
Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil

*Cinthia Lociks de Araújo¹
Robson Xavier da Silva²*

Resumo

A maior vulnerabilidade das populações afrodescendentes, devido às condições de vida e à maior exposição a situações de violência, demanda o desenvolvimento de programas específicos, particularmente em países com grandes iniquidades raciais como o Brasil. O compromisso brasileiro com a promoção da igualdade racial tem-se traduzido tanto em políticas universais como em programas focalizados, com vistas à promoção da equidade. O presente trabalho se propõe a descrever alguns resultados observados no processo de monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil, com foco na atenção primária e na população afrodescendente. Trata-se de um estudo descritivo, utilizando dados secundários provenientes dos sistemas nacionais de informação e pesquisas de saúde. Os resultados apontam que, apesar da expansão de cobertura da Saúde da Família ter sido maior nos municípios com maior proporção de população negra, conseguindo a redução de desigualdades raciais de acesso a ações básicas, ainda se mantêm diferenciais injustificáveis tanto nas coberturas como na qualidade dos serviços.

Palavras-chave: desigualdade em saúde, raça, cor.

Abstract

Monitoring of health racial inequalities in Brazil

The greater vulnerability of African descent people, due to living conditions and increased exposure to violence, demands the development of specific programs, particularly in countries with large racial inequalities such as Brazil. The Brazilian commitment to the promotion of racial equality has been translated into universal policies as into targeted programs, both aimed at promoting equity. This paper aims to describe some results observed in the monitoring process of health racial inequalities in Brazil, focusing on primary care and on African descent population. It is a descriptive study using secondary data from the national information systems and health researches. The results show that despite the fact that the expansion of family health coverage has been higher in municipalities with higher proportion of black population, achieving the reduction of racial inequalities of access to basic health care remains unjustifiable differentials in both coverage and quality of services.

Key words: health inequality, race, color.

1 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, cinthia.lociks@saude.gov.br

2 Graduado em Relações Internacionais e Gestão Pública, pelo IESB de Brasília, robsondepetropolis@gmail.com

Introdução

A maior vulnerabilidade das populações afrodescendentes, devido às condições precárias de vida e à maior exposição a situações de violência, demanda o desenvolvimento de programas específicos, particularmente em países com grandes iniquidades raciais como o Brasil. São amplamente conhecidos os efeitos das desigualdades de acesso ao sistema de saúde nos perfis demográficos e sanitários, agravando iniquidades sociais. Nesse sentido, é importante lembrar que, até o final da década de 1980, o sistema público de saúde brasileiro excluía boa parte da população negra, por condicionar o acesso a relações formais de trabalho, que eram menos frequentes nesse grupo racial. A Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao ampliar de forma significativa os direitos sociais, reorientaram a política de saúde com base nos princípios da universalidade e da equidade no acesso a serviços de saúde e a ações intersetoriais de combate às desigualdades. Uma das principais iniciativas do governo brasileiro na operacionalização do novo modelo de atenção constitui a expansão do acesso à atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família. O consenso internacional de que sistemas de saúde com forte base na Atenção Primária são mais equânimes tem sido corroborado pela experiência brasileira, cujos resultados indicam expansão de acesso a grupos populacionais vulneráveis e melhorias mais significativas nos indicadores de saúde de municípios com maior cobertura desse modelo e menor nível de desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2008).

O compromisso brasileiro com a promoção da igualdade racial também tem-se traduzido em iniciativas mais focalizadas como o Programa Brasil Quilombola, criado em 2004 como uma política de Estado, abrangendo um conjunto de ações intersetoriais que envolvem vinte e um órgãos da administração pública federal – entre eles o Ministério da Saúde –, visando ao desenvolvimento sustentável das comunidades remanescentes de quilombos, criados desde o período da escravidão. Como estímulo à discriminação positiva dessas comunidades afrodescendentes, foi instituído, por meio da Portaria GM/MS 3066 de 23/12/2008, um incentivo diferenciado à implantação da Estratégia Saúde da Família, 50% maior do que o incentivo federal padrão. Hoje são beneficiados 347 municípios brasileiros com 504 equipes que realizam atendimento a esses grupos populacionais.

O Ministério da Saúde também instituiu (Port. GM/MS 1.678, de 2004) um Comitê Técnico para formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria 992/ 2009), composto por representantes de todas as áreas do MS, dos colegiados interges-

tores do SUS, de Movimentos Sociais Negros e por pesquisadores. É importante ressaltar que a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde (SNIS) atende uma demanda de movimentos sociais em defesa da igualdade racial.

Na medida em que os processos de monitoramento constituem ferramentas obrigatórias para a adequada implantação de qualquer programa ou estratégia de intervenção em políticas públicas, a análise de indicadores de saúde com base em um recorte racial tem auxiliado o acompanhamento e o aperfeiçoamento não só da política de saúde brasileira, como também de programas intersetoriais de combate às desigualdades. O presente trabalho se propõe a descrever alguns dos principais resultados observados em um processo de monitoramento de desigualdades raciais em saúde, desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, focalizando aspectos da situação de saúde da população negra de forma comparada a outros grupos raciais, assim como as tendências observadas na evolução dos indicadores.

Métodos e fontes

Trata-se de um estudo descritivo que utiliza dados secundários provenientes dos sistemas nacionais de informação em saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde brasileiro (DATASUS) e de pesquisas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram analisados os diferenciais raciais em termos de morbidade, mortalidade e acesso a serviços de saúde no Brasil, em séries temporais variáveis, de acordo com a disponibilidade de dados. Com exceção da mortalidade materna (razão) e infantil (taxa), os outros indicadores constituem percentuais de cada grupo racial sobre o total de casos registrados. Também são analisados alguns resultados do Vigitel 2008 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) e dos suplementos de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998, 2003 e 2008. As proporções do Vigitel foram calculadas desconsiderando os casos sem declaração e os não aplicáveis, bem como os percentuais ponderados para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra à distribuição da população adulta de cada capital onde foi realizada a pesquisa.

Resultados

Completeness dos dados referentes à variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde

O atributo raça/cor tem uma alimentação muito variável nos diferentes sistemas de informação em saúde, como mostra a tabela 1. Analisando-se os dados disponíveis de 1999 a 2009, observa-se uma tendência geral de melhoria no registro desse quesito, mas as variações ainda são grandes, de acordo com o fenômeno a que se refere o dado e com o tempo de inclusão do atributo «raça/cor» no sistema de informação. Nas doenças de notificação compulsória, essa informação tem sido registrada em mais de 90% dos casos de malária, hanseníase e sífilis em gestante, mas ainda é omitida em mais de 10% dos casos de AIDS, dengue, hepatites virais, sífilis congênita e tuberculose. É importante reconhecer que incompletudes de mais de 10% limitam, em grande medida, a análise da variável racial para essas informações de saúde. Nos dados de mortalidade, a ausência da informação sobre raça está em torno de 7,5%, variando de cerca de 6%, para as causas externas e óbitos maternos, até quase 13% para os óbitos infantis. A chance de ocorrência de informação ignorada para a variável raça da criança é maior entre os óbitos que acontecem no período neonatal (Romero e Cunha, 2006, p. 679), que constitui hoje o componente predominante da mortalidade infantil brasileira. Por tudo isso, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) não tem sido considerado uma fonte de dados adequada para o monitoramento das desigualdades em saúde infantil (Romero e Cunha, 2006, p. 683). A variável «raça» do paciente foi incluída no SIH-SUS apenas em 2007, mas, até 2009, em mais de 35% das internações registradas nesse sistema, era omitida a informação sobre a cor do paciente. Outra limitação importante desse sistema é que o SIH-SUS não abrange a totalidade de internações, apenas aquelas ocorridas no SUS, de modo que a sub-representação da população economicamente mais favorecida limita análises sobre as desigualdades inter-raciais de acesso e morbidade hospitalar (Santos, 2009, p. 90).

