso às ações de saúde para este grupo populacional e tal perfil foi mantido na mesma perspectiva até o final dos anos 70, assumindo novos contornos dos anos 80 até hoje, sobre o manto da universalidade e da equidade.

Os governos de Vargas correspondem à consolidação do modelo médico-assistencial claramente voltado para as classes trabalhadoras urbanas. Concentrado em termos geográficos, e pautado na assistência médica individual, foi concebido e implementado com vistas à manutenção da força de trabalho nas áreas metropolitanas.

Este modelo não absorvia a maior parte da população negra, composta por trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos que desenvolviam atividades não-regulamentadas, ou ainda, habitantes de estados pouco industrializados à época, como os do Norte e Nordeste do país que até hoje possuem os maiores contingentes populacionais negros.

O regime militar instaurado em 1964 atualiza a lógica da exclusão desde outro prisma. O país cresceu economicamente, assim tal crescimento ficou limitado às classes média e alta. Apenas uma parcela menor dos trabalhadores negros alcançou o mercado formal de trabalho (dado que as condições de ingresso eram distintas para trabalhadores brancos e negros), obtendo assim o direito à saúde e à previdência. Assim mesmo, essa parcela assistiu à deterioração das suas condições de vida, com a perda do valor real ou poder de compra de seu salário. Cabe ressaltar que em 1960 somente 7,3% da população tinha direito à previdência.

“O regime autoritário trabalhava com a tese de que decisões de investimentos públicos em bens de natureza social deviam ter como prioridade o atendimento da visibilidade financeira do empreendimento público. Em outros termos, a expansão no fornecimento de serviços sociais teria sido dirigida, neste período, especificamente aos consumidores, ou seja, aos indivíduos que apresentavam poder de compra desses serviços”(Fiocruz, 1998).

A evolução da poliomielite no Brasil é um exemplo das definições de política neste período:

“O advento da imunização ativa contra a poliomielite, principalmente a oral de vírus vivos atenuados, no início da década de 1960, modificou

o perfil epidemiológico da doença. Nas áreas onde a vacinação passou a ser sistematicamente realizada, como as trabalhadas pela Fsesp, a poliomielite ficou restrita a casos esporádicos. De maneira geral, porém, os esforços foram esporádicos e insuficientes, faltando um programa de controle integrado de abrangência nacional, que assegurasse o suprimento permanente de vacinas e coberturas elevadas em todo o país. A poliomielite passou a apresentar, então, um padrão de comportamento condicionado pela desigualdade de acesso a serviços de vacinação. Estando desprotegida grande parcela da população infantil, sobretudo nas classes sociais de menor renda, manteve-se a circulação contínua de poliovírus selvagens, sobretudo a do tipo I.” (Risi Jr., 2002).

Aponta-se para o período do regime autoritário uma apropriação desigual dos bens públicos, havendo queda do padrão de vida e um aumento substancial da mortalidade infantil, além de grandes contingentes populacionais desnutridos. As desigualdades raciais recrudesceram em todos os níveis da força de trabalho, sendo que o trabalho até então era a principal via de acesso à saúde.

Os debates que se colocavam nessa época enfatizaram a urgência de mudanças de rumo no modelo social vigente nos primeiros dez anos do regime militar, apontando para a sua falência.

Diante do quadro epidemiológico que se apresentava, a lógica de investimentos pautados na visibilidade econômica teve que ser rompida e deu-se início à inclusão da área social nas ações de desenvolvimento, “... a preocupação com o social assumiu explicitamente uma orientação de expansão de cobertura, mesmo que mantendo em várias áreas a articulação com o setor privado, como é o caso da saúde.... Uma característica realmente nova dessa conjuntura social é o fato de a política buscar o rompimento com a exclusão do modelo anterior, trabalhando com uma idéia mais universalista de direitos sociais e não com a subordinação do acesso como decorrência do fato de o indivíduo ser contribuinte da Previdência Social.” (Fiocruz, 1998).

Face à deterioração das condições de saúde durante os anos de regime militar, “... o período 1974/1979 constituiu-se como uma fase de mudanças conceituais importantes no âmbito da discussão das políticas sociais e de saúde no Brasil, refletindo um movimento crítico de reflexão sobre as políticas públicas...” (Levcovitz, 2002).

Este debate antecedeu a Reforma Sanitária num contexto de reorientação política/institucional no país. Frente às iniquidades em saúde e o grave quadro de desigualdades, a discussão sobre os determinantes sociais, políticos e econômicos das condições de saúde da população impulsionou a idéia da construção de um novo sistema de saúde.

“Um primeiro marco de política selecionado foi a configuração do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, como uma iniciativa que viabilizou a expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência de fortalecimento da proposta de universalização da atenção à saúde. Neste ponto vale ressaltar que a política de saúde brasileira ainda estava conformada sob padrões meritocráticos de direito à saúde, ou seja, apenas tinha direito à assistência médica no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o trabalhador vinculado ao instituto, e seus dependentes. A proposta de universalização da saúde significava a extensão desse direito a toda a população, independente da contribuição previdenciária. Assim, seria garantido a todo cidadão o direito à assistência integral à saúde, sem qualquer tipo de discriminação. Os serviços do INPS não eram os únicos a prestarem assistência médica, mas certamente eram os que obtinham maior investimento e recursos. Além disso, havia, nessa lógica, uma concentração dos serviços de assistência próximo aos centros urbanos de produção, deixando parcela significativa da população sem opção de acesso.”(Levcovitz, 2002).

Para a população negra, principalmente, desaparece a figura do indigente, ou seja, aquele que era atendido sem possuir vínculo previdenciário, e dá-se início à idéia, a ser perseguida, de universalidade nos marcos da seguridade social.

Esta fase foi incipiente para a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que comporia a primeira política de saúde com caráter nacional. Assinala-se também a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que buscava a expansão das ações de saúde para populações periféricas. O período 1974/1979 foi marcado pelos debates conceituais sobre a definição do que, mais tarde, se tornou o Sistema Único de Saúde.

O período compreendido entre 1980 e 1986 foi marcado por ampla negociação sobre a Reforma Sanitária. A extensão dos serviços por meio da criação de uma rede básica que fosse apta para atender à demanda com qualidade tornou-se meta a ser alcançada até o ano de 2000. “A atenção primária, nesse entender, seria a estratégia para a redução das desigualdades sociais existentes, estratégia essa que atendia duplamente os propósitos do Estado. Por um lado, porque era necessária a reformulação do setor saúde, por outro lado, porque respondia às principais diretrizes assinaladas para a saúde nos fóruns internacionais de discussão.” (Levcovitz, 2002).

Entre os anos 1987 e 1990 a reforma do setor saúde se consolidou do ponto de vista jurídico-legal. Foi definido o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (Suds), que resultou ser o caminho para a posterior constituição do SUS. A promulgação da Constituição de 1988 conferiu o estatuto de seguridade social ao campo da saúde e “o capítulo da saúde incorporou todos os princípios debatidos no processo de reforma, garantindo a definição dos princípios básicos do SUS, configurando uma grande vitória do movimento reformista, que finalmente garantia uma base institucional concreta para o desenvolvimento da reforma.” (Levcovitz, 2002).

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), que definiu as diretrizes para a implementação do SUS, segundo seus princípios, organização, diretrizes, financiamento e planejamento. Esta lei possibilitou a edição das normas operacionais básicas que se seguiram na década de 1990 e a implementação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, inaugurando uma nova maneira de pensar saúde no Brasil. Pretendia-se considerar os determinantes econômicos, culturais e sociais no processo saúde-doença e reorientar a atenção à saúde para aspectos mais amplos, contrapondo-se aos reducionismos biológicos.

Na década de 1990, tentou-se romper com o modelo distorcido anterior e as políticas de saúde se colocaram na contramão do que estava sendo preconizado nos campos da política econômica aos âmbitos nacional e internacional, pois vislumbravam a consolidação do SUS em seu aspecto abrangente e redistributivo.

No que diz respeito à atenção aos usuários, o intuito era de efetivar a universalização do acesso e produzir mudanças no modelo de atenção marcadamente médico-assistencial, instituindo para tal, programas e ações centrados na promoção e prevenção em saúde, em que a melhoria da qualidade da atenção e a efetividade das ações deveriam ser priorizadas.

Vários autores, porém, reconhecem que o esforço na década de 1990 não conseguiu romper com as desigualdades de acesso, nem diminuiu as distorções no modelo de atenção traduzidas pelo excesso de medicalização e uso inadequado de tecnologia. Como resultado, a qualidade e resolutividade da atenção ainda são muito precárias em diversos serviços do SUS.

A universalização do acesso está intimamente vinculada à descentralização da gestão, pois nas bases conceituais do SUS, é estrutural a idéia da gestão local do sistema. A proximidade entre gestores e usuários garantiria mais agilidade e precisão nas ações a serem desenvolvidas.

As NOBs (Normas Operacionais Básicas) editadas na década de 1990 foram ferramentas fundamentais para a descentralização do Sistema Único de Saúde, mas análises revelam que:

“... como apontaram diversos estudos, a descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório, e necessita ainda de fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil. Portanto, pode-se afirmar que a descentralização *per se* não apenas é insuficiente a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três

níveis de governo, e a *permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos*” (grifo nosso). (Levcovitz, 2001).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) objetivaram descentralizar e universalizar o SUS, produzindo a redefinição do papel das três esferas de governo no tocante à gestão, financiamento e prestação de serviços em saúde. Produziram um impacto significativo no âmbito do financiamento, com a participação de estados e municípios, no âmbito da descentralização e das novas relações entre gestores, via instituição das comissões bipartites e tripartites e a transferência de responsabilidades para gestores locais. No âmbito da gestão e organização do sistema isto seria operacionalizado pelo aumento da oferta de serviços e maior capacidade gestora, porém no âmbito da assistência aos usuários, a expansão dos serviços, com pouca crítica e avaliação, reforçou desigualdades em muitos pontos, levando-se em conta que as NOBs regularam as divisões de responsabilidade, mas não regularam a atenção à saúde.

A NOB 93 caminhava na direção de melhorar os padrões de transferência de recursos, instituindo graus de habilitação no sistema para estados e municípios, e cobrava competências técnicas para programar, acompanhar e gerenciar a prestação de serviços. Implantou transferências fundo a fundo, segundo o grau de habilitação, e manteve a lógica do pagamento por procedimentos contida nas NOBs anteriores. Persiste nesta NOB a centralidade do financiamento, com ênfase no tipo de habilitação em detrimento da qualidade da assistência.

Quanto à NOB 96, foram criados novos critérios de habilitação visando implicar, de forma mais consistente, o gestor, no tocante à atenção à saúde de sua população, caracterizando sua responsabilidade sanitária na prestação de ações e serviços. Além do mais, neste período a estratégia Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)/ Programa de Saúde da Família (PSF) pretendia estabelecer um vínculo entre a população local e o SUS. Na vigência desta NOB foram estabelecidos incentivos financeiros para a implementação de vários programas com ênfase na atenção básica à saúde, tentando mudar o modelo assistencial hospitalocêntrico.

Apesar dos esforços para romper com distorções anteriores, várias críticas com relação à forma de financiamento incidem sobre a NOB 96, pois a lógica de transferência de recursos mostrou-se fragmentada, centrada no tipo de adesão que os municípios conseguiam obter em relação à forma de gestão e na indução de implantação de programas específicos.

“Bueno e Merhy (1997) consideram que a fragmentação do financiamento prejudica a integralidade da atenção à saúde, criando uma ‘cesta básica’ financiada com recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) e dos incentivos do Pacs e PSF para os ‘cidadãos mínimos’ e dando liberdade para o setor privado crescer, na ausência do público, como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializadas”. (Levcovitz, 2001).

Outra crítica envolve a fragmentação das atividades de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e prestação de assistência, pois estes campos permaneciam desarticulados, dificultando, portanto, a integração da política de saúde.

Embora a NOB 96 tenha retomado a discussão sobre modelo de atenção, com ênfase na atenção básica, esse instrumento gerou intensa competição entre os municípios, pois o ingresso de recursos articulava-se à oferta de serviços, por muitas vezes desvinculada de avaliações epidemiológicas. As ações de média e alta complexidade não foram devidamente contempladas, sobrecarregando os municípios que possuíam recursos humanos e capacidade para executá-las.

