

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

MARISSA SCÁRDUA DE OLIVEIRA

**MULHER E NEGRA: AVALIAÇÃO DA DESIGUALDADE DE SAÚDE NO BRASIL
PELO RECORTE DE GÊNERO E RAÇA**

JUIZ DE FORA
2023

MARISSA SCÁRDUA DE OLIVEIRA

**MULHER E NEGRA: AVALIAÇÃO DA DESIGUALDADE DE SAÚDE NO BRASIL PELO
RECORTE DE GÊNERO E RAÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais. Área de concentração: Cultura, Poder e Instituições.

Orientador: Prof. Dr. João Assis Dulci

JUIZ DE FORA
2023

MARISSA SCÁRDUA DE OLIVEIRA

**MULHER E NEGRA: AVALIAÇÃO DA DESIGUALDADE DE SAÚDE NO BRASIL PELO
RECORTE DE GÊNERO E RAÇA**

Dissertação
apresentada ao
Programa de Pós-
graduação em
Ciências Sociais
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestra em
Ciências Sociais.
Área de
concentração:
Cultura, Poder e
Instituições.

Aprovada em 6 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a) Dr(a) João Assis Dulci - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a) Dr(a) José Alcides Figueiredo Santos

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a) Dr(a) Gilmara Santos Mariosa

Faculdade Machado Sobrinho

Juiz de Fora, 12/01/2023.



Documento assinado eletronicamente por **João Assis Dulci, Professor(a)**, em 08/02/2023, às 12:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **JOSÉ ALCIDES FIGUEIREDO SANTOS, Usuário Externo**, em 09/02/2023, às 10:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **GILMARA SANTOS MARIOSA, Usuário Externo**, em 09/02/2023, às 11:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1109625** e o código CRC **1E8991F1**.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Scárdua de Oliveira, Marissa .

Mulher e negra: avaliação da desigualdade de saúde no Brasil pelo recorte de gênero e raça / Marissa Scárdua de Oliveira. -- 2023.

136 p. : il.

Orientador: João Assis Dulci

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2023.

1. Desigualdade de saúde. 2. Gênero. 3. Raça. 4. Racismo. 5. Determinantes sociais de saúde. I. Assis Dulci, João, orient. II. Título

Às mulheres que me guiam, me cuidam e encaminham.

AGRADECIMENTOS

A escrita desta dissertação não foi nada fácil. Foram muitos percalços para chegar até aqui e, dentre eles, uma pandemia que mexeu muito com todo mundo. Além da pandemia foram momentos difíceis em nosso país, principalmente para nós que estamos diretamente ligados à, pesquisa e, no meu caso especificamente, ao estudo das desigualdades. De certa forma, isto tudo também me deu motivação para escrever este trabalho, pois ele denuncia a desigualdade no nosso país e as dificuldades que vive a população negra (principalmente mulheres negras). Mas, apesar das dificuldades tive a sorte de (re)encontrar e poder contar com excelentes pessoas que me ajudaram durante todo este processo de pesquisa e escrita.

Agradeço, primeiramente, a Olorum. Por me permitir estar nesta terra, no local onde estou, por me permitir o convívio com pessoas que me ensinam todos os dias e por me permitir aprender com elas e com a caminhada da vida.

À minha família pela dedicação, amor, incentivos, pelos cuidados e por lutarem junto a mim para que esta pesquisa pudesse se concretizar. Vocês são parte essencial da minha vida, muito obrigada.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo acolhimento da minha proposta de pesquisa e pela oportunidade de fazer parte de um ambiente de aprendizado acolhedor e motivador. À PROPP (Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa) pelo financiamento durante o primeiro ano do meu mestrado que me permitiu custear os materiais necessários para minha formação acadêmica .

Aos queridos amigos Jaqueline Ferreira, Leticia Venerando, Filipe Fernandes e Renan Coimbra que sempre estiveram ao meu lado me apoiando, me dando suporte emocional, técnico, acreditando em meu potencial e sempre me colocando para frente para que eu conseguisse terminar este mestrado. Muito obrigada por toda ajuda de vocês, por não me deixarem surtar e nem desistir desta pesquisa.

À querida amiga Milena Regina, um agradecimento especial. Sem sua ajuda esta pesquisa não seria possível. Sou eternamente grata por todos os nossos anos de amizade, por toda escuta atenta, carinhosa, respeitosa e por ter a oportunidade de caminharmos juntas nesta vida. Eu aprendo todos os dias com você e tenho muito orgulho e admiração pela mulher super inteligente e maravilhosa que você é. Essa pesquisa tem muito de você, amiga. Obrigada por todo conhecimento compartilhado, bibliografias, conversas, direcionamentos e por sempre me segurar pela mão nestes longos anos de amizade.

Ao meu orientador João Assis Dulci pelo acolhimento e comprometimento com minha pesquisa, pelos ensinamentos, motivação e por toda ajuda concedida durante minha formação.

Ao professor José Alcides por toda ajuda e ensinamentos, sendo parte essencial para que este trabalho viesse a se concretizar. Sua disponibilidade e dedicação à pesquisa são um exemplo. Obrigada por nos mostrar que conhecimento se constrói com dedicação, humildade e partilha.

*“Atravessei o mar, um sol da América do Sul me guia.
Trago uma mala de mão, dentro uma oração, um
adeus. Eu sou um corpo, um ser, um corpo só. Tem cor,
tem corte e a história do meu lugar. Eu sou minha
própria embarcação. Sou minha própria sorte”.*

(Luedji Luna)

RESUMO

O presente trabalho apresenta as discussões acerca da desigualdade de saúde de acordo com a visão de um novo paradigma, que considera os fatores sociais como determinantes das condições de saúde e doença. Dessa forma, a categoria “gênero” e “raça” servirão como um destaque para mostrar a influência das distinções entre mulheres brancas e negras ao que diz respeito no estado de saúde dos indivíduos na sociedade brasileira. Como grande parte da literatura acerca da saúde abarca as questões relativas aos aspectos socioeconômicos, neste trabalho os usaremos como a categoria de classe social. Vale a pena lembrar de que a desigualdade de saúde pode ser estudada tanto por seu aspecto de morbidade, quanto ao que diz respeito à mortalidade.

Raça hierarquiza, atua enquanto marcador social de diferença entre grupos e trata-se, também, de um fator produtor de desigualdades de poder, recursos e oportunidades, principalmente quando associada aos demais fatores socioeconômicos que afetam os estados de saúde dos indivíduos. Para testar a hipótese propõe-se o uso dos microdados da (Pesquisa Nacional de Saúde) relativa ao ano de 2013.

Palavras - chave: Desigualdade de saúde, gênero, raça, racismo, determinantes sociais de saúde.

ABSTRACT

The present work presents discussions about health inequality according to the vision of a new paradigm, which considers social factors as determinants of health and disease conditions. In this way, the category “gender” and “race” will serve as a highlight to show the influence of distinctions between white and black women with regard to the health status of individuals in Brazilian society. As a large part of the literature on health encompasses issues related to socioeconomic aspects, in this work we will use them as the social class category. It is worth remembering that health inequality can be studied both in terms of morbidity and mortality.

Race hierarchizes, acts as a social marker of difference between groups and is also a factor that produces inequalities in power, resources and opportunities, especially when associated with other socioeconomic factors that affect the health status of individuals. To test the hypothesis, we propose the use of micro data from the (National Health Survey) for the year 2013.

Key words: Health inequality, gender, race, racism, social determinants of health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. DESIGUALDADE DE SAÚDE, DESIGUALDADE DE SAÚDE EM GÊNERO E DESIGUALDADE RACIAL DE SAÚDE	24
2.1. DESIGUALDADE DE SAÚDE: DEFINIÇÃO E DEBATE	25
2.2. DESIGUALDADE DE SAÚDE EM GÊNERO.....	33
2.3. DESIGUALDADE DE SAÚDE EM RAÇA.....	38
2.4. DIVISÕES DE CLASSE E DESIGUALDADE DE SAÚDE.....	43
3. A SAÚDE DA MULHER NEGRA: ENTRELAÇAMENTOS E CONSTITUIÇÕES HISTÓRICAS	48
3.1. ARTICULANDO OS CONCEITOS DE CLASSE, RAÇA E RACISMO NA SAÚDE DE MULHERES NEGRAS	49
3.2. VULNERABILIDADE DE MULHERES NEGRAS NOS TRATAMENTOS DE SAÚDE	59
3.3. POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES: A PNSIPN E A PAISM	66
4. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E OPERACIONALIZAÇÃO DE INDICADORES	77
4.1. CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SOCIOLOGIA DA SAÚDE	77
4.2. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CAMPO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL	83
4.3. OPERACIONALIZANDO CONCEITOS: FATORES SOCIAIS ASSOCIADOS ÀS DESIGUALDADES DE SAÚDE.....	94
4.3.1 Status Socioeconômico	94
4.3.2. Idade.....	96
4.3.3. Condições Materiais.....	96
4.3.4 Região Geográfica e Lugar	98
4.3.5 Comportamento e Estilos de Vida.....	99
4.3.6 Escolaridade.....	101

4.3.7 Trabalho e Ocupação	103
5. MÉTODOS, RECURSOS E RESULTADOS	107
5.1. A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE	108
5.2. SOBRE A REGRESSÃO LOGÍSTICA	110
5.3. RESULTADOS	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
7. REFERÊNCIAS	129

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - The Main Determinants of Health	88
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Brasil: Classificação Socioeconômica por Categorias Empíricas e Critérios Operacionais	102
Tabela 2 - Estimativa do efeito de raça (não branco) condicional a ser mulher	111
Tabela 3 - Estimativa do efeito de raça (não branco) condicional a ser homem	111
Tabela 4 - Estimativa do efeito de raça (branco) condicional a ser mulher	112
Tabela 5 - Estimativa do efeito de raça (branco) condicional a ser homem	112
Tabela 6 - Estimativa do efeito de raça (ser parda e preta) condicional ao topo social e à mulher	113
Tabela 7 - Estimativa do efeito de raça (ser parda e preta) condicional a empregado qualificado e à mulher	114
Tabela 8 - Estimativa do efeito de raça (ser pardo e preto) condicional a pequenos ativos e à mulher	114
Tabela 9 - Estimativa do efeito de raça (ser pardo e preto) condicional a trabalhador típico e à mulher	115
Tabela 10 - Estimativa do efeito de raça (ser pardo e preto) condicional a destituído e à mulher	116
Tabela 11 - Estimativa do efeito de raça condicional a não ter educação formal e ser mulher negra	117
Tabela 12 - Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação fundamental incompleta e ser mulher negra	118
Tabela 13 - Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação fundamental completa e ser mulher negra	119
Tabela 14 - Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação média incompleta e ser mulher negra	120
Tabela 15 - Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação média completa e ser mulher negra	121
Tabela 16 - Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação superior incompleta e ser mulher negra	122
Tabela 17 - Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação superior completa e ser mulher negra	123
Tabela 18 - Papel mediador da educação na desvantagem da mulher negra (sem controle de nível de escolaridade)	124

Tabela 19 - Papel mediador da educação na desvantagem da mulher negra (com controle de nível de escolaridade)	124
Tabela 20 - Desvantagem da mulher negra e papel de classe nesta desvantagem (sem controle)	125
Tabela 21 - Desvantagem da mulher negra e papel de classe nesta desvantagem (com controle)	125
Tabela 22 - Efeito racial condicional ao gênero e à área rural: mulher parda e preta	126
Tabela 23 - Efeito racial condicional ao gênero e à área urbana: mulher parda e preta	126

1. Introdução

A saúde transformou-se em um valor intrínseco às sociedades atuais, que têm tentado desenvolver técnicas para aumentar o acesso da população ao uso de serviços médicos. Mas apesar de o acesso da população ao consumo destes serviços ter aumentado percebe-se que há ainda grande desigualdade no que condiz este campo, principalmente quando se fala em classe social, gênero e raça (Adam e Herzlich, 2001). A influência dos fatores sociais ao acesso de saúde liga-se a uma grande seletividade de indivíduos a riscos, à preferência de determinadas classes a serviços de saúde de qualidade em detrimento de outras, às diferenças no tratamento dos indivíduos nas diferentes formas de fornecimento de serviços de saúde, à aplicação dos custos ou benefícios entre as classes sociais - entre outros - tendo as condições sociais uma atuação enquanto metamecanismo responsável pela perpetuação das desigualdades em saúde através da posição socioeconômica (Lutfey e Freese, 2005 e 2011 *apud* Figueireido Santos, 2020, pp. 2). Todos estes fatores atuam de forma a contribuir para um prejuízo ou melhora do estado de saúde dos indivíduos e, então, percebemos como alguns grupos são afetados de uma forma pior em relação a outros.

De acordo com Schwarcz (2012), “com efeito, raça persiste como representação poderosa, como um demarcador social de diferença - ao lado de categorias como gênero, classe, região e idade, que se relacionam e retroalimentam - a construir hierarquias e delimitar discriminações” (SCHWARCZ, 2012, pps. 33-34). Neste sentido, as desigualdades raciais de saúde são um tipo demarcado e específico de desigualdade nas quais, podemos dizer, há uma tendência de indivíduos negros possuírem estilos de vida e padrões de consumo de bens e serviços (incluindo o consumo de serviços médicos) que contribui de forma direta para um estado de saúde pior em relação aos indivíduos brancos. De acordo com a teoria dos autores Adam e Herzlich (2001), existe uma conexão entre fenômenos biológicos e sociais. Na grande maioria das vezes faz-se necessário pensar em causas para se esclarecer condições de saúde nos indivíduos (Adam e Herzlich, 2001). Neste sentido, a comparação entre negros e brancos no que diz respeito a nível de escolaridade, renda, níveis de salubridade no emprego nos fornece um melhor panorama e uma melhor compreensão acerca da temática da desigualdade racial de saúde no Brasil. Nas literaturas sobre as desigualdades raciais de saúde - que no Brasil ainda é pouco extensa (CHOR e LIMA, *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011c, pp. 5) - existe uma ampla concordância que a população negra possui padrões de saúde inferiores à população branca.

Quando comparados diferentes aspectos socioeconômicos e de saúde da população negra com relação à população branca percebemos uma grande desigualdade entre estes grupos, tendo a população branca melhores índices de saúde em comparação com a população negra. Apesar de nos últimos anos as taxas de mortalidade na população brasileira ter diminuído e as taxas de expectativa de vida ter aumentado (IBGE, 2019), indivíduos negros ainda apresentam taxas de mortalidade e de morbidade mais altas em comparação com os demais grupos, de acordo com reportagem das nações unidas no Brasil. Tendo por base esse breve panorama, surge o questionamento: por que mulheres negras possuem piores padrões de saúde quando comparadas à mulheres brancas, homens negros e homens brancos? Esta desigualdade é maior na base da pirâmide social ou no topo? Classe é fator protetivo para os processos de saúde e adoecimento em mulheres negras? Tendo em vista o retorno que podemos dar para a sociedade através da resposta desta pergunta e a análise dos dados correspondentes a esse campo é que o debate e a dissertação sobre o tema mostram sua importância.

Diante do exposto, investigaremos padrões de desigualdade de saúde na perspectiva de vida feminina e masculina (com fins de comparação), na sociedade brasileira, entre negros e brancos e sob a influência de fatores como renda, nível de escolaridade, gênero, região, classe, dentre outros. De forma geral, o objetivo desta dissertação debruça-se a verificar como a raça opera desigualdades de saúde no grupo feminino, dentro das duas categorias (negros e brancos), e como os fatores anteriormente citados influenciam nessa desigualdade. A hipótese é de que estas divergências estão ligadas à raça e ao racismo e às diferenças socioeconômicas entre e dentro dos grupos (partindo-se do pressuposto de que mulheres negras possuem padrões ainda piores do que homens, visto todo processo de construção da sociedade passar por um modelo patriarcal). Investigar como a raça e os fatores socioeconômicos atuam para a explicação e determinação das desigualdades de saúde entre os grupos é uma forma de explicitar o problema aqui exposto. Acredita-se que as diferenças de saúde entre os dois grupos (negros e brancos) mudam não somente de acordo com os fatores socioeconômicos e de classe, mas também de raça. Dependendo do contexto em que o indivíduo se insira, estas divisões podem aumentar conforme a categorização a qual for submetida.

A saúde é distribuída segundo padrões sociais, econômicos, políticos e de raça. Neste sentido, indivíduos de classe social inferior possuem tendência a ter menores taxas de expectativa de vida e maiores taxas de morbidade e mortalidade em detrimento de indivíduos de classe social superior. Isto deve-se ao fato de que aqueles que estão em posição social mais

favorecida tendem a estar menos expostos a fatores de risco do que aqueles que se encontram em uma classe inferior, que possuem uma desvantagem no que diz respeito à condição social/doença (House et al., 1994 e 2005; House e Williams, 2000; Lahelma, 2010 *apud* Figueiredo Santos, 2020, pp. 1-2). Ou seja, indivíduos localizados em estratos superiores, conseguem dispor de melhores condições de saúde por terem maior acesso às tecnologias de longevidade, maior acesso a uma educação e informação de qualidade, maior acesso a lazer, esportes, eventos culturais e etc. supondo um *feedback* de maior retorno em relação a capital social e monetário para o investimento em si, o que poderia garantir uma perspectiva de vida maior do que aqueles que não possuem estes recursos ou possuem em grau de qualidade inferior às classes superiores.

O racismo adentra neste contexto quando percebemos que existe uma grande concentração de indivíduos negros em classes sociais mais baixas, resquício da escravidão no nosso país, o que gera inúmeros desafios para essa população incluindo aqueles que dizem respeito ao campo da saúde. Ao conferir poder de controle de bens públicos e simbólicos a uma classe branca, reforça-se a ideia de “superioridade de raças”, que além de dificultar o acesso de indivíduos negros a estes bens, gera desigualdades, iniquidades e impossibilita a ruptura desses padrões. Sendo assim, através da comparação entre brancos e negros dentro dos estratos sociais, comprovaremos as desigualdades existentes entre ambos os grupos no tocante aos aspectos raciais.

A desigualdade de saúde e sua distribuição é um tipo de diferença em que se pode haver modificação, daí sua qualidade de desigualdade. Explicada por Therborn (2010), como um conceito verticalizado, dotado de particularismos, podendo ser assimilado ao processo de violação de uma norma moral de igualdade entre os seres humanos, a desigualdade assume uma perspectiva de injustiça, não se tratando apenas de uma categorização. Ainda segundo este autor, desigualdades são “diferenças hierárquicas, evitáveis e moralmente injustificadas” (THERBORN, 2010, pp.146). Neste sentido, as desigualdades de saúde não somente existem, como também perduram. Como demonstram estudos e também como citado acima, quanto maior a posição social, maior o poder socioeconômico, menor é a exposição aos fatores de risco e maior é a probabilidade de se ter melhores perspectivas de saúde.

De acordo com Figueiredo Santos (2020), as condições sociais expõem os indivíduos a fatores de risco, assim como é responsável, também, pelo acesso às formas de manutenção dos estados de saúde ou de combate à doença, “atuando como fatores subjacentes que colocam as pessoas ao ‘risco de riscos’” (Figueiredo Santos, 2020, pp. 2). O autor (2020) nos diz que os

fatores sociais condicionam os indivíduos a recursos e situações que podem contribuir para seus estados de saúde de forma melhor ou pior e que as desigualdades em recursos para a saúde, tais como seletividade social na exposição dos riscos, preferências de saúde de determinados grupos em detrimento de outros, divergências de tratamento, distribuição de recursos para os “fornecedores” de tratamentos médicos (que podem promover ou comprometer a saúde), entre outros, atuam enquanto metamecanismos das condições sociais fazendo com que a relação entre posição socioeconômica e saúde se mantenha com o passar dos anos (Lutfey e Freese, 2005 e 2011 *apud* Figueiredo Santos, 2020, pp. 2).

Em relação ao racismo, o mesmo se renova na sociedade conforme o passar dos anos, influenciando na forma como determinados grupos são tratados e na distribuição de acessos e oportunidades para estes. Ele cria e reproduz vulnerabilidades e barreiras ao acesso no consumo de determinados bens e produtos, incluindo bens e serviços relativos à saúde. Desta forma, a população negra encontra-se em um patamar de desigualdade muito grande em relação à população branca devido às suas condições de inserção social na sociedade juntamente a outras como: moradia, renda, saúde, localização geográfica, autoconceito positivo ou negativo do estado de saúde (nas pesquisas referentes à auto-avaliação), mobilidade social e outras. O processo de escravização da população negra e sua posterior reinserção na sociedade não ocorreu de forma completa, uma vez que o negro permanece excluído até os dias atuais ocupando, em sua grande maioria, postos de pouco prestígio social e tendo pautas importantes de garantias sociais ignoradas. Estes fatos geram para estes indivíduos um acesso a direitos e

oportunidades muito desigual e injusta, não somente às questões que dizem respeito à saúde, mas em diversos aspectos de suas vidas de uma forma geral. O preconceito e a discriminação estão presentes de forma muito forte nas vidas diárias dos negros e a lentidão na implementação de políticas públicas e de ações afirmativas em nossa sociedade contribui para o reforço de todos estes aspectos contra esta população.

Apesar do enfoque deste trabalho estar nas avaliações de saúde, não quer dizer que outros aspectos relativos à raça não serão apresentados, até mesmo porque é impossível falarmos em desigualdades de saúde relativas à raça sem tentar demonstrar um panorama geral sobre a situação de vida da população negra no Brasil, uma vez que aspectos como renda, classe social, escolaridade, região geográfica, gênero, dentre outros são fortes determinantes sociais de saúde nesta população. Toda a trajetória desde a escravidão reflete de forma negativa as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde e adoecimento da

população negra e, considerando que o Brasil é um país extremamente desigual e com uma grande concentração de indivíduos negros, é instigante pensar como são poucos os estudos que investigam as desigualdades de saúde dessa população em relação à população branca visto que, como dito anteriormente, há ainda uma carência de pesquisas nacionais que observem como a raça opera desigualdades na distribuição de saúde (CHOR e LIMA, *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011c, pp. 5). Portanto, pretendemos investigar neste trabalho quais são as influências de gênero e de raça na saúde da população negra, como o racismo pode atuar enquanto fator explicativo para estas desigualdades e fazer um comparativo com a saúde da população branca. Esta é uma forma de não somente contribuir para a disseminação de conhecimento acerca do tema das desigualdades raciais de saúde em gênero, mas também apontar as carências e deficiências de políticas públicas de acolhimento, inserção e tratamento da população feminina negra do nosso país.

Para realizar este apanhado acerca das diferenças de saúde entre as mulheres negras e mulheres brancas, homens brancos e homens negros, teremos dois momentos nesta dissertação: o primeiro diz respeito à revisão bibliográfica dos conteúdos que vêm sendo trabalhados sobre o assunto das desigualdades de saúde da mulher negra em nosso país. O intuito é tentar demonstrar como têm sido pensados e direcionados os trabalhos a respeito da saúde das mulheres negras no Brasil e como vem sendo construído o campo sobre esta temática em nosso país. O segundo momento é o que diz respeito à análise dos dados acerca da temática que está sendo proposta. Ou seja, analisar os efeitos de raça na saúde dos indivíduos através da pesquisa quantitativa fazendo um comparativo entre mulheres negras e mulheres brancas, homens brancos e homens negros e demonstrar como os efeitos de classe social, renda, trabalho, nível de escolaridade, riqueza, gênero, região influenciam os estados de saúde deste grupo (mulheres negras) em relação aos demais. De acordo com Carvalhaes (2013), todos os processos de mudanças sociais (econômico, desenvolvimentista, transição epidemiológica, ...) sugerem a necessidade de estudar não somente os processos de saúde e adoecimento dos indivíduos pela via da carência, senão dos aspectos sociais e de desigualdade como um todo para a compreensão da ocorrência destas divergências nos estados de saúde dos indivíduos, uma vez em que houve um grande processo de modificação dos aspectos socioeconômicos e epidemiológicos da população (CARVALHAES, 2013, pp. 15).

Para realizar este apanhado acerca dos estados de saúde dos indivíduos, utilizarei a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2013. A escolha das base de dados deve-se, principalmente, por ser uma base de ampla abrangência não somente em

questão territorial como, também, pela forma como a pesquisa é realizada. A PNS é uma pesquisa domiciliar de âmbito nacional realizada em parceria com o IBGE. Sua primeira aplicação ocorreu no ano de 2013 e pretende-se uma periodicidade de cinco anos. A pesquisa é composta por três questionários: o domiciliar, que diz respeito às características do domicílio e com os mesmos moldes do censo demográfico e da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar). O questionário referente a todos os moradores do domicílio que é um complemento ao suplemento de saúde da PNAD e o questionário individual, que é respondido por um morador de 18 anos ou mais selecionado de forma aleatória entre os indivíduos residentes no domicílio com foco nas principais doenças crônicas não transmissíveis, estilos de vida e acesso à saúde e atendimento médico. Através da pesquisa, é possível recolher informações sobre características de estilo de vida e comportamentais (hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, massa corporal, etc...). A PNS é uma subamostra de uma amostra mestre do IBGE e permite a estimação de indicadores no nível de UF, capital, e região metropolitana. As estimativas dos dados recolhidos das bases de dados serão aferidos no programa estatístico Stata. A análise dos dados dar-se-á pela confecção de tabelas com os resultados obtidos através do programa estatístico citado e serão apresentados através de porcentagens indicativas das diferenças nos estados de saúde dos indivíduos.

De forma geral e breve, o intuito geral é o de chamar atenção para a forma como a raça opera desigualdades nos estados de saúde das mulheres negras em relação aos indivíduos brancos e como raça, assim como classe, é um fator explicativo para que tais diferenças existam e se perpetuem através dos anos em nossa sociedade. Ou seja, tentaremos demonstrar como os processos de raça foram construídos e se estabeleceram nas bases da nossa sociedade, a forma como ela opera até os dias atuais, como ela afeta as populações que sofrem por causa de todo este processo de desigualdade e, a partir daí, tentar traçar um panorama sobre seus efeitos diretos e indiretos nos estados de saúde dos indivíduos. Tendo em mente o tipo de investigação que desejamos realizar, a dissertação será dividida em cinco capítulos conforme explicitado a seguir.