Tabela 1. Brasil: descrição das fontes utilizadas segundo tema de análise

| <i>Assunto</i> | <i>% completude do quesito raça/cor no último ano analisado</i> | <i>Sistema de Informação</i> | <i>Quesito Raça/cor</i> |
|---|---|---|---|
| Composição racial da população brasileira | | | |
| Utilização de serviços de saúde | | | |
| Doenças crônicas | 99,9 | PNAD ^a | branca, parda, preta, amarela, indígena (classificação IBGE) |
| Prevenção do câncer de colo de útero | | | |
| Fatores de risco/proteção | | | |
| Situação de saúde | | | |
| Acesso a serviços de saúde | 99,8 | VIGITEL ^b | branca, negra, parda ou morena, amarela (ascendência oriental), vermelha (ascendência indígena) |
| Cobertura da Estratégia Saúde da Família | NA | CNESC ^c SIAB ^d | Não possuem o quesito |
| Atenção Pré-natal | Cobertura de pré-natal | 94,5 | SINASC ^e (classificação IBGE) |
| | Situação nutricional de gestantes | 86,4 | SISVAN ^f branca, negra, amarela, parda, indígena |
| | Mortalidade materna | 93,8 | SIM ^g (classificação IBGE) |
| Saúde da Criança | Situação nutricional de crianças | 92,7 | SISVAN ^f branca, negra, amarela, parda, indígena |
| | Mortalidade infantil | 87,5 | SIM ^g (classificação IBGE) |
| Controle de Doenças Transmissíveis | sífilis em gestante | 93,9 | SINAN ^h (classificação IBGE) |
| | sífilis congênita | 82,4 | |
| | tuberculose | 90,4 | |
| | hanseníase | 94,8 | |
| | hepatites virais | 88,7 | |
| | AIDS - casos | 51,0 | |
| AIDS - óbitos | 91,7 | SIM ^g | |
| Causas Externas: Acidentes e violências | Internações hospitalares | 59,7 | SIH ⁱ (classificação IBGE) |
| | Óbitos | 94,7 | SIM ^g (classificação IBGE) |

Fonte: Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>

^a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.

^b Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

^c Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

^d Sistema de Informação de Atenção Básica.

^e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

^f Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

^g Sistema de Informações sobre Mortalidade.

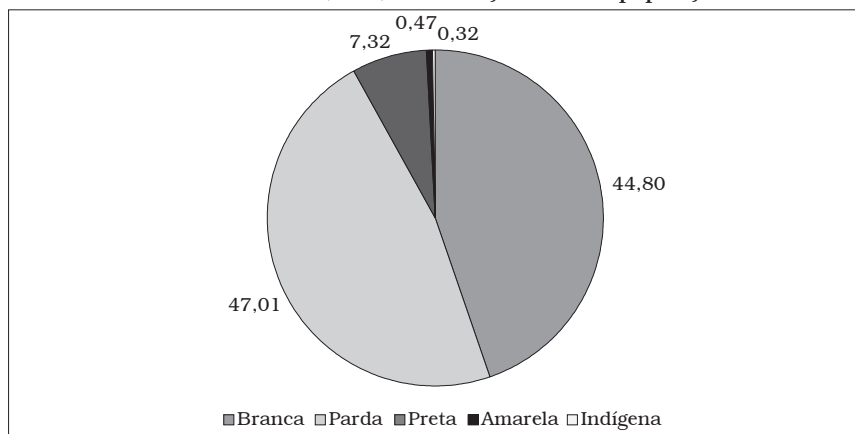
^h Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

ⁱ Sistema de de Informações Hospitalares.

Composição racial da população brasileira

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, menos de 45% da população brasileira entrevistada se autorrepresentaria como branca (gráfico 1), contra 47% de pardos, que, somados aos que se denominam pretos, totalizariam 54,3% de população negra, segundo classificação do IBGE. No entanto, observa-se uma grande variação entre os estados brasileiros na composição racial.

Gráfico 1. Brasil (2008): distribuição racial da população



Fonte: IBGE-PNAD 2008.

Os brancos predominariam na região Sul (PR, SC, RS) e em dois estados da região Sudeste (RJ e SP); esses cinco estados concentram cerca de 46% da população brasileira e apresentam melhores níveis de desenvolvimento socioeconômico. Observa-se predominância de negros (pardos e pretos) em 21 dos 27 estados brasileiros, com uma variação entre 83,6% (AP) a 12,6% (SC). Já a população que se autorrepresenta de cor preta varia de 18,4% (BA) a 2,5% (AM) entre os estados.

Fatores de risco e proteção à saúde

Os resultados do Vigitel 2008 (quadro 2) descrevem um cenário de maior vulnerabilidade da situação de saúde da população negra (parda e preta). Observa-se, em geral, uma maior exposição desse grupo racial a fatores de risco como: tabagismo, excesso de peso/obesidade, consumo de carne com excesso de gordura e consumo abusivo de álcool. Soma-se a isso a tendência de ser menos frequente entre a população negra a prática de hábitos de vida saudáveis, como consumo regular de frutas e hortaliças, e atividade física no lazer.

Tabela 2. Brasil, capitais (2008): prevalência de fatores de risco e proteção, acesso a serviços de saúde e situação de saúde segundo raça/cor nas capitais brasileiras