Com o intuito de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (Mercadante, 2002), foi publicada em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001), que prevê melhor qualificação da atenção básica, mapeamento das redes de média e alta complexidade, com pactuação entre gestores para a utilização destas redes. Contudo, como assinala Teixeira (2002), a Noas foi pensada a partir da possibilidade de construção de sistemas, e o conceito de integralidade está centrado na capacidade instalada pela lógica da complexidade. Escapa desta lógica a possibilidade de construir um modelo que “... não se limite à garantia da assistência e se refira à *integralidade da atenção à saúde*, levando-se em conta a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos, nas várias regiões e estados do país” (grifo nosso).

Embora grandes esforços tenham sido feitos no sentido de viabilizar o SUS, sua implementação ainda enfrenta enormes desafios. Conforme atesta um documento recente do Conselho Nacional de Saúde, “... os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de Universalidade e Equidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolutividade dos serviços, essa distância aumenta” (Ministério da Saúde, 2003). O documento citado refere-se à existência de um padrão institucional de reprodução de desigualdade em saúde que perdura.

Apesar dos avanços obtidos em termos de descentralização da gestão, criação de fundos de saúde, repasses fundo a fundo, criação de conselhos de saúde e fortalecimento da rede pública, em todos os níveis de complexidade, a conquista da equidade mantém-se como desafio.

“A construção da equidade na área da saúde consiste, basicamente, em *investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes* (grifo nosso), entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido. Este desafio tem precedência sobre os demais, por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central, que ultrapassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema” (Ministério da Saúde, 2003).

Embora o documento do Ministério da Saúde não explicita os grupos populacionais estratégicos, entendemos que a população negra constitui um grupo exemplar neste sentido, pois historicamente tem sido alvo preferencial da exclusão.

A ênfase quase exclusiva na organização, gestão e financiamento na década de 1990 deixou em segundo plano as discussões, tão caras, sobre modelos de atenção que fizeram parte da gênese do SUS.

“Muitos autores e variadas interpretações existem de modelos de atenção à saúde ou assistenciais. Estes podem ser definidos genericamente como combinações de saberes, conhecimentos e técnicas, métodos e instrumentos, utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar – gerir ou gerenciar – um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos – profissionais de saúde e usuários – mediadas por tecnologias materiais e não materiais utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas, danos, riscos e necessidades sociais de saúde historicamente definidos” (grifo nosso) (Paim, apud Teixeira 2000, apud Guimarães 2003).

A iniquidade em saúde entre brancos e negros não tem sido considerada até então pelos formuladores de políticas públicas em saúde. Tampouco os modelos de atenção implementados por meio de estratégias e programas têm operado no sentido de reverter o quadro das relações raciais e saúde. Os esforços de expansão do SUS na última década produziram pouco impacto positivo sobre o desempenho da população negra em saúde. Na lógica da universalização proposta, o que ocorreu foi o recrudescimento de alguns indicadores que são bem sensíveis na captação das condições socioeconômicas e da qualidade na oferta de cuidados de saúde, tais como, mortalidade infantil e mortalidade materna.

A seguir descreveremos alguns programas estratégicos implementados pelo SUS, sublinhando sua pouca efetividade para a população negra, na medida em que não operam na perspectiva da equidade racial e resultam na desatenção às demandas desta população e na manutenção de sua invisibilidade. Depois serão descritas algumas estratégias da sociedade civil no âmbito da formulação de políticas públicas em saúde, capacitação de recursos humanos, disseminação de informação e atenção psicossocial para a população negra.

2. Estratégias e programas de saúde

2.1. A estratégia de saúde da família no Brasil

O Brasil, nas últimas décadas, vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela *Constituição Federal* de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular (Silvestre, 2003).

A descentralização, com a municipalização e a consolidação de sistemas locais, possibilitou o surgimento de políticas setoriais que visavam a superação de dificuldades ainda presentes no SUS (MS, 1993, 1994, 1996, 1998, 2001). Inicialmente considerado como um programa, o saúde da família foi alçado à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica (Conill, 2002).

Pacs e PSF – estratégias de Governo

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. A proposta visa uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde em suas relações com as comunidades, e propõe maior integração entre os diversos níveis de complexidade do sistema.

Dezenas de inovações estão vinculadas à implementação do Pacs e do PSF, cujas atividades extrapolam os muros das unidades de saúde, articulando ações educativas de promoção com ações de prevenção de riscos e agravos, e também ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários. Ainda que tenham sido elaborados originalmente como programas focalizados, dirigidos a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços, a Saúde da Família vem se apresentando, em vários municípios, como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde, com a pretensão de influir na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade (MS, 2000).

A avaliação do modelo de saúde anterior à Estratégia Pacs/PFS, baseado em programas verticais, apontava para resultados insatisfatórios, pois a formação de vínculo com a população se dava de maneira precária, o atendimento clínico focado nas especialidades resultavam em baixa resolutividade da atenção e a rede básica encontrava-se desarticulada dos demais setores do sistema.

Esperava-se que com a mudança de modelo introduzida pelo Programa de Saúde da Família, alguns problemas crônicos na assistência fossem superados, tais como:

- diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis;
- aumento do número de gestantes saudáveis e bem informadas ao parto;
- melhora da qualidade de vida dos idosos;
- melhora dos índices de vacinação;
- hipertensos e diabéticos diagnosticados, acompanhados e tratados;
- pacientes com tuberculose e hanseníase localizados e tratados; e
- maiores chances de efetivação e controle social.

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)

O Pacs existe desde o início da década de 1990 (nordeste do Brasil), porém foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O desenvolvimento das principais ações deste programa dá-se por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas da própria comunidade que atuam junto à população. O ACS deve atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente e permanente.

Para a manutenção das ações os recursos federais são transferidos de forma automática e regular diretamente aos fundos municipais, repasse fundo a fundo, sob a forma de incentivo financeiro do Piso de Atenção Básica (PAB).

O número de agentes a serem pagos com recursos federais, limita-se à cobertura populacional de um agente para cada 550 habitantes.

Programa de Saúde da Família (PSF)

a) Compromissos do programa

- reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde;
- prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;
- proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações inter-setoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;
- estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Apesar desta estratégia ser operacionalizada a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), todo o sistema deve estar estruturado segundo a sua lógica, pois a continuidade da atenção deve ser garantida, por um fluxo contínuo setorial. A implantação desta estratégia visa possibilitar a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

b) Objetivo

Reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional.

c) Estratégia

Priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

A Unidade Básica de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir. Para isso a equipe deve identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa e mapear o número de habitantes em cada área.

Numa primeira avaliação foi publicado pelo MS (Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Atenção Básica) um relatório das atividades realizadas pelo PSF no ano de 1999. Com o objetivo de tornar público os resultados efetivamente atingidos e apontar para os desafios e compromissos que deveriam ser renovados em 2000, destacamos os seguintes pontos:

Linha I – Normatização e ampliação

1. Necessidade de investigação da cobertura populacional de ACS e SF;
2. Necessidade de elaboração de documentos que orientassem sobre a implantação, treinamento e interlocução com os programas já existentes;

Linha II – Desenvolvimento gerencial

1. Necessidade de melhor capacitação dos gestores;
2. O sistema de informação (Siab), não estava sendo corretamente alimentado, necessitando de aprimoramento do próprio sistema e de instrumentos para a capacitação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a coleta, processamento e análise dos dados;

Linha III – Desenvolvimento de Recursos Humanos

1. Necessidade de capacitar, permanentemente, profissionais reconhecendo que as formações prévias não eram satisfatórias para o modelo e necessidade de uma capacitação introdutória para as equipes do PSF;
2. Necessidade de complementação da escolaridade dos ACS com objetivo de melhorar a qualidade da atuação dos mesmos;

3. Necessidade de reforçar, permanentemente, o vínculo dos ACS com a comunidade, explicitando suas responsabilidades quanto à identificação de questões relevantes do ponto de vista sociocultural, étnico-racial, de gênero e geração;

Linha IV – Avaliação permanente da atenção básica

1. Necessidade em se trabalhar com indicadores de processo, além dos indicadores de resultados;
2. Necessidade de pesquisas aplicadas à saúde da família;
3. Necessidade de qualificação externa e acreditação dos pólos de capacitação visto que o processo avaliativo faz parte do compromisso institucional do SUS, capaz de redirecionar a formação e a capacitação de pessoal ao mesmo tempo em que promove as mudanças necessárias no modelo assistencial e as transformações no mercado de trabalho, resultando em novas demandas de alterações, qualitativas e quantitativas, no aparelho formador de recursos humanos em saúde;

Linha V – Marketing social dirigido às estratégias Pacs/PSF

1. Necessidade de estabelecer parceria com algumas áreas prioritárias, tais como:
 - Área técnica de saúde da criança, via Projeto para redução da mortalidade na infância (PRNI); Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); Registro Civil assegurando cidadania; Crescimento e Desenvolvimento e Coordenação Nacional de DST/aids;
 - Área técnica de saúde do Idoso, incentivando promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças e recuperação da saúde.

Três anos após esta avaliação, foi realizada nova investigação sobre a evolução da implantação e implementação do PSF pelo Tribunal de Contas da União (Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog).

O trabalho foi realizado no ano de 2001 nos meses de setembro e outubro. Foram visitados quatro estados e dezesseis municípios da região Nordeste, selecionada em razão de ser destinatária de 47% dos recursos do PSF e de possuir o maior número de equipes de saúde da família instaladas. Entre os principais problemas encontrados, destacam-se:

- a elevada rotatividade e a dificuldade na contratação dos médicos das equipes decorrente, entre outros motivos, da insatisfação com a precariedade do vínculo contratual de trabalho, o excesso de atendimentos, a dificuldade de acesso ao local de trabalho e as falhas no sistema de referência e contra-referência;
- insatisfação e insegurança em boa parte dos profissionais médicos e não-médicos das equipes de saúde da família, em decorrência da temporalidade do seu vínculo contratual de trabalho;
- necessidade de uma forma de contratação que resguarde o estreito relacionamento do ACS com a comunidade, assegurando o vínculo;
- número excessivo de famílias para cada equipe;
- falta de tempo disponível para a realização de ações de promoção e prevenção à saúde;
- inadequação do sistema de referência para os níveis de média e alta complexidade;
- falta sistemática de medicamentos, principalmente os destinados ao controle do diabetes e da hipertensão.

Enfim pode-se dizer que são reproduzidos grande parte dos problemas enfrentados pelas unidades básicas de saúde tradicionais, ou seja, até então a estratégia da saúde da família (ESF) não havia produzido a universalização e a equidade propostas quando de sua implantação.

No tocante à população negra, dada a manutenção das desigualdades em saúde e a ausência de mecanismos para sua superação nas diretrizes da ESF, permanece a dificuldade de acesso às ações. Outro aspecto que merece ser considerado é que a qualificação destes profissionais não incorpora os aspectos multiculturais e pluriétnicos vigentes em nossa sociedade, dando margem à reprodução de idéias racistas presentes no imaginário social.

Tendo em vista que programas de saúde representam estratégias de intervenção formuladas a partir de diagnósticos e são ferramentas para aumentar a efetividade das políticas públicas de saúde, supõe-se que o PSF absorva, em suas ações, as diretrizes de vários programas existentes. A fim de destacar a importância de alguns programas para a melhoria das condições de saúde da população negra, apresentamos a seguir

uma seleção salientando algumas questões que sem a crítica necessária, poderão ser reproduzidas equivocadamente, na ESF.

2.2. A política nacional de saúde do idoso

Em dezembro de 1999, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso que determinou que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

a) Dados epidemiológicos

Estudos populacionais têm mostrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI/RS, 1997; Ramos et al., 1993). Os mesmos estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos et al., 1993).

A síntese de indicadores Sociais do IBGE (2001), nos revela que:

Em 1998, a Pnad incorporou uma pesquisa suplementar ao seu corpo básico para investigar o tipo de acesso e utilização de serviços de saúde por parte da população brasileira. As informações coletadas permitem conhecer alguns aspectos da saúde dos idosos. Deste contingente populacional, apenas 25,9% declararam possuir um plano de saúde. Em algumas regiões, como a Nordeste, o percentual de pessoas com mais de 60 anos que contam com a cobertura de um plano de saúde é ainda menos expressivo ficando em torno de 13%.

