

4 | AS DESIGUALDADES ÉTNICAS NECESSARIAMENTE SIGNIFICAM RACISMO?

A igualdade e a desigualdade são conceitos dimensionais relativos a quantidades mensuráveis, ou seja, referem-se a quantidades equivalentes ou distintas de atributos estudados. Equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social.

As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade. Na perspectiva liberal, as desigualdades sociais em saúde são vistas como reflexo das escolhas pessoais que levam alguns a alcançar posições sociais de prestígio, que lhes conferem poder e posses na sociedade, enquanto outros permanecem em posições desvantajosas sem poder usufruir a riqueza social, sem desfrutar de prestígio ou poder político.

Na perspectiva do materialismo histórico, a posição dos indivíduos na estrutura de classes sociais representa um conjunto de constrangimentos e circunstâncias que acabam por moldar as escolhas individuais, de modo que o pertencimento de classe leva os diferentes indivíduos a compartilhar modos de vida semelhantes.

Essas visões de mundo que competem na explicação das desigualdades e iniquidades sociais, entretanto, não dão conta das iniquidades relacionadas com o pertencimento a determinados grupos étnicos, uma vez que os indivíduos não são livres para escolher a qual grupo pertencer, nem esta determinação está relacionada diretamente com a posição de classe.

Qualquer consideração das desigualdades sociais em relação a grupos étnicos carrega a dupla determinação: a posição social que tais grupos ocupam na sociedade e a aceitação/rechaço que possam ter frente aos grupos majoritários.

Segundo a teoria ecossocial, apresentada no primeiro capítulo, nossas características biológicas, decorrentes da história evolutiva da espécie, do contexto ecológico em que vivemos e da trajetória de vida de cada indivíduo concreto, somam-se aos arranjos sociais de distribuição de poder e propriedade, definindo padrões de produção e consumo próprios de cada classe social. Este conjunto de determinações estrutura exposições e vulnerabilidades distintas, além de definir as opções de resistência e enfrentamento das agressões e vicissitudes ao longo da vida.

Nesse contexto teórico, a discriminação praticada contra determinados grupos étnicos é um meio de expressar e institucionalizar relações sociais de dominação e repressão. É um fenômeno sancionado socialmente, justificado pela ideologia e expresso em relações pessoais e institucionais, visando ao privilégio dos grupos dominantes às custas da exclusão e dominação dos outros.

MAS AFINAL O QUE É RAÇA?

Nas ciências biológicas raça é sinônimo de uma divisão dentro de uma mesma espécie. Entre os humanos, a noção de raça aparece como uma construção ideológica relacionada com a crença dominante na inferioridade inata de certos grupos, como os judeus, os ciganos, os indígenas, os negros e os imigrantes.

Durante o século XIX e o princípio do século XX, com a expansão econômica e política do modo de produção capitalista e a formulação das teorias evolutivas, esta visão relativa a certos grupos sociais foi bastante reforçada como expressão da lei natural da "sobrevivência dos mais adaptados". Evidentemente os povos dominantes eram os considerados mais adaptados e capazes de exercer não apenas seu domínio sobre a natureza como também sobre os povos considerados inferiores.

Esta perspectiva considerada científica na época ainda persiste entre muitos teóricos, embora o desenvolvimento da genética tenha demonstrado que todos os seres humanos são idênticos em mais de 75% do seu material genético, sendo totalmente impossível identificar, através da análise das características genéticas da espécie, qualquer indicador seguro da existência de raças ou subespécies humanas.

Nos últimos tempos os avanços da genética permitiram demonstrar que mais de 95% das variações genéticas humanas são observadas no interior dos grupos 'raciais', de modo que há mais variação genética dentro da mesma raça do que entre elas.

Os traços físicos externos, que em todos os tempos permitiram a identificação de grupos com particularidades em relação aos outros, representam o resultado das interações entre o

genótipo e o ambiente e a trajetória histórica de cada grupo. Está bastante demonstrado que a expressão fenotípica de qualquer gene, ou conjunto de genes, é extremamente variável segundo o ambiente no qual o organismo vive e se desenvolve.