| Raça/Cor | Branca | IC 95% | Preta | IC 95% | Parada | IC 95% | Amarela | IC 95% | Indígena | IC 95% |
|------------------------------------|--------|-------------|-------|-------------|--------|-------------|---------|--------------|----------|-------------|
| Fatores de risco / proteção | | | | | | | | | | |
| % de fumantes | 15,6 | (13,8-17,4) | 14,8 | (11,4-18,3) | 16,7 | (15,0-18,4) | † 8,3 | (3,1-13,5) | * | * |
| % ex-fumantes | 22,2 | (20,9-23,5) | 18,6 | (15,8-21,5) | 21,5 | (20,4-22,6) | 23,6 | (14,0-33,2) | * | * |
| % excesso de peso | 44,2 | (42,6-45,7) | 45,6 | (41,3-50,0) | 44,2 | (42,6-45,9) | 30,9 | (20,9-41,0) | 49,3 | (31,5-67,0) |
| % obesidade | 13,6 | (12,6-14,6) | 16,8 | (13,1-20,5) | 12,4 | (11,6-13,3) | * | * | * | * |
| % consumo regular de frutas | 59,0 | (57,2-60,8) | 56,5 | (52,3-60,7) | 56,4 | (54,8-58,0) | 62,5 | (51,5-73,6) | 57,1 | (39,0-75,3) |
| % consumo regular de hortaliças | 52,2 | (50,4-53,9) | 44,0 | (39,8-48,2) | 42,8 | (41,4-44,3) | 63,6 | (52,7-74,6) | 56,7 | (39,9-73,4) |
| % consumo carne exc gordura | 29,6 | (28,0-31,1) | 39,7 | (35,4-44,1) | 35,1 | (33,4-36,8) | 41,7 | (30,1-53,3) | * | * |
| % ativ físic sufc no lazer | 16,0 | (15,0-17,0) | 15,6 | (12,3-19,0) | 14,3 | (13,4-15,2) | 12,2 | (5,7-18,7) | * | * |
| % fisicamente inativos | 19,3 | (17,9-20,7) | 13,7 | (11,4-16,0) | 16,3 | (15,2-17,5) | 20,9 | (10,9-31,0) | * | * |
| % consumo abusivo de álcool | 15,6 | (14,4-16,7) | 21,6 | (18,0-25,1) | 18,6 | (17,4-19,8) | † 7,3 | (1,4-13,1) | * | * |
| Acesso a serviços de saúde | | | | | | | | | | |
| % mulheres c/mamografia | 89,9 | (87,5-92,2) | 84,5 | (78,8-90,2) | 83,2 | (80,9-85,4) | 86,7 | (73,2-100,0) | * | * |
| % mulheres c/ mamogr < 2 anos | 75,9 | (72,8-79,0) | 68,4 | (59,9-76,9) | 67,9 | (65,1-70,7) | 82,3 | (67,8-96,8) | * | * |
| % mulheres com pânico | 91,6 | (90,4-92,7) | 86,6 | (82,9-90,3) | 86,1 | (84,7-87,5) | 94,8 | (90,5-99,1) | * | * |
| % mulheres c/ pânico < 3 anos | 86,6 | (85,1-88,0) | 82,3 | (78,3-86,4) | 80,8 | (79,2-82,3) | 92,4 | (87,2-97,6) | * | * |
| % com plano privado de saúde | 53,8 | (52,0-55,5) | 35,7 | (31,7-39,6) | 34,2 | (32,9-35,5) | 65,1 | (54,5-75,6) | 36,8 | (21,5-52,0) |
| Situação de saúde | | | | | | | | | | |
| % estado de saúde ruim | 3,8 | (3,3-4,3) | 5,5 | (3,7-7,4) | 4,9 | (4,2-5,5) | * | * | * | * |
| % diagn hipertensão arterial | 23,0 | (21,7-24,2) | 28,1 | (24,7-31,5) | 24,0 | (22,8-25,2) | 25,6 | (16,4-34,9) | * | * |
| % diagn diabetes | 5,8 | (5,2-6,5) | 6,4 | (4,8-8,1) | 5,1 | (4,6-5,6) | * | * | * | * |
| % diagn doenças do coração | 2,9 | (2,4-3,3) | 4,1 | (2,4-5,8) | 2,6 | (2,2-3,0) | * | * | * | * |
| % diagn dislipidemia | 18,7 | (17,6-19,8) | 13,3 | (11,2-15,5) | 16,0 | (15,1-16,9) | 13,2 | (6,8-19,5) | * | * |
| % diagn asma atual | 4,9 | (4,0-5,7) | 5,4 | (3,5-7,3) | 4,5 | (3,8-5,1) | * | * | * | * |

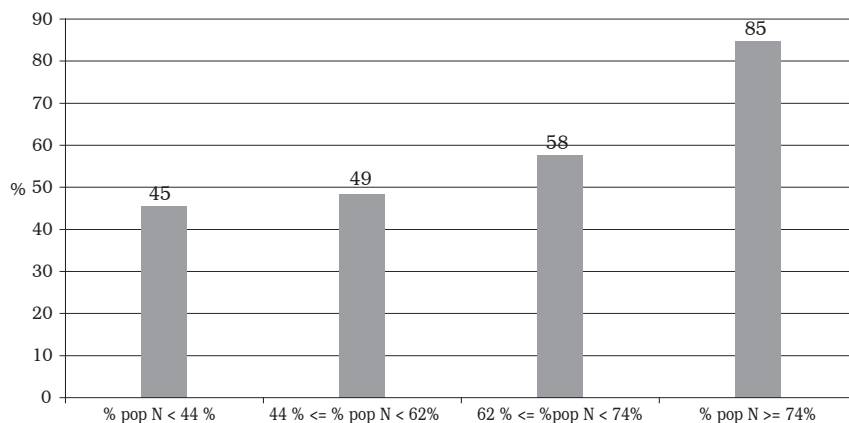
Fonte: DATASUS-MS/SVS/CGDANT-VIGITEL, 2008.

Cobertura da estratégia saúde da família

A gráfico 2 descreve que, entre 2003 e 2009, a expansão de cobertura da ESF foi quase 2 vezes maior nos municípios com maior proporção de população negra (74% ou mais de população parda e preta) do que no quartil extremo (menos de 44% de população negra). A análise pela distribuição da população de cor preta aponta um resultado semelhante: enquanto, no quartil com maior percentual de população preta (8,8% ou mais), a expansão de cobertura da ESF foi de 82%, no quartil com menos de 3,6% de população preta, esse aumento foi menor do que 49%.

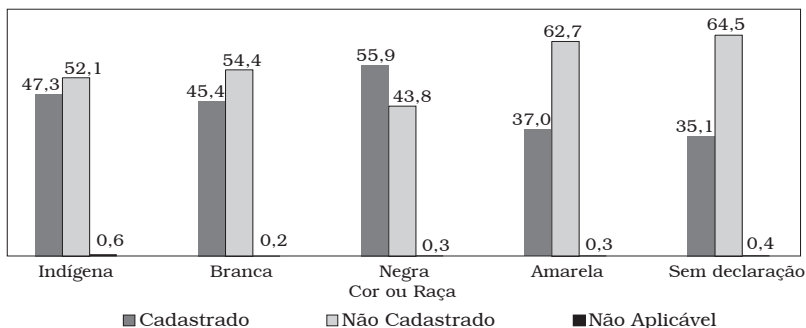
Os dados da PNAD-2008 também indicam que, nos domicílios de famílias negras, há uma maior proporção de cadastrados na Estratégia Saúde da Família do que nos outros grupos raciais (gráfico 3).

Gráfico 2. Brasil (2003-2009): percentual de aumento da cobertura da estratégia saúde da família, segundo quartis de distribuição da população negra (parda e preta)



Fonte: DATASUS (CNES, SIAB) e IBGE.

Gráfico 3. Brasil (2008): proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, segundo grupos raciais

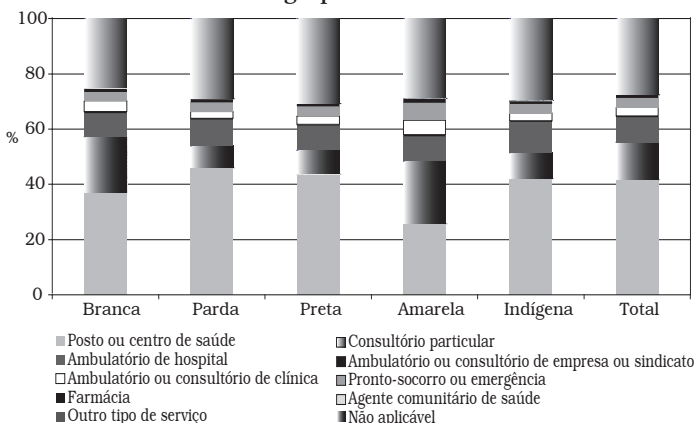


Fonte: IBGE-PNAD.