Quando se analisa os dados sobre a auto-avaliação do estado de saúde dos idosos levando em consideração a situação de renda, entre aqueles que estão nos 40% mais pobres da população nacional, apenas 30,8% declararam que seu estado de saúde é bom ou muito bom, enquanto para aqueles que estão nos 10% mais ricos, este percentual atinge mais de 60% revelando uma associação entre renda e condição de saúde. (IBGE, 2001).

b) Metas

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito basilar:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos;
- a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida;
- garantir permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

c) Diretrizes

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- o apoio a estudos e pesquisas.

d) Objetivos das ações

Manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

e) Estratégias

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco aos quais pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter nítida a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.

A política de saúde do idoso está muito longe da realidade, pois desconsidera a sobre-representação dos idosos negros na pobreza e o papel que têm desempenhado nestes contextos de baixa renda. É freqüente serem responsáveis pelo sustento e cuidado de crianças e jovens suprimindo a ausência dos pais seja por motivo de trabalho ou abandono, necessitarem trabalhar, a despeito de suas condições físicas, para complementar a renda pessoal e/ou familiar, e ainda, por vezes são a única fonte de renda de seu grupamento familiar.

A falta de estrutura social, falta de ações públicas para prover uma melhor qualidade de vida atingem, prioritariamente, os negros, já que estão sobre-representados na pobreza e nas famílias potencialmente demandantes de serviços de assistência social (com renda domiciliar *per capita* menor ou igual a meio salário mínimo) necessitando, portanto, de maior presença do poder público. Então, para que este programa se torne eficaz e efetivo para os idosos negros, são necessárias ações intersetoriais que possam garantir de maneira equânime os propósitos postulados pela Política Nacional de Saúde do Idoso.

2.3. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus

Em fevereiro de 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de *diabetes mellitus* – Portaria nº 235/2001.

a) Panorama epidemiológico

O número de pessoas diabéticas está aumentando rapidamente. Em 1985, estimativas indicavam que 30 milhões de pessoas estavam com diabetes no mundo inteiro. Em 1998, pouco mais de uma década, este número aumentou para 143 milhões. No ano de 2025 prevê-se que esta cifra passe para 300 milhões. Desta estimativa global, 75% dos diabéticos estarão concentrados nos países em desenvolvimento. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que o Brasil é o sexto país do mundo em número de pessoas com diabetes, cerca de 5 milhões.

Entre os fatores que contribuem para este alarmante aumento destacam-se o envelhecimento da população, hereditariedade, alimentação inadequada, obesidade e estilo de vida cada vez mais sedentário.

Quanto à hipertensão arterial, de acordo com documento publicado pelas Sociedades Brasileiras de Hipertensão (SBH), de Cardiologia (SBC) e de Nefrologia (SBN) em 2002, estudos mostram uma variação das taxas de prevalência da hipertensão arterial entre 22,3% e 43,9% em algumas cidades brasileiras. Afirmam que em 1998, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares. Além de ser este agravo, responsável por 27% do total de óbitos registrados no país neste mesmo ano, retirando-se os óbitos por causas mal definidas e violência, este valor aproxima-se a 40%.

b) Objetivo

Estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes agravos no SUS, por meio da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente a unidades de atendimento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias.

c) Objetivos específicos

- implantar, na Atenção Básica, o protocolo de assistência ao portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* (DM);
- reorganizar a rede de serviços, em todos os níveis de complexidade, para o atendimento ao portador de HAS e DM;
- apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no processo de aquisição de insumos estratégicos para a garantia da resolutividade da atenção aos portadores de HAS e DM.

Grupos de interesse

Indivíduos acima de 18 anos. Para a detecção de casos suspeitos de HAS e DM, será considerada a população de pessoas com idade igual ou superior a 40 anos.

Embora sejam doenças prevalentes na população negra, neste Plano de Reorganização de Atenção a hipertensão arterial sistêmica, e ao *diabetes mellitus* não está proposto, inexplicavelmente, recorte racial. Desse modo continua velada a magnitude destes agravos para a população negra, nas ações que visam à prevenção de agravos, à promoção e recuperação da saúde. No atual cenário somente nos atestados de óbito, quando desagregados por cor, podemos verificar como a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* impactam este segmento. A não utilização da perspectiva da equidade racial é solidária à falta de estratégias deste plano para atingir a população.

Para além disto, de acordo com a avaliação do TCU (2001) uma das deficiências no tocante à recuperação da saúde é a descontinuidade da oferta de insumos farmacológicos para os portadores destes agravos.

2.4. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)

Este programa, criado em 1984, funda-se na crítica ao modelo de atenção à mulher voltado exclusivamente para o ciclo gravídico – puerperal. Preconiza a importância de outros aspectos de saúde, tais como prevenção e tratamento de câncer, prevenção e tratamento de DST, acesso a contracepção, entendendo que a atenção deveria ser integral.

O programa propõe interações de instituições do setor saúde, articulando as três esferas de gestão na oferta de “assistência integral clínico ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade, o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção”. Tais ações visam o atendimento integral das necessidades das mulheres pelo sistema de saúde.

a) Bases doutrinárias

- política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, visando aumentar a capacidade resolutiva da rede na ótica da integralidade;

- coloca como desafio à rede dar uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais freqüentes. Aponta como estratégia desenvolver e difundir procedimentos e rotinas que enfrentem os problemas de maior impacto epidemiológico.

b) Diretrizes gerais

- orientação do sistema para as patologias mais prevalentes neste grupo;
- integralidade nas ações clínica e ginecológica, com nova abordagem;
- concretização da integralidade, pressupondo práticas educativas;
- planejamento familiar baseado no princípio da equidade, oportunidade de acesso a informações.

c) Objetivos programáticos

- aumentar cobertura do pré-natal;
- melhorar a qualidade da assistência ao parto;
- aumentar os índices de aleitamento materno;
- identificação e controle dos casos de câncer, DST e doenças prevalentes;
- regulação da fertilidade;
- prevenção da gravidez indesejada.

Os dados censitários mostram que a utilização de serviços de saúde se dá de forma diferenciada entre mulheres negras e brancas. Ficando com as brancas uma maior utilização dos mesmos, indicando uma dificuldade de acesso a este bem para as demais.

Na área da saúde, em 1998, foram as mulheres brancas, com escolaridade e poder aquisitivo maiores, empregadas no setor formal da economia e pertencentes a famílias nucleares, as que mais usaram os serviços de saúde quando afastadas do trabalho por doença (Travassos et al, 2002). Dados do mesmo ano mostram que, enquanto no estrato de 10% mais ricas, as brancas tiveram 3,49 consultas médicas, as pretas e pardas tiveram 3,33 consultas, o que equivale a 95,4% em relação ao total de consultas das primeiras. No interior do estrato das 40% mais pobres a desigualdade aumenta: as brancas apresentam 2,23 consultas contra 1,94 para as pretas e pardas, o que equivale a 87% do total de consultas das brancas (IBGE, 1998). (apud, Vaitsman, 2002).

A demógrafa Ignez Perpétuo, trabalhando os dados da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) de 1996, verificou diferenças importantes quanto ao controle da capacidade reprodutiva. Num universo de 7.541 mulheres entre 15 e 49 anos, brancas e negras, distribuídas segundo características de sua experiência anticoncepcional conclui que a pesquisa:

"... ajuda a entender porque é maior a fecundidade das negras, ao mostrar que apenas 20% delas sabem localizar o período fértil (em contraste com 37% das brancas) e que o percentual que nunca usou nenhum anticoncepcional, ou começou a controlar a fecundidade através da esterilização, é o dobro do que se verifica no grupo das brancas, sendo também o dobro a proporção das que começaram a usar métodos contraceptivos depois de terem tido dois ou mais filhos. O acesso mais precário das mulheres negras aos anticoncepcionais também se revela pela maior parcela que não usava nenhum método na data da pesquisa e pela menor amplitude do mix anticoncepcional, no qual a pílula e a esterilização respondem por 83% da regulação da fecundidade, em contraposição com os 76% verificados no grupo das mulheres brancas. Além disso, uma menor parcela de negras usuárias da pílula passou por uma consulta médica antes de começar a tomá-la, sendo maior a proporção de mulheres negras que se encontravam grávidas por falha do método usado e que tinham necessidade de contracepção não-satisfeita, ou seja, não usavam nenhum método apesar de serem fecundas e não desejarem ficar grávidas. Em consequência deste precário conhecimento da fisiologia reprodutiva e acesso à contracepção, é alto o índice de falha na implementação da preferência reprodutiva. Ela se traduz, por exemplo, em um elevado nível de fecundidade não-desejada que, no total, representa 27% de fecundidade na população branca e 40% na negra." (Perpétuo, 2000).

Os dados dão mostras do excesso de intervencionismos que as mulheres estão submetidas através dos altos índices de esterilização tubária, testemunhando para as mulheres brancas a crença disseminada que somente um processo cirúrgico é eficaz no controle da capacidade reprodutiva. "No tocante às mulheres negras o que surge é uma aparente dicotomia, pois se as negras possuem menos conhecimento sobre fisiologia, têm menos acesso a consultas médicas e fazem menos uso de outros métodos anticoncepcionais, só se explica o acesso a centros cirúrgicos para realização de laqueadura tubária pelo ainda vigoroso desejo de expropriação da capacidade reprodutiva das mulheres negras". (Oliveira, MF 2003).

Embora o Paism tenha sido concebido para ampliar e melhorar a atenção à saúde da mulher, tal objetivo ainda não foi alcançado. Permanecem graves questões na atenção ao ciclo gravídico-puerperal; o conceito de integralidade da atenção não alcançou sua plena utilização, e grandes investimentos precisam ser feitos para que as mulheres, de fato, tenham suas demandas atendidas.

2.5. A Criança no Brasil – ações e estratégias

Com o intuito de aumentar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada às crianças brasileiras, destacam-se algumas ações que vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios, contando com o apoio de outros setores governamentais e não-governamentais:

- ampliação da Iniciativa Hospitais Amigo da Criança (IHAC) para 199 unidades hospitalares, visando à promoção, proteção e apoio à amamentação, por meio da melhoria de práticas e rotinas em maternidades.

Nessas unidades os profissionais de saúde oferecem atendimento mais humanizado à mãe e ao recém-nascido.

Para que um hospital receba o título de Amigo da Criança é preciso seguir algumas regras tais como: ter norma escrita sobre aleitamento materno; treinar a equipe de saúde; informar as gestantes sobre as vantagens do leite materno; ajudar as mães a iniciar essa prática e não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno. Devem também seguir outros requisitos relacionados à saúde da mulher.

Esta iniciativa começou tendo como alvo o combate ao desmame precoce, inicialmente era feita pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), sendo que posteriormente incorporada pela área de saúde da criança do Ministério da Saúde.

Ainda é baixo o número de maternidades que conseguiram a titulação da Iniciativa. Observa-se em muitas unidades que as informações e esclarecimentos sobre os benefícios e importância do aleitamento materno ainda são muito restritas, e muitas ainda não dispõem de alojamento conjunto.

Levando-se em conta os dados desagregados por cor sobre saúde reprodutiva divulgados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, que aponta que as mulheres negras tem conhecimento precário sobre fisiologia reprodutiva e acesso à contracepção e também têm menor acesso à assistência obstétrica seja durante o pré-natal, parto ou puerpério, talvez não seja forçoso concluir que informações sobre aleitamento materno sigam o mesmo padrão de precariedade.

Corroborando com a PNDS/1996, foi realizado estudo sobre Desigualdades Raciais, Sociodemográficas e na Assistência ao Pré-natal e ao Parto. (Município do Rio de Janeiro – Brasil, 1999 – 2001). Tal estudo realizado por Leal, Gama e Cunha foi composto por uma amostra de 9.633 puérperas, sendo 51,9% brancas e 48% negras (somatório de pretas e pardas). A pesquisa revelou situações desfavoráveis para as mulheres negras na maioria das variáveis analisadas. Salienta-se aqui, que o baixo peso ao nascer teve uma diferença significativa entre os grupos de cor, sobretudo no

estrato com baixo nível de instrução. Tendo em vista que o aleitamento materno é fundamental para o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, torna-se ainda mais necessário para aquelas com baixo peso ao nascer em condições de aleitamento. Se a IHAC não leva em conta a maior prevalência de baixo peso nas crianças negras, tal iniciativa deixa de cumprir seus objetivos junto à população que mais necessita de suas ações.