Assim, não há, do ponto de vista estritamente biológico, nenhuma sustentação científica para a noção de raça. Embora esta noção não seja útil como marcador de diferenças biológicas, ela pode ser um importante marcador de iniquidades e injustiças sociais. Oficialmente, portanto, a noção de raça/etnia é um construto sociopolítico, e não uma categoria baseada cientificamente em diferenças biológicas intrínsecas.

Com o avanço científico, a noção de raça passa a ser vista como equivalente ao conceito de grupo étnico, definido, principalmente, com base em características socioculturais próprias de certos grupos sociais, que, por diferentes motivos, mantêm um isolamento relativo a outros grupos e populações, conservando seus hábitos e costumes mesmo quando deslocados em relação a seu país ou região de origem.

Raça ou etnia é uma importante dimensão da estratificação social que se relaciona de maneira complexa com a classe social, refletindo principalmente a distribuição de poder entre os grupos sociais no interior de uma dada sociedade. Frequentemente as diferenças entre os grupos raciais estão fortemente associadas às condições socioeconômicas e tendem a desaparecer quando essas são controladas para efeito de análise. Entretanto, na maioria dos estudos de desigualdades sociais aparece um efeito independente da raça sobre a saúde após controlar para variáveis socioeconômicas.

Alguns autores consideram que raça é um poderoso construto social com profundas implicações sobre a saúde e que é fundamental utilizar a categoria etnia como variável social para melhor compreender o modo como as relações raciais produzem desigualdades sociais em saúde.

Nos Estados Unidos a raça tem sido usada como variável de classificação no lugar da classe social desde o censo de 1790. Ela é definida com base na ancestralidade, isto é, na origem africana de qualquer um dos progenitores ou antepassados dos indivíduos, independentemente das características fenotípicas atuais.

Quanto mais miscigenada uma população, mais difícil é a aplicação dessa concepção. Nestes casos o mais comum é a substituição do critério de ancestralidade pela classificação baseada na cor da pele, admitindo-se diferentes gradações entre os tipos não miscigenados e os demais. No Brasil a classificação sempre esteve baseada no critério de cor e traços fisionômicos.

O significado concreto da raça como variável social preditor de estados de saúde é modelado pelo contexto histórico, socioeconômico, cultural e epidemiológico, sendo praticamente impossível estabelecer regras universais sobre as relações entre raça e saúde. Dito de outra maneira, não é possível afirmar, sem levar em conta o contexto, que determinados grupos étnicos apresentarão inexoravelmente determinados problemas de saúde.

Os determinantes sociais de saúde são mais bem compreendidos em contextos particulares do que como variáveis independentes com vida própria. Ser homem ou mulher, jovem ou idoso, pobre ou rico, servo ou croata, tem diferentes significados e diferentes consequências para a saúde em diferentes contextos

históricos e sociais. Ou seja, as relações entre essas categorias intermediárias e a posição social de classe são sempre complexas e subordinadas.

De qualquer modo, a raça ou etnia, como dimensão particular da estratificação social, é um importante determinante dos processos de reprodução social, condicionando as possibilidades de acesso aos bens e serviços, modelando a dimensão dos processos sociais e estabelecendo os limites para a repartição do poder.

RELAÇÕES ENTRE ETNIA E SAÚDE

Embora as raças não tenham expressão biológica, como construto social elas têm importante impacto sobre as condições de saúde e o acesso e utilização de serviços de saúde.

Nas pesquisas em desigualdades sociais em saúde, as desigualdades raciais ou étnicas são geralmente atribuídas a diferentes condições socioeconômicas ou valores culturais resultantes da pior inserção social desses grupos na sociedade. Entretanto, mesmo após controlar o efeito dessas variáveis, as diferenças permanecem demonstrando o efeito independente que o pertencimento a determinado grupo étnico ou racial pode ter sobre o estado de saúde.

Há pelo menos três aspectos dessa relação que são normalmente subavaliados nas pesquisas epidemiológicas: o efeito da acumulação de desvantagens ao longo da trajetória de vida, os efeitos contextuais decorrentes da concentração de grupos étnicos minoritários em áreas residenciais pobres e deterioradas do ponto de vista urbano e os efeitos deletérios de viver em uma sociedade percebida como racista.