Utilização de serviços de saúde

A atenção primária em saúde (postos, centros de saúde e agentes comunitários) continua sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, sendo procurada por cerca de 42% dos entrevistados quando precisam de algum atendimento. Segundo dados da PNAD, entre 1998 e 2008, observou-se um aumento de 10 pp na utilização da rede básica do SUS. A gráfico 4 também mostra uma utilização maior das unidades básicas pela população negra: em 2008, essa proporção foi 9 pp maior na população negra (46%) em relação à branca (37%).

Gráfico 4. Brasil (2008): utilização preferencial de serviços de saúde segundo grupos raciais

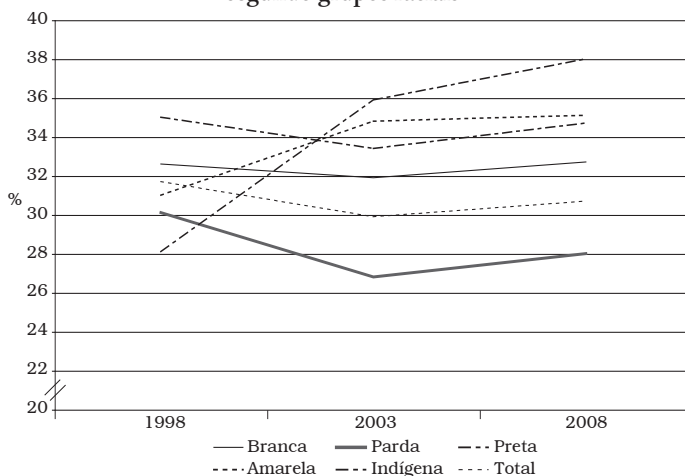


Fonte: IBGE-PNAD.

Doenças Crônicas

Quanto à prevalência autorreferida de doenças crônicas, os dados da PNAD sugerem certa estabilidade desse indicador na população branca, uma tendência de queda nos grupos de pretos e pardos, e aumento nos grupos de indígenas e amarelos, que, desde a PNAD-2003, superaram os resultados observados na população de cor preta, a qual mantém resultados piores do que a população branca nessa série. Esses resultados possivelmente são influenciados pelas variações no acesso a atendimento médico e, conseqüentemente, ao diagnóstico dessas doenças.

Gráfico 5. Brasil (1998, 2003 e 2008): evolução da prevalência de doenças crônicas, segundo grupos raciais



Fonte: IBGE-PNAD.

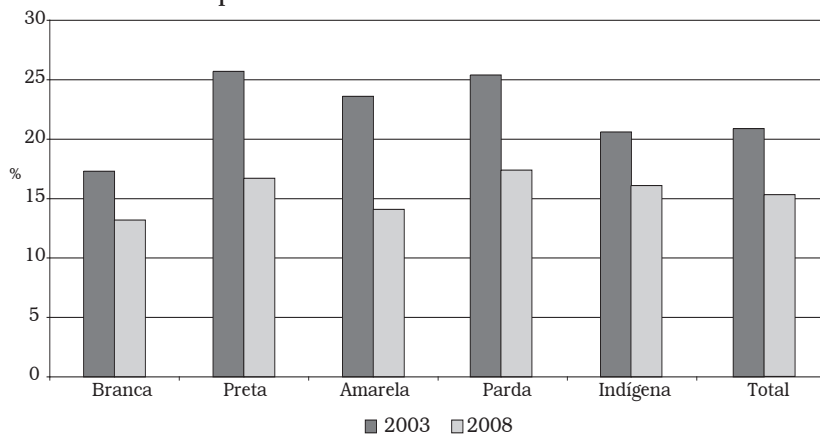
Saúde da mulher

Prevenção do câncer de colo de útero

Entre 2003 e 2008, a PNAD mostrou uma tendência de aumento do acesso da população feminina ao exame preventivo de câncer de colo de útero, mas cerca de 15% das mulheres brasileiras nunca teriam feito esse exame, sendo que, na população negra, essa proporção chega a 17%. Nesse período, observou-se uma variação mais significativa para os grupos de amarelas (40%), pretas (35%) e pardas (32%). Cerca

de 74% das mulheres teriam feito o último exame há, no máximo, 3 anos, como recomenda o MS, variando de 76% para brancas a 72% para pardas (gráfico 6).

Gráfico 6. Brasil (2003 e 2008): proporção de mulheres que nunca fizeram o exame preventivo de câncer de colo de útero



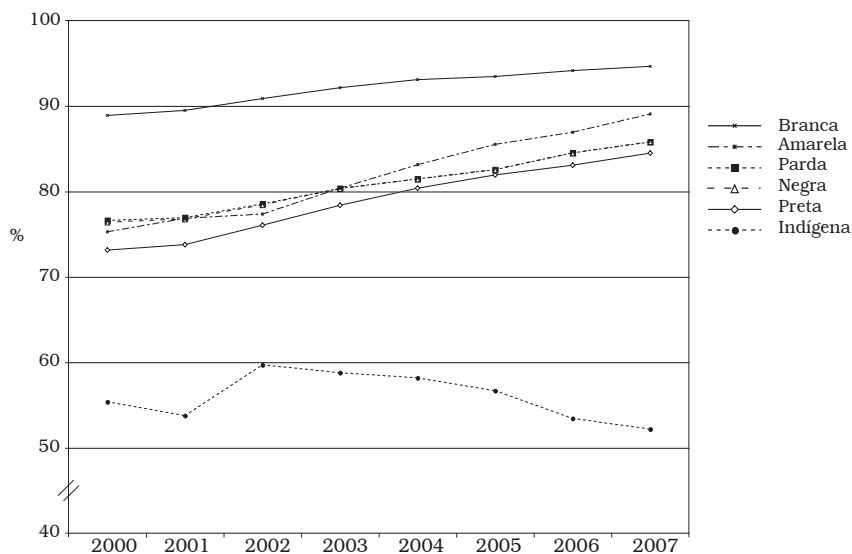
Fonte: IBGE-PNAD.

Atenção Pré-natal

Quanto ao acesso às ações de pré-natal, em um período de 10 anos, observou-se uma redução significativa de gestantes sem atenção pré-natal, e o diferencial entre gestantes brancas e negras para esse indicador ficou quatro vezes menor, reduzindo de 8 pp para menos de 2 pp entre 1997 e 2007. Entre mulheres pretas e brancas, o diferencial ficou 3 vezes menor, reduzindo de 9pp para 3 pp.

Ainda se observa um diferencial de 9pp entre gestantes brancas e negras para a cobertura de pré-natal com quatro ou mais consultas, apesar de uma tendência de aproximação dos resultados dos diferentes grupos, exceto no de indígenas, cuja cobertura se mantém bem abaixo da média nacional. No período analisado, a expansão de cobertura foi 2,4 vezes maior entre negras do que brancas e 2 vezes maior entre pardas do que brancas (gráfico 7).