Um outro projeto na área da criança objetiva a melhoria da qualidade da assistência ao recém nascido, visando contribuir para a redução das taxas de mortalidade neonatal, principal causa de óbito no primeiro ano de vida. Tendo como foco melhorar a qualidade da atenção perinatal, o Ministério da Saúde vem investindo na melhoria da qualidade da atenção, no aumento da cobertura do pré-natal, na humanização do parto e nascimento, na redução das taxas de cesarianas e na criação de centros de parto normal.

Articulando às áreas da mulher e da criança o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência à Gestante de Alto Risco apoiou uma rede de 255 maternidades como resultado de um investimento de mais de 100 milhões de reais. As internações das gestantes de alto risco obtiveram aumento nos valores remunerados pelo SUS.

Tal programa ainda permanece como esforço para a reorganização da atenção na rede. Este enfrentamento revela a persistente fragilidade dos Sistemas de Referência e Contra-Referência. Gestantes negras de risco continuam com dificuldades para chegar às unidades, que deveriam ser referência para este grupo. Tal desassistência se verifica nos relatórios de mortalidade materna onde os dados aparecem desagregados por cor.

A normatização e implantação do método Mãe-Canguru, visa à humanização do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, melhorando o vínculo entre a mãe e o filho, diminuindo o tempo de separação, estimulando a prática da amamentação, diminuindo a infecção hospitalar e a permanência do bebê no hospital. São 123 as maternidades do SUS que já contam com profissionais treinados na Metodologia Mãe-Canguru.

Relata-se dificuldade de implantação em virtude de grande resistência com relação à adoção de práticas menos intervencionistas no cuidado do recém-nato de risco. São poucas as unidades que adotaram o método. Do ponto de vista das mães negras muitas não contam com uma rede social e familiar de apoio que possibilite a dedicação que o método canguru exige, sendo necessário pensar estratégias para facilitar o acesso e adesão destas que se encontram, geralmente, em situação de vulnerabilidade. Cabe ainda lembrar, como dissemos anteriormente, que existe uma maior prevalência de baixo peso ao nascer entre as crianças negras. A inexistência de ações intersetoriais que facilitem o acesso a este método para as mães negras, resulta na exclusão dos recém-natos negros de baixo peso a esta prática clínica.

Segundo o IBGE, "... O padrão de família de mulher sem cônjuge com filhos, embora tenha crescido mais no período para as famílias cuja pessoa de referência é branca, mantém-se ainda como o mais representativo para as famílias cuja a pessoa de referência é preta ou parda, proporção que, no Sudeste, chega a um patamar de 24,6% para as pretas, 19% para as pardas e 15,9% para as brancas..." (IBGE, 2001).

Desde 1992 existia o Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria (Portaria GM/MS nº 22, de 15 de janeiro de 1992), porém só em 2001 o Ministro de Estado da Saúde, considerou a necessidade de ampliar o acesso à Triagem Neonatal no país e buscar a cobertura de 100% dos recém-nascidos, cumprindo assim os princípios de equidade, universalidade e integralidade que devem pautar as ações de saúde. A Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001 instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN que visa à identificação por meio do "teste do pezinho" bebês portadores de doenças congênitas, para tratá-los precocemente e acompanhar o desenvolvimento da criança. Nesta ocasião foi incorporada ao PNTN a triagem da anemia falciforme, por muitos anos negligenciada pelo poder público.

A anemia falciforme é uma doença de grande prevalência no Brasil e acomete principalmente a população afrodescendente. Segundo a OMS, no Brasil a cada ano nascem 2.500 crianças com anemia falciforme e 25% delas morrem antes de completar cinco anos de idade. Nos afrodescendentes, a prevalência é de um caso a cada 500 nascimentos. Esta doença é hereditária e causada por um gene recessivo que pode ser encontrado na população brasileira com freqüências que variam de 2% a 6% e de 6% a 10% na população negra.

O objetivo do programa é o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas, promovendo o acesso, o incremento da qualidade da atenção e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e dos serviços de atendimento bem como organizar e regular o conjunto destas ações de saúde.

Diante da magnitude deste agravo que afeta prioritariamente a população negra, a incorporação somente em 2001 desta hemoglobinopatia no teste do pezinho fala por si só da negligência com relação à saúde deste grupo.

Apesar de haver sido formulado pela comunidade negra e parceiros em 1996, o Programa Nacional de Anemia Falciforme, que previa atenção em todos os momentos do ciclo de vida, até hoje não foi implantado pelo Ministério da Saúde. Existem alguns programas estaduais e municipais resultantes, prioritariamente, do esforço da comunidade negra organizada e da sensibilidade de alguns gestores.

2.5.1. Implantação da atenção integrada às doenças prevalentes na infância

A implementação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AI-DPI) no Brasil começou em 1997 e está avançando rapidamente em vários estados brasileiros, especialmente os do Nordeste.

a) Objetivos

Reduzir a mortalidade na infância e contribuir de maneira significativa para a melhoria da qualidade da atenção prestada, desenvolvendo ações de promoção e prevenção juntamente com ações assistenciais, levando ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da população infantil, em especial daquela que vive em regiões menos desenvolvidas. A estratégia enfatiza a visão integrada da criança, ao invés de focar apenas uma doença ou uma condição individual. Além disso, procura enfatizar os diversos setores envolvidos na saúde da criança, como, por exemplo, a capacitação dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e a educação da família e a comunidade, no que tange à sua saúde.

Para além da atenção integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), ao longo da última década, várias ações, como as descritas anteriormente, foram implantadas na área da saúde da criança. Observou-se uma diminuição da mortalidade infantil neste período, porém, apesar dos avanços obtidos, a mortalidade segue demonstrado ser um indicador bastante contundente das condições de um grupo populacional. Embora a taxa de mortalidade infantil tenha diminuído, vários autores indicam que a diferença nos níveis de mortalidade de crianças negras e brancas aumentou: em 1980 era de 21%, em 2000 foi para 40%, mantendo-se a série histórica que afere maior risco de morte para as crianças negras. A não incorporação da perspectiva racial, a ausência de estratégias para permitir maior acesso e aumentar a eficácia dos programas, modelos e ações propostos junto às crianças negras, servem à perpetuação deste quadro de iniquidade.

2.6. Projeto Vigisus

O Projeto Vigisus iniciou em 1999 com término previsto para 2001, para sua primeira fase, tendo sido reformulado ao fim deste período vigorando até hoje. Este projeto foi elaborado com a necessidade de dar respostas aos desafios de estrutura dos sistemas de vigilância em saúde adequados ao ambiente descentralizado, assumido pelo Sistema Único de Saúde, e também monitorar os processos epidemiológicos cada vez mais complexos no país.

a) Objetivo

Criar a infra-estrutura e a capacidade técnica destinadas a compor um Sistema de Vigilância em Saúde abrangente, capaz de permitir ao SUS o desempenho desse papel primordial, que é o de evitar quando possível, que as pessoas adoçam.

O projeto foi dividido em quatro áreas programáticas que refletem as estratégias necessárias à estruturação dessas atividades (controle e prevenção) nas três esferas de governo que compõem o SUS.

b) Ações básicas

Área programática I – estruturação sistêmica da vigilância epidemiológica

I – Infra-estrutura

Fortalecimento da infra-estrutura (reforma física e reequipamento) da **Funasa** e das secretarias estaduais e municipais de saúde, adequando-as ao exercício de suas novas funções, bem como das unidades componentes da rede de laboratórios de saúde pública, estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares e centros de referência, componentes do sistema.

Área Programática II – estruturação sistêmica da vigilância ambiental

I - Infra-estrutura

Fortalecimento da infra-estrutura (reforma física e reequipamento) da **Funasa** e das secretarias estaduais e municipais de saúde, adequando-as ao exercício de suas novas funções, bem como das unidades componentes da rede de laboratórios de Saúde Pública, oficinas de saneamento, unidades de vigilância ambiental e centros de referência, componentes do sistema.

Área Programática III – estruturação de ações de prevenção e controle de doenças na Amazônia Legal

Atuação direta da **Funasa** e capacitação técnico-operacional dos estados da região para execução de ações de controle de doenças prevalentes, principalmente malária, leishmanioses, tuberculose, hanseníase, hepatite B, bem como aqueles agravos com risco de transmissão em nível epidêmico.

Área Programática IV – estruturação de ações voltadas para a atenção à saúde das populações indígenas

I – Infra-estrutura

Adequação e fortalecimento da estrutura de serviços voltada à execução de ações relacionadas à saúde das populações indígenas de 18 estados brasileiros, destacando-se: reforma e construção de postos de saúde indígena, de instalações para organizações indígenas, de Casas do Índio, implantação de sistemas de água potável, melhorias sanitárias e aquisição de equipamentos.

O atual cenário da vigilância epidemiológica limita-se a doenças transmissíveis, observando-se então a necessidade de identificação e instituição de instrumentos de monitoramento, controle e avaliação epidemiológica de doenças crônico-degenerativas e das causas externas, que tem bastante relevância no atual perfil epidemiológico do país.

A epidemiologia nos indica que os agravos não acometem de forma homogênea todos os grupos populacionais, excetuando populações indígenas, o Vigisus não desagrega as informações em saúde por sexo e raça/cor, e com isto retarda a possibilidade de intervenções eficazes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Estima-se que mais de 17.000 pessoas vivam hoje em comunidades quilombolas. Este contingente populacional demanda melhorias na qualidade de suas vidas, enfatizando acesso à saúde, acesso ao abastecimento público de água e à condições sanitárias dignas em seus territórios.

3. A sociedade civil e sua inserção na saúde

Durante a década de 1990 ocorreu uma grande expansão da rede SUS, acreditava-se à época, que a descentralização, *per se*, seria capaz de efetivar os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Porém o que se observou, após o referido período, foi que a expansão da rede, embora necessária, não garantiu o funcionamento do SUS nos moldes propostos constitucionalmente, logo ainda persistem as dificuldades de acesso, a pouca eficiência e a baixa eficácia das ações em saúde.

Diante deste quadro a sociedade civil negra organizada, foi instada a desencadear ações para a melhoria das qualidade de vida da população negra, com ênfase na atenção à saúde. Justamente nesta década várias organizações não-governamentais (ONGs) negras se constituíram e incorporaram em suas missões, temas relativos à saúde.

Esta resposta da sociedade civil foi motivada pela percepção da dificuldade de acesso às ações de saúde que acomete a população negra e pela necessidade de fazer valer os princípios do SUS, junto a esta população, respeitando seus padrões raciais, culturais e suas demandas em saúde. Tais iniciativas contemplam também a necessidade de criar instrumentos para superar as barreiras “invisíveis” que obstaculizam sua plena utilização pela população negra.

Descreveremos algumas, dentre inúmeras experiências da sociedade civil, entendendo que o relato não capta o vigor inerente a estas ações, no que tange as suas capacidades de pressionar por mudanças, instigar novos processos de trabalho e inspirar possíveis reformas programáticas que permitam o estabelecimento de novas diretrizes e metas para as políticas de saúde no tocante às demandas da população negra.

Selecionamos alguns projetos e ações desenvolvidas pela sociedade civil, delimitados com objetivo de:

- influenciar na formulação de políticas públicas;
- disseminar informações relevantes para a saúde da população negra;
- capacitar recursos humanos, para informar e orientar comunidades;
- fornecer atendimento psicossocial.

3.1. Influenciando a formulação de Políticas públicas

3.1.1. Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade (Ceert)

Origem – Fundado em 1990, com o objetivo de conjugar produção de conhecimento com programas de intervenção no campo das relações raciais e de gênero, buscando a promoção da igualdade de oportunidades de tratamento e o exercício efetivo da cidadania.

a) Programa Direito e Relações Raciais

Objetivos gerais

- desenvolvimento de pesquisas de jurisprudência;
- estudos sobre a legislação de promoção da igualdade;
- sensibilização e capacitação de operadores do Direito;
- difusão de informações, via seminários, publicações e palestras;
- preparação de ações judiciais coletivas e/ou emblemáticas;
- aperfeiçoamento da legislação, como instrumento jurídico para a defesa judicial da promoção da igualdade de raça e gênero;
- controle de constitucionalidade (tribunais de segunda instância e Supremo Tribunal Federal).

b) Programa Políticas Públicas

Objetivo gerais – Implementação do Quesito Raça/Cor nos formulários e cadastros de serviços de organizações públicas, visando subsidiar e estimular o desenvolvimento de políticas direcionadas à população negra, em diversas áreas, como: saúde, educação e trabalho.

c) Programa de Saúde e Trabalho

Objetivos gerais

- capacitação de gestores públicos e organizações sindicais;
- produção de materiais;
- organização e participação em eventos e fóruns de debate;

- implementação de políticas públicas.

d) Projeto Dano Psíquico Oriundo da Violência de Raça e Gênero

Objetivos – Caracterizar o dano psíquico oriundo da violência de raça e gênero nas relações de trabalho.