O primeiro, conforme apresentado, trata-se desta Introdução. Nela constam as intenções de investigação, de onde surge a ideia de trazer este trabalho, como a investigação será realizada, de que forma o estudo demonstra ser relevante para a sociedade e para os debates acadêmicos, uma breve estruturação da temática demonstrando conceitos-chave

fundamentais para que ocorra a discussão proposta pelo estudo e uma capitulação dos temas que deverão ser abordados durante a confecção do trabalho.

O segundo capítulo trazido pelo estudo foi titulado como “Desigualdade de Saúde, Desigualdade de Saúde em Gênero e Desigualdade Racial de Saúde” e subdivide-se em quatro subseções. Este capítulo, que é o primeiro teórico, versa sobre as discussões acerca do campo das desigualdades de saúde e de estratificação social no Brasil. Nele, são abordadas as definições referentes ao que é a desigualdade de saúde e como ela se relaciona com os conceitos de raça, gênero e classe numa tentativa de demonstração de como as estratificações sociais colaboram para uma perpetuação de um sistema de desigualdades que afetam diretamente os estados de saúde dos indivíduos. Neste capítulo trabalhamos questões importantes referente à atuação do SUS para a diminuição das desigualdades, construção histórica do campo das desigualdades e como vêm sendo trabalhadas as questões sobre raça, gênero e classe. Ou seja, serão definidos conceitos importantes e relativos ao campo das desigualdades de saúde com a finalidade de termos um aprofundamento maior acerca das questões que se desenvolvem ao entorno deste campo e que são importantes demarcadores sociais para os estados de saúde e adoecimento da população.

No terceiro capítulo trazido para a dissertação, é trabalhada a articulação entre os conceitos de raça, classe, racismo e gênero na saúde e como estes afetam as saúdes das mulheres negras no Brasil. O intuito deste capítulo é o de demonstrar as particularidades existentes na saúde da população negra (principalmente das mulheres negras), bem como nas formas como os fatores citados se interceptam de modo a influenciar os estados de saúde destas mulheres no nosso país. Além da contextualização das vulnerabilidades nas quais as mulheres negras estão situadas, do estado de arte de trabalhos com esta temática, na recapitulação histórica da construção das discussões sobre raça, este capítulo dividido em mais três subcapítulos demonstra as formas pelas quais vêm sendo construídas políticas de combate às desigualdades sofridas por este grupo da nossa sociedade.

O quarto capítulo da dissertação trabalha a temática dos determinantes sociais de saúde no Brasil e trata de fazer uma operacionalização dos conceitos que serão utilizados para a formulação dos dados que serão utilizados para testar a hipótese trazida pelo trabalho. Este capítulo traz um histórico de como foi implantado o campo de estudos sobre os determinantes sociais de saúde no Brasil, como as Ciências Sociais traz o campo para dentro da sua esfera de trabalho numa tentativa de explicação de como ele vem se concretizando na disciplina da Sociologia e em como se diferencia da forma como foi constituído em outros países. Também

neste capítulo trazemos os modelos de determinação social proposto por autores e como estes modelos têm sido utilizados em nosso país. O capítulo traz a operacionalização de indicadores associados ao estudo dos determinantes sociais de saúde no Brasil com o intuito de demonstrar como eles funcionam e como se articulam para a promoção das desigualdades sociais observadas.

O quinto e não menos importante capítulo da dissertação traz a metodologia utilizada para a produção dos dados, os resultados encontrados no teste da hipótese e as conclusões que podemos tirar de tudo o que foi discutido durante o estudo. Neste capítulo, além das revisões acerca dos resultados alcançados durante o trabalho, tentamos compreender como estes resultados nos mostra os pontos nos quais ainda necessitamos de uma intervenção mais eficiente das políticas públicas de saúde, principalmente aquelas voltadas para a população feminina negra em nosso país. Acredito que a análise destes dados serve como um alerta para os órgãos competentes de nosso país acerca das demandas e carências que a população feminina negra possui em relação não somente às suas saúdes, mas também à visibilidade das muitas pautas levantadas pelo movimento negro no Brasil.

De forma geral, o estudo trabalha no sentido não somente da reavaliação de uma hipótese de que raça influencia resultados de saúde dos indivíduos, mas, também, na via de uma tomada de consciência e no esclarecimento da necessidade da implementação das políticas públicas de saúde para a população negra e de políticas de ações afirmativas também, já que as desigualdades raciais são fortemente influenciadas pelos aspectos econômicos. De acordo com Guimarães (2001), até meados dos anos 50, apesar dos negros sofrerem preconceito racial, tal não era entendido enquanto preconceito de raça e, quando ocorria, era considerado algo “episódico ou marginal” (GUIMARÃES, 2001, pp. 129). Ou seja, os negros sempre tiveram suas demandas invisibilizadas. O mito da democracia racial apenas contribuiu para o reforço das desigualdades já existentes, uma vez em que não havia, de acordo com Guimarães (2001), “um esforço em combater as desigualdades de renda e de oportunidades sociais entre negros e brancos” (GUIMARÃES, 2001, pp. 125). Sendo assim, este trabalho atua no sentido de demonstrar a realidade em que foram construídos os discursos sobre o negro e como o racismo arraigado em nossa sociedade colabora para a perpetuação das desigualdades existentes há centenas de anos em nosso país.

A título explicativo, cabe salientar que o termo “negro” utilizado durante a dissertação segue a lógica do pensamento de Telles (2003), a qual envolve a inclusão de pretos e pardos

em uma mesma categoria, “como utilizado pelo movimento negro e agora aceito pela mídia e pelo governo, embora no discurso popular se use comumente negro para referir-se aos pretos” (TELLES, 2003, pp.39). Também conforme o autor (2003), a categoria “negro” é preferencial a “não-brancos”, uma vez que a segunda “(...) deveria incluir as populações pequenas e regionalmente localizadas de asiáticos e grupos indígenas, as duas outras categorias do censo (...)” (TELLES, 2003, pp.39) que, apesar de serem importantes, não são o foco da presente pesquisa. Para além disso, o autor (2003) ainda ressalta que “as experiências dos grupos asiáticos e indígenas, menores em tamanho e mais concentrados regionalmente, não são as mesmas que as das populações branca, negra e parda, regionalmente distintas e maiores” (TELLES, 2003, pp. 39). A inclusão da categoria pardo no termo “negro” ainda reconhece que, assim como ocorre com a população preta, as disparidades entre os grupos pardo e branco existem, apesar do menor grau comparativamente à população preta.

Em um país no qual que se observa o regresso de direitos conquistados pela população, a desestruturação das instituições democráticas e a defesa de ideais que afetam diretamente de forma negativa as camadas mais pobres e minoritárias da população é necessário que haja uma movimentação no sentido de defesa dessas minorias e no evidenciamento das desigualdades em que as mesmas se encontram. Sendo assim, este trabalho tem o intuito de dar visibilidade às discussões sobre as mulheres negras, o racismo, as desigualdades de saúde e, também, sobre as disparidades e necessidades da população negra do nosso país, para que haja uma intervenção mais direta e eficaz nas políticas públicas de saúde e de ações afirmativas no que diz respeito ao grupo.

2. Desigualdade de Saúde, Desigualdade de Saúde em Gênero e Desigualdade Racial de Saúde

Neste capítulo trabalhamos sobre a desigualdade de saúde e, também, sobre as desigualdades de saúde em gênero, raça e classe para compreendermos como estas divisões colaboram para o quadro das disparidades de saúde nas mulheres negras em comparação aos demais grupos da sociedade. Algumas pesquisas demonstram que mulheres negras possuem maiores incidências de piores resultados de saúde em comparação às mulheres brancas, homens negros e homens brancos em diversos aspectos de seus estados de saúde mesmo após o controle dos fatores socioeconômicos. Desta forma, as divisões de saúde em gênero, raça e classe representam três pilares importantes para as definições dos estados de saúde dos grupos

minoritários da população, visto que se interconectam mutuamente na produção das desigualdades e produzem efeitos diretos nos estados de saúde dos indivíduos.

2.1. Desigualdade de Saúde: definição e debate

Podemos entender como desigualdade de saúde “diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (BARATA, 2009, pp.11). Ainda de acordo com Therborn (2010), as desigualdades envolvem aspectos de *ranking* através da verticalização de indivíduos, violação de normas morais a respeito de igualdade entre os seres humanos, além de não ser facilmente extingüível. Desta forma, o autor (2010) define: “desigualdades são diferenças hierárquicas, evitáveis e moralmente injustificadas.” (THERBORN, 2010, pp. 146). Sendo assim, as desigualdades de saúde compreendem muito mais do que apenas o aspecto biológico - como era exposto pelas ciências médicas até o início dos anos 60, momento no qual há uma mudança na compreensão das distribuições de saúde através da medicina social, que passa a incorporar os aspectos socioeconômicos como importantes definidores dos processos de saúde e adoecimento dos indivíduos. Ou seja, o conceito de desigualdade de saúde é muito mais amplo e engloba questões políticas, econômicas e sociais. Portanto, não devemos esvaziá-lo ao que diz respeito à sua conotação marcadamente social.

Barata (2009) nos diz que o conceito de desigualdade de saúde, assim como os demais conceitos de desigualdade, envolve características relativas às injustiças sociais demarcadas pelas disparidades entre grupos. Como o assunto que tratamos aqui é referente à saúde, as disparidades ligam-se às “desvantagens sistemáticas de oportunidades de alguns grupos em ser e manter-se sadios” (BARATA, 2009, pp. 12). Sendo assim, gênero e raça captam esse poder diferenciado atuando como uma categoria condicionadora de efeitos diretos e indiretos na distribuição desigual da saúde. A distribuição desigual de recursos entre os grupos sociais gera uma lógica de relações assimétricas, uma vez que o acesso a determinados recursos gera vantagens para um dos lados conferindo-lhe acesso a bens e também diferentes estilos de vida (TILLY, 2006).

De acordo com Therborn (2010) existem três formas básicas da desigualdade: vital, existencial e material. A desigualdade vital diz respeito à desigualdade de saúde e morte. Esta primeira classificação de desigualdade liga-se à ideia de que os estados de saúde e longevidade são distribuídos de acordo com padrões sociais. O autor dá o exemplo de dados

acerca da expectativa de vida e longevidade de acordo com posição de classe e nos diz que esta é uma boa forma de se medir este tipo de desigualdade.

O segundo tipo de desigualdade apresentada por Therborn (2010), é a do tipo existencial. De acordo com o autor, este tipo de desigualdade afeta os indivíduos enquanto tal ao restringir-lhes as liberdades e formas de ação na sociedade, uma vez que nega-lhes o respeito e reconhecimento atuando através da hierarquização e da discriminação. Os grupos sociais minoritários (não em questões numéricas, mas de direitos) são os maiores afetados por este tipo de desigualdade.

Por último, o autor (2010) cita a desigualdade material. Este tipo de desigualdade (também conhecida como desigualdade de recursos) fala-nos sobre as formas distintas de distribuição do acesso a recursos de capital social e de igualdade de oportunidades entre os indivíduos. Ela liga-se à distribuição de renda e riqueza entre os sujeitos e pode ser compreendida enquanto uma desigualdade de recompensas. De acordo com o autor (2010), “Esses três tipos de desigualdade interagem e influenciam uns aos outros. Mas é útil distingui-los porque, assim como eles têm efeitos diversos sobre as pessoas, apresentam trajetórias variadas em períodos distintos, isto é, são determinados por mecanismos causais diferentes” (Therborn, 2010, pp. 147).

Para além das três formas de desigualdades existentes, Therborn (2010) ainda nos diz que elas são produzidas de quatro formas básicas diferentes. A primeira forma de produção da desigualdade trabalhada pelo autor é a exploração. Segundo Therborn (2010):

A exploração não é a causa direta no caso da desigualdade vital — a saúde dos saudáveis não depende da doença e da morte dos outros. Mas há uma rota claramente discernível que vai da exploração dos trabalhadores em empregos arriscados e insalubres, em busca dos lucros, à desigualdade de saúde e de expectativa de vida. Por exemplo: a mineração na África do Sul, na China e na Ucrânia e, de modo geral, o trabalho fabril nas “Zonas Econômicas Especiais” de todo o mundo são famosos pelos efeitos deletérios que têm sobre a vida e a saúde (THERBORN, 2010, pp. 147).

Ou seja, o avanço do capitalismo é responsável pela exploração dos trabalhadores e por produzir e fomentar as clivagens sociais que existem em nossa sociedade. Estas, por sua vez, influenciam diretamente os estados de saúde dos indivíduos, uma vez que classe social possui um grande impacto nas escolhas individuais e, conseqüentemente, em suas chances de vida, já que delimita condições estruturais de ação. Quando dissemos de estratificação de classe, estamos nos referindo à desigualdade de distribuição de poderes e direitos sobre recursos produtivos dentro de uma sociedade, o que acaba por gerar de forma direta influência na vida dos indivíduos e das instituições um posicionamento da estrutura das classes ao acesso

de recursos materiais (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2005, pp. 28). Therborn ainda acrescenta que apesar da exploração ser uma forma repulsiva de produção da desigualdade, ela não é a força principal de geração desta.

A segunda forma de produção da desigualdade abordada pelo autor (2010) é a hierarquização. As hierarquias organizam os indivíduos de acordo com seus *status* social. Desta forma, a hierarquia atua de forma a distribuir reconhecimento e respeito de forma diferenciada entre os indivíduos fazendo com que haja

(...) a existência de diferentes graus de liberdade de agir e os efeitos das hierarquias de auto-respeito e autoconfiança, as hierarquias de *status* social parecem ser uma importante razão subjacente para as desigualdades persistentes de saúde e expectativa de vida. Hierarquias sociais produzem desigualdade existencial, o que, por sua vez, tem sérias conseqüências psicossomáticas (THERBORN, 2010, pp. 148-149).

Levando em consideração que o Brasil possui grande concentração de renda (10% da população mais rica do país concentra cerca de 42% da renda, de acordo com dados do relatório da PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), e que a maioria da população que se concentra em estratos inferiores é feminina e negra, há uma maior probabilidade de que estas mulheres apresentem piores resultados de saúde de acordo com a hierarquização da sociedade. Para além disso, há outros fatores tais quais dupla jornada de trabalho, construção patriarcal da sociedade, racismo, dentre outros que exercem influência no agravamento dos estados de saúde das mulheres principalmente da mulher negra. Tais aspectos serão trabalhados de forma mais aprofundada posteriormente.

A terceira forma de produção de desigualdades apontada por Therborn (2010) é a exclusão. De acordo com o pensamento do autor, apesar de alguns processos de exclusão estarem sendo trabalhados através de políticas públicas em diversos países do mundo, ela permanece sendo aspecto central nas discussões sobre desigualdades. De acordo com Alves Coimbra (2017), a exclusão “permanece a operar mesmo em momentos de suposta inclusão, pois a dinâmica social tende a fazer com que ocorram mudanças de perspectiva sobre o que é valorizado e deslocamentos de prestígio para novas posições ainda não alcançadas pelos grupos em desvantagem (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 21).

Por último e não menos importante, a quarta forma de produção de desigualdade abordada por Therborn (2010) é o distanciamento. O distanciamento refere-se à distância social entre indivíduos provocada pela distribuição de renda, riqueza e oportunidades. Segundo Therborn:

O distanciamento é o principal caminho de aumento da desigualdade hoje. É o mais sutil dos mecanismos, o mais difícil de combater moral e politicamente. Embora seus efeitos sejam muito visíveis no consumo ostentoso, ele opera de maneira mais clandestina do que por princípios atacáveis ou violações explícitas dos direitos humanos. Mas o distanciamento é um mecanismo ou um canal da desigualdade; não é uma força causal (THERBORN, 2010, pp. 151).

Neste sentido, o autor (2010) explica que o distanciamento é o mecanismo pelo qual a desigualdade opera. Ele explicita que as causas que geram o distanciamento são as oportunidades, desvantagens predeterminadas e o isolamento social (2010, pp. 151). Therborn (2010) nos diz que o aumento da desigualdade vital pelo mundo deve-se a fatores históricos, políticos e, em alguns casos, ao “modo de vida” dos indivíduos. O autor nos fala que o fato do topo da pirâmide social estar tomando espaço à frente dos indivíduos da base da pirâmide social não deve ser compreendido como um fator inerente à modernidade, visto que não existe esta mesma tendência em países como Alemanha, França, Suíça e Holanda (THERBORN, 2010, pp. 152)

Ao que se refere à compreensão política acerca do quadro das desigualdades de saúde, Barata (2009) nos diz que o tema vem ganhando cada vez mais importância no cenário mundial através da discussão acerca da saúde enquanto um bem intrínseco e um direito fundamental dos indivíduos. Ela reforça que os dirigentes de alguns países (europeus, principalmente) vêm produzindo um debate sobre como reduzir as desigualdades sociais de saúde. Já outros países (como os norte-americanos), defendem que a saúde é um bem que deve ser administrado individualmente através dos recursos próprios de cada pessoa, seja através dos comportamentos ou através do pagamento de recursos privados de saúde (BARATA, 2009, pp. 12).

Como sabemos, o Brasil é um país que fundou as bases de sua saúde pública através do movimento sanitário que ocorreu a partir dos anos 70 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e que foi possibilitado graças ao *1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva de 1986*, no qual foram debatidas questões acerca da saúde da população brasileira e também foram decididas algumas diretrizes para o funcionamento desta através do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2007, pp. 20). Os movimentos iniciais pela reforma sanitária brasileira ocorreram no período da redemocratização, no qual diversos grupos de diversos setores sociais, em defesa da saúde, criaram, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (FLEURY, 1997 *apud* PAIM, 2007, pps. 20-21). Tratava-se de um movimento popular que buscava a melhoria da saúde da população nos mais diversos

âmbitos. Foi durante o *1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva de 1986* que ficou oficializado como demanda da população a saúde enquanto um bem de direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2007, pp. 22). Ainda de acordo com o autor (2007), é nesse movimento de redemocratização e remodelação da saúde que surge a nomenclatura “Reforma Sanitária”.

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) demandados pela população estão a universalização - a saúde é um direito de todos e deve ser garantida a todos independente de raça, religião, sexo ou outras características pessoais. A equidade - ou seja, tratar com diferença os desiguais, investindo mais onde há maior necessidade, onde as pessoas possuem mais vulnerabilidade - e a integralidade: visando sempre a junção de tratamentos dentro do próprio sistema de saúde, assim como a articulação com demais políticas públicas garantindo qualidade de vida para todos os setores da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 25/02/2020). A respeito dos princípios organizacionais do SUS, estão:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 25/02/2020, disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>).

Toda essa organização do SUS é muito importante para a tentativa de combate das desigualdades existentes em saúde, uma vez que ela visa não somente que as pessoas tenham acesso garantido à saúde, mas que todos tenham acesso à este atendimento de saúde de forma igual e gratuita. Apesar de toda essa defesa da saúde dos indivíduos de forma igualitária, não é este o cenário encontrado dentro do país. E isto diz respeito não somente à forma como foi

constituído o Sistema Único de Saúde, que apesar de suas inúmeras deficiências e ineficiências ainda atua de forma a tentar minimizar as disparidades de saúde que existem dentro do Brasil. Ao falar sobre as desigualdades nos tratamentos médicos no país referimo-nos às disparidades entre os modelos de tratamento de saúde que são disponibilizados para as diferentes classes sociais, à diferenciação na qualidade de cada uma das opções disponíveis no mercado para cada grupo social, às disparidades no tratamento e lido com os indivíduos dentro dos serviços de cuidados com a saúde, dentre outros.

De acordo com Barata (2009), as desigualdades de saúde são documentadas desde o século XIX quando o modelo capitalista e o molde de produção industrial disseminaram não apenas péssimas condições de trabalho, mas a exposição dos indivíduos a estas de forma intensa, além das longas durações das jornadas e em péssimas condições de trabalho. Para além disso, a autora ressalta que no mesmo momento em que ocorria uma intensificação do modelo de produção industrial capitalista há, também, uma ascensão de um novo ideário da burguesia, que permitiu aos reformadores sociais disseminarem suas ideias e ideais contrários aos que vinham sendo instalados nos países. É neste contexto histórico que surgem as primeiras documentações sobre desigualdades sociais e, dentre elas, as desigualdades de saúde

(BARATA, 2009, pp. 13).

Ou seja, apesar de todos os esforços para que a saúde seja um bem de distribuição igualitária para toda a população, ela ainda é um forte demarcador de desigualdades. De acordo com Barata (2009), explicar a ocorrência dessas desigualdades como sendo um problema unicamente do acesso aos recursos de saúde torna-se uma cilada, visto que há estudos que comprovam que as desigualdades de saúde persistem mesmo em países nos quais ocorre a universalização do acesso da população ao sistema de saúde (BARATA, 2009, pp. 14). Ou seja, a desigualdade de saúde é um problema estrutural mais profundo, resultante do processo de estratificação social dos países. Neste sentido, compreender somente a relação existente entre o complexo clínico hospitalar não seria suficiente para explicar a repercussão dos efeitos especiais que possam surgir nas saúdes dos indivíduos (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a; LANG, 2014; WOLFE, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 27).

Barata (2009) ainda argumenta que os estudos que definem as desigualdades de saúde sendo resultado apenas da influência do contexto social, em sua grande maioria, atribuem aos estilos de vida dos indivíduos suas discrepâncias de saúde. No entanto, ela (2009) nos diz que

esta visão exclui o lado social dos estudos e acaba acometendo em erro a visão acerca dos processos sociais de saúde e adoecimento. A autora (2009) acrescenta que a maioria dos estudos acerca da educação sanitária e da saúde pública tradicional baseiam-se neste modelo, mas que

“entretanto, os estudos epidemiológicos têm mostrado que os fatores de risco não conseguem explicar mais do que 25% da ocorrência dos problemas crônicos de saúde” e que apesar de ter sua contribuição para estes quadros, a influência dos estilos de vida não é suficiente para explicar todas as desigualdades apresentadas (BARATA, 2009, pp. 15).

A sociologia da estratificação, portanto, apresenta-se na tentativa de ocupar este espaço enquanto um explicativo para as desigualdades de saúde. No entanto, trata-se este de um campo ainda muito recente em comparação com as teorias acerca de explicações biomédicas (GIDDENS, 2012; LAHELMA, 2001 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 27). Alves Coimbra (2017) nos diz que por tratar-se de um campo ainda em disputa torna-se difícil a determinação de uma definição precisa sobre o que é desigualdade de saúde. Ele (2017) nos diz que por um lado isto pode vir a acarretar em dificuldades para a construção deste campo de estudos, mas que, no entanto, por outro lado, é possível observar como trata-se de um assunto de grande complexidade de entendimento e que pode vir a ser explorado por diversas perspectivas (DEATON, 2002; WOLFE, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 27).

De acordo com Alves Coimbra (2017) há trabalhos recentes nas áreas de epidemiologia social e sociologia médica que demonstram essa complexidade de mecanismos envolvidos quando tratamos sobre desigualdade de saúde, principalmente pelo estado de saúde dos indivíduos serem frutos de movimentos dinâmicos ao longo de suas vidas (COCKERHAM, 2014; LANG, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 28). Outro ponto destacado por Alves Coimbra (2017) é o tipo de investigação feito nos trabalhos que compreendem as medições de saúde, podendo variar entre a mortalidade como fator extremo das distinções socioeconômicas e de saúde (ROGERS, HUMMER e NAM, 2000 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 28), refinamento de exames sobre causas de mortalidade, presença ou ausência de doenças físicas e mentais e autoavaliação do estado de saúde (BATEMAN, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 28).

Pensando em teorias e investigações e pensando em completar de forma breve ao que até aqui fora exposto, Barata (2009) nos diz que podemos identificar quatro grandes teorias

capazes de explicar as desigualdades de saúde e suas respostas nos estados de saúde dos indivíduos. A primeira teoria apontada pela autora é a estruturalista. A teoria estruturalista, assim como o nome sugere, aponta os fatores econômicos e estruturais como sendo os principais responsáveis pela determinação dos estados de saúde dos indivíduos. Neste sentido, quanto menor presença de recursos materiais, mais expostos estariam os indivíduos aos riscos e pior seriam seus estados de saúde. Porém, a teoria “cai por terra”, segundo a autora (2009), diante do impasse de que não necessariamente porque um país é rico que sua população apresentará bons níveis de saúde (BARATA, 2009, pp. 16).

A segunda teoria abordada pela autora (2009) e que tenta explicar as desigualdades de saúde existentes nas sociedades é a psicossocial. Barata (2009) nos diz que nesta teoria as desvantagens sociais atuam como estressores e desencadeadores de piores quadros de saúde entre os indivíduos (BARATA, 2009, pp. 16). De acordo ainda com a teoria, países ou grupos que possuem suas necessidades básicas de saúde atendidas tendem a ver as diferenças na posse de bens, poder e posições de prestígio como fator relevante para as distribuições de quadros de saúde piores entre os indivíduos (BARATA, 2009, pp. 17). Nestes casos, a autora (2009) ressalta que entram em jogo as questões relativas à privação ao acesso de bens. Enquanto na primeira teoria (a estruturalista) vemos a privação total como sendo o responsável pelas determinantes sociais de saúde, na segunda (psicossocial) esta privação é apenas relativa, quer dizer que ela é relativa às diferenças entre grupos dentro das sociedades. Ou seja, a desigualdade social é considerada, nesta teoria, o fator-chave dos processos de adoecimento (BARATA, 2009, pp. 17).