Gráfico 7. Brasil (2000-2007): evolução da cobertura de pré-natal de 4 ou mais consultas segundo raça/cor

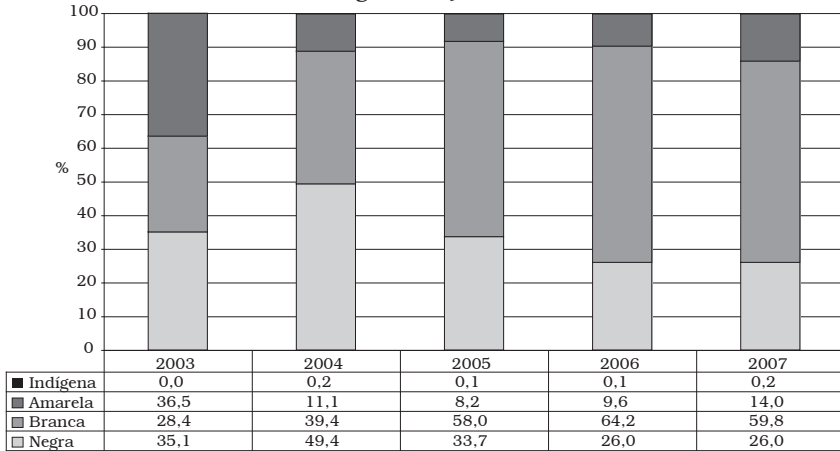


Fonte: DATASUS-SINASC.

Situação nutricional de gestantes

Quanto à situação nutricional das gestantes (gráfico 8), observa-se uma tendência de redução do percentual de gestantes negras com baixo peso sobre o total de mulheres nessa situação: em 2000, mais de 35% das gestantes com baixo peso eram negras, caindo sua participação para 27% em 2007; no entanto, essa redução se deveu mais à melhoria da situação nutricional de mulheres pardas – grupo no qual se observou uma redução de quase 10pp – do que entre as mulheres de cor preta, em que se observou até mesmo um discreto aumento.

Gráfico 8. Brasil (2003-2008): distribuição percentual de gestantes com baixo peso segundo raça/cor

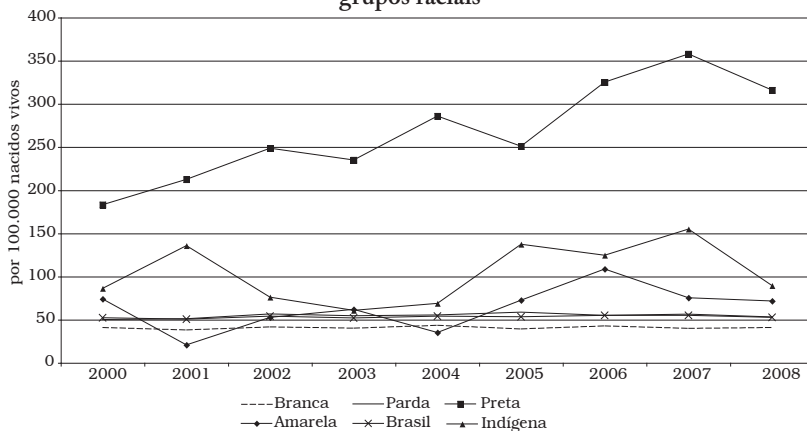


Fonte: DATASUS-SISVAN.

Mortalidade materna

Apesar dos avanços relacionados à cobertura de pré-natal e à situação nutricional das gestantes, as desigualdades inter-raciais ainda são muito importantes em termos de mortalidade materna, considerando que a razão desses óbitos por 100.000 nascidos vivos é 7 vezes maior para mulheres de cor preta em relação às brancas (gráfico 9). Há de se reconhecer a fragilidade desse indicador de saúde, considerando: a cobertura incompleta do SIM e, principalmente, a subenumeração da mortalidade feminina por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Em 2007, estimava-se, para o Brasil, uma mortalidade materna 77 por 100.000 nascidos vivos, enquanto os dados do SIM apontavam um resultado em torno de 55.

Gráfico 9. Brasil (2000-2008): evolução da razão de mortalidade materna segundo grupos raciais



Fonte: IBGE-PNAD.

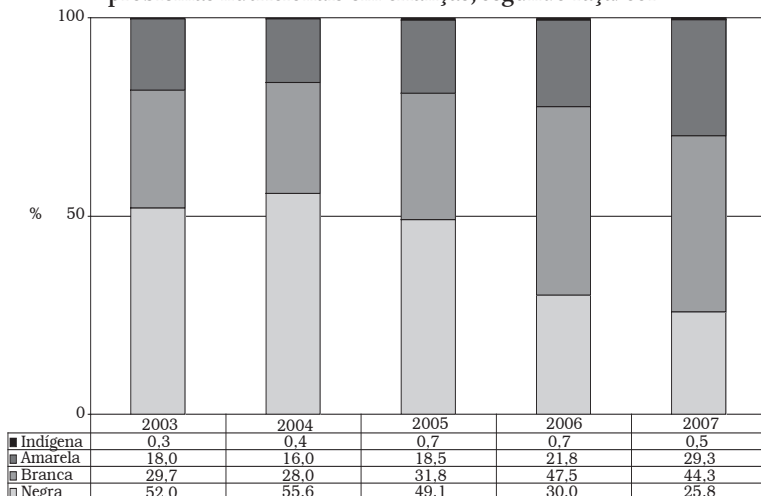
Chama a atenção no gráfico 9 o aumento do diferencial entre pretos e brancos na razão de mortalidade materna (RMM). Em 2000, a RMM entre pretos era 4,4 vezes maior do que a dos brancos, passando a 7,6 vezes em 2008. Apesar da redução de -6,7% no número de óbitos maternos de mulheres pretas, a queda do número de nascidos vivos desse grupo (denominador) foi muito mais acentuada (-46%); isso explica, em grande medida, o aumento da RMM desse grupo. É importante reconhecer que se, por um lado, o grupo de cor preta apresentou a 2ª maior redução do número de nascimentos, por outro, teve a menor redução de óbitos maternos. Já, no grupo de pardos, a RMM tem-se mostrado razoavelmente estável e próxima da média nacional, por outro lado, não tem apresentado redução nem dos nascimentos nem dos óbitos maternos.

Saúde da criança

Situação nutricional

A proporção de crianças negras entre aquelas com problemas nutricionais foi reduzida em mais de 100% entre 2003 e 2007. Em 2003, mais da metade das crianças com baixo peso (Baixo peso - $\geq P 0,1$ E $< P 3$) e muito baixo peso ($< P 0,1$) foram classificadas na raça negra, enquanto, em 2007, elas representaram menos de 26% desses casos (gráfico 10).