Atividades desenvolvidas

- levantamento e estudo de bibliografias e de casos emblemáticos de atendimento psicológico por violência de gênero e raça, realizado em diferentes instituições.

e) Implementação do quesito cor nos programas estaduais de DST/aids (Apoio: Unaid e Pnud)*

Objetivos

- formar profissionais das coordenações estaduais em DST/aids para a implementação do quesito cor nas notificações em DST/aids;
- desenvolver um projeto piloto no estado de São Paulo, contemplando a implantação, o monitoramento e a avaliação do processo de coleta do quesito cor nos serviços de atendimento em DST/aids,

f) Organização a I Conferência Municipal de Saúde da População Negra em São Paulo

Objetivo – Debater, entre as organizações negras, de saúde, conselheiros e conselheiras, os problemas e necessidades específicos da saúde da população negra.

3.1.2. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea)

O Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea) – é uma organização da sociedade civil, não-governamental, feminista, de caráter público, suprapartidária e sem fins lucrativos.

Objetivo – Luta pela plena cidadania das mulheres, por relações eqüitativas e solidárias, por uma sociedade e Estado justos e democráticos.

O Centro Feminista tem como traço característico o trabalho que desenvolve no Congresso Nacional, monitorando as proposições legislativas e assessorando parlamentares nas questões de equidade de gênero e na defesa dos direitos das mulheres, visando à regulamentação e ampliação dos mesmos. Está credenciado pelas Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, para o acompanhamento do processo legislativo desde 1993.

a) Programa Direitos da Mulher na Lei e na Vida

Principais eixos

- acompanhamento do Congresso Nacional;
- articulação com o Movimento de Mulheres;
- democratização da Informação.

3.1.3. Geledés – Implantação do quesito cor

No ano de 1990 um grupo de ONGs , com participação especial do *Geledés* (Instituto da Mulher Negra), juntamente com outros setores do movimento negro estabeleceram uma articulação política que resultou na Portaria nº 696/1990, assinada pelo então secretário municipal de saúde de São Paulo Eduardo Jorge. Tal portaria determinou a introdução do quesito cor no Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde deste município. Sendo assim, São Paulo foi a primeira cidade do Brasil a dispor de informações das diferentes condições de saúde dos grupos raciais que compõem a população municipal. O *Geledés* também participou em maio de 1990 do Seminário “O quadro Negro da Saúde: Implantação do quesito cor no Sistema Municipal de Saúde”, com o intuito de sensibilizar os profissionais de saúde e discutir a forma como deveria ser feito o registro racial dos usuários do Sistema Municipal de Saúde. Na ocasião foi decidido que seria seguida a classificação utilizada pelo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3.1.4. Câmara Técnica Saúde da Mulher Negra (Criola)

Missão

Reunir diferentes setores e recursos para a formulação de políticas públicas em saúde voltadas para as mulheres negras. Isto é resultado dos avanços alcançados no processo de mobilização da III Conferência Mundial contra o Racismo /ONU 2001.

* Ver apêndice

Promove: Ações conjuntas com organizações da sociedade civil, governos e instituições de pesquisa, objetivando buscar respostas que possibilitem a melhoria urgente das condições de vida das mulheres negras no estado do Rio de Janeiro.

Objetivo: Elaborar, implantar e monitorar ações específicas no campo da saúde voltada para mulheres negras do estado do Rio de Janeiro, com vistas a produzir impactos nos indicadores de morbimortalidade específicos a este grupo.

Metas: Incorporar o fator racial-étnico como variável importante para a análise da morbimortalidade da população no Brasil e no estado do Rio de Janeiro. Dando maior ênfase à situação das mulheres.

3.2. Informação, capacitação e atenção

3.2.1. Fala Preta

Origem: ONG fundada em abril de 1997.

Missão: Promover o desenvolvimento humano sustentável buscando a eliminação de todas as formas de discriminação e violência, especialmente a discriminação étnico-racial e de gênero, com base nos princípios éticos da igualdade, eqüidade e justiça, na promoção da qualidade de vida e no respeito aos direitos humanos e reprodutivos.

Meta: Defesa dos direitos humanos e da cidadania da população negra, visando o acesso à educação e capacitação de recursos humanos e à qualidade de vida por meio de padrões sustentáveis de produção, consumo e serviços adequados de saúde, incluindo sexualidade, saúde reprodutiva e saúde mental, saneamento básico, habitação e transporte.

a) Objetivos

- promover e defender os direitos humanos da população negra;
- promover o desenvolvimento humano sustentável, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das populações negras urbanas e rurais;
- contribuir para a construção de um conhecimento crítico acerca das mulheres negras e da população negra nas áreas de sexualidade e saúde reprodutiva;

- formar mulheres e jovens em torno de questões de saúde reprodutiva, direitos humanos e educação ambiental;
- contribuir para o desenho e implementação de políticas públicas que promovam a igualdade étnica e de gênero, especialmente no campo da saúde reprodutiva;
- capacitar mulheres e jovens para inserção no mercado de trabalho;
- colaborar para o fortalecimento e articulação das mulheres negras nas esferas local, nacional e internacional;
- combater todas as formas de violência e discriminação contra as mulheres, população negra e outros grupos discriminados;
- disseminar informações acerca da mulher negra, relações de gênero e raça.

b) Alguns projetos e ações na área da saúde:

Salva-vidas: Tem como objetivo a formação de jovens e mulheres negras para o desenvolvimento de atividades de multiplicação na área de saúde e direitos reprodutivos, com ênfase na prevenção da aids e de outras DSTs.

Bando: Objetivo é formar agentes comunitários capacitados em saúde reprodutiva e sexualidade para desenvolvimento de atividades de multiplicação, visando reduzir a morbimortalidade por HIV e por outros agentes causadores de DSTs e o seu impacto social.

O projeto capacitou 12 monitoras (lideranças comunitárias e integrantes dos grupos de auto-ajuda da Fala Preta) e 38 jovens para o desenvolvimento de atividades de multiplicação em espaços alternativos como bailes, shows, eventos e escolas da periferia de São Paulo. Durante o curso foram trabalhados temas como: corpo reprodutivo e corpo erótico, métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, DST/aids e prevenção ao uso/abuso de drogas.

Atualmente, os jovens do projeto estão desenvolvendo atividades de multiplicação, cuja proposta é estimular outros(as) jovens a adotar medidas preventivas. Nessas atividades são oferecidos preservativos, informações sobre DST/aids e discutidas alternativas de cuidado em relação à saúde reprodutiva e sexualidade, com ênfase na prevenção de DST/aids e uso de drogas.

O projeto conta atualmente com parceria do Programa Estadual DST/aids na distribuição de preservativos e de materiais educativos e na formulação de políticas

voltadas para os grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV/DST/aids e da Coordenação Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde.

Cronistas urbanos: Objetivo é desenvolver uma proposta pedagógica de empoderamento de jovens e mulheres negras que integre saúde reprodutiva ao desenvolvimento de habilidades técnicas profissionalizantes, desenvolvimento de capacidades de comunicação e expressão e conhecimentos de direitos humanos, baseada na construção e reconstrução da memória familiar e da comunidade.

Como metas específicas, o projeto pretende promover um processo de empoderamento de jovens e mulheres negras a partir da construção da memória individual e coletiva no âmbito da reprodução e produção econômica e cultural, além de promover a formação em educação sexual e reprodutiva e desenvolver habilidades profissionalizantes na área artístico-cultural, com especialização em áudio e vídeo.

Dissemina Ação: Tem como objetivo a formação de lideranças e agentes comunitárias residentes nas regiões Norte e Nordeste do país, para a utilização de uma metodologia de trabalho sistematizada pelo Grupo de Estudos do Terceiro Setor (Gets) e *United Way* do Canadá.

c) Na área de pesquisas

Esta ONG promove estudos e pesquisas sobre os fatores que afetam a saúde e a vida da mulher negra e contribui para a formação de pesquisadoras(es) negras(os) por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Gênero, Etnia e Saúde.

d) Ações comunitárias

Por intermédio da área de Ações Comunitárias a FALA PRETA vem desenvolvendo atividades com mulheres em comunidades localizadas nas periferias de São Paulo.

Grupos de auto-ajuda - Esses grupos têm como objetivo fortalecer o processo de organização comunitária das mulheres negras em conjunto com mulheres brancas de baixa renda. Consistem em espaços coletivos, onde as mulheres reconstróem suas histórias de vida pessoal e coletiva, por meio da troca de vivências/experiências. Busca-se elevar a auto-estima, reconstruir a identidade étnica, possibilitando assim um processo de identificação coletiva enquanto mulheres negras.

Quilombos – desenvolve e apóia projetos de promoção da autonomia e desenvolvimento sustentável junto a comunidades negras rurais. No projeto "Pega o Beco – vozes & artes negras – juventude do Pará", o objetivo é formar um grupo de referência para o/a jovem negro/a e quilombola, composto por homens e mulheres com idade entre 16 e 24 anos. Estes jovens serão agentes da cidadania e devem monitorar

políticas públicas e ações educativas nas áreas de cidadania, direitos humanos, saúde e direitos reprodutivos e sexuais.

3.2.2. Criola

Origem: Criola é uma instituição da sociedade civil sem fins lucrativos, fundada em 2 de setembro de 1992. É conduzida por mulheres negras de diferentes formações.

Objetivo: Instrumentalização de mulheres, adolescentes e meninas negras do Rio de Janeiro para o enfrentamento do racismo, do sexismo e da homofobia vigentes na sociedade brasileira.

Linhas de ação: Oficinas, cursos e treinamentos.

a) Atividades realizadas na área da saúde

Ação integrada – O objetivo desta atividade é fornecer elementos de reflexão, vivências e debate dos temas gênero e raça; saúde e sexualidade; estética, auto-estima e direitos, de modo a possibilitar o enfrentamento do racismo, do sexismo e da homofobia.

Jornada Omowalê – O objetivo desta jornada é fornecer elementos para a manutenção da integridade física e psicológica de mulheres negras, pela junção das práticas de saúde vindas da medicina tradicional afro-brasileira, com os elementos da ciência e da medicina no campo da saúde da mulher.

Projeto treinamento de agentes de saúde – Esta atividade compreende reuniões de treinamento e a elaboração de material didático específico para mulheres e adolescentes negras. Com a realização de oficinas e a confecção do material, o objetivo é subsidiar o trabalho de multiplicação de informações para outros grupos e mulheres, bem como a ampliação do nível de informação sobre técnicas de trabalho e sobre a epidemia de DST/aids.

Gincana aids informação – Conduzida por oito agentes de saúde adolescentes, a Gincana Aidsinformação utiliza jogos, brincadeiras e festa para a mobilização de jovens. Seu objetivo é a prevenção de DST/aids com metodologias criadas pelos próprios participantes. Permitindo o protagonismo juvenil na definição dos passos a serem dados para a adoção de práticas de prevenção e autocuidado.

b) Na linha educativa

Realiza atividades de capacitação e disseminação de informações para mulheres, adolescentes, comunidades e escolas. Fazem parte desta linha de ação os projetos:

Formação de Promotoras Legais Populares, que capacita mulheres para desenvolver ações voltadas para a reparação de direitos e prevenção da violência que incide sobre mulheres.

Grupo de teatro Cidadania e Ação, formado por adolescentes e jovens que utilizam a linguagem do teatro para a disseminação de informações e atitudes.

Grupo de auto-ajuda – Solidariedade é o lema deste grupo. Seu objetivo: fornecer elementos para a resolução de dificuldades individuais e coletivas, fortalecendo a identidade e a auto-estima, bem como a melhoria das relações interpessoais das participantes. É desenvolvido a partir de reuniões quinzenais, às terças-feiras, com vivências e dinâmicas, de três horas cada, para 20 mulheres adultas. Troca afetiva, ajuda, apoio são compartilhados pelas integrantes deste grupo.