De acordo com Barata (2009), na América Latina, os estudos acerca das desigualdades de saúde e dos processos de saúde e adoecimento vêm sendo feitos através da perspectiva teórica de determinação social (BARATA, 2009, pp. 18). Esta perspectiva, segundo a autora (2009), tenta explicar as desigualdades de saúde de acordo com os “(...) mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença” (BARATA, 2009, pp. 18). Ou seja, muito além da influência da riqueza ou pobreza, os determinantes sociais de saúde são a inclusão ou exclusão social, devendo ser levado em conta o processo de estruturação social através de uma perspectiva histórica e da forma como esta distribuiu e distribui classes e riquezas ao longo de seu processo de construção (BARATA, 2009, pp.18). No caso brasileiro, na visão de

Barata (2009), este processo é explicado através dos modos de vida dos indivíduos, uma vez que esta perspectiva engloba não somente a questão material, mas também os modelos de distribuição e consumo atribuídos a cada grupo social demonstrando, ao mesmo tempo, como o processo ocorre nas esferas individual e coletiva (BARATA, 2009).

Por fim, BARATA (2009) elenca o modelo de teoria ecossocial, que diz respeito à “incorporação, no sentido forte do termo, pelos organismos humanos, dos aspectos sociais e psíquicos predominantes no contexto nos quais os indivíduos vivem e trabalham” (BARATA, 2009, pp. 19). Neste sentido, a teoria leva em consideração o entendimento do homem como um todo, ou seja, não somente aspecto social ou biológico, mas social, biológico e psíquico. Na visão da autora (2009), o homem é responsável por criar as próprias doenças e os meios pelos quais pode combatê-las (BARATA, 2009).

Diante do exposto podemos perceber que o entendimento do campo das desigualdades de saúde demonstra, também, formas de construção e organização da nossa sociedade que influem diretamente nos estados de saúde dos indivíduos. Como vimos acima, as desigualdades de saúde existem mesmo nos países mais desenvolvidos, o que quer dizer, então, que ela não é fruto somente do subdesenvolvimento e, portanto, não é um processo desencadeado somente através da produção econômica de um país, mas também pela distribuição das riquezas que são produzidas. Sendo assim, países com menores desigualdades sociais e com índices de equidade social maiores terão, muito provavelmente, melhores índices de saúde. Esta mesma lógica aplica-se às situações micro, no interior das sociedades e dos grupos sociais. Desta forma, a importância dos estudos acerca das desigualdades de saúde liga-se à compreensão das nossas sociedades, das distribuições sociais, dos processos de estratificação e da forma como estes processos podem e devem ser combatidos ou, minimamente, evitados. Compreender a nossa sociedade e buscar formas de melhorá-la seja através do conhecimento científico ou de políticas públicas é de suma importância para mantê-la em bases iguais de oportunidades para todos os indivíduos que participam e que estão inseridos nela.

2.2. Desigualdade de Saúde em Gênero

Para compreendermos como gênero influencia os estados de saúde dos grupos minoritários, faremos uma breve recapitulação do contexto em que o termo surge e como vêm sendo trabalhado nas diferentes áreas de estudos nos quais se insere para que depois possamos

explicar como este se articula com as diferentes categorizações sociais que articulam desigualdades na saúde dos indivíduos.

Segundo Heilborn e Sorj (1999), os estudos feministas surgem conjuntamente aos estudos raciais nos Estados Unidos na década de 60 originários dos movimentos de protestos dentro das universidades. Ainda de acordo com as autoras (1999) foi através dos cursos universitários que as feministas passaram a fazer as reflexões acerca das mulheres: suas aspirações e experiências (HEILBORN; SORJ, 1999, pp. 185). As autoras (1999) nos diz que este movimento ocorreu de forma diferente no Brasil, uma vez que por aqui não tivemos a mesma radicalidade presente nos movimentos feministas conforme ocorreu nos EUA devido à estruturação desigual da nossa sociedade e, também, devido ao fato do movimento ter se ligado às narrativas da esquerda. Uma segunda característica do surgimento dos estudos feministas no Brasil é que eles reuniram-se primeiramente no meio acadêmico para depois se disseminar nos demais campos da nossa sociedade. Nas palavras das autoras: “as acadêmicas, por sua maior exposição a ideias que circulam internacionalmente, estavam numa posição privilegiada para receber, elaborar e disseminar as novas questões que o feminismo colocara já no final da década de sessenta nos países capitalistas avançados” (HEILBORN; SORJ, 1999, pp. 186).

Diferentemente dos Estados Unidos, as feministas no Brasil procuraram ligar-se à comunidade científica para a obtenção do reconhecimento da área de estudos pelas ciências sociais. De acordo com as autoras “os *Estudos sobre Mulher*, *Estudos de Gênero* ou de *Relações de Gênero* foram as fórmulas encontradas para institucionalizar a reflexão impulsionada pelo diálogo com o feminismo na academia brasileira” (HEILBORN; SORJ, 1999, pp. 187). Cada um destes termos demonstra as limitações e mutações que a área de estudos vai sofrendo ao longo dos anos.

De acordo com Scott (1989), o termo “gênero” aparece primeiramente entre as feministas norte-americanas que desejavam demonstrar que as distinções sexuais entre homens e mulheres muito mais do que apenas tratar-se de um determinismo biológico, possuía sua base essencialmente social. Gênero passou a ser utilizado enquanto uma categoria relacional que se voltava para a compreensão tanto dos homens quanto das mulheres. A categoria de gênero passaria a incluir as experiências pessoais e subjetivas, assim como atividades políticas e públicas para a construção histórica sobre a concepção do papel do que é ser feminino nas sociedades. No Brasil, o termo vai sendo agregado gradativamente à área das

Ciências Sociais a partir dos anos 80, incorporando os homens como categoria de investigação e tendo uma abordagem mais focada na estrutura do que nos indivíduos (HEILBORN; SORJ, 1999, pp. 188). A mudança na nomenclatura favoreceu a aceitação da área dentro da academia e, no Brasil, diferentemente dos Estados Unidos, foi adotado de forma harmônica pelos estudiosos. Nos casos de maior resistência, utiliza-se os dois termos (mulher e gênero) separados por uma barra (HEILBORN; SORJ, 1999, pp. 188).

Após essa breve contextualização sobre como surge o conceito de gênero consideraremos a definição utilizada por Scott (1989) sobre gênero que diz:

Minha definição de gênero tem duas partes e várias sub-partes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (SCOTT, 1989, pp.21).

Desta forma, gênero diz respeito à distinção feita entre homens e mulheres não somente enquanto ao sexo, mas também, e principalmente, àquelas que dizem respeito à distribuição de poder entre ambos e à conferência de papéis sociais a estes grupos. Esta definição é importante pois, de acordo com Barata (2009), “as relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens” (BARATA, 2009, pp. 77).

De acordo com Barata (2009), segundo a epidemiologista Nancy Krieger, a categoria de gênero passou a ser utilizada pelas pesquisas em saúde com a finalidade de nortear pensamentos trazidos pelo movimento feminista a partir do século XX. Barata (2009) nos diz que “uma das preocupações do movimento foi debater as diferenças observadas na inserção e nos papéis sociais de homens e mulheres nas sociedades capitalistas do Ocidente. Dentre os aspectos e as desigualdades enfocadas estavam, desde o início, as desigualdades em saúde” (BARATA, 2009, pp. 74).

As indagações sobre as desigualdades entre mulheres e homens fez com que houvesse o questionamento acerca do determinismo biológico mediar as relações de desigualdade ou se estas eram definidas culturalmente. Desta forma, o conceito de gênero passa a ser proposto para fazer a diferenciação entre estes papéis sociais desempenhados por mulheres e homens na sociedade. A variável gênero capta as desigualdades de poder entre homens e mulheres de forma que o sexo não faria. De acordo com Scott (1989), o gênero é uma categoria que

“rejeita explicitamente as justificativas biológicas” e, também, “é uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres” (SCOTT, 1989, pp. 7). Desta forma, gênero assume maior responsabilidade nas determinações dos estados de saúde, de acordo com Barata (2009). Mesmo quando as referências nos trabalhos sejam feitas ao sexo.

De acordo com Figueiredo Santos (2008), “a identidade de gênero estrutura a experiência, o sentido dado ao mundo e as expectativas dos outros. As relações de gênero, no entanto, ao representarem desigualdades inscritas nas estruturas da sociedade, existem igualmente fora dos modos pelos quais as pessoas categorizam homem e mulher” (FIGUEIREDO SANTOS, 2008, pp. 355-356). Sendo assim, gênero é fator importante para a compreensão das desigualdades de saúde, visto que a alocação dos papéis de gênero de forma diferenciada e a distribuição do poder de forma desigual entre homens e mulheres na nossa sociedade aloca estas últimas em um papel de subalternidade em relação aos homens atuando, assim como as crenças de *status*, de forma desfavorável para as mulheres ao que diz respeito a recursos e oportunidades (FIGUEIREDO SANTOS, 2008, *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp.

68). Ou seja, “o gênero é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana” (SCOTT, 1989, pp.23).

Além da forma da desigualdade pela discriminação de alocação dos papéis sociais de gênero há, ainda, a discriminação baseada em valores que diz respeito às menores recompensas recebidas por mulheres mesmo possuindo as mesmas qualificações que homens e a discriminação relativa à posição, nas quais mulheres recebem recompensas desiguais mesmo ocupando as mesmas posições de emprego do que homens (PETERSEN & MORGAN, 1995: 329-330, *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008, pp. 358). De acordo com Barata (2009), as condições de trabalho exercem grande influência nas desigualdades de saúde, visto que o trabalho feminino encontra-se majoritariamente no desempenho de atividades mal remuneradas. A autora (2009) nos diz que:

Os empregos femininos, além dos salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários, movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. Eventualmente as trabalhadoras ainda estão sujeitas a assédio psicológico ou sexual, agravando as condições de precariedade e desgaste (BARATA, 2009, pp. 84).

Para além da desvalorização do trabalho feminino há ainda o acréscimo dos cuidados com a casa gerando uma dupla jornada de trabalho para a mulher e uma deterioração do seu estado de saúde. De acordo com Barata (2009), a associação do trabalho doméstico com o trabalho fora de casa anula as possibilidades de benefício que o trabalho fora de casa poderia vir a oferecer para as mulheres, principalmente para aquelas que encontram-se situadas nas classes mais pobres ou que possuem maiores jornadas de trabalho, pois são as que apresentam maiores taxas de distúrbios psiquiátricos leves. Nas palavras da autora (2009): “há maior risco para transtornos mentais comuns em mulheres desempregadas ou trabalhadoras do setor informal, donas de casa ou inativas, em comparação a mulheres empregadas no setor formal” (BARATA, 2009, pp. 85). Apesar do trabalho fora de casa representar uma proteção para a saúde mental da mulher, elas ainda se referem a piores estados de saúde do que homens (fator intrinsecamente ligado às duplas jornadas de trabalho). Barata (2009) afirma que esta duplicidade nas definições dos estados de saúde das mulheres “(...) acaba por definir e modelar o perfil epidemiológico no qual as mulheres geralmente apresentam maior frequência de doenças e agravos à saúde e menor mortalidade, em comparação com os homens” (BARATA, 2009, pp. 86). Além dos efeitos psicológicos, muitas mulheres ainda enfrentam as violências domésticas que, muitas vezes, são motivadas baseadas no desempenho de papéis de ambos os sexos em nossa sociedade.

Desta forma, os efeitos das divisões de gênero contribuem para melhores ou piores estados de saúde dos indivíduos, uma vez que nem sempre o emprego e renda significam proteção dos estados de saúde em gênero, principalmente quando evocamos a parte que diz respeito aos estados psicológicos de saúde nas mulheres. Ainda de acordo com Figueiredo Santos (2008),

Gênero não representa um fenômeno apenas interpessoal, pois arranjos macrosociais, tais como as leis do Estado, a estrutura do mercado de trabalho e a divisão do trabalho, afetam as práticas de gênero e são moldados por essas mesmas relações de gênero. Entretanto, não existem contradições distintivamente de gênero na esfera macro, como ocorre no caso de classe social, de modo que as intervenções emancipadoras de gênero não precisam enfrentar os complexos problemas de coordenação no âmbito sistêmico para garantir a reprodução da sociedade como uma totalidade articulada (Wright, 1994:211-233, *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008, pp. 360-361).

Podemos perceber que gênero é um importante articulador das desigualdades observáveis nos estados de saúde do grupo feminino e, de acordo com Alves Coimbra (2017), “ele interage fortemente com fatores socioeconômicos, porém opera de forma específica e gera efeitos independentes em relação àqueles oriundos da localização na hierarquia social”

(ALVES COIMBRA, 2017, pp. 67). Desta forma, gênero é uma categoria importante para a compreensão das desigualdades, mas não deve ser analisada separadamente das categorias de raça e classe social, uma vez que estas se influenciam e se inter cruzam de forma mútua. Sendo assim, passamos para o próximo tópico no qual trabalharemos as desigualdades de saúde em raça entre os grupos sociais para uma maior compreensão acerca da investigação que aqui se deseja ser realizada.

2.3. Desigualdade de Saúde em Raça

De acordo com Figueiredo Santos (2011b), a desigualdade racial de saúde diz respeito às desigualdades na distribuição dos estados de saúde entre os diferentes grupos de raça em nossa sociedade. Estas divisões, de acordo com o autor (2011b), são produto da expansão do capitalismo nas sociedades modernas e influenciam nas distribuições assimétricas de saúde, adoecimento e risco fatal entre os indivíduos devido às alocações de *status* entre os diferentes grupos sociais da nossa sociedade. O autor ressalta que as divisões raciais de saúde estão associadas a diversas composições de estruturação da sociedade, uma vez que não há associação essencial entre estado de saúde e raça. Apesar de os diversos fatores socioeconômicos influenciarem nas divisões raciais de saúde, eles sozinhos não são capazes de explicar completamente as desigualdades de saúde associadas à raça, visto que mesmo diante do controle dos primeiros, ainda há uma pequena persistência da desigualdade de saúde entre pessoas negras. De acordo com Chor (2013):

Penso que não temos evidências suficientes para descartar a raça como um dos determinantes distais de doenças e agravos, uma vez que influencia as “causas das causas”: oportunidade de frequentar boas escolas, a “escolha” da profissão (também condicionada pela avaliação de ingressar naquelas mais disputadas) e a renda decorrente do trabalho (CHOR, 2013, pp. 1273).

Neste sentido e de acordo com a teoria dos autores Adam e Herzlich (2001), existe uma conexão entre fenômenos biológicos e sociais. Na maior parte das vezes, se faz necessário pensar em causas para se esclarecer condições de saúde em determinados indivíduos (Adam e Herzlich, 2001). Desta forma, a comparação entre negros e brancos ao que diz respeito a nível de escolaridade, renda, níveis de salubridade no emprego nos fornece um melhor panorama e uma melhor compreensão acerca da temática da desigualdade racial de saúde no Brasil.

De acordo com Schwarcz (2012), “com efeito, raça persiste como representação poderosa, como um demarcador social de diferença - ao lado de categorias como gênero,

classe, região e idade, que se relacionam e retroalimentam - a construir hierarquias e delimitar discriminações” (SCHWARCZ, 2012, pps. 33-34). Neste sentido, as desigualdades raciais de saúde são um tipo demarcado e específico de desigualdade nas quais, podemos dizer, há uma tendência de indivíduos negros possuírem estilos de vida e padrões de consumo (incluindo o consumo de serviços médicos) que contribui de forma direta para um estado de saúde pior em relação aos indivíduos brancos. De acordo com Figueiredo Santos (2011b):

As divisões raciais quase sempre estão vinculadas às formas de injustiça econômica e desigualdade social, embora em termos lógicos as classificações raciais impliquem apenas o reconhecimento de diferenças. Ao instituírem assimetrias de poder e bem-estar social, as divisões raciais podem ser sinteticamente definidas como formas de ordenamentos sociais vinculadas à ascendência biológica, caracterizadas tipicamente por determinadas marcas físicas, em que uma categoria é estigmatizada como inferior e submetida a alguma modalidade de exclusão social. Os elos geralmente estreitos entre classe social e raça emergem do fato de ambas as divisões sociais envolverem processos de exclusão do controle de recursos econômicos relevantes. Constitui-se a partir deste componente comum o vínculo entre as exclusões centradas em classe, enraizadas em direitos de propriedade, e as exclusões racializadas, vinculadas à ascendência biológica. As classificações raciais, de modo diferente das classificações étnicas ou de identidade cultural, tornam-se particularmente salientes na vida das pessoas na medida em que estão ligadas às formas de opressão socioeconômica (Wright, 2009; Wright e Rogers, 2010, *apud*, FIGUEIREDO SANTOS, 2011b, pp. 7).

Desta forma, ao conferir poder de controle de bens públicos e simbólicos a uma classe branca, reforça-se a ideia de “superioridade de raças”, que além de dificultar o acesso de indivíduos negros a estes bens, gera desigualdades, iniquidades e impossibilita a ruptura destes padrões. No entanto, são estes bens que direcionam os indivíduos para estados de bem-estar e qualidade de saúde. Quando estes recursos ficam alocados em apenas uma classe e exclui as demais, as exposições aos fatores de risco são maiores e assim, portanto, há o desencadeamento de cadeias causais que geram piores resultados de saúde para estes grupos que são excluídos do acesso a estes bens.

De acordo com Figueiredo Santos (2020), as condições sociais expõem os indivíduos a fatores de risco, assim como é responsável, também, pelo acesso às formas de manutenção dos estados de saúde ou de tratamentos médicos, “atuando como fatores subjacentes que colocam as pessoas ao ‘risco de riscos’” (Figueiredo Santos, 2020, pp. 2). O autor (2020) nos diz que os fatores sociais condicionam os indivíduos a recursos e situações que podem contribuir para seus estados de saúde de forma melhor ou pior e que as desigualdades em recursos para a saúde, tais como seletividade social na exposição dos riscos, preferências de saúde de determinados grupos em detrimento de outros, divergências de tratamento - que são ofertados

no mercado para os diferentes grupos - distribuição de recursos para os “fornecedores” de tratamentos (que podem promover ou comprometer a saúde), entre outros, atuando enquanto metamecanismos das condições sociais fazendo com que a relação entre posição socioeconômica e saúde se mantenha com o passar dos anos (Lutfey e Freese, 2005 e 2011 *apud* Figueiredo Santos, 2020, pp. 2).

Apesar da permanência dos resquícios encontrados na saúde dos indivíduos mesmo após o controle dos fatores socioeconômicos, raça não deve ser utilizada sozinha como forma de explicação para as desigualdades de saúde encontradas. As interferências de classe e *status* socioeconômico são grandes explicadores destas desigualdades. Raça é uma articuladora de relações entre pessoas e incorpora experiências que demarcam os “processos sutis de identificação e podem criar fronteiras duras entre categorias” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011b, pp. 8). De acordo com Williams, Priest e Anderson (2016),

status socioeconômico é um conceito complexo e multidimensional composto por uma gama de fatores que englobam recursos econômicos, poder e prestígio que podem influenciar a saúde de diferentes momentos ao longo do curso de vida e em diferentes níveis (e.x., individual, familiar, vizinhança) e por diferentes caminhos (BRAVEMAN, CUBBIN, EGERTER, WILLIAMS, & PAMUK, 2005, *apud* WILLIAMS, PRIEST & ANDERSON, 2016, pp. 408).

Os autores (2016) dão o exemplo das desigualdades raciais de renda entre grupos sociais nos Estados Unidos para explicar as diferenças encontradas nos resultados de saúde, uma vez que, conforme ressaltado acima, renda constitui um importante preditor dos estados de saúde dos indivíduos, mesmo havendo a persistência das desigualdades de saúde após o controle de todos os níveis de *status* socioeconômico. Os autores (2016) demonstram como a educação é um importante fator influenciador nas mortes por doenças do coração na população negra dos Estados Unidos em comparação com brancos e demonstram que mulheres negras possuem taxas de mortalidade por doenças do coração mais altas do que mulheres brancas e que esta lacuna nos grupos racializados é muito maior em níveis de escolaridade mais altos do que em níveis mais baixos (WILLIAMS, PRIEST & ANDERSON, 2016).

Williams, Priest & Anderson (2016) nos diz que pesquisas indicam que existem quatro razões para as distâncias observadas nos estados de saúde da população negra em comparação à população branca mesmo após haver o controle dos *status* socioeconômicos. A primeira razão diz respeito à exposição a adversidades ao longo do curso de vida dos indivíduos. Segundo os autores (2016),

Adversidades no início da vida, como pobreza, abuso e estresse traumático variam por raça e status socioeconômico e têm demonstrado influenciar em múltiplos indicadores de saúde física e mental mais tarde na vida, incluindo funções cardiovasculares, metabólicas e imunológicas (Shonkoff, Boyce e McEwen, 2009 *apud* WILLIAMS, PRIEST E ANDERSON, 2016, pp. 409).

Neste sentido, raça atua enquanto um preditor dos estados de saúde em relação ao status socioeconômico, uma vez que as relações de raça promovem um desencadeamento causal para as disparidades de saúde entre este grupo e os grupos brancos. Como dito anteriormente, a posição socioeconômica atua enquanto mediadora dos efeitos de raça. Ou seja, a alocação dos indivíduos negros na hierarquia social em posições de classe mais baixas interfere na forma como estes grupos acionam ativos para investimento em si que afetam diretamente seus estados de saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2011b, pp. 10). A segunda razão elencada pelos autores (2016) para explicar as disparidades na saúde de indivíduos negros diz respeito à nãoequivalência de status socioeconômico entre os grupos racializados. De acordo com os dados que eles nos trazem, nos Estados Unidos, pessoas negras e hispânicas possuem menor renda mesmo estando nos mesmos níveis de escolaridade do que brancos e detêm menor riqueza e menor poder de compra também devido à localização desproporcional em áreas residenciais com maiores custos de bens e serviços (WILLIAMS et. ALL, 2010 *apud* WILLIAMS, PRIEST & ANDERSON, 2016, pp. 409). Os autores ainda apresentam a informação de que um estudo realizado demonstra que as minorias pobres são mais pobres do que brancos pobres. Isto salienta como as desigualdades de oportunidades são diferentes para os grupos racializados visto que estando em classes menos abastadas possuem menores oportunidades de investimento na saúde e de investimento em si do que aqueles localizados em classes mais abastadas.

A terceira razão para os efeitos de raça permanecerem nos status de saúde mesmo após o controle dos fatores socioeconômicos diz respeito ao fato que os grupos racializados além de todas as razões já elencadas possuem, ainda, o fardo da discriminação racial. De acordo com

Almeida (2018), a discriminação racial “é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupo racialmente identificados” (ALMEIDA, 2018, pp. 25). Almeida (2018) nos diz que a prática da discriminação é o que provoca a estratificação social; ou seja, seria a discriminação a responsável pelas desigualdades raciais observadas em nossa sociedade. De acordo com o autor (2018), os dois tipos de discriminação (direta e indireta) interferem de forma marcante na vida dos indivíduos que a sofrem, incluindo em seus recursos sociais e materiais. O autor

(2018) nos diz que o racismo é percebido através dessas práticas discriminatórias, mas possui também caráter sistêmico. Sendo assim, Almeida (2018) diz que o racismo:

Não se trata, portanto, de apenas um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo em que condições de subalternidade e de privilégios que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas. O racismo pode levar à segregação racial, ou seja, à divisão espacial de raças em bairros - guetos, bantustões, periferias, etc. - e/ou à definição de estabelecimentos comerciais e serviços públicos - como escolas e hospitais - como de frequência exclusiva para membros de determinados grupos raciais, como são exemplos os regimes segregacionistas dos EUA, o Apartheid sul-africano e, para autoras como Michelle Alexander e Angela Davis, o atual sistema carcerário estadunidense (ALMEIDA, 2018, pp. 27).

Segundo Williams, Priest e Anderson (2016), a segregação residencial por raça é um exemplo claro de como o racismo institucional cria desvantagens para os grupos racializados em educação e oportunidades de emprego que geram diferenças nos status socioeconômicos e acrescentam que a segregação é “o maior determinante de diferenças raciais em qualidade residencial e condições de vida, incluindo acesso a tratamentos médicos” (WILLIAMS & COLLINS, 2001 *apud* WILLIAMS, PRIEST & ANDERSON, 2016, pp. 409). Os autores trazem breves dados sobre os efeitos da discriminação nos estados de saúde de pessoas negras. Eles (2016) nos dizem que grupos que reportam terem sofrido algum tipo de discriminação possuem desfechos de doenças e quadros pré-clínicos indicadores de doenças além de comportamentos de risco. Para além disto, eles relatam que pesquisas vêm demonstrando que “como outras formas de adversidades no início da vida, discriminação é particularmente prejudicial para crianças, que relatam a associação de piores resultados de saúde na infância e adolescência conforme têm sido amplamente documentado internacionalmente” (PRIEST, PARADIES, ET AL., 2013 *apud* WILLIAMS, PRIEST & ANDERSON, 2016, pp. 409).

Importante ressaltar que a estereotipação e a estigmatização do negro atua enquanto forma profunda de racismo e pode ser sentida nas mais diversas esferas da vida: social, econômica, psicológica. De acordo com os autores (2016), estes aspectos podem contribuir para uma maior dificuldade na mobilidade socioeconômica e, conseqüentemente no acesso a recursos e oportunidades que conduzem a melhores estados de saúde (Williams & Mohammed, 2013a *apud* WILLIAMS, PRIEST & ANDERSON, 2016, pp. 409). Podemos dizer que o Estado possui papel importante neste meio visto que, longe de toda neutralidade pressuposta, ele atua em consonância aos discursos das elites e, através do discurso do racismo, legitima desigualdades e distribui direitos de forma diferenciada entre os grupos sociais.