Gráfico 10. Brasil (2003-2007): distribuição percentual da prevalência de problemas nutricionais em crianças, segundo raça/cor

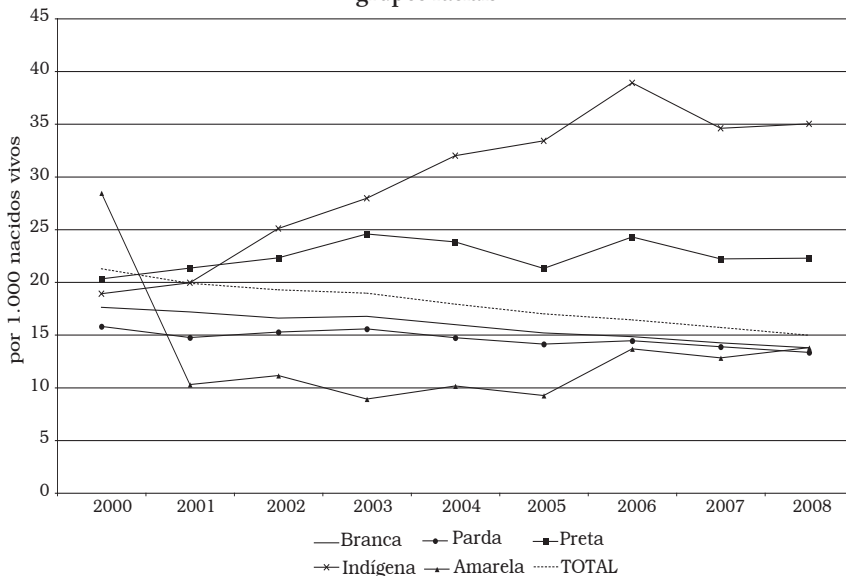


Fonte: DATASUS-SISVAN.

Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil (óbitos infantis / 1.000 nascidos vivos), calculada com base nos dados dos sistemas de informação em saúde, sugere uma tendência de aproximação dos resultados para brancos, pardos e amarelos, e um distanciamento para a população negra e indígena em relação aos outros grupos raciais. O diferencial entre as taxas de mortalidade infantil de negros e brancos seria três vezes maior em 2008 do que em 2000, devido, principalmente, a uma redução significativa dos óbitos infantis entre brancos (-34%). Também houve redução do número de óbitos infantis entre pretos (-41%), mas a redução da natalidade nesse grupo foi bem maior (-46%), superada apenas pela raça amarela (-75%). A redução da taxa de mortalidade infantil entre pardos foi de quase 16%. O maior distanciamento observado foi entre indígenas e brancos: dezessete vezes maior do que no início do período estudado.

Gráfico 11. Brasil (2000-2008): evolução da taxa de mortalidade infantil segundo grupos raciais



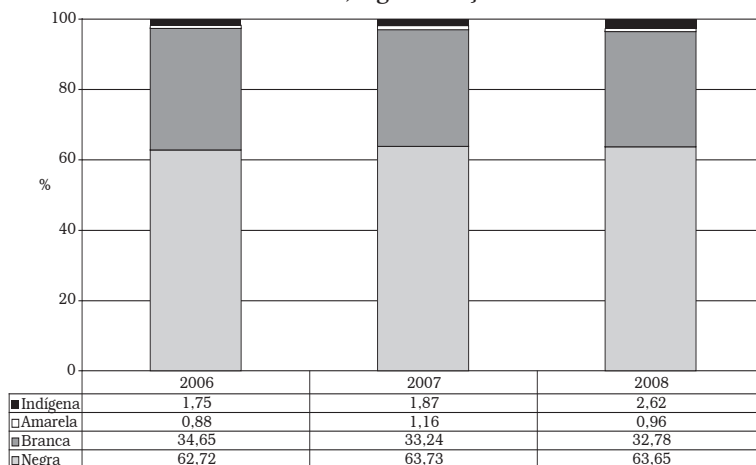
Fonte: DATASUS-SINASC-SIM.

Controle de doenças transmissíveis

Sífilis em gestantes

Tendo em vista que a notificação da Sífilis em Gestantes (SG) só se tornou obrigatória em 2006, os indicadores de saúde relacionados a esse problema foram analisados apenas em uma série temporal de três anos (2006 a 2008). Os dados registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (Sinan) apontam uma participação quase duas vezes maior de mulheres negras entre os casos de sífilis em gestantes nos três anos analisados, observando um discreto aumento (+1,5%) na participação de gestantes negras e uma tendência de redução (-5%) na participação de mulheres brancas (gráfico 12).

Gráfico 12. Brasil (2006-2008): distribuição percentual dos casos de Sífilis em Gestantes, segundo raça/cor

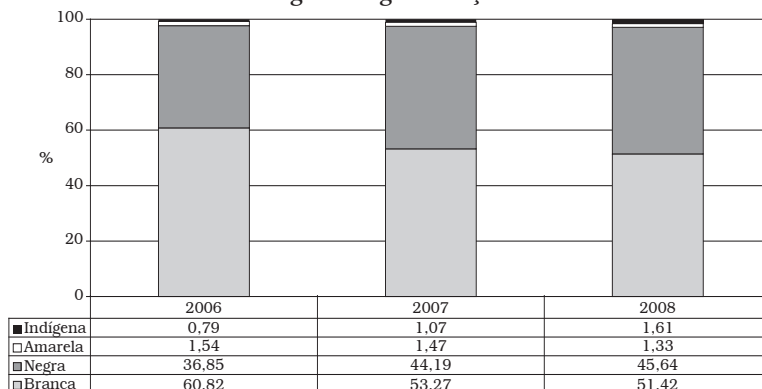


Fonte: DATASUS-SINAN.

Sífilis congênita

Se, entre os casos de Sífilis em Gestantes, predominam mulheres negras, entre os casos de Sífilis Congênita (SC), a participação de crianças brancas é maior do que a das negras. Apesar de ainda predominarem crianças brancas (51%) em relação às negras (46%) entre os casos de SC notificados em 2008, tem-se observado uma tendência de aumento na participação de crianças negras, com uma variação de 37% para quase 46% entre 2006 e 2008. Enquanto houve uma redução de 15% na participação de crianças brancas entre os casos notificados, a participação de crianças negras aumentou quase um quarto nesse período (gráfico 13).

Gráfico 13. Brasil (2006-2008): distribuição percentual dos casos de Sífilis Congênita segundo raça/cor

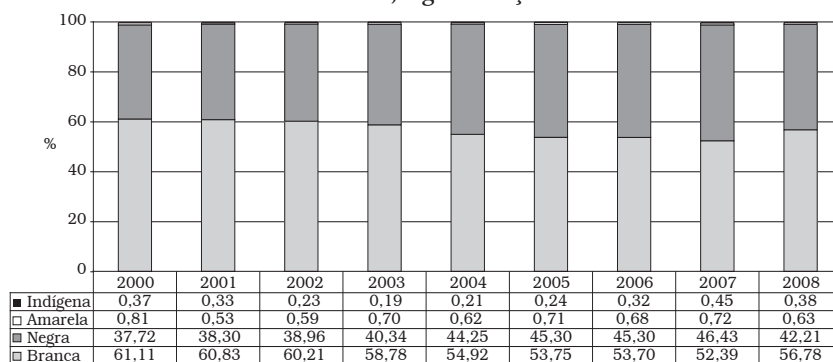


Fonte: DATASUS-SINAN.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Em 2008, a participação da população branca (57%) na composição das notificações de casos de AIDS foi quase 35% maior do que a proporção de negros (42%), mas tem-se observado uma tendência de redução desse diferencial, com uma aproximação de quase 9pp em oito anos: enquanto a proporção de brancos reduziu em 7%, a proporção de negros aumentou quase 12% (gráfico 14).