SOS Criolinha – É o nome de um projeto desenvolvido desde 1994 e que visa a instrumentalização de meninas, adolescentes e educadores para o enfrentamento da violência que atinge esta população. Realizado por oficinas para meninas e adolescentes com os temas: gênero, raça, violência, direitos, autodefesa, primeiros socorros. O SOS Criolinha oferece capacitação aos educadores por jornadas, cursos e publicações.

3.2.3. Associação Cultural das mulheres Negras (Acmun)

Origem – Começou com um grupo de mulheres, na Vila Maria da Conceição, em Porto Alegre, rezando o Terço. Estas mulheres sentiram necessidade de lutar para vencer seus medos. Começaram então a se reunir para trocar experiências em lugar extremamente violento, pobre, carente de ações do governo. Buscam então respeito às suas diferenças e alternativas dignas para superação do racismo e sexismo.

a) Projetos na área da saúde e educação

Projeto Mulheres Multiplicadoras – Visitas de agentes de saúde em residências da periferia para informar sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Projeto Sala da Vida – Escuta qualificada junto às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual.

Fortalecimento das mulheres negras que desenvolvem ações de saúde por meio de encontros anuais onde ocorrem:

- troca de experiência (identificação dos alcances e limites das ações pessoais e coletivas);
- reflexão sobre os fatores que contribuem para o processo de vulnerabilização das mulheres negras frente às DST, ao HIV e à aids;
- reforço de parcerias entre as Organizações Governamentais e Não-Governamentais.

O desafio que está posto no momento é garantir a intersetorialidade, integralidade via políticas públicas e a transformação das demandas e necessidades demarcadas pela sociedade civil em processo de trabalho, especialmente no que diz respeito à população negra, dando corpo, legitimidade e visibilidade pública ao que deve ser reparado, além da criação de uma rede de fortalecimento de mulheres negras na luta contra a aids, o racismo e a violência institucional.

Projeto Educação – articulação com educadores(as) negros(as) que trabalham com uma educação não discriminatória, possibilitando a troca com profissionais da rede municipal de ensino.

3.2.4. Grupo de Mulheres Negras Nzinga Mbandi

Objetivos e linhas de trabalho – Atuam no movimento feminista de mulheres negras, na luta contra o racismo institucional, prevenção de DST/aids, denúncias de violência doméstica e sexual, acompanhamento das vítimas, tanto de racismo como de violência, organização e participação em eventos vinculados à questão de gênero e raça.

3.2.5. Maria Mulher

Origem: É uma ONG que foi criada em 8 de março de 1987, em Porto Alegre (RS).

Objetivo – Combater a violência étnico/racial, sexista – em especial a violência doméstica – e social. Desde o início, vem desenvolvendo diversos programas e projetos, entre os quais o Construindo a Cidadania de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica; Cuidar da Saúde é Coisa de Mulher; Viva sem Violência e o SOS Racismo e Família Cidadã.

Atuação – Pelo seu trabalho já reconhecido, a ONG passou a atuar na região do Cruzeiro do Sul, a partir da parceria estabelecida com o Conselho Tutelar. Como explica integrantes da ONG, a Cruzeiro foi diagnosticada como “uma região de grande exclusão social, violenta, próxima do centro da cidade, com uma grande concentração de mulheres, negras, não alfabetizadas e chefes de domicílio (ganhando até dois salários mínimos)”.

Na vila Cruzeiro, Maria Mulher tem sede num espaço da Igreja Metodista, onde oferece atendimento psicossocial individual e em grupo, visitas domiciliares, oficinas de auto-estima, saúde, alfabetização, informática, reciclagem de papel, confecção de roupas e produção de alimentos. Além disto, trabalha em conjunto com a rede local de serviços públicos, para onde encaminha os casos de competência destes serviços. O atendimento às mulheres e adolescentes ocorre sempre com a perspectiva das relações de gênero e raça. “Mas a demanda vem das mulheres atendidas”.

Projeto – Maria Mulher de Portas Abertas – Onde as mulheres respondem perguntas de um prontuário, que irá identificar quem já sofreu algum tipo de violência. Uma vez identificadas, são encaminhadas para os atendimentos necessários e ficam vinculadas à Maria Mulher.

A partir das entrevistas para o levantamento feito pelo prontuário, a equipe multidisciplinar, formada por educadoras, psicólogas, assistentes sociais e enfermeira, percebeu que entre estas mulheres a violência passa de geração para geração. Existe uma banalização da violência: “Como a avó já sofreu violência, a mãe sofre violência, as mulheres pensam que este é o normal para suas filhas”, diz Conceição. Para quebrar o círculo vicioso, a Maria Mulher decidiu ampliar seu trabalho e atender às “filhas das mulheres”.

Este projeto, já na sua segunda edição, foi apoiado pela Fundação Luterana de Diaconia. Oferece atendimento psicossocial, visitas domiciliares, oficinas de auto-estima, arte e reciclagem de papel e trata de questões como saúde, direitos sexuais e reprodutivos, solidariedade, meio ambiente, relações de raça/etnia e gênero. O público atendido são meninas e adolescentes com idade entre 12 e 17 anos, em situação de risco e vulnerabilidade.

3.2.6. Instituto de Mulheres Negras do Amapá (Imena)

O Imena é organização política de mulheres negras.

a) Linhas de ação

- Programa saúde da mulher negra (palestras, oficinas e cursos);
- Programa de Defesa dos Direitos Humanos (SOS Racismo).

b) Objetivos

- promover a solidariedade e a igualdade entre homens e mulheres, sem distinção de raça, etnia, cor, idade, classe, orientação sexual, religião, descendência, origem nacional ou regional, estado civil, estado de saúde, filiação, deficiência física, condição de egresso;

- defesa dos direitos dos cidadãos negros, especialmente mulheres e jovens, e o incentivo a sua integração ao mercado de trabalho e na sociedade civil organizada;
- sensibilizar amplos setores da sociedade contra as práticas de discriminação racial ou sexual, por meio de denúncias responsáveis e da informação bem fundamentada.

3.2.7. Casa de Cultura da Mulher Negra

Origem – Criada em 30 de junho de 1990 na Cidade de Santos (SP).

Público – Mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual, homens, mulheres e crianças vítimas de preconceito racial.

Atividades

- oferece assistência jurídica e aconselhamento psicológico a mulheres, homens e crianças em caso de racismo;
- oferece apoio legal a mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual e aconselhamento psicológico a estas crianças;
- promove eventos e organiza publicações sobre a violência contra mulheres;
- trabalha com educadores, sensibilizando-os para uma educação anti-racista.

Programas

- violência doméstica/sexual e racial – apoio jurídico/psicológico e educação;
- educação sem discriminação – Orientação aos professores da rede de ensino pelas educadoras da CCMN, Seminários e oficinas para professores e estudantes, campanha nacional “Por uma educação sem discriminação”;
- cursos de capacitação profissional – de curta duração para as mulheres e adolescentes terem alternativas de renda. Mantém um projeto de treinamento de jovens negras dentro do setor administrativo da Casa;
- centro de documentação e pesquisa Carolina de Jesus – reúne um acervo especializado para estudantes e professores de escolas e universidades da rede pública e privada;
- saúde, mulher e violência – visa dar visibilidade à violência doméstica, sexual e racial e seu impacto sobre a saúde física e mental de mulheres e meninas e propor políticas que melhorem a resposta dos serviços de saúde a essa demanda.

Realizou dentro deste programa

- seminários com profissionais de saúde, sensibilizando-os para o reconhecimento dos sinais de violência nas mulheres que buscam os serviços de saúde;
- produção de cartazes, folhetos e publicações;
- oficinas de auto-ajuda para mulheres vítimas de violência doméstica, sexual e racial;
- Campanha Nacional “Violência contra a mulher: uma questão de Saúde Pública”.

3.2.8. Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo (AAFESP)

Origem – A AAFESP é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, formada por amigos, doentes falciformes e familiares.

Objetivo – Organização, estudo e desenvolvimento das pessoas com anemia falciforme no Brasil e no mundo. Luta contra todas as formas de discriminação étnica e de gênero, como forma de promover equidade social.

a) Organização social dos doentes

- reuniões, grupos familiares, grupos de auto-ajuda e oficinas de arte.

b) Atenção à saúde

- consultas de enfermagem, aconselhamento familiar, planejamento familiar e encaminhamento para exames.

c) Políticas públicas

- formulação das políticas públicas;
- ações e atividades junto ao poder público municipal, estadual e federal;
- ações ou atividades junto aos movimentos sociais.

d) Difusão de informações

- pesquisa e publicação;
- divulgação na mídia;

- palestras, cursos e debates;
- elaboração de material informativo e educativo.

3.2.9. Centro de Cultura Negra do Maranhão – Projeto Ató Ire

O **Projeto Ató Ire** desenvolve atividades direcionadas para a saúde e cidadania nos terreiros de São Luís do Maranhão e do Rio de Janeiro visando uma futura ampliação para troca de saberes com as santerias cubanas e porto-riquenhas.

Suas ações pretendem promover o bem-estar físico, psíquico e social dos iniciados e simpatizantes pelos códigos e signos da tradição religiosa afro-brasileira.

a) Objetivos

- promover a saúde integral dos adeptos da tradição religiosa afro-brasileira;
- qualificar a informação sobre gênero, saúde sexual e reprodutiva para os sacerdotes e sacerdotisas e lideranças de religiosidade afro-brasileira;
- prevenir e informar sobre os riscos de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids;
- conectar as práticas de saúde comunitária realizadas nos terreiros à rede local de saúde pública;
- possibilitar e estimular uma rede de intercâmbio de informações sobre saúde nos terreiros.

b) Atividades

- pesquisa;
- visitas aos terreiros;
- encontros com mães e pais de santo;
- capacitação de lideranças;
- elaboração de materiais, seminários e vídeos educativos.

4. Considerações

Como dissemos anteriormente, os avanços produzidos na implementação do SUS durante a década de 1990 foram singulares. Outros setores da sociedade não lograram tal êxito no tocante ao cumprimento dos preceitos contidos na Constituição de 1988. Porém este avanço não produziu o impacto que a população negra desejava, mantendo-se as iniquidades em saúde entre brancos e negros.

Ricardo Henriques (2001) analisou as condições de vida da população brasileira durante a década de 1990, utilizando o recorte racial com o intuito de mapear as desigualdades raciais no país. Para tanto investigou a composição racial brasileira segundo sua distribuição espacial, etária e por sexo, a composição da pobreza, a desigualdade de renda e educação, o mercado de trabalho via ocupação de postos, a habitação e o consumo de bens duráveis.

A partir da análise destes indicadores, o autor observou que “existiram avanços positivos nas condições de vida da população brasileira, mas esses avanços não se traduziram em reduções na desigualdade racial”. (Henriques, 2001).

Segue atestando, de forma irrefutável, a necessidade de serem desenvolvidas políticas públicas voltadas para a superação das desigualdades raciais.

Se em diversas instâncias estruturais da sociedade brasileira, como trabalho/renda, educação e habitação, as desigualdades entre negros e brancos permaneceram e, em alguns aspectos se agravaram, fica a pergunta se poderia acontecer de outro modo no âmbito da saúde, já que nenhuma ação foi desencadeada para reverter o quadro de desigualdades. O que se desvela é que o “universalismo cego” vigente tem servido à reprodução das desigualdades, pois impede a democratização dos ganhos no setor saúde.

O jurista Joaquim Barbosa, em sua análise do princípio da igualdade, no qual a universalidade se apóia, nos ensina:

“Resumindo singelamente a questão, diríamos que as nações que historicamente se apegaram ao conceito de igualdade formal são aquelas onde se verificam os mais gritantes índices de injustiça social, eis que, em última análise, fundamentar toda e qualquer política governamental de combate à desigualdade social na garantia de que todos terão acesso aos mesmos ‘instrumentos’ de combate corresponde, na prática, assegurar a perpetuação da desigualdade. Isto porque essa ‘opção processual’ não leva em conta aspectos importantes que antecedem à entrada dos indivíduos no mercado competitivo. Já a chamada ‘igualdade de resultados’ tem como nota característica exatamente a preocupação com os fatores ‘externos’ à luta competitiva – como classe

ou origem social, natureza da educação recebida –, que tem inegável impacto sobre o seu resultado”. (Barbosa, 2001).