Por último e não menos importante, a quarta razão que demonstra a persistência das desigualdades raciais na saúde após o controle dos fatores socioeconômicos trazida pelos autores (2016) é a alta exposição dos grupos racializados à estressores psicossociais. De acordo com Williams, Priest e Anderson (2016):

A discriminação institucional e as desvantagens socioeconômicas conduzem à uma super-representação de minorias em residências tóxicas e ambientes ocupacionais que levam a um risco elevado de exposição a grandes dificuldades, conflitos e disrupções como crimes, violência, privação material, perda de entes queridos, dificuldades financeiras recorrentes, conflitos em relacionamentos, desemprego e sub-emprego (WILLIAMS, PRIEST E ANDERSON, 2016, pp. 409).

Desta forma, podemos perceber como a raça articula fatores que influenciam nos estados de saúde observados na população negra. De acordo com Figueiredo Santos (2011b), “a análise da desigualdade racial em saúde deve contemplar o entendimento da vulnerabilidade múltipla e as consequências que advêm da combinação aditiva e interativa de raça com outras características de status social (WILLIAMS, 1997, *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011b, pp. 13). Ou seja, os fatores socioeconômicos que influenciam as disparidades de saúde na população negra ainda são o principal articulador destas divisões. Desta forma e conforme salientado por Williams, Priest e Anderson (2016), há uma necessidade de um foco renovado que identifique intervenções em vários níveis sociais para a eliminação das disparidades raciais de saúde e que: “embora haja muito o que aprender sobre como maximizar o impacto das intervenções para reduzir as lacunas observadas, há evidências substanciais agora de que fornecem uma direção clara e estratégias promissoras para lidar com as desigualdades de saúde” (Cohen & Sherman, 2014; Osypuk, Joshi, Geronimo, & Acevedo-Garcia, 2014; Williams e Mohammed, 2013b *apud* Williams, Priest e Anderson, 2016, pp. 410). Os autores (2016) ainda falam da necessidade de intervenções para a redução das desigualdades socioeconômicas que englobem os efeitos de raça e que comecem pelos grupos minoritários. Desta forma, trabalhar sobre as disparidades de saúde em raça é uma forma de contribuir para que o debate seja feito, seja atualizado e que medidas sejam tomadas no trabalho do combate às disparidades.

2.4. Divisões de Classe e Desigualdade de Saúde

Definiremos classe social como: “um tipo especial de divisão social constituído pela distribuição desigual de poderes e direitos sobre os recursos produtivos relevantes de uma sociedade” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 36). De acordo ainda com o autor (2011a),

os ativos que uma pessoa tem, condiciona seu bem-estar material e este, por sua vez, condiciona o indivíduo a pensar no que ele deve fazer para obter este ativo que ele possui. Neste sentido, a teoria de classes de Marx está muito presente no pensamento do autor, uma vez que os estudos clássicos nos permite compreender melhor as dinâmicas sociais que geram a exclusão e a seletividade de indivíduos a recursos valiosos em nossa sociedade através de conceitos e de categorias de análise muito utilizadas nos debates sobre saúde tais como a classe social, trabalho, poder, posição social, entre outros.

A ideia de divisão social e de trabalho são temáticas marcantes na teoria de Marx, assim como é fundamental para as discussões acerca das desigualdades de saúde, uma vez que esta é responsável pelas distinções sociais de bens, demarcações de posição social e de renda que influenciam diretamente nos estados de saúde dos indivíduos (ALVES COIMBRA, 2015; GOODMAN, 2013; LAHELMA, 2001; LANG, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017). Segundo Barata (2009), as desigualdades de saúde vem sendo documentadas principalmente a partir do século XIX devido às mudanças trazidas pelo capitalismo e pelos contrastantes ideais da revolução francesa com as condições de vida e trabalho dos indivíduos (BARATA, 2009, pp. 13).

Os estudos de Marx nos ajuda a compreender como as desigualdades sociais geradas pelo modo de produção capitalista, pela estruturação da sociedade em classes hierarquizadas e pelas distribuições de riquezas entre os indivíduos são fatores que produzem efeitos diretos nos processos de saúde e adoecimento das populações ao entorno do mundo. De acordo com Alves Coimbra (2017), a teoria Marxista dá embasamento para teorias como as de Erik Wright e Goran Therborn e também para outros pesquisadores da área da saúde que utilizam categorias que envolvem as relações de trabalho, posse de recursos, controle, regulação, (...) para investigar os efeitos destas relações nos estados de saúde dos indivíduos (ALVES COIMBRA, 2015; GOODMAN, 2013; LAHELMA, 2001; LANG, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017).

De acordo com Figueiredo Santos (2011a), os efeitos das divisões de classe na saúde dos indivíduos são uma ocorrência das desigualdades na distribuição de direitos e poderes sobre os recursos produtivos de uma sociedade. Neste sentido, aqueles indivíduos localizados em classes sociais mais baixas possuiriam taxas mais altas de pior estado de saúde. Ainda de acordo com Figueiredo Santos (2011a), houve persistência das desigualdades de saúde relacionadas aos fatores socioeconômicos mesmo nos países mais desenvolvidos de acordo com pesquisas sociológicas e epidemiológicas (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 29). A

explicação para que haja essas diferenças nos estados de saúde de pessoas em posições de classe mais baixas comparadas a indivíduos em melhores estratos socioeconômicos diz respeito à forma como estes grupos encontram-se em desvantagem em diversos aspectos, tais como fatores de risco biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais (House *et al.*, 1992, 1994 e 2005; House e Williams, 2000; Lahelma, 2001 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 29). Ou seja, é a combinação destes fatores múltiplos que geram as desigualdades observadas através dos estratos socioeconômicos.

Segundo Figueiredo Santos (2011a), apesar da causalidade das divisões de saúde ligadas aos aspectos socioeconômicos possuírem caráter múltiplo, o fator de renda é um grande determinante dos estados de saúde observada nos indivíduos uma vez que os impactos das demais variáveis geralmente se dá através dela (House e Williams, 2000, pp. 84 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 30). Ou seja, renda tem grande poder preditivo nos estados de saúde dos indivíduos uma vez que ela é a principal responsável pela alocação destes nas hierarquias da pirâmide social. Desta forma, quanto maior a renda, maior a probabilidade de um indivíduo ser alocado em um estrato social mais alto e maior é a probabilidade de que este indivíduo possua melhores condições de acúmulo de ativos que influenciam na determinação do seu estado de saúde.

No entanto, Figueiredo Santos (2011a) chama a atenção para o fato de que ainda há uma dificuldade de mensuração do fator renda uma vez que ele se modifica com grande facilidade ao longo do curso de vida de um indivíduo, principalmente para aqueles indivíduos que não possuem estabilidade em vínculos empregatícios. Ainda de acordo com o autor (2011a), as mudanças de renda são muito mais perceptíveis nos estratos mais baixos da sociedade, já que as pessoas que alcançaram o topo social não tem como incrementar muito mais em recursos protetivos para a saúde, uma vez que já alcançaram um “teto máximo” de boa saúde. Resumidamente: pequenas mudanças surtem em maiores efeitos na saúde de pessoas que encontram-se em estratos sociais mais baixos quando comparados àqueles localizados em estratos sociais mais altos (Krieger, Williams e Moss, 1997, p. 359 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 30).

Para além da renda, outros fatores como escolaridade, localização geográfica, riqueza (entre outros), influenciam os estados de saúde dos indivíduos. De acordo com Figueiredo Santos (2011a), os indicadores socioeconômicos ligam-se entre si, “porque todos eles medem aspectos da estratificação social subjacente” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 31). O autor (2011a) alerta que, no entanto, renda e escolaridade não podem ser equiparadas pois

medem de forma diferenciada a saúde, além de não terem força suficiente para justificar essa correlação (Bravemam *et al.*, 2005 *apud* Figueiredo Santos, 2011a, pp. 31).

Levando-se em consideração que, de acordo com Nascimento (2018), o conceito de saúde adotado no Brasil e que fora legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e aplicada à Constituição de 1988 refere-se à esta enquanto: “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986 *apud* NASCIMENTO, 2018, pp. 94), os fatores sociais não somente estariam englobados na perspectiva dos processos de saúde e adoecimento, como teriam importância fundamental para a definição dos casos. De acordo com Barata (2009)

O sistema de reprodução social dos diferentes grupos inclui os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Esse sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se aos padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe (BARATA, 2009, pp.24).

Ou seja, são estes processos de relações desiguais entre os grupos sociais que perpetuam as desigualdades de saúde que observamos entre indivíduos. De acordo com Barata (2009), a determinação social propõe a ideia de que a realidade apresenta processos mediadores que interferem nos níveis de complexidades. Ou seja, os processos de saúde e adoecimento são provenientes da interação entre determinação-mediação. Segundo a autora (2009), este tipo de explicação rompe com uma ideia de linearidade das causas-efeito nos indicadores sociais, de saúde e de desigualdades sociais (BARATA, 2009, pp. 25).

Sobre os processos de causas fundamentais e processos não-lineares, Figueiredo Santos (2011a) nos diz que a teoria das causas fundamentais da saúde e doença trata-se de uma interpretação inovadora que tenta explicar a “força e da persistência, em circunstâncias e padrões cambiantes de doenças, fatores de risco e tratamentos, do elo entre posição socioeconômica e vantagens adicionais de saúde e longevidade” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 33). Ainda de acordo com o autor (2011a), as condições sociais constituem causas fundamentais uma vez que elas definem o acesso a recursos que podem minimizar a ocorrência dos estados de adoecimento através da incorporação de determinantes que são necessários para a compreensão da associação de causas fundamentais e doença (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 33-34). Neste sentido, as vantagens de saúde que se associam à posição socioeconômica tem a ver com os recursos mobilizados por estes

indivíduos ao longo do seu curso de vida. Figueiredo Santos (2011a) acrescenta que a teoria das causas fundamentais ainda

“(...) prevê que as disparidades são alimentadas como consequência da própria expansão social da capacidade de controlar as condições de saúde” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 34). Isto quer dizer que aqueles que possuem maiores recursos terão maior capacidade de apropriação de bens que determinam melhores estados de saúde.

Figueiredo Santos (2011a) nos diz que a teoria das causas fundamentais utiliza dos metamecanismos para a explicação das condições de saúde. Os metamecanismos são responsáveis pela forma como os mecanismos atuam de forma específica e variada ao longo do tempo preservando sua direção de associação duradoura entre posição socioeconômica e saúde.

O autor (2011a) nos diz que associação entre o fator que explica e o que é explicado é resultado da acumulação de fatores que operam grande parte das vezes em uma mesma direção (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp.34). De acordo com Figueiredo Santos (2011 a), “Na explicação causal dos processos sociais, além do conhecimento da distribuição das causas na população e da potência causal de cada fator, requer-se igualmente o entendimento da forma como as causas se traduzem em efeitos” (Wright *et al.*, 1993, pp. 233-245 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp.34-35). Ou seja, é necessário compreender como um determinado fator causal torna-se um efeito daquilo que se deseja explicar. O autor (2011a) nos dá o exemplo de como posição socioeconômica, que quanto mais alta traz maiores retornos para a saúde, pode agregar valores decrescentes ao estado de saúde de um indivíduo quando este alcança um patamar de posição de classe tão alto que os retornos não são sensíveis para a saúde, uma vez que durante o seu curso de vida este indivíduo pôde usufruir de vários recursos de saúde que o protege dos processos de adoecimento. Ou seja, de acordo com Figueiredo Santos (2011a), não há uma linearidade perfeita para os efeitos de posição socioeconômica nos estados de saúde, principalmente quando esta é medida por renda (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp.35).

Pensando nas trajetórias de vida individuais, pessoas em posições socioeconômicas mais baixas teriam menores recursos para investimentos na proteção dos seus estados de saúde. Portanto, quando estes indivíduos conseguem acessar mais recursos de investimentos em saúde, estes recursos proporcionam um acréscimo maior nos estados de saúde positivos destas pessoas. Figueiredo Santos (2011a) nos diz que pessoas localizadas em posições de classe inferiores estão mais expostas à experiências e condições de vida mais negativas e que,

portanto, encontram-se mais expostas a condições de saúde e adoecimento mais negativas. O autor ainda nos chama a atenção para o fato de que, apesar dos efeitos de posição social nos estados de saúde dos indivíduos que encontram-se em uma posição de classe mais alta ser decrescente, outros fatores como educação, por exemplo, não decrescem. Ele (2011a) nos diz que a escolaridade torna-se, assim, um importante fator para indivíduos que estão localizados em posições de classe mais baixas uma vez que “a substituição de recursos reflete a realidade básica de que o maior adoecimento e sofrimento estão concentrados no extremo mais baixo da distribuição do *status* social (Mirowsky, Ross e Reynolds, 2000, pp. 58-59 *apud* FIGUEIREDO

SANTOS, 2011a, pp. 35). Segundo Figueiredo Santos (2011a),

A classe social representa justamente um condicionamento abrangente ou “*status* predominante” que vincula os indivíduos à distribuição dos recursos econômicos e sociais e afeta suas oportunidades de saúde. As divisões de classe geram importantes assimetrias na distribuição das chances de saúde e de doença dentro da sociedade. Os recursos controlados e o seu emprego estratégico, as capacidades para ação e as experiências associadas à condição de classe importam para a desigualdade na distribuição da vida saudável e da doença (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a, pp. 36).

Ou seja, quando falamos em estratificação de classe, estamos nos referindo à desigualdade de distribuição de poderes e direitos sobre recursos produtivos dentro de uma sociedade, o que acaba por gerar de forma direta influência na vida dos indivíduos e das instituições um posicionamento da estrutura das classes ao acesso de recursos materiais (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2005, pp. 28). De acordo com Barata (2009), a posição social quando medida por escolaridade, classe ocupacional, condições de vida ligadas à espaços geográficos é um forte determinante dos estados de saúde dos indivíduos de tal forma que influencia nas taxas de mortalidade e morbidade dos grupos sociais (BARATA, 2009, pp. 39). Tendo em vista esta informação e levando em consideração de que há uma maior feminização da pobreza entre mulheres negras no Brasil (IBGE, 2020), nosso próximo passo será a investigação da saúde deste grupo social partindo de uma revisão do estado de arte sobre a temática no nosso país.

3. A saúde da mulher negra: entrelaçamentos e constituições históricas

No presente capítulo trabalharemos sobre a articulação entre os conceitos de raça, classe, racismo e gênero na saúde das mulheres negras no Brasil e também falaremos sobre as doenças e particularidades das saúdes deste grupo social assim como das políticas nacionais que vêm sendo construídas para a diminuição e evitação das desigualdades de saúde apresentadas por este grupo populacional. O intuito é demonstrar como os conceitos trazidos

anteriormente se articulam para a construção do cenário social de exclusão, vulnerabilidade e invisibilização da população negra no Brasil - principalmente as mulheres negras - e como vêm sendo trabalhado o campo de estudos da saúde da mulher negra no Brasil.

3.1. Articulando os Conceitos de Classe, Raça e Racismo na Saúde de Mulheres Negras

A feminização da pobreza entre mulheres negras aumentou nos últimos anos no Brasil. De acordo com dados da PNAD contínua do IBGE, em um grupo no qual 28,7% das mulheres se declararam pretas ou pardas, 39,8% encontravam-se em extrema pobreza e 38,1% em situação de pobreza no ano de 2019 (IBGE 2020). Esta breve informação nos dá um pequeno panorama de que mulheres negras (pretas e pardas) encontram-se alocadas em posições de classe mais baixas, o que pode significar um menor retorno de recursos para o investimento em saúde (conforme explicado no capítulo anterior).

De acordo com Nascimento (2018), a saúde da mulher negra no Brasil deve ser interpretada necessariamente pela intersecção entre gênero, classe e raça. Ela ainda nos acrescenta que a feminização da pobreza associa-se às condições de vida e que quando levamos em consideração aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais, as mulheres negras estão em maior suscetibilidade a determinadas doenças do que os demais grupos sociais (NASCIMENTO, 2018, pp. 91). A análise dos demais aspectos de classe, gênero e raça foram abordados anteriormente de forma separada. Agora vamos unir estes debates para pensar as disparidades de saúde de mulheres negras de forma interseccional.

Primeiramente, vamos definir o conceito de interseccionalidade. De acordo com Crenshaw (2002),

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as conseqüências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, pp. 177).

Ainda de acordo com Crenshaw (2002), estes movimentos de desempoderamento dos indivíduos subordinados ocorre através das diversas esferas de poder, tais como o gênero, raça, etnia e classe, que estruturam terrenos sociais, políticos e econômicos. As mulheres negras estariam em meio a este cruzamento das esferas de poder e, desta forma, sujeitas a serem atingidas por todas essas áreas, justificando sua desvantagem diante dos demais grupos.

De acordo com teóricas que trabalham sobre os feminismos negros como Carneiro (2011), a mulher negra não está incluída nas mesmas conquistas da mulher branca. Ela é excluída duplamente: por seu gênero e por sua cor. Segundo a autora (2011), é satisfatório que apenas uma ou outra negra venha a ocupar espaços de poder e estes casos, muitas vezes, servem como desculpa do pensamento enbranquecedor para deslegitimar as denúncias feitas por estas mulheres acerca das exclusões raciais. Ou seja, casos isolados de ascensão social destas mulheres são tidos como uma regra e não uma exceção (CARNEIRO, 2011, pp. 119). A questão da ascensão excepcional torna-se inquestionável quando tratamos de trazer dados acerca da feminização da pobreza em nosso país conforme trouxemos mais acima. De acordo com Carneiro (2011), houve uma grande movimentação de mulheres negras para a III Conferência Mundial contra o Racismo em trazer para o documento que seria apresentado, a questão racial da discriminação racial e racismo no Brasil. Neste documento há o reconhecimento do racismo enquanto

fonte do colonialismo e da escravidão, a persistência dessas práticas discriminatórias, o caráter determinante que elas têm na pobreza e marginalização social dos afro-latino-americanos e, sobretudo, as múltiplas formas de opressão que a conjugação do racismo com sexismo produz nas mulheres afrodescendentes (CARNEIRO, 2011, pp. 120).

À época da construção do material que demonstrava como o Brasil é um país que possui grandes disparidades sociais em raça e ainda hoje há uma recusa do reconhecimento sobre as questões da mulher negra em nossa sociedade, o reconhecimento de que as questões deste grupo social ultrapassam os debates que referem-se puramente ao gênero e que este segundo atua de forma a hierarquizar e privilegiar determinados grupos femininos em detrimento de outros. A exclusão dos debates de raça nas perspectivas sobre o gênero necessita ser trabalhada e trazer a tona as necessidades das mulheres negras que possuem menores privilégios em comparação às mulheres brancas em nossa sociedade. O documento que foi produzido posteriormente à III Conferência Mundial Contra o Racismo, realizada na África do Sul em 2001, trata de como as situações de racismo e sexismo se combinam e produzem efeitos negativos em mulheres negras nas diversas áreas de suas vidas.

De acordo com Carneiro (2011), as sequelas emocionais geradas pela combinação do racismo com o sexismo interferem diretamente a saúde mental e o rebaixamento da autoestima em mulheres negras, reduzindo sua expectativa de vida em cinco anos em comparação à de mulheres brancas (CARNEIRO, 2011, pp. 128). Para além do aspecto de

saúde, esta combinação do racismo com o sexismo também influencia em menores índices de casamentos de mulheres negras assim como a ocupação em cargos de menor prestígio social e menores remunerações para este grupo. Ao que diz respeito o mercado de trabalho, a autora (2011) nos diz que “o resultado concreto dessa exclusão se expressa no perfil da mão de obra feminina negra” (CARNEIRO, 2011, pp. 128). Ela acrescenta informações divulgadas pelo Ministério do Trabalho o qual nos diz que 79,4% das mulheres negras ocupam atividades manuais e que deste total, 51% estão concentradas em atividades referentes ao trabalho doméstico e 28,4% são lavadeiras, passadeiras, cozinheiras ou serventes. Ou seja, estes dados nos demonstram como desde a escravidão as mulheres negras vêm ocupando lugares de servilismo. Essas novas configurações do trabalho doméstico correlatas como uma nova forma de escravidão são recorrentes na vida de mulheres negras. De acordo com a autora (2011):

As mulheres negras brasileiras compõem, em grande parte, o contingente de trabalhadores em postos de trabalhos considerados pelos especialistas os mais vulneráveis do mercado, ou seja, os trabalhadores sem carteira assinada, os autônomos, os trabalhadores familiares e os empregados domésticos (CARNEIRO, 2011, pp. 129).

Desta forma, a autora lança mão de uma expressão cunhada pelo poeta negro e nordestino Arnaldo Xavier que é o “matriarcado da miséria”, que diz respeito sobre a experiência da mulher negra na sociedade brasileira que é marcada pela “exclusão, discriminação e rejeição social”. Ela também ressalta a fala do ex- presidente Fernando Henrique Cardoso que, na ocasião do recebimento do documento de reivindicação da promoção de igualdade racial pós “Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Cidadania e pela Vida”, diz que “(...) o ápice da exclusão social no Brasil poderia ser retratado por uma mulher negra, chefe de família das regiões do Norte ou Nordeste do país” (CARNEIRO, 2011, pp. 130). A luta pela igualdade de mulheres negras permanece até hoje e por isso é tão importante ressaltarmos as desigualdades de oportunidades sofridas por estas mulheres.

A partir destas informações que foram trazidas pudemos perceber que mulheres negras estão em condição de maior vulnerabilidade em comparação aos demais grupos sociais, uma vez que possuem menores oportunidades de acesso a recursos protetivos por estarem alocadas em posições de classe mais baixas, o que afeta diretamente seus estados de saúde (conforme explicado no capítulo anterior sobre como classe social é mobilizadora de recursos para a saúde dos indivíduos).

Scott (1989) faz uma crítica ao dizer que não existe um tratamento igual entre os termos de gênero, raça e classe, já que o último possui uma base clara e firme nos estudos de

Marx, numa dialética entre economia e história ao longo do tempo enquanto os estudos sobre gênero e raça possuíam, até então, apenas referências descritivas sobre os termos. O trabalho de formação do campo de estudos passa a ser feito neste momento através das pesquisas de historiadoras feministas, que buscaram formular teorias que fossem utilizáveis nos diversos contextos sociais. No entanto, a aceitação destas pesquisas foi temporária, já que os historiadores que não seguiam esta mesma linha de pensamento trataram de separar a história política e econômica das histórias das mulheres, relegando a estas as áreas de estudos sobre a família e o sexo. Desta forma, os movimentos de mulheres passam a pensar mais em questões universalistas sobre o gênero esquecendo que as experiências sociais de mulheres negras não passam somente pelas questões relativas a este ponto senão, também, pelas questões raciais e de que estas, muitas vezes, se sobrepõem ao primeiro.

Conforme nos orienta Hooks (2020), as “mulheres brancas da classe trabalhadora reconheceram a presença de hierarquia de classes no movimento” (HOOKS, 2020, pp. 65) e a partir deste momento criou-se dois blocos dentro do movimento feminista: a visão reformista, que prezava pela luta dos direitos iguais para as mulheres dentro das estruturas de classe existentes e a visão revolucionária que lutava por uma mudança fundamental da estrutura visando a solidariedade e a superação dos paradigmas nos quais encontram-se nossas sociedades. Como a maior movimentação midiática imediata voltava-se para as mulheres brancas, o contorno acerca das teorias feministas passou a convencionar-se ao entorno deste grupo. A discussão feminista acerca do trabalho é importante, pois ela demonstra como as mulheres negras, mesmo dentro dos movimentos feministas, possuem suas lutas invisibilizadas, suas ideias e direitos diminuídos. Essa divisão entre mulheres brancas e de classes altas que buscavam a ida para o mercado de trabalho e as mulheres trabalhadoras que se dedicavam desde sempre à dupla jornada de trabalho em condições precárias, enxergavam o ficar em casa como uma liberdade de mulheres brancas. As mulheres brancas de classes altas enxergavam o trabalho fora de casa como uma forma de poder e liberdade devido à possibilidade de autossuficiência econômica e financeira. No entanto, as mulheres que sempre viveram essa realidade do trabalho fora de casa possuíam a plena compreensão de que o salário não era libertador, uma vez que as amarras estavam atreladas não somente ao aspecto econômico, mas, também, às demais construções sociais.

O movimento reformista conseguiu obter alguns ganhos para que mudasse essa realidade das mulheres no mercado de trabalho e que as condições fossem melhores para

todas que estivessem inseridas nesta realidade. No entanto, mulheres de classes mais altas possuíam privilégios que mulheres que estavam na base da pirâmide social não possuíam, demonstrando que os interesses de classe passaram a prevalecer às realidades de gênero e raça (HOOKS, 2020, pp. 67). De acordo com Hooks (2020),

Dentro do sistema social de raça, sexo e classe institucionalizados, mulheres negras estavam claramente na base da pirâmide econômica. Inicialmente, nos movimentos feministas, mulheres brancas com alto nível de educação e origem na classe trabalhadora eram mais visíveis do que mulheres negras de todas as classes. Elas eram minoria dentro do movimento, mas a voz da experiência era a delas. Elas conheciam melhor do que suas companheiras com privilégio de classe, de qualquer raça, os custos da resistência à dominação de raça, classe e gênero. Elas sabiam o que significava lutar para mudar a situação econômica de alguém (HOOKS, 2020, pp. 69).

Isto quer dizer que apesar do movimento ter se constituído entre mulheres negras e brancas, ocorreu uma hierarquização das últimas em detrimento das primeiras reforçando a ideia da supremacia de raças e do patriarcado convencional com “a ideia de que as preocupações das mulheres de grupos com privilégio de classe eram as únicas dignas de atenção” (HOOKS, 2020, pp.69). A luta por igualdade social promovida pelo movimento feminista reformista deu possibilidade ao patriarcado convencional reforçar o seu poder e este, por sua vez, passou a minar o pensamento feminista radical. O poder alcançado por mulheres brancas não promoveu muitas mudanças para as mulheres pobres e de classe trabalhadora, ao contrário, com a dupla jornada de trabalho chegando para as mulheres brancas e o pouco apoio masculino nas tarefas domésticas, mulheres de classes trabalhadoras continuaram a ser subalternizadas às tarefas de servilismo às pessoas brancas e agora não somente aos homens como, também, às “companheiras” de luta. Com as discussões de classe ganhando maior importância, o

movimento feminista se desestabiliza sendo minado por ideias de feministas que se comportavam conforme seus pares brancos de sexo oposto. É durante este período que as discussões acerca da “feminização da pobreza” passam a ser relegadas em relação às discussões de classe (HOOKS, 2020, pp. 72).