No Brasil, embora nunca tenha havido um sistema consolidado de segregação racial, a população negra sofre sistematicamente maior desvantagem social. A concentração desta população é maior nas regiões mais pobres do país, seu nível de desenvolvimento humano é inferior ao da população em geral, o acesso a saneamento básico, educação e postos de trabalho também é significativamente menor.

O efeito das desigualdades étnicas sobre a saúde pode ser modificado pela inserção ocupacional, conforme demonstrado em investigação sobre tabagismo em diferentes grupos étnicos e ocupacionais na população norte-americana. Os pesquisadores verificaram que as maiores prevalências de tabagismo ocorreram em quatro grupos sociais: trabalhadores manuais ou do setor de serviços; brancos com escolaridade secundária ou inferior; trabalhadores agrícolas negros com escolaridade secundária ou inferior; indígenas e esquimós em todos os grupos exceto aqueles com formação universitária e em hispânicos trabalhando no setor de serviços.

Entre funcionários de uma universidade pública brasileira, o ganho excessivo de peso mostrou associação com a cor apenas para mulheres, para os homens não existem diferenças por cor. A associação se reduziu após o controle das variáveis socioeconômicas, mas permaneceu significativa.

No estado de Nova York, no período de 1988 a 1992, praticamente não se observaram diferenças raciais na mortalidade por doenças coronarianas em homens, entre trabalhadores não manuais, independentemente das características dos municípios de residência. Entre os trabalhadores manuais, o risco era sempre maior para trabalhadores negros e diretamente proporcional à

desigualdade de renda existente no município de residência. Assim, para os municípios com maior desigualdade, a diferença na mortalidade entre negros e brancos chegou a 1,8 vezes, caindo para 1,3 nos municípios com menor desigualdade. Esses dados demonstram os efeitos complexos da interação entre distintas variáveis sociais, reforçando a concepção de raça como construto social.

O risco de mortalidade prematura, ou seja, anterior ao indivíduo completar 65 anos, é sempre maior em negros e menor em hispânicos, em comparação às taxas observadas para os brancos, nos mesmos grupos de setores censitários, agrupados segundo proporção de pobres, concentração de renda e percentual de riqueza.

Os índios Maoris na Nova Zelândia morreram em média dez anos mais cedo do que os descendentes de europeus, provavelmente em decorrência da pobreza e das menores oportunidades socioeconômicas, além das dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde. A demora na busca de tratamento possivelmente contribuiu para a maior mortalidade por doenças cerebrovasculares, câncer, doenças cardíacas, diabetes e enfermidades mentais.

No Brasil a probabilidade de ter um recém-nascido de baixo peso, pequeno para a idade ou prematuro, é significativamente maior entre mães pretas ou mulatas quando comparadas a mães brancas, mesmo após anular o efeito da renda e da escolaridade, ou seja, tornando esses grupos de mães comparáveis com relação a essas variáveis.

Há muitas evidências empíricas das relações entre etnia e saúde, entretanto, a maioria dos estudos não consegue separar

adequadamente os efeitos decorrentes da posição social, do nível socioeconômico, das características culturais, de aspectos que poderiam ser decorrentes da discriminação e do racismo. Há uma tendência a considerar qualquer desigualdade como reflexo das condições de discriminação, porém não é tão simples assim. Como todos esses aspectos são socialmente determinados e todos eles têm implicações uns sobre os outros, as questões de etnia e saúde carregam um conjunto complexo de determinações nem sempre passíveis de tratamento estatístico, ou mesmo qualitativo, adequado nas pesquisas populacionais.

DIFERENÇAS NO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

As diferenças no acesso a serviços de saúde têm outro tipo de determinantes. Além das condições socioeconômicas já analisadas em relação ao estado de saúde, nas desigualdades no acesso a serviços importa também a configuração da política nacional de saúde, isto é, quais são os princípios que a constituem, a forma de organização dos serviços e as formas de relação que se estabelecem entre clientela e profissionais de saúde.

No âmbito da política de saúde, os princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam a constituição do sistema de saúde brasileiro podem garantir acesso mais igualitário aos diferentes grupos sociais. Como evidência, podemos comparar a situação observada em dois momentos distintos: um anterior à criação do SUS e outro posterior à sua existência.