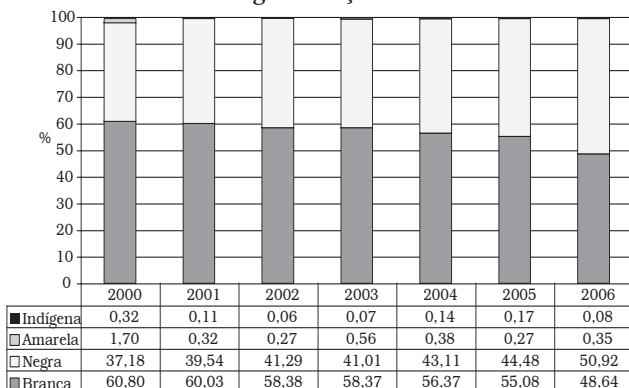
Gráfico 14. Brasil (2000-2008): distribuição percentual dos casos de AIDS notificados, segundo raça/cor



Fonte: DATASUS-SINAN

Se uma proporção maior de casos de AIDS tem sido diagnosticada na população branca, na composição dos óbitos por esse agravo, é maior a participação da população negra. Em 2000, quase 61% dos óbitos por AIDS ocorriam em pessoas brancas, mas, em sete anos (2000 a 2006), a participação dos brancos reduziu quase 20% e a de negros aumentou 37%, de modo que, em 2006, a população negra correspondia a quase 51% dos casos e a população branca a menos de 49% (gráfico 15).

Gráfico 15. Brasil (2000-2006): distribuição percentual de óbitos por AIDS, segundo raça/cor

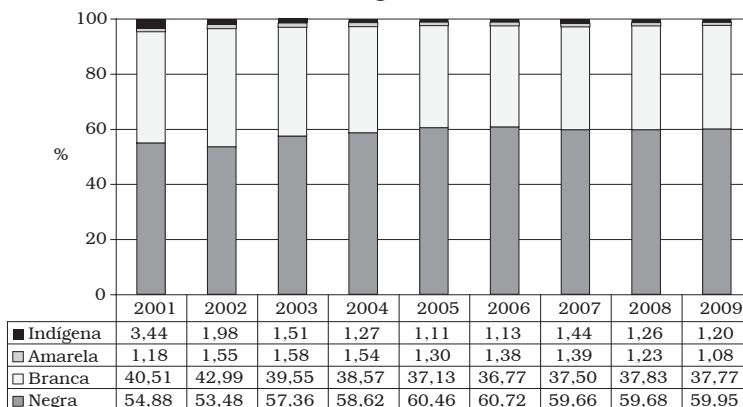


Fonte: DATASUS-SINAN

Tuberculose

A proporção dos casos de tuberculose diagnosticados em pessoas negras é 57% maior do que na população branca, e observa-se uma tendência de crescimento dessa desigualdade inter-racial. Em oito anos (2001 a 2008), enquanto a proporção de casos em negros aumentou 8,5%, a participação de casos em brancos reduziu 6% (gráfico 16).

Gráfico 16. Brasil (2001-2008): distribuição percentual dos casos de tuberculose notificados, segundo raça/cor

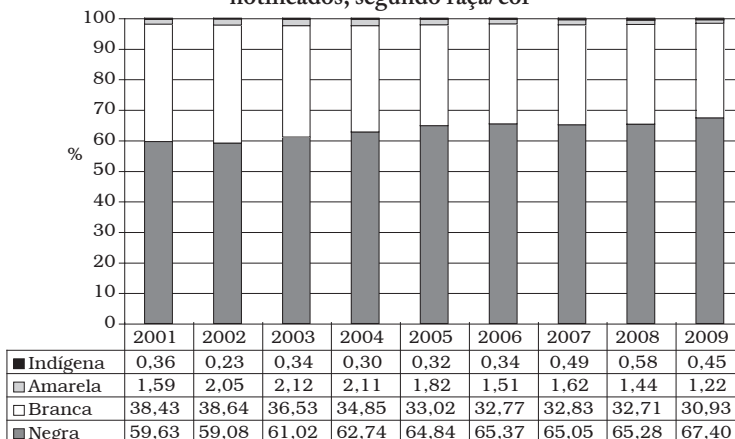


Fonte: DATASUS-SINAN.

Hanseníase

A proporção de casos de hanseníase em negros (65%) é quase duas vezes maior do que em brancos (33%), e esse diferencial tem apresentado uma tendência de agravamento, na medida em que, em oito anos, houve aumento de mais de 9% na participação de negros e redução de quase 15% na participação de brancos (gráfico 17).

Gráfico 17. Brasil (2001-2008): distribuição percentual de casos de hanseníase notificados, segundo raça/cor

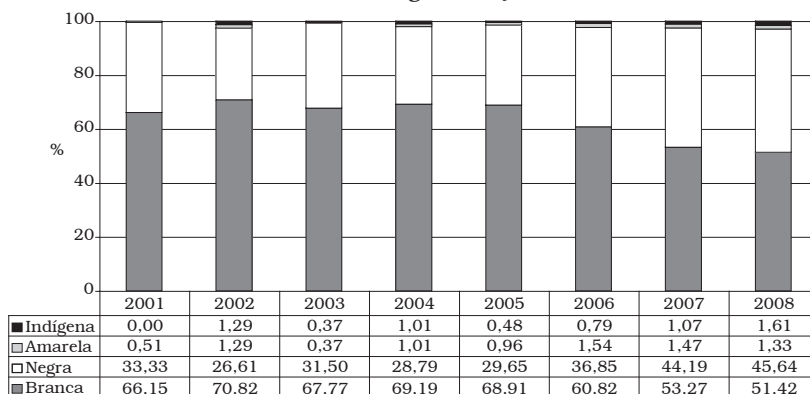


Fonte: DATASUS-SINAN.

Hepatites Virais

A distribuição racial dos casos de hepatites virais aponta, em 2008, uma participação maior de brancos (51%), seguida dos casos na população negra (46%), mas observa-se uma tendência de redução desse diferencial, com um incremento de 37% da participação da população negra e redução de 22% da participação de brancos, no período de 2001 a 2008 (gráfico 18).

Gráfico 18. Brasil (2001-2008): distribuição percentual de casos de hepatites virais notificados, segundo raça/cor

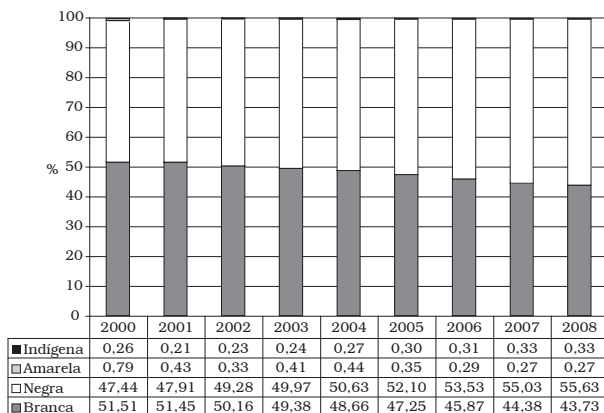


Fonte: DATASUS-SINAN

Acidentes e Violências

A proporção de óbitos por causas externas (acidentes e violências) em negros (55%) é 24% maior do que em brancos (44%), e esse diferencial tem aumentado nos últimos anos. Enquanto a participação de brancos reduziu quase 14%, a proporção desses óbitos em negros aumentou quase 16% no período de 2000 a 2007 (gráfico 19).