A discussão sobre como o feminismo abarca as questões de classe dentro do movimento demonstra como o pensamento branco patriarcal se constituiu em nossa sociedade desde a escravidão. Ela demonstra como desde a escravidão os corpos negros são aqueles que são deixados de lado, excluídos, invisibilizados e como os corpos brancos e seus discursos são

muitíssimo mais valorizados e legitimados. De acordo com Nascimento (2018), o debate sobre a construção da ideia de raça também deve ser destacado, uma vez que é através dele que se perpetua o preconceito contra os corpos negros (Nascimento, 2008, pp. 92). De acordo com Almeida (2018), o termo raça com o propósito da distinção entre seres humanos é uma criação que remonta ao século XVI. Segundo o autor (2018), o sentido da raça “está inevitavelmente atrelado às circunstâncias históricas em que é utilizado (...) trata-se de um conceito *relacional e histórico*” (ALMEIDA, 2018, pp.19). De acordo com o autor (2018), o conceito de raça passa a ganhar um sentido mais específico com os eventos históricos ocorridos no século XVI, mas é a partir do século XVIII com o iluminismo e o reconhecimento do homem enquanto sujeito e objeto de conhecimento que viria permitir “a comparação e, posteriormente, a classificação dos mais diferentes grupos humanos a partir de características físicas e culturais” (ALMEIDA, 2018, pp.20). Ainda de acordo com Almeida (2018) é também a partir deste momento que surgirá a dual classificação por muito tempo estudada pela antropologia entre civilizado e primitivo.

Neste primeiro momento do século XIX, Schwarcz (2012) nos diz que o termo raça trata-se de uma construção biológica, visto que esta era a grande ciência daquele século. Ela (2012) nos diz que “os modelos darwinistas sociais constituíram-se em instrumentos eficazes para julgar povos e culturas a partir de critérios deterministas (...)” (SCHWARCZ, 2012, pp.20), mas que antes de vincular-se a uma ideia biologicista, a raça era compreendida pela ideia de “grupos ou categoria de pessoas conectadas por uma origem comum” e que não possuía este sentido de ser um demarcador natural da diferença. Segundo a autora (2012) “são vários autores que adotaram esse tipo de modelo e teoria que procurava “naturalizar” diferenças e fazer de questões políticas e históricas dados “inquestionáveis” da própria biologia” (SCHWARCZ, 2012, pp. 20).

Seguindo o pensamento de Almeida (2018), ele nos diz que estamos falando de um contexto histórico de grande importância da reorganização do cenário mundial, uma vez que retrata uma época de grandes revoluções não somente no campo das ideias, mas também em movimentos que culminaram no advento do capitalismo e com o surgimento do Estado enquanto organizador social (ALMEIDA, 2018, pp. 21). É a saída das “trevas” para a luz. Neste caso nem tanta luz assim, visto que o período que se segue foi marcado por muita desigualdade e injustiça no território brasileiro e nos demais territórios que também foram ocupados por colonizadores. O processo de colonização associou uma ideia do primitivo que necessitava ser colonizado e dominado, à cor de pele que era “impura” ou a traços físicos que

não eram coisa do divino, culminando na construção de um racismo que arraigou-se na estrutura dessas sociedades e nas quais os reflexos são sentidos até os dias atuais. De acordo com Almeida (2018):

as referências à ‘bestialidade’ e ‘ferocidade’ demonstram como a associação entre seres humanos de determinadas culturas/ características físicas com animais ou até mesmo insetos é uma tônica muito comum do racismo e, portanto, do processo de *desumanização* que antecede práticas discriminatórias ou genocídios até os dias de hoje (ALMEIDA, 2018, pp. 23).

Para além da associação entre humanos e animais, Almeida (2018) nos fala sobre o “*racismo científico* que obteve enorme repercussão e prestígio nos meios acadêmicos e políticos do século XIX” (ALMEIDA, 2018, pp. 23). O autor ainda nos diz de alguns representantes desse tipo de pensamento que vigorou no país. Telles (2003) nos diz que a partir do século XIX, as teorias científicas ocidentais “(...) estabeleceram que os seres humanos poderiam ser divididos em tipos raciais distintos, ordenados hierarquicamente segundo uma ideologia que estabelecia que tais características estavam correlacionadas com os traços intelectuais e comportamentais de uma pessoa” (TELLES, 2003, pp. 38).

Nas palavras de Almeida (2018): “a noção de raça ainda é um fator político importante, utilizado para naturalizar desigualdades, justificar a segregação e o genocídio de *grupos sociologicamente considerados minoritários*” (ALMEIDA, 2018, pp. 24). Telles (2003) também nos diz que “(...) a crença na existência de raças está arraigada nas práticas sociais, atribuindo ao conceito de raça um grande poder de influência sobre a organização social” e que “a raça é importante porque as pessoas continuam a classificar e a tratar o outro segundo ideias socialmente aceitas” (TELLES, 2003, pp.38). Ou seja, de acordo com Almeida (2018), raça é utilizada para hierarquizar indivíduo ou por suas características biológicas (traços físicos), ou por características étnico-culturais (origem geográfica, religião, costumes). É através destas formas de operação da raça que o racismo se conforma em nossa sociedade. E foi assim que ele foi construído em nossa sociedade desde os tempos mais remotos. Desta forma, para fins práticos, aqui iremos atrelar o conceito de raça a uma ideia de “grupos sociais tipicamente definidos pelos “outros” como distintos em virtude de características físicas supostamente inerentes e consideradas comuns aos seus membros” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c, pp.7) e enquanto

(...) uma categoria classificatória que deve ser compreendida como uma construção local, histórica e cultural, que tanto pertence à ordem das representações sociais - assim como o são fantasias, mitos e ideologias - como exerce influência real no mundo, por meio da produção e reprodução de identidades coletivas e de hierarquias sociais politicamente poderosas (SCHWARCZ, 2012, pp. 34).

Segundo Figueiredo Santos (2011c) “as divisões raciais quase sempre estão vinculadas às formas de injustiça socioeconômica e desigualdade social, embora em termos lógicos as classificações raciais impliquem apenas o reconhecimento da diferença” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011c, pp. 7). Ou seja, as divisões raciais servem como um meio a mais de reforço das desigualdades já existentes entre os indivíduos da nossa sociedade implicando, assim, no acesso desigual a recursos e serviços. Os meios pelos quais raça opera em nossa sociedade dá-se através do racismo. Portanto, para fins de conceitualização, entenderemos aqui racismo como:

uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2018, pp. 25).

Almeida (2018) ainda faz uma distinção entre preconceito racial, discriminação racial e racismo. Ele (2018) nos diz que o preconceito racial trata-se de um tipo de preconceito que baseia-se “em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias” (ALMEIDA, 2018, pp. 25). Já a discriminação racial “é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupo racialmente identificados” (ALMEIDA, 2018, pp. 25). O autor (2018) ainda faz a distinção entre dois tipos de discriminação: direta e indireta. Ele nos diz que a prática da discriminação é o que provoca a estratificação social; ou seja, seria a discriminação a responsável pelas desigualdades raciais observadas em nossa sociedade. De acordo com Almeida (2018), esses dois tipos de discriminação (direta e indireta) interferem de forma marcante na vida dos indivíduos que as sofre, incluindo em seus recursos sociais e materiais. Por último, o autor (2018) nos diz que o racismo é percebido através destas práticas discriminatórias, mas possui também caráter sistêmico. Sendo assim, o racismo

Não se trata, portanto, de apenas um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo em que condições de subalternidade e de privilégios que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas. O racismo pode levar à segregação racial, ou seja, à divisão espacial de raças em bairros - guetos, bantustões, periferias, etc. - e/ou à definição de estabelecimentos comerciais e serviços públicos - como escolas e hospitais - como de frequência exclusiva para membros de determinados grupos raciais, como são exemplos os regimes segregacionistas dos EUA, o Apartheid sul-africano e, para autoras como Michelle Alexander e Angela Davis, o atual sistema carcerário estadunidense (ALMEIDA, 2018, pp. 27).

Almeida (2018) nos oferece, ainda, três concepções acerca do racismo: individualista, institucional e estrutural. De forma breve, de acordo com Almeida (2018), o racismo individualista é aquele que liga-se a atitudes individuais em forma de discriminações diretas aos indivíduos que dele são vítimas. Por se tratar de um ato comportamental, muitas vezes ligase a aspectos morais ou legais e justifica-se através dos “moralismos inconsequentes” (como nos diz o autor). Segundo Almeida (2018), neste tipo de prática a forma pela qual a mesma se supera é através da “educação e conscientização sobre os males do racismo, bem como o estímulo a mudanças culturais” (ALMEIDA, 2018, pp. 28). Acrescentando o ponto de vista de Telles (2003), ele nos diz que

o racismo consciente e explícito dirigido a indivíduos particulares, especialmente nas formas de insultos raciais, é a prática mais facilmente reconhecida como forma de racismo no Brasil. Esses incidentes normalmente recebem a atenção da imprensa e são alvos das leis brasileiras antiracismo (TELLES, 2003, pp. 236).

O autor (2003) ainda reforça que este tipo de racismo é entendido para alguns como sendo algo que revela como nossa sociedade foi estruturada, mas que, para outros, é entendido como algo que não faz parte da nossa sociedade, sendo uma exceção ao que ocorre no país. Ele

(2003) nos diz que “apesar de repreensíveis, tais práticas são menos importantes para a manutenção da desigualdade racial do que as sutis práticas individuais e institucionais, comumente caracterizadas como ‘racismo institucional’” (TELLES, 2003, pp. 236).

De acordo com Almeida (2018), o racismo institucional é aquele que veicula-se através das instituições, que “conferem, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios a partir da raça” (ALMEIDA, 2018, pp. 29). O autor (2018) compreende as instituições como as responsáveis por moldar os indivíduos, suas condutas e preferências. De acordo com Almeida (2018), “as sociedades não são homogêneas, visto que são marcadas por conflitos, antagonismos e contradições que não são eliminados, mas absorvidos, mantidos sob controle por meios institucionais, como é exemplo o poder judiciário” (ALMEIDA, 2018, pp.30). Ele (2018) ainda nos propõe a ideia de que os conflitos raciais (assim como os demais conflitos) são parte da estrutura das instituições e de seu funcionamento. Neste sentido, para Almeida (2018), as desigualdades raciais seriam fruto também das instituições, uma vez que as mesmas são dominadas por grupos raciais que as utilizam a favor de seus interesses; sejam eles políticos ou econômicos. Diferentemente de uma concepção individualista, o racismo

institucional prevê o poder enquanto organizador das relações sociais e o racismo enquanto dominação. De acordo com Almeida (2018)

No caso do racismo institucional, o domínio se dá com estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder. Isso faz com que a cultura, a aparência e as práticas de poder de um determinado grupo tornem-se o horizonte civilizatório do conjunto da sociedade. Assim, o domínio de homens brancos em instituições públicas - por exemplo, o legislativo, o judiciário, o ministério público, reitorias de universidades públicas, etc. - e instituições privadas - por exemplo, diretoria de empresas - depende, em primeiro lugar, da existência de regras e padrões que direta ou indiretamente dificultem a ascensão de negros e/ou mulheres, e, em segundo lugar, da inexistência de espaços em que se discuta a desigualdade racial e de gênero, naturalizando, assim, o domínio do grupo formado por homens brancos (ALMEIDA, 2018, pp. 31).

Desta forma, o racismo se relaciona com a saúde de mulheres negras ao evidenciar as diferenças nos indicadores não somente de saúde, mas de renda, ocupação, habitação entre outros, posicionando este grupo em piores alocações na pirâmide social e demonstrando a vulnerabilidade que este grupo apresenta nos processos de saúde e adoecimento em comparação ao demais grupos sociais (Nascimento, 2018, pp. 93). De acordo com Almeida (2018), segundo os autores Hamilton & Ture (1967) “a comunidade negra foi criada e dominada por uma combinação de forças opressoras e interesses especiais na comunidade branca” (HAMILTON & TURE, 1967, pp.5 *apud* ALMEIDA, 2018, pp. 35). Neste sentido, o autor (2018) nos explica que as instituições criam um padrão que acaba por privilegiar pessoas brancas em relação aos demais grupos da sociedade. Telles (2003) também argumenta que “a cultura geral dissemina e aceita a ideia da hierarquia racial, que os brasileiros, por sua vez, percebem como natural; isso fornece um entendimento lógico e legítima a ordem racial” (TELLES, 2003, pp. 237). Ou seja, a população branca possui privilégios em detrimento da população negra que são sentidos em diversas áreas da vida, não somente nos aspectos políticos e econômicos, mas de saúde, educação, etc.

Levando em consideração a definição do conceito de saúde adotada na Constituição Federal de 1988 que nos diz que,

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, Constituição Federal, 1988, Artigo 3º),

compreendemos que mulheres negras, devido à grande feminização da pobreza em nosso país, possuem maiores dificuldades de acesso a recursos que garantam um bom estado de saúde

para si. O racismo, conforme trabalhado anteriormente, explica como estas mulheres estão alocadas em estratos inferiores da sociedade e em como este processo trata-se de uma construção histórica e estrutural do nosso país.

3.2. Vulnerabilidade de Mulheres Negras nos Tratamentos de Saúde

Conforme tratado no capítulo sobre as desigualdades de saúde, o SUS trata-se de uma política de saúde extremamente importante para o nosso país e para os indivíduos. Ele tem a obrigação de garantir o acesso igual de todos estes indivíduos à saúde e o faz. No entanto, o tratamento é diferenciado entre os grupos sociais visto que, de acordo com as pesquisas estudadas até o momento, mulheres negras possuem maior vulnerabilidade em diversos indicadores de saúde e que são geradas por determinantes sociais de saúde (SOS Corpo, 2015). Ayres *et al.* (2003) nos traz uma definição sobre a vulnerabilidade. Os autores trazem esta definição baseando-se na pandemia de HIV a partir dos anos 90. Eles nos dizem que a vulnerabilidade pode ser entendida como

esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não somente individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2003, pp.123).

Os autores (2003) elencam três tipos de vulnerabilidade que se ligam em eixos interconectados. O primeiro tipo de vulnerabilidade é compreendida através do “componente individual” e diz respeito ao:

(...) grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protetivas e protetoras (AYRES *et al.*, 2003, pp. 123).

O segundo tipo de vulnerabilidade trazida pelos autores é aquela que fala sobre o componente social e refere-se à:

(...) obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coações violentas, ou poder defender-se delas etc. Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2003, pp. 123).

A terceira forma de vulnerabilidade é a programática e sobre ela os autores nos dizem que:

(...) para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/Aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia” (AYRES *et al.*, 2003, pp. 123).

Apesar de a pesquisa fazer a caracterização da vulnerabilidade de acordo com o recorte da infecção pelo vírus do HIV/Aids, ela pode ser aplicada aos mais diversos contextos que afetam a saúde da população negra, uma vez que a vulnerabilidade capta o intercruzamento de aspectos sociais, individuais e institucionais para demonstrar as desvantagens sociais que os mais diversos grupos podem ser afetados. A caracterização da vulnerabilidade demonstra como os aspectos sociais devem ser levados em consideração nas relações sociais de determinação da saúde, visto que eles são parte fundamental da alocação de indivíduos na estrutura social, na identificação de morbidades nos grupos sociais, entre outros. Os autores (2003) ainda nos trazem a diferença entre a compreensão do que representa o risco e do que representa a vulnerabilidade.

De acordo com os autores Ayres *et al* (2003), a vulnerabilidade possui um caráter não probabilístico. Eles nos trazem a definição de que “o risco epidemiológico, grosso modo, é a probabilidade de que um indivíduo qualquer pertencente a um dado grupo identitário (expostos) venha também a pertencer a um outro grupo identitário (afetados)” (AYRES *at al.*, 2003, pp. 128). Segundo os autores (2003), enquanto o risco busca demonstrar a probabilidade de um evento ocorrer, a vulnerabilidade tenta expressar através dos aspectos sociais, econômicos, geográficos, etc., quais são os potenciais causadores ou não do adoecimento nestes indivíduos. Ainda assim, o estudo das vulnerabilidades se beneficia das análises de risco, já que elas trazem importantes indicadores de vulnerabilidade nos tratamentos de dados (AYRES *at al.*, 2003, pp. 128). No entanto, é necessária a análise conjunta dos significados concretos desses dados e sua mediação para que não se torne insuficiente ou prejudicial (AYRES *at al.*, 2003, pp. 124). Em outras palavras, o risco deve ser analisado conjuntamente às vulnerabilidades, pois só assim ocorre a compreensão da parte-todo dos processos de saúde e adoecimento nas mulheres negras.

Partindo para a compreensão das vulnerabilidades das mulheres negras nos serviços de saúde, a pesquisa do SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia (2015) nos traz referências sobre diversos aspectos de saúde de mulheres negras em Pernambuco. Os autores

(2015) nos informam que os dados apresentados são referentes à Secretaria do Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) e estão baseados em dados do Ministério da Saúde. A primeira informação que os autores nos trazem através do relatório é a de que a maioria dos nascidos vivos em 2013 (77% dos casos) eram filhos de mulheres negras. Um aumento de 3,7% em comparação ao ano de 2011 (no qual os dados revelam 73,3% de nascidos vivos deste mesmo grupo social). Em relação às mulheres brancas os dados diminuíram (de 23,2% para 21,6%) demonstrando uma discrepância grande entre os dois grupos. Para além destes dados, os autores (2015) também nos informam que destes nascimentos, 82,9% diziam respeito à mães negras na faixa dos 10 a 19 anos, o que nos leva a pensar na educação sexual de adolescentes negras bem como no acesso à informação e políticas de controle de natalidade para estas jovens.

Referente aos dados que dizem respeito à relação do número de nascidos vivos e taxa de escolaridade das mães, os autores nos diz que a maior disparidade entre mulheres negras e brancas está entre aquelas sem nenhuma escolaridade (87,6% em mulheres negras e 10,7% em mulheres brancas). O mesmo dado não se repete para aquelas mulheres com mais de doze anos de escolaridade (51,4% e 48%, respectivamente). Isto quer dizer que nível de escolaridade eleva o contato com informações e métodos de contracepção dando maior liberdade para mulheres exercerem suas vidas sexuais (SOS CORPO, 2015, pps. 29-30).

O segundo dado que os autores (2015) trazem para a pesquisa é sobre a mortalidade de mulheres brancas e negras e suas causas. De acordo com os autores, os dados da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) demonstram que mulheres negras morrem mais do que mulheres brancas. O maior número de mortes concentra-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos (83,3% em mulheres negras e 16,3% em mulheres brancas). Eles ressaltam que a grande proporção deve-se também à maior concentração de mulheres negras do que de mulheres brancas em Pernambuco. A menor desproporção está na faixa etária dos 60 anos ou mais. No entanto, ainda há uma diferença entre os dados de mulheres brancas para a de mulheres negras - 59,1% para mulheres negras e 40,3% para mulheres brancas (SOS CORPO, 2015, pp. 31).

De acordo com os dados apresentados sobre a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde), para o estado do Pernambuco, a principal causa de mortes entre mulheres negras diz respeito às doenças do aparelho digestivo, causas externas (acidentes e violência), gravidez/parto/puerpério, transtornos mentais e afecções originadas no período do perinatal (SOS CORPO, 2015, pp. 31). De acordo com Brasil (2016)

É consenso na literatura científica a existência de doenças de maior prevalência na população negra “em virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuam conjuntamente com fatores ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na mortalidade: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial; diabetes mellitus”, dentre outras (CUNHA, 2012, p. 30 *apud* BRASIL, 2016, pp. 31).

O relatório (2016) ainda nos traz a informação sobre a prevalência de hipertensão autorreferida para a população branca (22,1%) e para pretos (24,2%) e pardos (20%) e dados sobre diabetes mellitus - que também se mostram maiores para a população preta (7,2%) e parda (5,5%) do que para a população branca (6,7%). Todos os dados foram baseados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2013. De acordo com o estudo, as taxas de mortalidade por diabetes mellitus diminuíram em pessoas brancas e amarelas do ano 2000 até o ano de 2012, enquanto para a população negra (pretos e pardos) e indígena ocorreu o aumento destas taxas neste mesmo período de tempo. A respeito dos dados sobre hipertensão arterial, a mesma tendência se observa, tendo a população negra o maior risco de morte por hipertensão. A possível explicação apresentada para estes dados gira ao entorno de maiores subdiagnósticos, desassistência, maior risco genético e maior vulnerabilidade social de pessoas negras em relação às brancas mesmo após o diagnóstico da doença (BRASIL, 2016, pp. 32).

A respeito da anemia falciforme, o estudo (2016) nos traz a informação de que trata-se de uma doença genética e muito comum no mundo, principalmente entre pessoas negras - as quais são mais afetadas pela doença. A informação que os autores nos traz é de que a anemia falciforme é passada geneticamente para a criança que pode vir a desenvolver ou não a doença. Para os casos em que a doença não se manifesta em casos mais graves, o indivíduo torna-se

“portador do traço falciforme”. De acordo com Brasil (2016)

As crianças com DF possuem um risco aumentado em 400 vezes de adquirir infecções, quando comparadas com a população em geral. Por isso devem ser acompanhadas por um rigoroso programa de vacinação, que alie ao calendário nacional um programa especial de vacinação contra: *haemophilus Influenzae*; *hepatite B* (recombinante); *streptococcus pneumoniae* (polissacáride e heptavalente), todos disponíveis no SUS (BRASIL, 2016, pp. 33).

Conforme explicado pelos autores, o diagnóstico da anemia falciforme é feito no período de neonatal para todos os nascidos vivos através do SUS, assim como o tratamento e a disponibilização dos medicamentos. O relatório (2016) nos informa que a doença dobrou de

tamanho no Brasil dos anos 2000 até o ano de 2012 e que a maior incidência desta está entre a população negra. Além do aumento da incidência da doença entre pessoas negras, esta população é a maior vítima fatal da anemia falciforme. Devido ao grande diagnóstico e mortalidade de pessoas negras pela doença falciforme, foi instituída a “Política Nacional de Atenção à Doença Falciforme no Brasil”. Conforme dito anteriormente, devido ao grande de mulheres e homens negros que possuem a doença (manifestada ou não), os dois grupos se uniram para que pudessem pensar nesta política para a atenção à saúde da população negra. De acordo com Brasil (2016)

No ano de 2013, de um total de 2.370.692 recém-nascidos triados pelos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), 877 apresentaram a doença falciforme. Naquele ano, havia 19.508 postos de coleta cadastrados na rede de atenção básica e a cobertura do SUS era de 82,9% da população de recém-nascidos (BRASIL, 2016, pp. 35).

Ou seja, o número de nascidos que apresentam a doença falciforme é bastante alto. A pesquisa ainda nos traz a informação de que o maior número de casos de doença falciforme está na Bahia. O próximo tópico sobre saúde da população negra que é abordado trata-se das doenças transmissíveis e a primeira doença trazida é o HIV/AIDS. De acordo com Brasil (2016), apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa entre pessoas brancas, pardas, amarelas e indígenas de acordo com o sexo, ainda há uma diferença entre homens e mulheres pretos, nos quais homens possuem taxas de contaminação menor do que mulheres.

De acordo com pesquisa do SOS Corpo (2015), a partir da década de 90 a epidemia de HIV/AIDS passa a ter uma interiorização da doença e o maior alastramento entre indivíduos mais pobres, bem como o aumento do contágio pela doença entre mulheres em um processo de “feminização da epidemia” com a caracterização de mulheres sendo contaminadas por parceiros fixos com os quais convivem (2015, pp. 34). De acordo com os dados trazidos pela pesquisa, mulheres na faixa dos 25 e 59 anos demonstram taxas de contaminação superiores à média das taxas nacionais e aquelas que apresentam entre 35 e 39 anos demonstraram aumento nas taxas de infecção. O estudo do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia (2015) nos traz dados sobre o estado do Pernambuco.

Segundo a pesquisa realizada (2015), mulheres negras tiveram aumento no número de casos de contaminação pelo vírus do HIV do ano de 2002 a 2013 (64,3% para 82,3%), enquanto mulheres brancas tiveram um decréscimo nas taxas de contaminação pelo vírus (34,8% para 16,8%). A diferença de dados entre mulheres negras e brancas é muito

discrepante para o estado do Pernambuco (2015, pp. 34). Os autores dizem que o percentual de mortes por HIV entre mulheres negras também aumentou (59,5% para 73,1%) enquanto o de mulheres brancas diminuiu (40,5% para 26,3%). Ou seja, o número de contaminações e mortes por complicações da doença de HIV no estado do Pernambuco nos anos de 2002 a 2013 foi maior para a população feminina e negra.

Comparando os dados do estado de Pernambuco com os dados nacionais de infecção por HIV/AIDS, de acordo com Brasil (2017), dos anos de 2004 a 2013 houve a observação da redução da contaminação de pessoas brancas e o aumento em pessoas pardas. De acordo com o estudo, no grupo feminino mulheres pretas e pardas são as que apresentaram maiores taxas de infecção (12,3/100 mil habitantes e 8/100 mil habitantes, respectivamente). Mulheres brancas apresentaram taxa de 7,1/ 100 mil habitantes. O número de gestantes infectadas em 2013 era de 41,3% para mulheres pardas e 39% para mulheres brancas. Não foram trazidos dados para as mulheres pretas. O estudo ainda traz a informação de que as taxas de mortalidade por HIV/AIDS no ano de 2013 - em relação ao gênero feminino - foi maior entre mulheres pretas (BRASIL, 2017, pps. 18-19).