Em relação ao primeiro momento, podemos comparar a probabilidade de acompanhamento pré-natal em mulheres brancas, mulatas e pretas, em Ribeirão Preto (SP), no final da década de 1970. É interessante utilizar nesse exemplo dados do estado

de São Paulo, onde a rede de atenção básica sempre foi bastante extensa, não constituindo um obstáculo ao acesso. Tomando como referência as mulheres brancas, a probabilidade de não ter tido acompanhamento pré-natal para as mulheres mulatas era 1,82 vezes maior e para mulheres pretas, 3,47 vezes maior.

Após a criação do SUS, dados de internações hospitalares, de uma amostra significativa da população brasileira em 1998, mostram que não há diferença nas taxas entre brancos e negros. A probabilidade de ter sido internado no último ano é diretamente proporcional à idade, maior entre os indivíduos mais pobres e com menor escolaridade e com pior estado de saúde, independentemente da cor.

Isto não significa que não existam mais diferenças por grupos étnicos no acesso e utilização dos serviços de saúde nem a inexistência de discriminação, mas demonstra que uma política pública de acesso universal pelo menos pode possibilitar acesso ampliado para todas as camadas da população. Certamente continua havendo diferenciais na qualidade da assistência e na possibilidade de utilização de determinados bens e serviços.

Com relação à organização dos serviços, estudo realizado no Rio de Janeiro, sobre a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, mostrou probabilidades distintas de obter um cuidado pré-natal adequado para mulheres brancas, mulatas ou pretas. A proporção de mulheres sem assistência pré-natal, embora baixa em todos os grupos, foi significativamente mais alta em pardas (4,7%) e pretas (6,7%) quando comparadas às gestantes brancas (2,5%).

Nessa mesma pesquisa, as autoras encontraram diferenças significativas na probabilidade de receber anestesia durante o

parto para as gestantes brancas (86,5%) quando comparadas a gestantes negras (78,2%). Menor proporção de mulheres brancas (18,5%) teve de procurar mais de uma maternidade até ser atendida quando comparadas a mulheres pardas (28,8%) ou pretas (31,8%).

Parte dessas diferenças pode ser atribuída a diferentes condições socioeconômicas, porém, mesmo após levar em conta o nível de escolaridade como indicativo da posição social, as diferenças permanecem.

RACISMO E DISCRIMINAÇÃO

O termo racismo refere-se a uma ideologia social de inferioridade, que é usada para justificar o tratamento diferencial concedido a membros de grupos raciais ou étnicos, por indivíduos e instituições, usualmente acompanhados por atitudes negativas de deprecição com relação a esses grupos. As manifestações de racismo variam consideravelmente segundo tempo e lugar, sendo geralmente produzidas por sociedades nas quais a distribuição desigual do poder está baseada não apenas na posição de classe, mas são atravessadas também pela noção de raça ou etnia.

A discriminação racial ou étnica é um fenômeno estruturado e sancionado socialmente, justificado pela ideologia e expresso através de interações entre indivíduos e instituições; baseada na dominação, visa a manter privilégios para os grupos dominantes à custa de privação e exclusão dos demais.

Uma sociedade racista acaba por reproduzir a discriminação em toda a estrutura social, limitando e restringindo o desenvolvimento econômico e social não apenas dos grupos discriminados, mas da sociedade como um todo. Os integrantes dos grupos

étnicos ou raciais discriminados sofrem vários tipos de desvantagens, acumulando-se os efeitos da discriminação econômica, segregação espacial, exclusão social, destituição do poder político e desvalorização cultural.

A segregação significa restrição das possibilidades de acesso a oportunidades de educação e emprego, resultando em inserção social desvantajosa e ausência de mobilidade social. As diferenças em relação à riqueza são particularmente marcantes no caso da segregação racial contra os negros norte-americanos. A riqueza mediana das famílias brancas, em 1994, era de aproximadamente 44 mil dólares enquanto para as famílias negras era de apenas quatro mil dólares, portanto 11 vezes menor.