A naturalização do desempenho em saúde da população negra é correlata ao automatismo presente no conceito de universalidade, pois pressupõe que a oferta de ações em saúde incidirá de forma eqüânime em todos os grupos populacionais que utilizam o SUS. Tomando de empréstimo os conceitos de Barbosa, urge que o Sistema Único de Saúde saia do universalismo formal que tem operado e alcance de fato o universalismo de resultados.

5. Algumas propostas

I – Direito à saúde/eqüidade

- 1 – Assegurar à população negra o direito à saúde, ampliando seu acesso a ações, serviços e atenção com qualidade.
- 2 – Criar uma Câmara Técnica Intersetorial de Saúde da População Negra, com participação da sociedade civil negra organizada, para avaliar ações e propor medidas que retirem barreiras de acesso e visem melhorar os indicadores de morbimortalidade da população negra.
- 3 – Incorporar o quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, de modo a produzir dados epidemiológicos sobre a população negra.
- 4 – Estabelecer metas de redução de mortalidade precoce e evitável na população negra, com ênfase na mortalidade materna e infantil e com vistas ao efetivo cumprimento do princípio da eqüidade.
- 5 – Identificar as iniquidades raciais em saúde nas esferas estaduais e municipais, de modo a possibilitar a utilização de instrumentos mais eficazes para a correção das mesmas.
- 6 – Estimular o recorte racial nas instâncias de controle social.
- 7 – Garantir a transversalidade do combate ao racismo e às desigualdades raciais na formulação das políticas do SUS, de modo a visibilizar o impacto que estas produzem na saúde da população negra.
- 8 – Incorporar a questão racial ao Programa de Humanização, fomentando a compreensão que humanizar é não discriminar.

II – Serviços/recursos humanos

- 1 – Adequar a oferta de serviços às necessidades da população negra em todos os graus de complexidade, de forma a garantir o acesso de populações excluídas do Sistema.
- 2 – Promover a intersetorialidade no planejamento de ações de modo a melhorar a eficiência e eficácia dos serviços oferecidos às populações vulnerabilizadas, sobretudo à população negra.
- 3 – Capacitar profissionais para melhoria da qualidade de informação, enfatizando a importância do preenchimento da variável cor, entre outras.
- 4 – Assegurar que os Pólos de Educação Permanente qualifiquem trabalhadores e gestores do SUS para atuarem no contexto pluriétnico e multicultural presente em nosso país, eliminando práticas discriminatórias que se reproduzem na rede de saúde.

III – Informação/divulgação

- 1 – Produzir e disseminar materiais educativos que, em linguagem direta, informe a população negra sobre doenças de maior prevalência neste grupo, bem como, serviços e programas disponíveis para atendimentos e orientações.
- 2 – Produzir e disseminar materiais educativos que informem profissionais e gestores sobre o perfil epidemiológico de saúde da população negra e os instrumentalize para a melhoria de suas ações.
- 3 – Implantar serviços de Disque-Saúde para disseminação de informações e acolhimento de queixas e denúncias de práticas discriminatórias no SUS.

6. Referências bibliográficas

Políticas públicas

BARBOSA GOMES, Joaquim B. **Ação Afirmativa & princípio constitucional da igualdade: (O Direito como instrumento de transformação social. A experiência dos EUA)**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

Duarte, Elisabeth Carmen et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

GESTÃO de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Racismo e restrição de direitos individuais.

In: **Estudos Afro-Asiáticos n. 31**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Afro-Asiáticos, Conjunto Universitário Candido Mendes, 1997.

GUIMARÃES, Luisa; GUERRERO, Eduardo (Orgs.). **Modelo de atenção e formulação de políticas públicas: uma abordagem de conteúdo**. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 6).

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HENRIQUES, Ricardo. **Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90**. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para discussão n. 807).

HENRIQUES, Ricardo. Silêncio: o canto da desigualdade racial. In: **Racismos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Organização Ashoka de Empreendedores Sociais e Takano Cidadania, Takano Ed., 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Políticas de saúde nos anos 90: relações inter-governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: (1974-2000)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2).

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª Ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PIOLA, Sérgio Francisco. Perspectivas da descentralização na Saúde Pública. In: **Impacto social da globalização no mundo**. Rio de Janeiro: Ibase, 2002. (Observatório da Cidadania, Relatório 2002, n. 6).

PITANGUY, Jacqueline. Sexo e sexualidades. **Cadernos CEPIA**, Rio de Janeiro, n. 4, 1998.

RISI Jr., João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As Condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **IV Diretrizes**

Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, Supl., 2002.

Estratégias e Programas de Saúde

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. **Avaliação do Programa de Saúde da Família-PSF.** Brasília: TCU, 2002.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Município do Rio de Janeiro – Brasil, 1999 – 2001.** Rio de Janeiro: Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos, Ensp / Fiocruz, *No prelo*, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programas de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários, atividades 1999.** Brasília: MS, ago/2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília: MS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família PSF.** Brasília: MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de Janeiro de 2001).** Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez. 1999. Seção 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica, Diabetes**, N. 6, ano II- fev/2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica, Tuberculose**, Disponível em: Acessado em jan. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.** Disponível em: Ed:2.www.fns.gov.Br. 1999.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primárias e reformas sanitárias discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18,

suplemento, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Programa de educação à distância.** Rio de Janeiro, 1998. Vol. 2.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, p.269-291, 2001.

O VIGISUS no Rio de Janeiro. Disponível em: www.saude.rj.gov.br/vigisus/VigiRio/Just.htm

PERPETUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na Agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**, n. 22, 2000.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em Programas de Saúde



Histórico da implementação do quesito cor: Um relato de experiências exitosas de parcerias envolvendo sociedade civil organizada, governo e agências internacionais

Implementação do quesito cor no Programa Estadual DST/HIV/aids

Edna Muniz de Souza, Assistente social e psicóloga, especialista em saúde pública e saúde mental e trabalho. Coordenadora da área de saúde do Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (Ceert).

Colaboradores:

Shirley Santos, Psicóloga; membro da equipe de saúde do Ceert.

Mário Rogério Bento, Analista de banco de dados; membro da equipe de saúde do Ceert.

Chindalena Barbosa, Estagiária; membro da equipe de saúde do Ceert.

Este texto focaliza o tema das políticas públicas de promoção da igualdade racial enfatizando um pressuposto básico para a conceituação dessas políticas, qual seja: a introdução do quesito cor nos cadastros das instituições.

As reivindicações por políticas de combate ao racismo vêm de longa data: a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em outubro de 1988, pode ser uma referência. A Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995, gerou o documento "Por uma política nacional de combate à desigualdade racial", que foi entregue ao então presidente da República e promoveu a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (1996). Além disso, a II Reunião Nacional de Mulheres Negras em Belo Horizonte, em 1997; a Pré-Conferência "Cultura e Saúde da População Negra", realizada em setembro de 2000 e o Fórum Nacional de Entidades Negras, que no Documento Alternativo do Movimento Negro Brasileiro destaca, entre outros pontos, a importância da incorporação do quesito cor nos instrumentos de saúde e no SUS.

Devemos lembrar que, na década de 1980, pesquisadoras do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) destacaram a necessidade de considerar o quesito cor nas análises. Os dados deixavam nítido que, ao analisar as informações nas áreas de educação, trabalho, renda e condições de moradia, desagregadas por raça/cor os piores indicadores eram mais frequentes nas populações pretas e pardas.

Nesse mesmo período, os estudos pioneiros da professora Elza Berquó, do Núcleo de Estudos da População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp) foram referência obrigatória para pesquisas no campo da saúde da população negra.

O Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), criado em 1991, teve Berquó como uma de suas fundadoras, realizando pesquisas e preparando estudantes negras na área de saúde reprodutiva da população negra. Além disso, os estudos e pesquisas acadêmicas de Fátima de Oliveira, Maria Aparecida Bento, Berenice Kikuchi, Jurema Werneck, Edna Roland e outros demonstraram a importância da coleta da informação e da análise dos dados desagregados.

Nesse processo político, a ação do movimento de mulheres negras denuncia que o racismo se traduzia em números e que, de fato, no Brasil, a chamada “democracia racial” poderia ser desnudada com a introdução, coleta e análise do quesito cor nas diferentes produções teóricas.

Como cita Oliveira (2001: 215), o quesito cor como “aglutinador” foi tema da campanha do Censo do IBGE de 1990: “Não deixe sua cor passar em branco”, visando conscientizar as pessoas negras da necessidade de responderem o item sobre cor.

Ainda no início da década de 1990 militantes do movimento negro da cidade de São Paulo, dialogando com instâncias governamentais viabilizaram, por meio da Portaria nº 696/1990, a introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Saúde. Antes da assinatura da portaria, foi realizado o seminário “O Quadro Negro da Saúde”, em maio de 1990, com o objetivo de sensibilizar os profissionais da área e estabelecer a forma da coleta. Participaram desse seminário técnicos do IBGE, do Dieese e da Fundação Seade, e essas instituições afirmaram que as categorias que constam do IBGE (preto, parda, branca, amarela e indígena) são as mais declaradas, mesmo quando a pergunta é aberta. Portanto, as instituições, técnicos e militantes presentes definiram que a metodologia e a categorização seriam aquelas definidas pelo IBGE. Um outro argumento que influi na decisão foi o fato de que se fossem adotadas outras categorias não seria possível fazer comparações com as pesquisas realizadas nacionalmente.

A Portaria nº 429/1992, de 28 de março de 1992, instituiu um grupo de trabalho com o objetivo de planejar, implantar, capacitar e monitorar as atividades descritas na Portaria nº 696/1990. É importante lembrar a participação efetiva de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, da Coordenadoria Especial de

Assuntos da População Negra da Prefeitura Municipal de São Paulo e de entidades do movimento negro, com destaque para Soweto - Organização Negra e Geledés - Instituto da Mulher Negra.

A introdução do quesito cor em São Paulo proporcionou um trabalho de sensibilização envolvendo profissionais dos serviços e resultando numa publicação que apresentou a morbidade da população atendida nos serviços ambulatoriais do município segundo o critério de cor (Caderno Cefor 6, 1992). No segundo semestre de 1991, ocorreram as seguintes atividades:

- a) distribuição de cartazes e cartilhas sobre o tema produzidos pelo próprio grupo;
- b) divulgação no Jornal do Ônibus e no Boletim Saúde Informa (Secretaria Municipal de Saúde);
- c) ações locais com reflexão sobre o tema e distribuição de textos selecionados;
- d) seminário envolvendo funcionários e comunidade local na Administração Regional de Saúde Itaquera/Guaianases;
- e) seminário envolvendo funcionários no Distrito de Ermelino Matarazzo.

A Administração Regional de Saúde Itaquera/Guaianases foi escolhida para esse trabalho comparativo com o município de São Paulo por ter destacado o quesito cor nas discussões sobre o Sistema Integrado de Informação em Saúde (Simis) e por ter desenvolvido atividades para esclarecer e aperfeiçoar a coleta de dados, além de estar situada na periferia do município.

O levantamento da morbidade atendida, apesar das limitações na abrangência, em grande parte reflete o perfil da oferta de serviços e não o que ocorre na população. Mesmo com problemas em relação ao preenchimento, codificação e operacionalização, ficou demonstrada a importância do levantamento de morbidade ambulatorial da SMS, principalmente para avançar no conhecimento da situação de saúde da população de São Paulo, no reconhecimento da capacidade de atendimento da rede ambulatorial do SUS, no potencial de uso dessas informações para o planejamento dos serviços ainda que na qualidade de indicador indireto sobre os serviços prestados pela rede municipal.

No mesmo período, o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Cefor), realizou a pesquisa-ação “Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade” (1991), que tinha como um dos temas “Violência às Diferenças de Raça nas Ações de Saúde”.

Os resultados da pesquisa foram discutidos em grupo e traduziram a polêmica sobre quem é branco ou negro no Brasil. Os relatos apontavam ainda que os serviços de saúde não conseguiam incluir o “diferente” no atendimento e que os técnicos necessitavam de formações específicas em diversos temas, entre eles a questão racial.