Outro dado muito importante a ser trabalhado quando falamos em saúde da mulher negra diz respeito às vulnerabilidades sofridas por estas nos atendimentos de pré-natal e puerpério nas redes de tratamento de saúde. De acordo com a pesquisa realizada por Theophilo *et al.* (2018) através da ouvidoria ativa da rede cegonha (POARC) realizada pela ouvidoria do SUS com mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde no período de março a dezembro de 2012 através do inquérito telefônico, há uma maior proporção de gestantes adolescentes de mulheres de cor preta e parda que se declaram solteiras, com nível escolar fundamental ou sem instrução, sem renda ou recebendo um salário mínimo e também uma grande proporção destas mulheres recebendo bolsa família. De acordo com a pesquisa, 52,2% de mulheres pretas e pardas declararam a gravidez não ter sido planejada e 93,1% destas mulheres declararam utilizar o SUS. Segundo dados do estudo, a Rede Cegonhas considera que o número de consultas pré-natal adequado seria de sete ou mais consultas. Para o número considerado adequado 64,7% das mulheres negras foram atendidas e 71,6% das mulheres brancas (Theophilo *et al.*, 2018, pp. 3508).

A pesquisa ainda nos traz as informações de que mulheres negras participam um pouco mais das atividades educativas fornecidas pelos sistemas de saúde (28,2% x 2,2%) e também tiveram menores informações sobre o parto normal (59,6% x 64,1%) bem como o local no

qual seria realizado o parto (59,8% x 65,4%). A taxa de mulheres pretas e pardas que receberam atendimento no primeiro serviço de saúde foi de 61,2% enquanto para mulheres brancas foi de 68,2%. Também as mulheres negras tiveram um maior tempo de espera no serviço de saúde (16,6%) e maiores taxas de falta de acompanhamento do parto (68%). Em 50% dos casos, o relato das mulheres é de que o acompanhamento foi vetado pelo serviço de saúde. Mulheres pretas também apresentaram maiores taxas de partos normais do que mulheres brancas - 53,3% x 48,8% (Theophilo *et al.*, 2018, pp. 3508-3509). De acordo com Brasil (2004), em pesquisa realizada pela Fiocruz com a Prefeitura do Rio de Janeiro, mulheres negras recebem menos anestésias em partos normais do que mulheres brancas (11,1% x 5,1%) (BRASIL, 2004, pp. 51).

Para além das informações apresentadas, de acordo com Brasil (2004), para as mesmas patologias, mulheres negras morrem mais cedo do que mulheres e homens brancos - de forma geral. Também houve o aumento da mortalidade infantil de nascidos de mulheres negras, bem como maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica. A pesquisa (2004) ainda aponta dados de maiores taxas de baixo peso ao nascer por parte de crianças negras, o que poderia indicar, de acordo com o documento, prevalência de doenças de diabetes e hipertensão nas mães destas crianças e a falta do devido controle destas doenças durante a gravidez. A falta de acompanhamento durante a gravidez pode vir a ser um reflexo, também, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à influência dos fatores socioeconômicos. A pesquisa também ressalta a prevalência de miomas em mulheres negras cinco vezes maior do que em mulheres brancas, assim como taxas de câncer do colo de útero duas vezes maior para mulheres negras do que para mulheres brancas (BRASIL, 2004, pp. 52).

Todos os dados apresentados pelos estudos até o presente momento demonstram uma maior vulnerabilidade de mulheres negras nos serviços de atendimento de saúde e na prevalência de determinadas doenças em relação à mulheres brancas, principalmente as doenças evitáveis. É através da análise destes dados que percebe-se a necessidade da criação de uma política pública que garanta a saúde deste grupo social que é fortemente afetado pelas desigualdades sociais e estruturais. Portanto, o capítulo que segue trabalhará sobre as políticas existentes para a diminuição destes quadros de desigualdades.

3.3. Políticas de Enfrentamento das Desigualdades: A PNSIPN e a PAISM

Conforme pudemos observar anteriormente através dos diversos estudos citados, mulheres negras possuem piores índices de saúde em comparação a mulheres brancas. Grande parte dos resultados encontrados associam-se aos fatores sociais e econômicos, que atuam de forma a criar não somente barreiras como, também, aloca este grupo social em estratos mais baixos da pirâmide social contribuindo para uma maior dificuldade do acesso a informações e a tratamentos e serviços de saúde de qualidade, o que influencia nos estados de saúde bem como nas piores taxas apresentadas por estas mulheres.

Pensando nestas dificuldades encontradas pela população negra no acesso aos serviços de saúde e no tratamento recebido dentro destes serviços, bem como na salientação e orientação da necessidade de compreensão dos particularismos e dos efeitos causais das disparidades socioeconômicas nos estados de saúde deste grupo, percebe-se a necessidade de criação de uma política que atenda às necessidades desta população bem como atue para diminuir as disparidades encontradas nos diversos aspectos de suas saúdes. Desta forma, cria-se a PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra). De acordo com Brasil (2013)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013, pp.7).

O relatório ainda nos traz a informação de que a PNSIPN trata-se de uma política transversal na qual sua formulação, gestão e operação ocorre nas três esferas de governo seja em suas áreas específicas de aplicação ou de acordo com as políticas e diretrizes do SUS (BRASIL, 2013, pp. 7). Ou seja, a política possui como objetivo a redução das desigualdades existentes na saúde da população negra, visando abarcar a saúde como um todo: em seus aspectos de prevenção, tratamento, atenção sempre tendo em vista os particularismos presentes na saúde da população negra.

De acordo com o relatório, a PNSIPN se relaciona com o SUS através de políticas de gestão solidária e participativa dos indivíduos. Isto quer dizer que a inclusão do quesito cor na identificação dos usuários, o combate ao racismo institucional, cursos de educação e formação de funcionários para a compreensão das realidades sociais, implementação de ações

afirmativas para o combate das disparidades, dentre outros, fazem parte dessa associação da política ao SUS para a promoção e o combate às desigualdades raciais de saúde. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, traz-se à tona a luta do Movimento Negro, do Movimento de Reforma Sanitária e de outros grupos também que cobravam por condições dignas nos atendimentos de saúde à sociedade civil e, principalmente, a população negra - visto que os últimos sempre estiveram em piores condições de saúde e de pobreza devido ao histórico de marginalização após a abolição da escravidão no nosso país.

Os anos 80 marcam, de acordo com Telles (2003), uma união dos movimentos negros para criar uma agenda única e ganhar destaque para as exigências dos movimentos. A pressão exercida pelos movimentos culminou na criação dos conselhos. O primeiro deles citado por Telles (2003) é o Conselho da Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo. De acordo com o autor (2003), “seu propósito era monitorar a legislação que defendia os interesses da população negra, sugerir projetos para a Assembléia Legislativa e setores do executivo e investigar denúncias de discriminação e violência policial” (TELLES, 2003, pp. 70). A ideia dos conselhos disseminou e foi adotada por diversos estados e municípios. Em 1985, de acordo com Telles (2003), “(...) o presidente José Sarney propôs, mas nunca implementou, o Conselho Negro de Ação Compensatória, em nível federal” (TELLES, 2003, pp. 71). No entanto, o mesmo presidente três anos depois criou o Instituto Fundação Cultural Palmares, existente até hoje e que, segundo o presidente, iria democratizar o acesso da população negra a espaços de poder. A Fundação Palmares foi uma importante conquista para o movimento negro, no entanto, “para alguns analistas, a ênfase na cultura forneceu uma distração das necessidades socioeconômicas dos negros de emprego, educação e saúde” (TELLES, 2003, pp. 71).

Segundo Telles (2003), a criação da Constituição Federal de 1988, foi um importante marco político para o país, para os movimentos sociais e para a população de uma forma geral, uma vez que ela garantiu diversos direitos para os grupos minoritários (incluindo a população negra), sendo reconhecida enquanto Constituição Cidadã. Segundo Telles (2003), “a eleição de número cada vez maior de negros para postos importantes começaria a desafiar o *status* subalterno que lhes é reservado no imaginário coletivo e aumentar as esperanças de grande parte da população negra” (TELLES, 2003, pp. 72). Ainda de acordo com o autor (2003), estes indivíduos também contribuíam para que questões relacionadas à raça ganhassem maior destaque no cenário político e científico brasileiro. Telles (2003) nos diz que

A democratização ofereceria a esperança da inclusão de grupos excluídos anteriormente, especialmente na medida que eles conseguiam se organizar. Durante esse período, o movimento negro também estava envolvido em amplas campanhas de base para se organizar com base na raça. Apesar do enfoque cultural de muitas organizações do movimento negro no passado, cada vez mais ativistas começaram a focar o racismo e a desigualdade racial. Líderes do movimento negro passaram a receber atenção nacional e internacional através de campanhas que destacavam como, no Brasil, os negros eram as vítimas preferenciais da pobreza e das violações dos direitos humanos, inclusive crianças de rua, o tráfico de mulheres e a violência proveniente do crescente tráfico de drogas (TELLES, 2003, pps. 72-73).

Ou seja, trata-se um período importante para o movimento negro, para que fossem garantidos direitos e para que houvesse um rompimento com o mito da democracia racial que existia no Brasil e que, durante muito tempo, construiu uma imagem do país no exterior como sendo um local no qual ocorria uma perfeita harmonia de raças. Passa-se a focar na verdadeira condição do negro em nossa sociedade, que permaneceu e permanece excluído durante muitos anos do período pós-abolicionista até a atualidade. De acordo com Telles (2003) “com o apoio organizacional e profissional necessários, os líderes do movimento negro foram capazes de realizar e sustentar suas estratégias antiracistas, inclusive lançando campanhas educativas e valendo-se da mídia para expor a persistência e periculosidade do racismo no Brasil” (TELLES, 2003, pp. 74).

O autor (2003) ressalta que neste mesmo período a criação de ONGs como o Geledés (Instituto da Mulher Negra Brasileira), o CEAP (Centro de Articulação de Populações Marginalizadas), IPCN (Instituto de Pesquisa das Culturas Negras no Rio de Janeiro) contribuíram para que houvesse uma maior garantia dos direitos constitucionais alcançados pela população negra e para denunciar casos de racismo nas mais diversas esferas da sociedade.

Telles (2003) nos diz que “por volta do início dos anos 90, o termo “democracia racial” começou a cair em desuso no vocabulário brasileiro” (TELLES, 2003, pp. 75) e que

Esse novo período seria marcado pelo reconhecimento do racismo por vários setores da sociedade brasileira e o surgimento de pressões para que o Estado ampliasse a cidadania democrática real e os direitos humanos de sua população negra. Para falar sobre as relações de raça no Brasil agora é preciso dar mais atenção à questão da ação afirmativa, o que reflete o reconhecimento do governo da existência de racismo no Brasil e o fim do conceito da democracia racial (TELLES, 2003, pp. 75-76).

Neste sentido, a entrada dos anos 90 marca uma mudança na compreensão das relações sociais e de ideias, principalmente no que corresponde às atitudes em relação aos indivíduos negros, que passam a ser alvo de ações afirmativas e políticas públicas que atendessem às suas

demandas em reconhecimento dos muitos anos de marginalização, exclusão e escravidão promovidos por indivíduos brancos e pelo Estado. Com a Marcha Zumbi dos Palmares em 1995 passa-se a dar maior atenção às reivindicações da população negra resultando no Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do Subgrupo Saúde. No mesmo ano em que é instituído, o grupo reuniu-se em uma Mesa-Redonda para discutir aspectos de saúde da população e negra e os resultados deste encontro foram:

- a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução CNS nº 196/96, que introduziu, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e c) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2013, pp. 10).

O movimento se expande ainda mais com a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas. A partir do ano 2000, ocorre a criação do “Comitê Impulsor Pró-Conferência” formado por organizações negras e sindicais e que ficariam responsáveis pelas tarefas organizativas no período que precedesse a Conferência Mundial. De acordo com Carneiro (2002), o Comitê denuncia o Estado por ele descumprir o acordo firmado durante a Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação Racial, o qual se comprometia com “a implementação de políticas públicas de combate ao racismo e à discriminação e de promoção da igualdade racial” (CARNEIRO, S., 2002, pp. 209-210). O grupo também organizou um fórum com entidades negras para discutir os efeitos do racismo no Brasil. Este mesmo grupo seria o responsável por organizar as delegações que participariam das atividades da Conferência em Durban. De acordo com Carneiro (2002), a Conferência de Durban foi um momento muito importante para as mulheres negras, as quais tiveram grande protagonismo nas atividades contra o racismo e discriminação racial ocorridas tanto em âmbito nacional quanto internacional. A autora nos diz que estas mulheres chamaram atenção para as práticas de racismo e sexismo em nossa sociedade e como a intersecção entre estes fatores juntamente aos fatores sociais culminam em desdobramentos negativos na saúde mental, física e emocional destas mulheres (CARNEIRO, 2002, pp. 210). Todas estas informações trazidas por estas mulheres foram publicadas posteriormente, de acordo com Carneiro (2002), e que neste documento constam informações que poderiam constituir um programa de ações políticas que poderia perdurar por anos. A participação das mulheres negras na Conferência já era proeminente desde a Conferência Regional das Américas ocorrida no Chile no ano 2000, no qual demonstraram

grande sensibilidade na construção de políticas que serviriam à população negra dos países envolvidos. Após sua união às feministas, essas ações foram potencializadas (CARNEIRO, 2002, pp. 211).

Carneiro (2002) nos diz que a Conferência de Durban demonstrou o que, geralmente, ocorre quando tratamos sobre as questões étnicas e de raça: uma grande polarização entre os grupos sociais. Essa polarização ficou bastante evidente durante a Conferência gerando grandes dificuldades para a discussão das pautas que eram levantadas. A situação se reforçou ainda mais quando os EUA resolveram se retirar da Conferência em protesto às acusações que Isarel vinha recebendo sobre práticas de racismo e colonialismo contra o povo palestino (CARNEIRO, 2002, pp. 211). De acordo com Carneiro (2002), uma das reivindicações trazidas para a Conferência foi o reconhecimento do tráfico transatlântico da população negra africana enquanto crime de lesa-humanidade e a reparação da escravidão imposta a estes indivíduos bem como da colonização do continente africano, o que ia contra as ambições de países ocidentais, já que este reconhecimento abriria demandas para a reparação deste grupo populacional contra países que se beneficiaram de práticas escravagistas (CARNEIRO, 2002, pp. 212). Segundo a autora,

Para além do objetivo de impedir a aprovação de qualquer proposta que abrisse brechas para reparações, estes também lutavam para impedir a condenação do passado colonial, sobretudo porque isso significaria o questionamento e a crítica aos fundamentos que justificaram o colonialismo e a expansão econômica do Ocidente: (a) a sua suposta superioridade racial e cultural; e (b) a convicção de sua missão civilizatória em relação aos povos considerados inferiores, ou seja, a certeza de que acordaram os povos da África para a civilização e destinaram os bens ociosos no continente africano para o progresso de toda a humanidade. Entendemos ser a persistência dessas visões um dos condicionantes do fato de que o máximo que as delegações ocidentais se dispuseram a aceitar como desculpas pelo passado colonial foi a admissão de eventuais males ou excessos do colonialismo (CARNEIRO, 2002, pp. 212).

Ou seja, os países ocidentais ainda possuem grande resistência no reconhecimento da escravidão e de todas as desigualdades que este período da história trouxe para a população negra. No entanto, mesmo diante desta resistência, Carneiro (2002) nos diz que houve uma grande vitória para os grupos de mulheres e homens negros brasileiros e latinos, visto que o documento de Durban incorporou trechos formulados durante a Conferência Regional das Américas prevendo a implementação de políticas públicas para a luta contra as desigualdades, o destino de verbas para a saúde, educação, além do reconhecimento dos afrodescendentes como os sujeitos alvo das políticas de enfrentamento das desigualdades. O documento

estipulava até 2015 o prazo para a implementação das metas ali contidas. No entanto, ainda lutamos para a implementação de algumas destas metas em nossas sociedades.

A Conferência também reconheceu as dificuldades enfrentadas por mulheres negras nos mais diversos aspectos de suas vidas. Desta forma, o documento pede o reforço de políticas que envolvam mulheres e jovens afrodescendentes. O documento também pede a garantia aos afrodescendentes, principalmente mulheres e jovens a garantia do acesso à educação e tecnologias, bem como a inclusão nos currículos da história da África e a constibuição dos povos africanos para a construção social e identitária dos indivíduos. De acordo com Carneiro (2002), no Brasil, isto representaria as discussões sobre saúde, equalização da expectativa de vida entre pessoas negras e brancas, acesso a terra, moradia, acesso ao mercado de trabalho, entre outros. Toda esta movimentação contribuiu para as discussões que seriam feitas posteriormente sobre as relações raciais no Brasil. No entanto estas seguem sendo insuficientes tendo em perspectiva as desigualdades ainda enfrentadas pela população negra em nosso país.

Neste meio tempo ainda temos a criação da Seppir (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), que possui como objetivo “promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde, e outros órgãos do governo brasileiro” (BRASIL, 2003 a, *apud* BRASIL, 2013, pp. 11). Ainda tentando cumprir com o acordo firmado durante a Conferência de Durban e também na tentativa de redução das desigualdades raciais no país, cria-se a Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN). O Comitê é formado por diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde e dentre as suas atribuições está a contribuição para a escrita da PNSIPN. De acordo com o relatório do governo (2013), durante os anos de 2005 e 2006 ocorreram vários seminários sobre relações raciais e em 2006 cria-se a PNSIPN. Uma questão importante contida no documento é o reconhecimento por parte do Estado do racismo institucional dentro do SUS (BRASIL, 2013, pp. 11).

De acordo com Brasil (2013), a PNSIPN baseia-se nos princípios constitucionais sobre cidadania e sobre a dignidade da pessoa humana. Também baseia-se nos princípios do SUS reforçando-os, principalmente os princípios relativos à equidade, visto as iniquidades enfrentadas pela população negra nos serviços de tratamento de saúde. O relatório nos diz que trata-se de uma política transversal, já que ela reforça reciprocamente diversas políticas de

enfrentamento, pensando nos sujeitos de forma integralizada, considerando os diversos aspectos que constituem as vivências pessoais e grupais destas pessoas. Conforme dito anteriormente, a política também reconhece o racismo, fatores socioeconômicos e trajetórias de vida enquanto determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2013, pp. 18). O documento nos informa que são diretrizes da PNSIPN, a educação sobre racismo e saúde da população negra na formação de trabalhadores de saúde, ampliação e reforço da participação do movimento negro nas políticas participativas, incentivo à produção de conhecimento técnico e científico sobre saúde da população negra, reconhecimento de práticas populares de saúde (principalmente aquelas ligadas às religiões de matrizes africanas), monitoramento e avaliação de ações de combate ao racismo e redução das desigualdades raciais e étnicas, desconstrução de paradigmas e estereótipos acerca de pessoas negras para uma positivação das identidades destes indivíduos e, conseqüentemente, a redução das vulnerabilidades apresentadas por esta população (BRASIL, 2013, pp. 21).

Sobre objetivos gerais e específicos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, promove-se o combate às desigualdades raciais, ao racismo e à discriminação racial dentro das instituições do SUS. Dentre os objetivos específicos, estão:

I – Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde; II – Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; III – Incluir o tema *Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual*, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; IV – Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho; V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS; VI – Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia; VII – Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades; VIII – Definir e pactuar, com as três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde; IX – Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais; X – Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar; XI – Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios; XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2013, pp. 19-20).

Percebe-se que todos os tópicos priorizam a população negra em seus mais diversos aspectos e pelos diferentes recortes de classe. A política é uma forma de não somente garantir os direitos desta população como também prevê o atendimento digno, humanizado numa tentativa de reconhecimento e diminuição das desigualdades existentes dentro e fora dos sistemas de saúde. Para além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) temos a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A PAISM visa o atendimento humanizado e de qualidade para as mulheres em nossa sociedade. De acordo com o relatório de Brasil (2004), as diferentes experiências de mulheres nos serviços de tratamento de saúde muitas vezes revelam discriminações, frustrações e violações que podem resultar no abalo físico-psíquico destas mulheres. Desta forma, a PAISM seria uma garantia do atendimento integral deste grupo social levando em consideração princípios éticos, de direitos humanos com garantia de bem-estar (BRASIL, 2004, pp. 59).

De acordo com o relatório, a humanização e qualidade de atenção são indissociáveis e, para ser cumprida deve passar por alguns aspectos importantes: acesso da população aos serviços de saúde nas três esferas de assistência; definição de estrutura e de organização da rede assistencial; a captação e busca ativa das usuárias; disponibilização de recursos tecnológicos; capacitação dos profissionais e funcionários dos serviços de saúde no uso das tecnologias adequadas; acolhimento humanizado e práticas educativas para usuárias e comunidade; disponibilização de insumos; acolhimento amigável em todos os níveis de assistência garantindo a participação da usuária em todo o processo de decisão do atendimento; disponibilidade de informações e orientação sobre a promoção de saúde; mecanismos de avaliação continuada sobre o desempenho dos profissionais de saúde; acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde; análise de indicadores que demonstrem o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e redefinição das estratégias que forem necessárias para o melhor atendimento a estes grupos (BRASIL, 2004, pp. 60-61).

Ou seja, a humanização dos tratamentos às mulheres nas redes de atendimento dos serviços de saúde passam por diversos fatores dentro das esferas pessoais e políticas, sempre visando o bem-estar e o cuidado - levando em consideração os atravessamentos que estas mulheres sofrem no seu dia-dia e que são muitíssimo diferentes entre os demais grupos sociais da nossa sociedade. A PAISM é uma forma de demonstrar que há um movimento sendo feito para a diminuição da vulnerabilização que as mulheres sofrem constantemente nos serviços de

saúde, principalmente as mulheres negras. Para que haja a conformação entre teoria e prática das ações de efetivação do acolhimento humanizado, são estabelecidas diretrizes para o norteamento destas questões e para a garantia de seu funcionamento. São elas: orientação e capacitação do SUS para o atendimento integral da saúde da mulher levando em consideração as necessidades e especificidades das saúdes do grupo feminino; atingir todos os ciclos de vida das mulheres resguardando as especificidades de faixa etária e grupos sociais (mulheres negras, indígenas, privadas de liberdade, homossexuais, deficientes, etc.); elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher norteando-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia com o rompimento das fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva; gestão e dinâmica inclusiva da Política de Atenção à Saúde para atender todas as demandas do grupo feminino - antigas ou recentes - em todos os níveis de assistência; compreensão das políticas de saúde da mulher em dimensão ampla objetivando a criação e ampliação das condições necessárias para o exercício dos direitos da mulher seja no SUS, seja em outras dimensões, tais como segurança, justiça, trabalho, educação e previdência social; atenção integral à saúde da mulher sendo executada em diversos níveis - desde o básico até os mais complexos; o SUS como garantia do atendimento das mulheres e da aplicação da PAISM nos três níveis gestores; o atendimento das mulheres orientado pelo respeito às diferentes particularidades, sem a imposição de valores, crenças e aspectos morais pessoais, bem como a compreensão dos aspectos ampliados do contexto de vida; práticas norteadas pelo princípio de humanização; estímulo e reconhecimento da participação da sociedade civil organizada na saúde da mulher, principalmente as produções técnicas e científicas; participação da sociedade civil organizada para a avaliação e qualificação das políticas de saúde da mulher e para a regulação e gestão do SUS; horizontalização das práticas e ações de saúde; ações em redes integradas entre órgãos governamentais e não-governamentais para a melhora das condições de vida e saúde das mulheres (BRASIL, 2004, pp. 63-65).

Como a PAISM possui por objetivo geral a melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres, a garantia de acesso a direitos e serviços de saúde, a redução da morbidade e mortalidade bem como a ampliação, qualificação e humanização a atenção integral nos serviços de saúde, suas diretrizes reforçam este aspecto, lembrando sempre das disparidades sofridas pelas mulheres nos tratamentos de saúde, principalmente mulheres negras. Pensando nestas especificidades das saúdes das mulheres, principalmente das mulheres negras como ressaltado acima, são construídos os objetivos específicos que demonstram ir diretamente ao foco das causas das disparidades de saúde. Desta forma, apresentamos os objetivos

específicos presentes na PAISM. O primeiro objetivo específico refere-se à ampliação e qualificação dos profissionais de clínica e de ginecologia no atendimento de mulheres portadoras do vírus do HIV ou outras DSTs nos serviços de saúde. Ou seja, fortalecer os cuidados com as mulheres, principalmente os referentes à saúde clínica e ginecológica. O segundo objetivo específico diz sobre a implantação e a implementação da assistência no planejamento familiar seja para homens, mulheres, jovens ou adultos. A política diz sobre a inclusão dos tratamentos de infertilidade neste objetivo assim como a conscientização sobre métodos contraceptivos, sua oferta além da inclusão de homens e adolescentes nas conversas sobre planejamento familiar (BRASIL, 2004, pp. 69). Aqui ressaltamos como sempre a mulher é colocada em um lugar do cuidado parental e como este estereótipo é disseminado para outros âmbitos da nossa sociedade na alocação de papéis e de oportunidades no mercado de trabalho para as mulheres, delegando-as funções que perpassam pelo cuidado seja do lar ou de outras pessoas

O terceiro objetivo específico trazido pela PAISM diz respeito à atenção neonatal e obstétrica assim como o abortamento seguro para as mulheres e adolescentes. Este ponto objetiva a redução da mortalidade e da morbidade de mulheres grávidas e o seu acompanhamento e tratamento de forma humanizada (BRASIL, 2004, pp. 69). Pudemos ver acima que mulheres negras são aquelas que encontram-se em maior vulnerabilidade nos serviços de parto e no puerpério também. É grande a necessidade de se quebrar estigmas e estereótipos acerca da dor e da força de mulheres negras durante o trabalho de parto e posteriormente ao mesmo. Através da PAISM, há a elucidação da necessidade de olhar para as mulheres de forma mais humana e também para as mulheres que encontram-se em situação de abortamento. O quarto ponto diz sobre o atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica. Neste sentido, são atribuições do órgão responsável a construção de redes integradas, a prevenção das DST's e Aids para mulheres em situação de violência e a promoção de ações contra a violência doméstica (BRASIL, 2004, pp. 70).