O racismo significa também maior probabilidade de exposição a experiências pessoais de discriminação. A percepção de discriminação varia com o nível socioeconômico dos indivíduos, sendo maior entre aqueles mais bem posicionados na escala social. Com relação ao gênero, a discriminação é proporcionalmente mais percebida pelos homens, enquanto a relação com a idade é bastante variável nas diferentes sociedades.

Alguns problemas e comportamentos de saúde apresentam maior associação com a exposição a situações de discriminação e racismo: transtornos mentais, hipertensão arterial, baixo peso e prematuridade, doenças cardíacas, diabetes e obesidade, abuso de álcool e drogas e tabagismo. Os efeitos do racismo e da discriminação sobre a saúde podem ser agudos ou crônicos, agindo provavelmente através dos mecanismos fisiopatológicos do estresse. A experiência de exposição a atos racistas e discriminatórios pode funcionar como um estressor agudo, enquanto viver em uma sociedade racista pode funcionar como um estressor

crônico. Os efeitos podem ser modificados pelos estilos pessoais de adaptação a situações de estresse (*coping*), bem como pelas expectativas dos indivíduos, estrutura comunitária, fatores históricos e políticos de resposta e enfrentamento ao racismo.

No Mississippi, após a abertura dos hospitais públicos aos negros, entre 1965 e 1971, a mortalidade pós-neonatal caiu 50%, demonstrando o impacto da aprovação da lei dos direitos civis sobre a saúde populacional. De forma geral, entre 1950 e 2004, houve acentuada redução da mortalidade infantil entre os negros, como resultado de distintos processos sociais: migrações do sul para o norte e consequente urbanização, crescimento econômico sustentado no país e movimento pelos direitos civis garantindo acesso à educação e saúde.

Os efeitos da discriminação sobre a saúde decorrem de diferentes mecanismos que envolvem a segregação residencial e ocupacional, com aumento da probabilidade de viver em bairros sem acesso a condições mínimas de vida saudável; aumento do risco de exposições a contaminantes ambientais; acumulação das sensações de medo e raiva; aumento de comportamentos insalubres como o consumo de álcool, drogas e tabaco; diagnósticos e tratamentos tardios ocasionados pela menor possibilidade de acesso aos serviços, agravada pela discriminação institucional.

Mesmo em sociedades em que o racismo não é institucionalizado, ou seja, não está legalmente sancionado, a prevalência da experiência de exposição a agressões motivadas pelo racismo pode ser impressionantemente alta. Em pesquisa realizada no Reino Unido no final dos anos 90, com grupos étnicos minoritários, foram relatadas agressões físicas motivadas pelo racismo por 3% dos entrevistados, 12% de agressões verbais, e 64% deles

acreditavam que os empregadores exerciam algum tipo de discriminação nas contratações de trabalho.

Um aspecto que tem sido observado nas pesquisas empíricas sobre racismo e discriminação é a chamada dissociação pessoa/grupo. Os entrevistados tendem a identificar e reconhecer maior discriminação contra o grupo ao qual pertencem do que contra si mesmos. Este aspecto é visto como um recurso adaptativo que leva à negação da discriminação, visando a limitar ou conter os efeitos nocivos dessa percepção sobre a saúde.

A proporção de recém-nascidos com menos de 1.500 gramas de peso ao nascer é três vezes maior entre mães negras de Chicago que referem experiências de discriminação racial. Este aumento de risco não é explicado pela idade, número de filhos anteriores, assistência pré-natal, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas ou pela inexistência de rede social de apoio. Pesquisa comparando a chance de ter um bebê com peso muito baixo mostra que ela varia com a composição racial do casal. Casais com pais e mães brancos têm menor chance de terem bebês com menos de 1.500 gramas. Em seguida, em ordem crescente de risco, vêm os casais formados por mães brancas e pais negros, mães negras e pais brancos e mães e pais negros.

A discriminação pode assumir muitas formas, embora o racismo seja uma das mais importantes. O direito a receber tratamento igual, isto é, não-discriminação, é um dos aspectos fundamentais dos direitos humanos. Ninguém deve ser tratado de maneira diferente e negativa com base nas diferenças de gênero, etnia, crença religiosa, orientação sexual ou incapacidade.