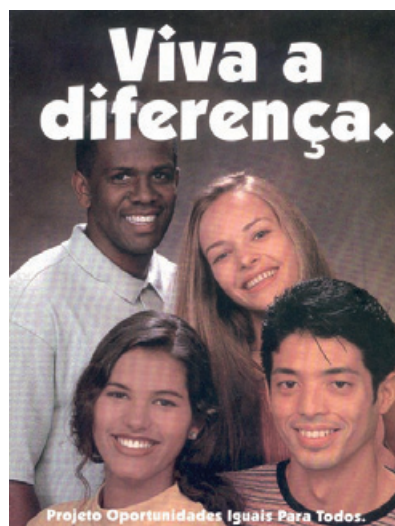
Em 2003, a cidade de São Paulo realizou a I Conferência Municipal de Saúde da População Negra, com o tema “Controle Social e Inclusão Étnico-Racial”. A Conferência foi organizada pelo Conselho Municipal de Saúde e contou com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e do componente saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (PCRI-Saude/Dfid). Um dos objetivos era trabalhar os quatro eixos temáticos definidos pelo documento: “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, resultado do *workshop* Interagencial Saúde da População Negra (2001), do qual destacamos as propostas aprovadas pelos participantes da plenária final diretamente relacionadas com a implementação do quesito cor:

- 1. ...indicação para que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) colete, sistematize e disponibilize para os interessados, os dados relativos à variável raça/cor (quesito cor) em todos os ciclos de vida, possibilitando, assim, a construção de um Sistema de Informação na rede pública de serviços de saúde do município de São Paulo capaz de identificar os fatores de risco associados a esse segmento da população. Indicam também que o campo raça/cor esteja presente em todos os formulários utilizados nas Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nos programas e projetos prioritários, tais como Nascer Bem, Resgate Cidadão, etc.*
- 2. proposição para que a SMS adote medidas para viabilizar a realização de oficinas temáticas sobre a questão do racismo, fornecendo materiais didáticos e informativos tais como boletins, cartazes, cartilhas, etc. para os envolvidos com a questão da saúde na nossa cidade...*
- 3. indicação para que a SMS promova cursos e treinamentos para que os profissionais da saúde realizem a coleta de dados relativos à variável raça/cor, por meio da autodeclaração...*
- 4. ...indicação para que a SMS realize cursos que capacitem as lideranças comunitárias, visando sensibilizá-las para as questões ligadas à autoestima, conquista da cidadania e identidade étnico-racial.*
- 5. ...proposição para que seja realizado o Seminário Melhorando a Implantação do Quesito Cor na Saúde do Município de São Paulo, visando à avaliação e ao controle das medidas previstas na Portaria nº 696/1990, da SMS. Os participantes indicaram a necessidade de se debater o Projeto-*

Lei que regulamenta o Quesito Cor (PL 035/2000) delineando assim os caminhos para a implementação de uma Política de Estado de combate ao racismo na rede de serviços do SUS.

6. ...proposição para que se introduza os casos de anemia falciforme na planilha Epi-falciforme dos serviços de saúde da rede SUS.

Outra etapa do processo de implementação do quesito cor em prefeituras começou a ser desenvolvida pelo Ceert, que na Prefeitura de Belo Horizonte, por exemplo, realizou o projeto “Oportunidades Iguais para Todos”, em 1995. Esse projeto incluiu a sensibilização de profissionais das áreas de saúde, educação e recursos humanos. Na saúde, o quesito cor foi implantado nos formulários da Secretaria Municipal e foi criado um grupo de trabalho com a participação de técnicos e militantes do movimento negro organizado da cidade. Foram realizadas sensibilizações envolvendo profissionais de todas as regiões da cidade, além da implementação de uma campanha com folder e cartazes dirigida aos usuários^(70 e 71). O objetivo era implementação de políticas públicas nas áreas de saúde.



70



71

A segunda experiência do Ceert se deu com o projeto “Gestão local, empregabilidade e equidade de gênero e raça: uma experiência de política pública na região do ABC paulista”.

Em 1998, a Prefeitura Municipal de Santo André (PMSA) decidiu, por meio da Assessoria dos Direitos da Mulher, desenvolver uma experiência de ampliação das

70. Cartaz para Campanha de Sensibilização do projeto Oportunidades Iguais para Todos.

71. Cartaz utilizado para sensibilizar usuários e técnicos no projeto Gestão Local, empregabilidade e equidade de gênero e raça: uma experiência de política pública na região do ABC paulista.

oportunidades de emprego para mulheres e negros, tendo em vista o processo de desconcentração industrial, iniciado na década de 1970, associado ao processo de reestruturação produtiva, que atingiu a região do ABC de forma bastante intensa, trazendo altos índices de desemprego, em particular para estes seguimentos.

Dessa decisão resultou um grupo de trabalho interinstitucional, composto por instituições como Cebrap, Ceert, Elisabeth Lobo Assessoria, Trabalho e Políticas Públicas Instituto de Governo e Cidadania do ABC, Cepal/Ildes; e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que ao longo de três anos logrou realizar:

- a elaboração de um diagnóstico compartilhado com os atores sociais, locais e regionais, acerca das dificuldades ocupacionais de mulheres e negros da região do ABC na década de 1990, incluindo uma avaliação das iniciativas e concepções dos gestores locais no sentido de maximizar chances de inclusão desses grupos sociais;
- a produção de conhecimento, o desenvolvimento de metodologias, a capacitação de um coletivo de agentes técnicos da gestão local, sensibilizando-os para introduzir o quesito cor e realizar diagnósticos com recorte racial e ações especialmente orientadas a corrigir as desigualdades que se verificam na condição de mulheres e negros. O projeto foi finalizado em 2003.

Atualmente o Ceert coordena o Projeto “Implementação do Quesito Cor no Programa Estadual de DST/aids”, proposto em parceria com o Pnud e Un aids para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Essa proposta cria possibilidades de ações no cenário nacional, em diferentes áreas.

Implementação do Quesito Cor no Programa Estadual de DST-HIV/aids

Em 2003 teve início o Projeto “Implementação do Quesito Cor no Programa Estadual de DST-HIV/aids da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo”, coordenado pelo Ceert, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e a Un aids (Joint United Nations Programme on HIV/aids).

O Projeto visa (i) informar os profissionais da Coordenação Estadual de DST/aids e das coordenações municipais sobre as diferentes dimensões da implantação/implementação do quesito cor nos formulários dos serviços especializados, (ii) desenvolver um projeto piloto no estado de São Paulo, contemplando a formação de multiplicadores capazes de conduzir todas as etapas: implantação, implementação, monitoramento, avaliação do processo e dos resultados.

Ações desenvolvidas no projeto

Com a finalidade de (i) sensibilizar gestores e técnicos para a coleta da informação sobre raça/cor; (ii) discutir políticas públicas de promoção da igualdade racial no âmbito da saúde; (iii) fornecer instrumentos teóricos e práticos que contemplem a perspectiva étnico-racial; e (iv) elaborar estratégias para implantação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas. Foram desenvolvidas as seguintes ações:

- duas reuniões prévias com a Coordenação do Programa Estadual de DST/aids, membros do Grupo de Trabalho Etnias (GT Etnias) do Centro de Referência e Treinamento em DST-HIV/aids (CRT)⁷³ e representantes das agências internacionais proponentes - Pnud e Unaid;
- minicurso “Processo de Implementação de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial”, como parte do Seminário de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial. Participaram desta atividade 46 técnicos do CRT, componentes do GT Etnias, pesquisadores e pesquisadoras da área de relações étnico-raciais e saúde e outros convidados;
- elaboração de cartazes e folhetos utilizados na Campanha de Sensibilização dos técnicos e usuários (figura 3);



74

71. O GT Etnias foi formalizado sob a coordenação de Gilza Lopes S. de Mello, então funcionária do CRT no serviço de Prevenção. O GT contou com a participação de 14 membros das seguintes áreas do serviço: Prevenção, Hospital Dia, Recursos Humanos, Medicina do Trabalho, Treinamento e Desenvolvimento Institucional, Apoio Técnico, Vigilância Epidemiológica; diretorias de Assistência, Aconselhamento e Same.

72. Cartaz utilizado na Campanha de Sensibilização do projeto Implementação do Quesito Cor no Programa Estadual de DST/aids.

- preparação de uma publicação sobre relações raciais e saúde e sobre o projeto em si;
- três atividades de formação, informação e articulação dos diferentes atores envolvidos.
 - a) oficina de Sensibilização;
 - b) oficina de Monitoramento;
 - c) oficina de Monitoramento/Avaliação.

As atividades contaram com a participação média de 100 técnicos, representantes de serviços especializados, centros de referência, centros de testagem e orientação, escolas técnicas, hospitais, ambulatórios e secretarias de saúde, localizados em 21 municípios do estado de São Paulo.

Para além das oficinas, o projeto também viabilizou os “Plantões de Monitoramento”. Neste espaço os técnicos responsáveis pela coordenação e/ou execução das atividades nos diversos serviços de saúde, puderam definir estratégias conjuntas para responder às demandas geradas pela iniciativa em curso, superar as dificuldades e transpor obstáculos.

No período de desenvolvimento do projeto a equipe de coordenação verificou que seria necessário tornar mais nítida a construção metodológica a fim de socializar a experiência; garantir espaços para ajustes/adequação à realidade das instituições envolvidas e responsáveis pela implementação. Dentre eles destacaram-se:

- apresentação de uma proposta de implementação para a instituição que incluía evidências que justifiquem a relevância da proposta (sumário com resultados de estudos e pesquisas sobre desigualdades e disparidades raciais na saúde) bem como relatos de experiências bem-sucedidas;
- criação de um grupo de trabalho (GT) responsável pelo acompanhamento de todas as fases da implementação, inclusive monitoramento e avaliação. Neste grupo devem estar representados, paritariamente, trabalhadores da saúde (técnicos, gestores/gerentes e corpo administrativo) e sociedade civil organizada;
- realização de um diagnóstico preliminar sobre a qualidade da informação de raça/cor, caso o serviço já tenha incluído esta variável em seus documentos (formulários utilizados, modo de coleta, categorias adotadas, entre outros);
- definição de uma metodologia padronizada para a coleta da informação, apresentação e análise dos dados;
- elaboração de instrumentos de monitoramento;

- definição de um espaço permanente onde seja possível construir estratégias conjuntas para responder às demandas geradas pela iniciativa em curso, superar as dificuldades e transpor obstáculos - “Plantões de Monitoramento”;
- elaboração conjunta/partilhada de material (folhetos, cartazes, manuais de orientação, livros, livretos, vídeos) para técnicos, gestores e usuários, tendo em vista a desconstrução do racismo e dos preconceitos institucionais;
- definição conjunta das estratégias de sensibilização;
- realização de campanhas utilizando material produzido pelo grupo e estratégias por ele definidas;
- definição de uma agenda para divulgação dos resultados parciais e final para todos os atores envolvidos no processo.

Bibliografia

INTRODUÇÃO do Quesito Cor no Sistema Municipal de Informação de Saúde – Grupo de Trabalho – Quesito Cor. São Paulo: SMS/SP – PMSP, 1992. (Cadernos Cefor, Série Textos, n. 6).

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População negra**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, 2001.

PESQUISA-AÇÃO: Por detrás da violência vem Olhar sobre a Cidade – São Paulo: SMS – PMSP, 1991. (Cadernos Cefor, série nº. 7).

POLÍTICA Nacional de Saúde da População Negra (uma questão de equidade). (mimeo)

RELATÓRIO Final do Projeto de Implementação do Quesito Cor no Programa Estadual de DST/Aids, Dezembro, 2004 – São Paulo: Ceert, 2004.

SILVA, Hédio Jr.; BENTO, M. A. Silva; RIBEIRO, Matilde. **O papel da cor/raça/etnia nas políticas de promoção da igualdade**: anotações sobre a experiência do município de Santo André. São Paulo: Ceert, 2003.

Organização e revisão técnica

Sheila Rezende - Depin/**Funasa**

Capa e projeto gráfico do miolo

Gláucia Elisabeth de Oliveira – Nemir/Codec/Ascom/Presi/**Funasa**/MS

Revisão ortográfica e gramatical

Olinda Myrtes Bayma S. Melo - Nemir/Codec/Ascom/Presi/**Funasa**

Diagramação

Maria Célia de Souza - Nemir/Codec/Ascom/Presi/**Funasa**

Normalização bibliográfica

Raquel Machado Santos - Comub/Ascom/Presi/**Funasa**