O quinto objetivo fala sobre trabalhar de forma conjunta com a PN-DST/Aids a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis prevenindo-as e ampliando os atendimentos de mulheres que convivem com a doença infecciosa (BRASIL, 2004, pp. 70). O sexto objetivo traz-nos o princípio de redução de mortalidades e morbidades por câncer de mama e de colo do útero em mulheres, a reconstrução mamária nos casos de mastectomia e o teste anti-HIV e Sífilis para as mulheres com diagnósticos para DST, HPV e câncer invasor

(BRASIL, 2004, pp. 70 - 71). O sétimo objetivo abarca as questões de saúde mental em mulheres com enfoque de gênero buscando a focalização nas questões de gênero e raça em mulheres que são diagnosticadas com transtornos mentais e também a melhora de informações sobre transtornos mentais no SUS. O oitavo objetivo trata sobre a melhora de mulheres nos atendimentos do SUS durante o período de climatério (BRASIL, 2004, pp. 71).

O nono objetivo da PAISM enfoca o tratamento recebido pela mulher idosa nos serviços de atendimento de saúde e fala sobre a inclusão de temas específicos sobre as necessidades das mulheres idosas e ao atendimento destas mulheres nos serviços de saúde. O décimo objetivo trata sobre a saúde da mulher negra e a capacitação de profissionais, melhora dos registros e produção de dados, capacitação de profissionais, inclusão de programas e atenção à anemia falciforme (principalmente no período de gravidez e puerpério), recorte étnico nos documentos e ações no SUS e o fortalecimento da conexão entre serviços de atendimento de saúde com movimentos que tratam sobre a saúde da mulher negra (BRASIL, 2004, pp. 71). O décimo primeiro objetivo fala sobre a atenção de saúde às trabalhadoras do campo e da cidade incluindo nas políticas de saúde e nos movimentos sociais as noções referentes aos direitos e saúde das mulheres trabalhadoras dos serviços informais, do campo e dos setores formais (BRASIL, 2004, pp. 72).

O décimo segundo e décimo terceiro objetivos do documento fala sobre as mulheres indígenas e as mulheres privadas de liberdade e a necessidade de ampliação do enfoque na saúde destes grupo sociais. No caso das mulheres encarceradas, sobre informações relativas à DST e Aids nesta população. Por último e não menos importante, o décimo quarto objetivo que alerta sobre a necessidade de fortalecimento da participação e do controle social na implementação de políticas de atenção integral à saúde das mulheres numa consonância com os movimentos de mulheres feministas (BRASIL, 2004, pp. 72).

Como pudemos perceber, o documento traz reivindicações sobre o tratamento de saúde em seus mais diversos aspectos e levando em consideração todas as especificidades das necessidades enfrentadas por cada grupo de mulheres. Mesmo diante a implementação desta política, ainda muitas mulheres sofrem com as vulnerabilidades às quais estão expostas e aos possíveis atos de violência nos serviços de acolhimento de saúde que podem vir a receber. Apesar da política garantir direitos básicos e humanos para o grupo, a população negra apresenta grandes taxas de pior saúde do que a população branca, o que demonstra o quanto o Brasil ainda precisa andar para chegar a um patamar mínimo de igualdade entre as raças, diferentemente do que vêm sendo feito com o sucateamento de políticas públicas e o

desmonte do Sistema Único de Saúde (ainda a principal forma de acesso à saúde por parte da população negra do nosso país). Os dados apresentados no tópico anterior demonstram não só como mulheres possuem maiores vulnerabilidades de saúde em relação a homens, mas como os fatores socioeconômicos e de raça contribuem para o agravamento destas vulnerabilidades. Sendo assim, mais do que a necessidade de implementação destas reivindicações contidas neste documento, há a necessidade de reformulação na distribuição de riquezas, poderes, papéis sociais de gênero e na quebra de práticas racistas, machistas e sexistas. Para mudar a realidade das mulheres em nossa sociedade, principalmente das mulheres negras, há a necessidade de repensar as estruturas e bases na qual nossas crenças, percepções e pensamentos foram forjados e isto só é possível através da educação dos indivíduos e sensibilização para as bandeiras levantadas por estas mulheres.

4. Determinantes Sociais de Saúde e Operacionalização de Indicadores

Neste capítulo abordaremos questões referentes à desigualdade de saúde no Brasil e como os processos de estratificação social colaboram para a perpetuação destas desigualdades. O intuito é trabalhar em um primeiro momento (na subseção 4.1) como ocorreu a estruturação do campo da sociologia da saúde no Brasil e em outros países. Na segunda subseção falaremos sobre o campo de estudos dos determinantes sociais de saúde no Brasil, fazendo uma recapitulação histórica sobre este até chegar nos estudos mais recentes sobre o tema e na forma como foi feita sua incorporação pelas Ciências Sociais. Em um segundo momento trabalharemos a operacionalização de indicadores associados ao estudo dos determinantes sociais de saúde no Brasil com o intuito de demonstrar como eles são importantes para a compreensão das condições de saúde e adoecimento da população negra em nosso país e elucidar a forma como eles são importantes para este trabalho.

4.1. Construção do Campo da Sociologia da Saúde

O campo da Sociologia da Saúde constituiu-se a partir dos anos 50 nos Estados Unidos da América (EUA) para posteriormente espalhar-se para outros países ao redor do mundo. De acordo com NUNES (2006), a sociologia da saúde remonta o final do século XIX e início do século XX e suas primeiras aparições ao que diz respeito à associação do conhecimento médico aos fatores sociais data de 1894 através de um artigo que falava sobre a importância destes na construção dos processos de saúde e adoecimento. No entanto, o seu estabelecimento enquanto campo de conhecimento ocorre a partir dos anos 1950 quando

torna-se uma atividade regular após a segunda guerra através de pesquisas solicitadas por empresas privadas e governamentais (NUNES, 2006, pp. 288). De acordo com o autor (2006), neste momento ocorre uma reorientação do campo para pensar nos processos de adoecimento através do comportamento do doente, do médico e do papel da saúde enquanto uma forma de controle social. Os temas que irão surgir neste momento dizem respeito ao estudante de medicina, da diferenciação entre sociologia na medicina e sociologia da medicina, diversos trabalhos relacionados à saúde mental (incluindo a associação da saúde mental à classe social e nas formas de cuidado psiquiátrico) e etc. Nos anos 1959 a Sociologia da Saúde (ou Sociologia Médica) é formalmente estabelecida na ASA - American Sociological Association (NUNES, 2006, pp. 289).

A partir dos anos 60 o campo da Sociologia da Saúde é marcado pela Segunda Escola de Chicago através de estudos que compreendem o interacionismo simbólico. As temáticas trabalhadas passam a girar ao entorno da associação do uso de drogas, comportamento nas doenças e o ensino de sociologia na medicina. O autor (2006) nos diz que os anos 60 e 70 nos EUA são marcados pelo investimento em programas governamentais que visavam melhorar as saúdes dos grupos populacionais mais necessitados. Ele (2006) acrescenta que, de acordo com Bloom (2002, pp. 278), é nos anos 60 que ocorrem mudanças no formato de trabalho da sociologia médica, assumindo novas perspectivas que passam a incluir a análise institucional, sistemas sociais amplos, análises de organizações complexas, a ciência política ligada à tradução do conhecimento básico nas tomadas de decisão e, por último, análises de estrutura de poder. O autor completa dizendo que apesar do campo chamar-se Sociologia Médica, a partir dos anos 60 ele passa a tirar o foco unicamente das relações entre médico e paciente e passa a focar nas demais áreas da saúde (NUNES, 2006, pp. 290).

Nunes (2006) nos diz que os anos 70 são marcados pela continuidade do movimento que vinha sendo executado desde os anos 60, principalmente devido às críticas que vinham sendo feitas a respeito das questões do acesso aos serviços de saúde e à problemática com as doenças crônicas trazendo para o campo de estudos novos debates e novos autores. O autor (2006) nos diz que duas correntes principais se destacam neste momento: a de interacionistas e a de marxistas. Nunes nos diz que a escola interacionista permaneceu desenvolvendo as pesquisas que iniciaram durante os anos 60 com destaque para o estudo de E. Freidson que, de acordo com o autor, se tornaria uma referência na área da medicina sobre a profissão médica e a perspectiva do médico *versus* a perspectiva do paciente. A segunda corrente, marxista, traz

para o debate da Sociologia Médica a discussão sobre a desigualdade de saúde estar atrelada à estrutura social e política da sociedade. De acordo com Nunes (2006), Navarro e Waitzkin “põem em evidência que fatores sociais e políticos são determinantes das doenças que ocorrem na sociedade e que o papel funcional da organização das instituições de saúde na manutenção do capitalismo põe em discussão as ambiguidades do processo de *managerial decision* e sua construção ideológica” (NUNES, 2006, pp. 291). Ou seja, é neste momento que começa-se a discutir sobre os determinantes sociais de saúde e sua influência nos estados de saúde ou doença dos indivíduos. Nunes (2006) também acrescenta que é a partir dos anos 70 que França e Inglaterra se inserem nos estudos sobre Sociologia da Saúde. O autor (2006) nos diz que, de acordo com Annandale e Field (2001) é nesta época que o campo de estudos expande sua atuação saindo das explicações biologicistas para alcançar novas áreas e diversificando os campos. O autor ainda acrescenta que a França demorou a desenvolver o campo da Sociologia da Saúde e da Saúde Pública. Ele nos diz que ainda assim os estudos de Herzlich (1970) e Adam e Herzlich (1994) ganham grande destaque, uma vez que produzem um compêndio sobre sociologia da saúde, medicina e da doença na França (NUNES, 2006, pp. 292).

Os anos 80 e 90 são marcados pela expansão e desenvolvimento da área da Sociologia Médica, com financiamentos sendo modificados e com um destaque voltado para as ciências comportamentais. O autor nos diz que apesar de toda a expansão da disciplina, o que nos leva a compreender que passam a existir diversos temas que poderiam ser abordados pelos autores, passa-se a estudar a própria disciplina da Sociologia da Saúde bem como as temáticas que o campo viria a abordar. O autor (2006) aponta críticas dos autores da época com relação à falta de perspectivas teóricas que justificassem as problemáticas da saúde enquanto sua organização (NUNES, 2006, pp. 292). Segundo Nunes (2006), os cientistas

apontam que o campo apresenta um caráter paradoxal em seu desenvolvimento - sua esfera é potencialmente vasta, o número de cientistas sociais que têm sido atraídos para a sua órbita é impressionantemente amplo, a literatura é extensa, mas os temas são relativamente restritos e seletivos. Se, de um lado, é positiva a existência de um pluralismo intelectual, de outro há a necessidade de se alcançar um nível maior de integração teórica e metodológica (NUNES, 2006, pp. 93)

Ou seja, a dificuldade que encontramos até hoje com temáticas sobre a sociologia da saúde já é um problema que começou há bastante tempo atrás. Como os autores disseram, apesar do campo estar em constante expansão, a restrição de algumas temáticas acaba gerando

este tipo de problemática. O autor (2006) ainda acrescenta que o campo inicia-se na sociologia, mas se expande para a saúde pública, administração e medicina preventiva” com ênfase nas temáticas sobre aspectos sociais da aplicação das tecnologias de alto custo, estudos sobre a qualidade dos cuidados, bioética como tema sociológico, assim como a construção social da investigação em saúde” (NUNES, 2006, pp. 293).

De acordo com Nunes, Miceli (1989) nos indica que a estruturação da Sociologia no Brasil ocorre a partir dos anos 30 e esteve entrelaçada com as organizações universitárias ou com recursos governamentais para a construção de centros de debates e de investigações que não possuísem relações estreitas com os primeiros. O autor (2006) nos diz que há uma precursão dos temas ligados à saúde através dos estudos sobre medicina tradicional, práticas populares e folclóricas e que juntamente a estes movimentos há o de “médicos-cientistas sociais” através dos pensamentos higienistas (Novaes, 2003 *apud* Nunes, 2006, pp. 294). Nunes (2006) nos diz que as Ciências Sociais enquanto campo de conhecimento estabelece-se no Brasil a partir dos anos 60 quando há um maior interesse tanto pela área da pesquisa quanto pela pedagógica. Segundo o autor, o maior interesse pela área nesta época deve-se a alguns fatores, tais como a tentativa de reforma do ensino na América Latina visando a atenção total ao paciente com a integração dos campos psicológico, social e biológico para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento. De acordo com Nunes (2006), passa-se a perceber a necessidade da compreensão das causas múltiplas de adoecimento da população, uma vez que somente os aspectos biológicos não davam conta de explicar estes processos em sua totalidade. No entanto, de acordo com o autor, os determinantes sociais da saúde somente passarão a ser estudados com maior profundidade a partir dos anos 70. Um segundo ponto que Nunes ressalta diz respeito aos grandes índices de mortalidade infantil e o grande número de camadas da população sem atendimento de saúde básico. Ou seja, de acordo com ele (2006), percebe-se a necessidade de se pensar como os fatores macroestruturais afetam as saúdes dos indivíduos. Para que houvesse estudos que trabalhassem sobre como os aspectos sociais e de saúde se entrelaçavam e se determinavam, a disciplina é renovada no Brasil voltando-se para os estudos dos determinantes sociais de saúde. Também o incentivo financeiro de instituições de fomento à pesquisa na área da saúde coletiva fez com que o campo de estudos ampliasse no país (NUNES, 2006, pp. 295).

Nunes (2006) nos diz que os trabalhos sobre Sociologia da Saúde eram frutos, em sua grande maioria, dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, medicina social, medicina

preventiva e das escolas de saúde pública. É a partir dos anos 70 que a Sociologia passa a se preocupar com aspectos sociais dos processos de saúde e adoecimento, marcando uma mudança nos paradigmas na área de estudos, principalmente porque nesta mesma época os estudos e teorias marxistas também passam a ser utilizados para explicar estes processos. O autor destaca os trabalhos de Cecília Donnangelo (1975 e 1976), Sérgio Arouca (1976), Cecília Almeida Ferreira Santos (1973), Roberto Machado e colaboradores (1978), entre outros (incluindo os da área da epidemiologia) como colaboradores para a construção do campo de estudos sobre a saúde nos anos 70 no Brasil. Estes trabalhos são demarcadores desta corrente de estudos que buscava compreender a influência dos aspectos sociais sobre os processos de saúde e adoecimento no Brasil, seja pela perspectiva do materialismo histórico, funcionalismo ou pela história arqueológica (NUNES, 2006, pp. 297-298).

Os anos 80, de acordo com Nunes (2006), são marcados pelo desenvolvimento da oferta de serviços públicos de saúde, queda da mortalidade infantil, aumento da violência, pelo desenvolvimento de trabalhos que haviam se iniciado durante o período dos anos 70 bem como pela criação de associações como a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - que viria a incentivar os estudos sobre saúde coletiva no Brasil, principalmente a área das ciências sociais - e também pela realização de eventos importantes, tal qual a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A respeito da VIII Conferência Nunes (2006) nos diz que:

Esta conferência será um marco da segunda metade dos anos 1980 não somente pelo seu significado político, mas pelos desdobramentos em direção a muitos temas de relevância como a saúde do trabalhador, a saúde da mulher e os direitos reprodutivos, mas também pelo fato de ter descortinado a possibilidade de estudos balizados pelas ciências sociais (Nunes, 2006, pp. 299).

O autor (2006) nos diz que os anos 80 também foram marcados pela configuração de outros temas no campo de estudos, tais como os que envolvem a educação e as práticas de saúde, a questão da violência e da saúde, as questões políticas implicadas nas reformas de saúde no Brasil. O autor dá destaque também para as coletâneas de estudos que foram moldadas conforme eram feitas nos EUA e que viriam a contribuir para a disseminação dos diversos temas que vinham sendo abordados pela sociologia da saúde no nosso país. Algumas destas coletâneas também seriam fruto dos congressos que eram realizados na área. Nunes nos diz que os trabalhos realizados sobre sociologia da saúde no Brasil demonstraram uma grande preocupação com questões teóricas e metodológicas sendo bastante marcado estes aspectos nas publicações. Ele nos diz que apenas em 1993 com a publicação do livro de Minayo que

passasse a pensar nas questões qualitativas da pesquisa sobre sociologia da saúde. De acordo com o autor (2006), Minayo traz questões de ordem epistemológica e prática para o campo e após alguns anos, juntamente com Deslandes, traz uma coletânea com artigos da área da antropologia, da sociologia e da história para dar um foco nos processos de saúde e adoecimento reunindo contribuições teóricas e práticas. (NUNES, 2006, pp. 301-302).

De forma a finalizar as apresentações sobre a construção do campo da sociologia da saúde no Brasil, Nunes (2006) nos diz que o campo não possui limites muito claros em relação às demais áreas das ciências sociais, muitas vezes passando por um processo de intersecção entre elas. Nunes fala que como o campo se disseminou por diversos cursos de pós-graduação no país, muitos temas que eram mais trabalhados giravam ao entorno da crise de modelos totalizantes para o foco nos micro aspectos sociais e nas associações entre ação social e estrutura e identidades coletivas, mas sem deixar as questões teóricas de lado. Também passa-se a perceber a necessidade de se relacionar questões macro e micro para situar o papel do Estado na criação das políticas de saúde e na atenção do resgate de atores coletivos (NUNES, 2006, pp. 304). O autor nos fala sobre o trabalho de Canesqui (1998) e nos diz que para os anos 90 através de pesquisa realizada com 158 profissionais destacaram-se as seguintes temáticas:

Política e instituições de saúde (29,05%); saúde e sociedade (11,5%); recursos humanos (8,0%); planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (6,6%); movimentos sociais e saúde (5,6%); respectivamente, com 4,0% educação e comunicação em saúde e saúde reprodutiva, sexualidade e gênero; com 3,7%, respectivamente, teoria e metodologia da pesquisa e sistemas terapêuticos ou alternativos de cura; e com 3,0% violência e saúde (CANESQUI, 1998, *apud* NUNES, 2006, pp. 304-305).

O autor (2006) nos diz que os anos 90 são marcados pela ampliação e inclusão de temáticas sobre saúde e que esta tendência é a que persiste até o momento atual. Ele nos diz que as pesquisas mais recentes realizadas por Mara Gomes e Paullete Goldenberg (2003) apontam para um crescimento de temas que focam nas áreas da sociologia, antropologia e epidemiologia social. Ao que diz respeito ao campo da antropologia, as autoras dizem que há uma preocupação com “as racionalidades embutidas nas práticas tradicionais e nas relativas à medicina oficial” (2003, pp. 260 *apud* Nunes, 2006, pp. 305). Ao que diz respeito à sociologia, as temáticas dizem respeito à “descentralização, conselhos, participação, cidadania e movimentos sociais que atravessam o período de 1993 a 1999, incluindo a questão dos programas de saúde da família”. Ao que diz respeito à epidemiologia, o autor nos diz que os trabalhos sobre saúde e doença possui diversas abordagens, mas a que mais se destaca “(...) a

de risco e a que se apresenta de forma mais plenamente transversal (entre os campos das ciências sociais e epidemiologia), esses campos de conhecimento, percorrendo níveis também variáveis de complexidade conforme o campo considerado” (2003, pp. 261 *apud* Nunes, 2006, pp. 306).

Conforme pudemos observar, o campo da sociologia da saúde desde sua estruturação é bastante amplo e diversificado e conta com contribuições das diversas disciplinas das ciências sociais como um todo. Apesar dos esforços para cobrir grande número de contribuições, trata-se de um campo relativamente recente o que nos leva a perceber a necessidade de aprofundamento de algumas temáticas que não são muito exploradas e que geram lacunas no campo de estudos. Tendo em vista a forma como foi estruturada a disciplina no Brasil e a mudança no enfoque e na forma como serão tratados as temáticas, passamos para a compreensão específica dos determinantes sociais de saúde e sua estruturação na nossa sociedade.

4.2. Construção Histórica do Campo dos Determinantes Sociais de Saúde no Brasil

Conforme explicitado na seção anterior, a partir dos anos 70 ocorre uma reestruturação do campo da saúde, tendo como principal mudança a transferência dos modelos biomédicos totalizantes (os quais acreditavam que os processos de saúde-doença eram marcadamente biológicos e individuais) para uma compreensão da associação entre fatores macro e microsociais da estrutura como explicativos dos fenômenos de adoecimento das populações. De acordo com Laurell (2003), a partir dos anos 60 ressurgem os debates acerca do caráter da doença (se ela é puramente biológica e individual ou se possui aspectos sociais).

Laurell (1983) nos diz que o assunto retoma ao campo de debates em um contexto de crise econômica, política e social da época e acrescenta que estes períodos são os mais propícios para que surjam debates sobre saúde uma vez que trata-se de um aspecto essencial das nossas sociedades. Segundo a autora (1983), as lutas sociais que ocorrem nestes momentos costumam trazer à tona questões de dominação que prevalecem naquele momento e contexto levando muitos pesquisadores à adoção de ideias que possuem maior afinidade com as classes trabalhadoras. Desta forma, estes movimentos sociais foram capazes de promover esta tomada de novas ideias e perspectivas para explicações sobre as saúdes dos indivíduos e, através dos movimentos sociais, as correntes de estudos se inspiraram em produzir suas novas perspectivas sobre o tema (LAURELL, 1983, pp. 135).

A autora (1983) ainda acrescenta que as motivações para que o assunto voltasse à tona dentro dos estudos médicos incluíram a dificuldade que as ciências médicas encontrava para explicar as doenças que passaram a ter grande incidência nas cidades industrializadas - como o câncer, por exemplo. Outro ponto ressaltado pela autora é a crise que a classe médica enfrentava diante das dificuldades em encontrar respostas e soluções para problemas de saúde que afetavam o coletivo. Estes fatores, juntos, levaram às discussões sobre os modelos de saúde passando então a procurar respostas nos aspectos sociais da vida e não somente através de processos biológicos como até então era feito (LAURELL, 1983, pp. 135-136).

Diante do exposto Laurell (1983) nos diz que a corrente de estudos da medicina social teria a partir dali alguns enfrentamentos à frente, tais como: a demonstração do caráter histórico e social dos processos de saúde e adoecimento; a definição do objeto de estudo para que ele fosse compreendido enquanto um processo social e o estudo dos determinantes de saúde para que houvesse um maior entendimento da sua articulação com outros processos sociais (LAURELL, 1983, pp. 136). Levando em consideração o anteriormente exposto sobre a construção do campo da sociologia da saúde no Brasil e a partir desta primeira visão sobre o que são os determinantes sociais de saúde e como o debate do assunto ressurgiu a partir dos anos 60, iremos, primeiramente, tentar definir o conceito de desigualdade de saúde.

De acordo com Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais de saúde possuem diversas definições nas literaturas sobre o tema, mas todas elas passam pela ideia de que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 78). Os autores nos oferecem quatro definições sobre o conceito. A primeira diz respeito à definição utilizada pela CNDSS (Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais de Saúde) e, de acordo com os autores (2007) ela nos fala que “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 78).

A segunda definição apresentada pelos autores é aquela instituída pela comissão da OMS que leva o mesmo nome da brasileira. Segundo estes (2007), a comissão nos fala que “os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 78). A terceira definição apresentada pelos autores foi cunhada pela socióloga Nancy Krieger (2001). A autora (2001) diz que os DSS são “os

fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação” (KRIEGER, 2001 *apud* MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 78). A quarta definição - e não menos importante - trazida por Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007) é a de Tarlov (1996). Segundo os autores, trata-se de uma definição bastante direta a qual diz que os DSS são “como as características sociais dentro das quais a vida transcorre”. (TARLOV, 1996 *apud* MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 78).

Apesar de hoje sabermos da importância que os determinantes sociais exercem nos estados de saúde dos indivíduos, nem sempre foi assim. Conforme explicado anteriormente, o campo de estudos dos determinantes sociais de saúde foi e continua sendo construído aos poucos e levou bastante tempo para que se estabelecesse enquanto tal. Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007) ressaltam que a construção do campo teve suas principais ideias iniciadas no século XIX estando, muitas vezes, os estudos sobre determinantes sociais de saúde ligados ao debate sobre saúde pública. De acordo com os autores (2007), os conflitos entre as perspectivas biológicas e as sociais, bem como os conflitos entre saúde pública e medicina estiveram no centro dos debates em relação à construção do campo. Durante algum tempo a perspectiva biológica prevaleceu afastando os debates políticos e sociais que giravam ao entorno do campo da saúde pública. No entanto, durante o século XX esta vertente já não é suficientemente explicativa dos processos de saúde e adoecimento que vinham ocorrendo nas sociedades. Desta forma, passa-se a utilizar também os determinantes sociais de saúde como explicativos para os quadros de saúde que estes indivíduos apresentavam.

O tema dos determinantes sociais de saúde ganha força, de acordo com os autores (2007) a partir do final dos anos 70 com a Conferência de Alma-Ata e com as atividades que geraram o lema “saúde para todos nos anos 2000” (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 80). O campo dos determinantes sociais da saúde por sua vez, segundo os autores, se firma completamente apenas em 2005 com a criação de comissão específica para o estudo destes pela OMS (Organização Mundial de Saúde). No ano de 2006, o Brasil cria sua comissão sobre determinantes sociais de saúde tornando-se o primeiro país a ter uma comissão própria que trabalha no mesmo sentido daquela criada pela OMS, mas, também, com pautas próprias em conformidade com a realidade brasileira (CARVALHAES; CHOR, D. 2016, pp. 4).