Em termos operacionais, a discriminação pode ser captada com a investigação de ocorrência de tratamento ofensivo. No

inquérito nacional de saúde realizado na Suécia, em 2006, 6,7% da população relatou ter sido vítima de tratamento ofensivo. Destes, 35% relacionaram o fato a alguma forma de discriminação. A maioria das mulheres atribuiu esse tratamento ofensivo a questões de gênero ou idade, ao passo que os homens referiram mais a questões étnicas.

As pessoas que relataram ter sofrido algum tipo de discriminação apresentaram maior prevalência de saúde mental ruim, ansiedade e depressão, estresse, problemas graves de sono, ideação suicida, tentativas de suicídio, baixa autoestima e doenças físicas.

A discriminação percebida também está relacionada com comportamentos de saúde e busca por assistência médica. O mesmo inquérito realizado na Suécia analisou a probabilidade de refrear a busca por serviço de saúde na presença de uma necessidade sentida entre indivíduos que referiram ou não discriminação. Após controlar por idade, escolaridade, presença de doenças crônicas e viver sozinho, os pesquisadores observaram que quanto maior a frequência de exposição a situações de discriminação, maior a probabilidade de refrear a busca a serviços de saúde, ainda que o comportamento ofensivo não estivesse relacionado com esses serviços.

Os autores do inquérito citado analisaram ainda o efeito da interação entre desvantagem econômica e percepção de discriminação, encontrando que homens que não apresentavam desvantagem econômica, sujeitos a tratamentos ofensivos atribuídos à discriminação, tiveram 5,6 vezes maior probabilidade de não procurar um serviço de saúde, do que os que não sofreram nenhum tipo de tratamento ofensivo. Para as mulheres em igual

situação, a probabilidade de refrear a busca a serviços foi 4,2 vezes maior. Para os indivíduos com desvantagem econômica e percepção de tratamento discriminatório, a probabilidade de não procurar serviços de saúde foi 12,0 vezes maior entre os homens e 11,6 vezes maior entre as mulheres.

Um achado interessante desse inquérito é que se a pessoa que referia ter sofrido algum tipo de tratamento ofensivo não fosse capaz de identificar uma razão para o mesmo, não se observava maior probabilidade de não procurar serviços de saúde. Para os homens as razões de discriminação que estiveram mais associadas com a diminuição da procura destes serviços foram, em ordem decrescente de risco: religião, etnia ou raça, gênero e idade. Para as mulheres as razões foram: etnia ou raça, religião, gênero e idade.

Embora só recentemente as pesquisas em saúde tenham começado a se interessar pela questão da discriminação e de suas repercussões nas condições de vida e no perfil de morbimortalidade dos grupos sociais, já existem evidências importantes sobre esses aspectos.

Geralmente as pessoas que vivenciam situações de discriminação são mais vulneráveis também porque, com maior probabilidade, não podem contar com uma rede de suporte social, emocional, afetivo e prático, não confiam nas instituições nem nas pessoas com as quais convivem. Uma demonstração da importância da rede de suporte social é fornecida pela análise de uma situação limite de discriminação, como foi o extermínio dos judeus durante a ocupação nazista na Holanda. Estudo feito a partir das informações do censo da população judaica, realizado pelas autoridades nazistas, e das informações de mortalidade nos

campos de extermínio permitiu verificar que a sobrevivência estava associada a ter familiares não judeus, pertencer a famílias não ortodoxas em questões religiosas, pertencer a famílias com vertidas a outras religiões ou ter domínio da língua alemã.

Estudo conduzido em instituições andaluzas para menores infratores encontrou piores condições de saúde entre crianças e adolescentes de origem cigana nascidas na própria Espanha, quando comparadas com crianças imigrantes de outros países europeus e não europeus com situações socioeconômicas piores, sugerindo, assim, a existência de efeitos deletérios decorrentes da discriminação social contra esse grupo na sociedade espanhola.

Embora comecem a haver estudos de desigualdades sociais em saúde, enfocando especificamente os efeitos deletérios das situações em que a distribuição de poder é assimétrica entre diferentes grupos sociais, seja por questões relacionadas à idade, gênero, etnia, religião, seja por questões relacionadas à classe social ou às condições materiais de vida, ainda há um longo caminho a percorrer na compreensão de fenômenos com essa complexidade.