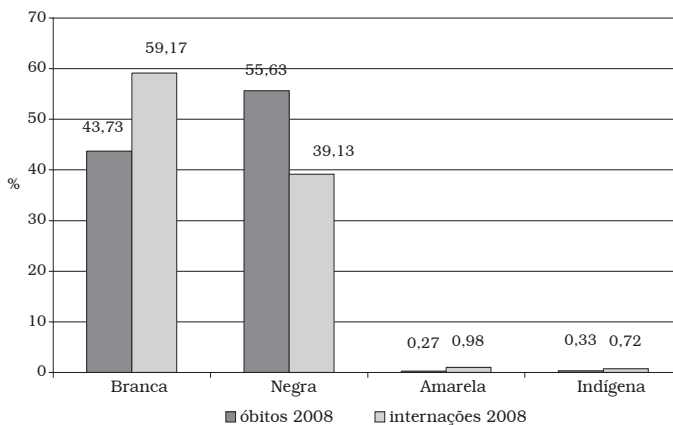
Gráfico 19. Brasil (2000-2007): distribuição percentual dos óbitos por causas externas segundo raça/cor



Fonte: DATASUS-SIM.

É importante observar que, se há uma proporção maior de óbitos por causas externas em negros, a proporção de internações hospitalares por causas externas é bem maior para brancos (gráfico 20) do que para negros.

Gráfico 20. Brasil (2007): distribuição percentual de óbitos e internações por causas externas, segundo raça/cor



Fonte: DATASUS-SIM e SIH-SUS.

Discussão

A maior exposição da população negra a fatores de risco torna sua condição de saúde ainda mais vulnerável, determinando uma dupla carga de doenças: a sobreposição das infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, os resultados do Vigitel 2008 apontam uma tendência da população negra de apresentar piores resultados em termos de exposição a fatores de risco e baixa adesão a hábitos de vida saudáveis. É importante ponderar que a forma de levantamento desses dados por inquérito telefônico em capitais brasileiras, pode determinar uma subestimativa dessas desigualdades, na medida em que apenas pessoas com telefone participam da pesquisa e os residentes das capitais geralmente enfrentam menores barreiras de acesso aos serviços de saúde do que os moradores do interior.

Na interpretação das tendências das taxas de mortalidade infantil há de se reconhecer um possível viés da melhoria da notificação de óbitos infantis, assim como o efeito do controle da natalidade.

A análise dos dados da PNAD chama a atenção para a influência da tendência demográfica de «miscigenação» da população brasileira, isto é, redução do percentual de brancos e pretos, e aumento da participação de pardos. Por tratar-se de uma característica subjetiva, os resultados tendem a variar segundo quem responde à pergunta sobre raça/cor e segundo o método de coleta (Romero e Cunha, 2006, p. 682). O critério autoclassificatório tem sido questionado pelo risco de provocar uma «fluidez» do problema (Adorno *et al.*, 2004, p. 122), na medida em que muitas pessoas de cor preta tenderiam a se autorrepresentar como pardas; no entanto, o acompanhamento de pseudo-coortes da PNAD demonstra que as tendências de fecundidade e miscigenação explicariam 24% da mudança observada na composição racial brasileira, contra 76% da identificação racial (Soares, 2008, p. 113), o que pode expressar um efeito de mudanças políticas e sociais que tendem a promover um aumento da identidade negra.

A expansão da Saúde da Família privilegiou indiretamente municípios com maior proporção de população negra na medida em que houve maior implantação desse modelo de atenção na região nordeste e em municípios com menor nível de desenvolvimento socioeconômico (Ministério da Saúde, 2008), os quais concentram maior proporção de população afrodescendente. No entanto, apesar da redução de desigualdades raciais de acesso a ações básicas essenciais como pré-natal, preventivo de câncer de colo de útero e melhoria da saúde nutricional, ainda se mantém diferenciais injustificáveis nas coberturas

e na qualidade dos serviços, como evidenciam tanto indicadores de doenças crônicas não transmissíveis como de infecto-contagiosas.

Essas desigualdades podem ser ainda maiores, considerando o problema da subnotificação dos dados de morbidade, particularmente nas regiões menos favorecidas socioeconomicamente, que concentram maior percentual de população negra e onde a qualidade da alimentação dos sistemas de informação tende a ser pior. Por outro lado, esforços para melhoria da alimentação dos bancos de dados nacionais também podem enviesar conclusões sobre as tendências dos indicadores.

É importante ressaltar que os problemas de acesso ao sistema de saúde não se limitam à atenção primária. A comparação dos indicadores de morbidade e mortalidade por AIDS sugere problemas de acesso a condições de tratamento adequado, na medida em que predominam brancos na incidência, mas é maior a proporção de negros na mortalidade. A comparação de internações e óbitos por causas externas também evidencia desigualdades de acesso, qualidade da atenção e/ou gravidade dos casos, considerando que predominam brancos nas internações por causas externas, mas é bem maior a participação de negros nos óbitos.

Em suma, esses resultados ainda confirmam a perversa lei dos cuidados inversos de Tudor Hart (1971), segundo a qual as pessoas com maiores necessidades de cuidados de saúde são geralmente aquelas que têm menos acesso a eles. Esse cenário reforça a importância de desenvolver políticas de discriminação positiva que combatam as desigualdades injustas e evitáveis, assim como o indispensável monitoramento dessas intervenções.

Bibliografia

- Adorno, R., Alvarenga, A. y Vasconcellos, M. (2004) São Paulo: Estudos Avançados, vol. 18, n.º 50.
- DATASUS. Sistema de Informações em saúde. Indicadores e Dados Básicos em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2008>>.
- Sistema de Informações em saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>.
- Sistema de Informações em saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sisvan/cnv/acom_uf.def>.
- Sistema de Informações em saúde. Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN - AIDS) em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/>>.
- Sistema de Informações em saúde. Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>.
- Sistema de Informações em saúde. Estatísticas vitais: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>
- Hart, J. T. (1971) *The inverse care Law*, London: Lancet, vol. 1.
- Inquéritos e Pesquisas em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207>>
- Ministério da Saúde (2008) *Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores selecionados, 1998-2006*, Brasília: Ministério da Saúde.
- Romero, D. E. e Cunha, C. B. (2006) «Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001)», em *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, vol. 22 (3).
- Santos, A. C. (2009) «Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações», dissertação (Mestrado) em Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) em <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf.php>
- Soares, S. (2008) «A demografia da cor: a composição da população brasileira de 1890 a 2007», em Theodoro, M. (org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil – 120 anos após a abolição*, Brasília: IPEA.
- Ministério da Saúde (2009) Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), Brasília, Ministério da Saúde.