De acordo com Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007), a principal dificuldade encontrada nos estudos sobre determinação social e saúde está em estabelecer hierarquias entre

“os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito” (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 81). Ou seja, as relações sociais não são em si explicativas dos processos de adoecimento nos indivíduos. Existe uma associação entre processos sociais e biológicos que juntos conformam quadros de melhor ou pior saúde em determinados indivíduos, conforme explicado através das teorias da causalidade no capítulo 2. Os autores nos dizem que é este tipo de associação que nos permite compreender o porquê de muitas vezes indicadores de riqueza em nível macro não corresponderem à bons índices de saúde. Eles apontam que apesar de riqueza constituir fator primordial para se pensar em melhores condições de vida e de saúde, sua correlação com a última não é, necessariamente, direta e que compreender estas lacunas nos ajuda a pensar em políticas para redução das desigualdades de saúde nos países (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 81).

O segundo ponto levantado pelos autores diz respeito à dificuldade na distinção dos determinantes sociais de saúde em grupos e em indivíduos. Os autores nos dizem que os fatores que podem explicar desigualdades de saúde em um indivíduo podem não explicar uma população ou um grupo da sociedade e que enquanto os fatores observados em um indivíduo podem ser uma fonte para demonstrar como determinadas populações estão em situações de maior risco de adoecimento do que outras, os fatores que afetam populações e grupos estão mais ligadas à questões de equidade em distribuição de renda (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 81). Para exemplificar, eles citam o estudo de Rose e Marmot (1981) sobre os níveis de mortalidade por doença do coração em funcionários públicos ingleses e em como os determinantes sociais de saúde são os fatores mais explicativos para acometimento nestes indivíduos do que fatores de nível individual.

Conforme dito anteriormente, esta perspectiva nos demonstra que a saúde é distribuída de acordo com as classificações sociais às quais os indivíduos são submetidos em nossas sociedades. A este processo de alocação e classificação dos indivíduos em grupos de acordo com fatores socioeconômicos, de cor, raça, etnia, gênero, região geográfica, trabalho, riqueza,

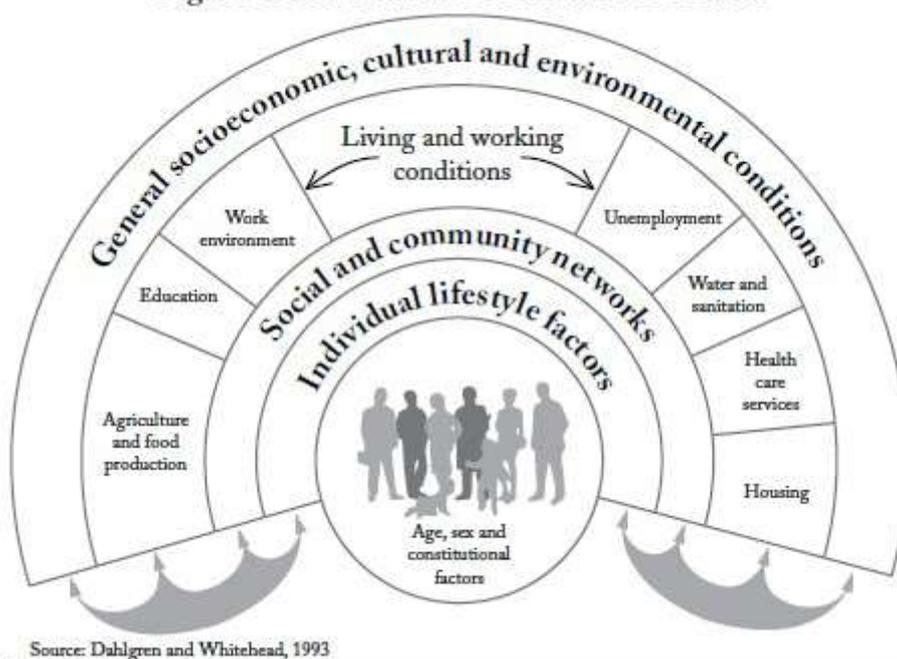
prestígio social (entre outros) é o que chamamos de estratificação social e ela é a responsável por criar desigualdades entre grupos e pessoas dentro de uma sociedade. Perceba que quanto mais enraizadas na estrutura da sociedade estão essas características da estratificação, maiores são as desigualdades geradas em cima e ao entorno dos indivíduos. Perceba também que toda essa movimentação criada acerca de aspectos econômicos, políticos e sociais conformam com uma manutenção dos estereótipos e das características de exclusão de determinados indivíduos em relação a outros da estrutura social e proporciona a manutenção permanente do exercício de poder por determinada classe social em detrimento de outras. É devido a estes fatores que as desigualdades de saúde perduram em nossas sociedades e, de acordo com Therborn (2010) as desigualdades de saúde são “diferenças hierárquicas, evitáveis e moralmente injustificadas” (THERBORN, 2010, pp.146), pois assumem caráter de injustiça.

Segundo Garbois, J. A.; Sodré, F.; Dalbello-Araujo, M., (2017), essa noção das condições de saúde serem determinadas de acordo com a posição social teve como seus principais expoentes Göran Dahlgren e Margareth Whitehead. Segundo o modelo (figura 1), existem cinco camadas que dizem respeito aos determinantes sociais da saúde. Elas variam desde a camada que leva em consideração as ações individuais para a determinação dos estados de saúde dos indivíduos até a camada macro, a qual leva em consideração aspectos econômicos, culturais e ambientais diversos. A primeira camada, conforme ressaltado, apresenta os aspectos pessoais tais como idade, sexo, fatores genéticos, etc. como determinantes sociais de saúde. A segunda camada diz respeito aos estilos de vida levados pelo indivíduos. Estes aspectos, de acordo com Dahlgren e Whitehead (2007), tais como “hábito de fumar, beber, fazer dieta, prática de exercícios influencia na saúde da população e são socialmente padronizados contribuindo para algumas iniquidades sociais de saúde observadas” (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 84). Os autores ainda afirmam que antes de pensarmos em formas de diminuição das desigualdades sociais de saúde, devemos compreender o porquê da existência destes padrões. De acordo com Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007)

Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 83)

Ou seja, apesar das ações individuais e dos estilos de vida serem considerados determinantes sociais de saúde, eles são, também, determinados socialmente uma vez que as distribuições de poder e oportunidades são diferentes para cada indivíduo e varia de acordo com cor, posição social, renda, nível de escolaridade e outros. Desta forma, Dahlgren e Whitehead (2007) propõem pensarmos na importância das intervenções nas estruturas sociais para que haja a redução destas desigualdades bem como na promoção de estilos de vida saudáveis através de subsídios da esfera pública (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 85). Os autores ainda acrescentam que estas intervenções nas estruturas das desigualdades são muito importantes para os grupos considerados minoritários já que os indivíduos localizados em estratos sociais superiores possuem diversos recursos capazes de manter seus estados de saúde em um patamar mais alto. Desta forma, uma mudança na estrutura das desigualdades representa grande ganho para os menos abastados do que para os mais abastados, devido à tendência em possuir menores recursos para investimento em suas saúdes. De acordo com Dahlgren e Whitehead (2007) o esquema representado na figura 1 demonstra como os estilos de vida levados pelos indivíduos são influenciados pelas normas sociais e pelas condições de vida e trabalho e que estes, por sua vez, se relacionam com as esferas socioeconômica e cultural de forma mais ampla.

Figure 1. The Main Determinants of Health



A terceira camada, conforme representada pelos autores, retrata as redes sociais e comunitárias. Segundo Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007), esta camada expressa maior

ou menor coesão social de acordo com sua maior ou menor riqueza. De acordo com Dahlgren e Whitehead (2007) esta camada diz respeito às relações sociais e à comunidade enquanto determinante social da saúde e das iniquidades de saúde e tem ganhado bastante atenção por parte dos pesquisadores da área sendo, portanto, um campo que vem sendo bastante explorado. Os autores nos dizem que, de acordo com Berkman & Glass (2000), esta camada leva em consideração a forma como são estabelecidas as relações sociais, o contexto que os indivíduos estão inseridos, a natureza da ligação entre este indivíduo e sua comunidade enquanto de importância vital para as definições dos estados de saúde e de bem-estar, bem como para definições de saúde e vitalidade para populações inteiras” (BERKMAN & GLASS, 2000 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 80). Dahlgren e Whitehead (2007) ainda nos falam que este modelo de incorporação das redes sociais em contextos sociais e culturais é o que “condiciona a extensão, natureza e a forma das redes” e que “a estrutura e função da rede, por sua vez, influenciam o apoio social a jusante, o envolvimento, o acesso a recursos e apoio social e o comportamento interpessoal” (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 80).

A quarta camada apresentada pelos autores (2007) nos traz informações relacionadas às “condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação”. Estes fatores, que serão analisados de forma mais aprofundada posteriormente, demonstram os diferentes tipos de exposição aos quais os indivíduos estão inseridos e como estas diferentes exposições influenciam as saúdes e os estados de bem-estar dos indivíduos. De acordo com Marchiori-Buss e Pellegrini Filho (2007), “pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços” (MARCHIORI-BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, pp. 84). De acordo com Dahlgren e Whitehead (2007),

Desenvolvimentos na Europa ao longo de muitas décadas demonstraram como a saúde da população pode ser melhorada através de melhorias na vida e condições de trabalho, abastecimento de alimentos e acesso a bens e serviços essenciais tais como educação e assistência médica. Ações nesta camada dos determinantes são muito importantes para reduzir as iniquidades sociais em saúde, assim como existem, também, fortes gradientes sociais nestes. As políticas relativas a estes determinantes, no entanto, abrangem vários setores, e a resposta deve ser igualmente multissetorial (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 54).

Ou seja, é a partir deste nível que percebemos de forma mais nítida como as diferenças de oportunidades são importantes definidoras do quadro das iniquidades de saúde. Neste

sentido, pessoas negras tenderiam a ter piores estados de bem estar e saúde, uma vez que a este grupo social são ofertadas menores oportunidades e também se configuram maiores relações assimétricas de poder assim como maior exclusão social.

O último nível abordado diz respeito à esfera dos macrodeterminantes sociais de saúde. Nele estão contidos os aspectos econômicos, culturais e ambientais e estes possuem grande influência nos estados de saúde dos indivíduos. Dahlgren e Whitehead (2007) nos falam que grande parte das iniquidades em saúde são definidas por macropolíticas e que as estratégias de crescimento através das políticas neoliberais causaram um aumento da pobreza e das desigualdades de renda (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 36). Eles (2007) analisam como o processo de globalização interfere nas economias nacionais de modo a influenciar essas movimentações do aumento da pobreza e da desigualdade de renda e seus efeitos nos estados de saúde dos indivíduos. Eles (2007) nos dizem que há a necessidade de fortalecimento da cooperação com as organizações internacionais e com o foco nas políticas econômicas para que haja o maior desenvolvimento humano e redução das desigualdades sociais (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 36).

Para além disso Dahlgren e Whitehead (2007) também falam que muitas vezes faltam avaliações acerca dos macro determinantes de saúde e das desigualdades em saúde, já que grande parte das avaliações que vêm sendo realizadas a respeito da problemática possuem maior foco nos efeitos das intervenções em determinantes específicos de saúde. Desta forma eles (2007) nos dizem que os esforços devem concentrar-se em “identificar e, sempre que possível, quantificar os efeitos de diferentes estratégias de crescimento econômico, desigualdades de renda e pobreza na saúde dos diferentes grupos socioeconômicos” (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pps. 36-37). Ou seja, as avaliações acerca dos efeitos que os macro determinantes de saúde geram nos estados de saúde dos diferentes grupos sociais devem ser realizados de forma constante para que possam ser pensadas formas de combate à estas iniquidades dentro dos países. Os autores (2007) nos dizem que esta é a maior prioridade para a OMS juntamente com o estudo dos fatores e processos globais que afetam as equidades em saúde nos países.

Segundo Dahlgren e Whitehead (2007), os determinantes sociais de saúde podem ser influenciados por decisões individuais, políticas ou comerciais e podem ser compreendidos também através dos fatores positivos de saúde, fatores protetivos ou fatores de risco. Seguindo as explicações oferecidas por eles, os fatores positivos de saúde são aqueles que contribuem

para a manutenção da saúde tais como: segurança alimentar, seguridade econômica, boas relações familiares, boas relações afetivas entre outros (Wilkinson, 2005, *apud* Dahlgren & Whitehead, 2007, pp. 21). Os fatores protetivos de saúde referem-se àqueles responsáveis pela eliminação dos riscos de adoecimento ou a resistência a estes como, por exemplo, as imunizações contra doenças infecto-contagiosas, alimentação saudável baseada na ingestão de frutas e legumes, senso de direção e de propósito na vida entre outros que constituem esta categoria. Por último estão elencados os fatores de risco, que dizem respeito aos problemas de saúde que são potencialmente evitáveis. Eles nos dizem (2007) que os fatores de risco podem ser sociais ou econômicos e podem associar-se tanto aos estilos de vida específicos como ser fumante como também a aspectos ambientais como a poluição do ar, por exemplo (2007, pp. 21-22).

Os autores (2007) acrescentam que apesar do conhecimento acerca dos determinantes sociais de saúde serem importantes, eles não são suficientes para que compreendamos os determinantes das iniquidades em saúde. Ou seja, tratam-se de conhecimentos diferentes. Eles nos dizem que é necessário que compreendamos melhor como os fatores causais contribuem para as desigualdades de saúde e que como os determinantes sociais de saúde são diferentes dos determinantes das desigualdades em saúde, eles podem diferir entre diferentes grupos socioeconômicos (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007, pp. 24). Eles nos dão o exemplo da pobreza enquanto determinante social de saúde. Segundo os autores, para um país que possui renda alta a determinação dos estados de saúde dos indivíduos vai variar de acordo com a quantidade de indivíduos que encontram-se em situação de pobreza naquele país. Se a taxa de pessoas situadas em condição de pobreza for alta, a probabilidade de que haja maior número de indivíduos que possam ter seus estados de saúde afetados por este determinante será maior também. O inverso é também verdadeiro. Eles (2007) nos dizem que a pobreza será sempre um fator de risco para a saúde de pessoas situadas nesta condição. Desta forma, os autores apontam a importância da distinção entre determinantes sociais de saúde e determinantes das iniquidades de saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007, pp. 24-25).

As autoras Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017) dizem que em 2010 a OMS suplanta este modelo de Dahlgren e Whitehead (1993) pelo de Solar e Irwin (2010). O novo modelo passa a ser adotado a partir do ano de 2011 na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde de acordo com as informações das autoras. Elas (2017) dizem que o novo modelo proposto compreende que “(...) os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde”

(GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M., 2017, pp. 67). As posições socioeconômicas seriam, então, definidas por mecanismos sociais, políticos e econômicos e estas, por sua vez, são as responsáveis por definir a exposição de indivíduos à riscos, à seletividade de recursos para saúde atuando enquanto metamecanismos responsáveis pelo acionamento de mecanismos de perduração das desigualdades socioeconômicas e de saúde (LUTFEY e FREESE, 2005 e 2011 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2020, pp. 2). Ainda de acordo com as autoras (2017),

Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010 *apud* GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M., 2017, pp. 67).

Ou seja, os fatores citados dizem respeito à esfera macro de todo o processo de determinação social da saúde. Quer dizer que são os fatores que compreendem e trabalham para a manutenção dos processos de estratificação social e, conseqüentemente, na forma como eles interferem nos processos de saúde e adoecimento dos indivíduos dentro das sociedades. Relativo aos determinantes sociais de saúde intermediários encontram-se os aspectos materiais da vida cotidiana - moradia, vizinhança, condições de salubridade de trabalho, acesso a alimentos e água - fatores ligados aos comportamentos individuais - estilos de vida, consumo de tabaco, álcool, sedentarismo - e fatores genéticos e psicossociais - idade, sexo, doenças herdadas, estresse, falta de apoio social e outros. O acesso à saúde e aos sistemas de saúde compreendem à esfera intermediária, já as questões relativas à coesão social e capital social dizem respeito às esferas estrutural e intermediária (SOLAR; IRWIN, 2010 *apud* GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M., 2017, pp. 67). Apesar de serem parecidos e apresentarem categorias de análise semelhantes, os modelos possuem diferença entre si. Enquanto o modelo de Dahlgren e Whitehead dá maior visibilidade à esfera relativa às condições de vida e ao trabalho para as determinações sociais de saúde, o modelo de Solar e Irwin dá maior destaque para a camada macro. Ou seja, no segundo modelo a estrutura é a responsável pelas determinações sociais de saúde e pelas desigualdades das condições de vida e saúde dos indivíduos.

As autoras (2017) dizem que apesar do modelo adotado pela OMS ser muito mais abrangente do que modelos anteriores, ele é criticado por especialistas das Ciências Sociais que o creditam como reducionista e funcionalista, uma vez que exclui categorias básicas de análise dentro das Ciências Sociais, tais como: relações de produção e reprodução social, modos de produção, acumulação de capital cultural e econômico, exploração de trabalho, exploração natural, exclusão social. (BREIHL, 2013 *apud* GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M., 2017, pp. 69). O modelo, segundo as autoras (2017), ainda limita a “superação das desigualdades sociais em saúde ao plano da ‘melhoria das condições de vida’ e à ideia de ‘repartir recursos’, limitando a saúde a um bem de justiça distributiva a cargo do Estado” (BREILH, 2013; ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008 *apud* GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M., 2017, pp. 69).

Ou seja, o modelo adotado pela OMS ao desconsiderar aspectos importantes das Ciências Sociais, atua de forma reducionista, deixando de explorar a ideia de que em todo este processo de saúde-adoecimento há um benefício da área médica, a qual atua não somente na distribuição de serviços de saúde pagos como sendo uma alternativa para a falta de atendimentos básicos e gratuitos de saúde como gera um problema ainda maior: a exclusão de indivíduos para a seletividade social de serviços de saúde (CEBES, 2011 *apud* GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M., 2017, pp. 69).

Trata-se de uma lógica inerente ao campo de acumulação capital: aqueles que possuem maiores recursos socioeconômicos disporão sempre de maiores facilidades na distribuição de serviços médicos de qualidade. A exclusão social e racial está no fato de que a maioria da população negra em nosso país ocupa classes sociais de níveis inferiores aos demais estratos sociais da sociedade e isto quer dizer que esta população além de ser a que mais necessita de ajuda para a ascensão à uma saúde de qualidade, é a que mais encontra-se desfavorecida. Faz-se necessário, então, pensar em soluções para que todos tenham chances iguais em ascensão não somente de saúde, mas, principalmente, social e econômica, uma vez que estes aspectos são básicos quando pensamos em evitação e superação de desigualdades. Sendo assim, é necessário que os debates sejam pontuais neste quesito para uma tentativa de diminuição e superação das desigualdades sociais, raciais e de saúde. É através destas lacunas que podemos perceber que apesar de o campo dos determinantes sociais de saúde ser investigado há alguns anos, ainda encontra-se em pleno desenvolvimento.

A subseção sobre os determinantes sociais de saúde demonstra a forma como as Ciências Sociais foram incorporadas ao meio dos debates sobre saúde desde a construção

deste campo e como foi possível fazer um desdobramento deste para as diversas formas de análise que encontramos dentro das nossas disciplinas. Podemos observar, também, que ainda existe uma certa resistência da área da saúde na implementação de categorias de análise importantes das Ciências Sociais nos debates sobre determinantes sociais de saúde e estratificação de saúde, isto porque trata-se de um campo de debates novo e, como tudo aquilo que é novidade, gera certa resistência. Sendo assim, cabe a nós, Cientistas Sociais que somos, demonstrar a importância da participação das nossas disciplinas nas análises sobre o campo da saúde e em como a implementação das nossas categorias traz um ganho não somente para as áreas de estudo e investigação acadêmicas, mas para a sociedade como um todo. Para o subcapítulo seguinte, fica a responsabilidade em tratar sobre a operacionalização dos fatores que iremos utilizar para a compreensão das desigualdades de saúde.

4.3. Operacionalizando Conceitos: fatores sociais associados às desigualdades de saúde

No presente capítulo trazemos a operacionalização dos indicadores que serão utilizados para a compreensão acerca das desigualdades de saúde. Três destes indicadores já foram trabalhados de forma aprofundada no segundo capítulo da dissertação. Portanto, aqui serão trabalhados os demais conceitos que associam-se à discussão e análise que está sendo proposta.

De acordo com Alves Coimbra (2017), segundo John Gerring, “um indicador é unidimensional e tem como escopo descrever uma característica. Deve estar associado a um conceito e pode ser observado de forma direta ou através de aproximações. Sua composição pode conter um único fenômeno ou fator ou múltiplos fenômenos ou fatores” (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 58). Desta forma, os indicadores que aqui serão apresentados fazem parte dos determinantes sociais que influenciam os estados de saúde dos indivíduos e, portanto, atuam como mecanismos produtores de desigualdades.

4.3.1 Status Socioeconômico

De acordo com Alves Coimbra (2017), o *status* socioeconômico foi introduzido no campo da estratificação social por meio dos estudos de Weber. Ele nos diz que o *status* socioeconômico refere-se a uma combinação de indicadores e capta a posição das pessoas dentro das hierarquias em nossa sociedade. Alves Coimbra (2017) nos diz que a teoria de Weber elucidada que não é somente o controle sobre os meios de produção o único responsável pelas estratificações sociais. Outros fatores para além dos fatores econômicos devem ser

levados em consideração, tais como credenciais e títulos que também afetam a renda e o tipo de emprego que as pessoas possam vir a ter (GIDDENS, 2012; WEBER, 1982 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 42-43). Neste sentido, as oportunidades de acesso são importantes determinantes sociais de saúde (ALVES COIMBRA, 2015; BAKER, 2014; FEINSTEIN et al., 2006; WRIGHT, 2008 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 43). Isto quer dizer que o acesso à educação, lazer, informação de qualidade, saúde são fatores que influenciam diretamente para bons ou ruins estados de saúde.

Outro conceito importante na teoria weberiana é o relativo ao *status*. O *status* também trata-se de um importante determinante social de saúde, uma vez que ele determina diferentes estilos de vida entre diferentes estratos socioeconômicos (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 43). De acordo com Alves Coimbra (2017)

(...) estima e sensação de valor repercutem na dimensão psicológica. Negros, pessoas oriundas de classes subalternas e mulheres pertencem a categorias menos valorizadas que brancos, aqueles oriundos de classes médias e homens. As consequências disso são múltiplas, desde receberem tratamento institucional diferenciado até serem vítimas de racismo e estigmatização. Os efeitos na saúde vão de autoestima baixa a comportamentos insalubres e depressão (BRAVEMAN, 2012; COCKERHAM, ABEL e LÜSCHEN, 1993; MASSEY, 2007; ROSS e WU, 1995 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp.44).

Algumas vezes, segundo Alves Coimbra (2017), a noção de *status* socioeconômico confunde-se com a de classe social. No entanto, o *status* socioeconômico possui maior flexibilidade conceitual do que o conceito de classe. Alves Coimbra (2017) nos diz que o *status* socioeconômico é composto por escolaridade, renda e ocupação, mas que pode apresentar articulação com outros indicadores que não necessariamente somente estes tais como habitação, aspectos subjetivos ou informações referentes à bairro de residência (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 59-60). O autor (2017) nos alerta que se por um lado é algo bom essa flexibilidade que o conceito nos apresenta, por outro lado pode vir a ser um dificultador, uma vez que pode assumir uma característica de não definir sobre o que a pesquisa aborda, do que ela se trata. Ele (2017) ainda acrescenta que é sabido que pessoas com maior *status* socioeconômico “(...) tendem a apresentar melhores resultados de saúde, ser menos acometidas por enfermidades e a ter maior expectativa de vida (BATEMAN, 2014; LAHELMA, 2001; LANG, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 60) e que estes resultados não dependem da classificação à qual são submetidos. A principal diferença entre o conceito de classe social e o conceito de *status* socioeconômico, é que o *status* socioeconômico mobiliza indicadores de forma mais livre do que classe social (LANG, 2014;

WILLIAMS e COLLINS, 1995). Ele articula indicadores que se combinam para encontrar a posição de uma pessoa dentro da estrutura social.

4.3.2. Idade

Conforme explicado anteriormente, aqueles indivíduos situados em melhores posições na pirâmide social possuem maiores facilidades em obter recursos protetivos para suas saúdes. Esta facilidade de obtenção de recursos protetivos interfere nos efeitos acumulados ao longo do curso de vida dos indivíduos. A posição social destes indivíduos oferece-lhes uma trajetória de vida mais tranquila e com maiores benefícios, o que lhes proporciona menores índices de decréscimo de saúde durante a vida idosa (PROUS, 2007 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 69). Este menor decréscimo explica-se pela vida mais saudável que estes indivíduos levaram ao longo dos anos devido à sua posição que os proporcionava maiores recursos para investimento em suas saúdes, bem como o investimento em recursos de prevenção ao envelhecimento precoce. O mesmo não ocorre com aqueles indivíduos localizados na base da pirâmide social visto que estes desdobram-se em atividades nos quais estão mais expostos, além de que muitas vezes não possuem qualidade mínima de saneamento básico, renda, alimentação - fatores sociais estes definidores para se ter estado de saúde bom ou ruim - entre outros. Alves

Coimbra (2017) nos fala também que “ muitos dos fatores de risco e exposição que teriam como resultado a saúde debilitada dos idosos exerceram influência no decorrer de suas vidas e não necessariamente começaram a operar depois que chegaram nessa fase” (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 69). Ou seja, as trajetórias de vida influenciam o tipo de saúde que os indivíduos terão ao alcançar idades mais avançadas. Consequentemente, aqueles indivíduos que estiveram durante maior tempo privados do acesso a bons recursos para manutenção de suas saúdes, muito provavelmente, terão piores resultados de saúde na velhice comparativamente àqueles que possuíram estes recursos.

É necessário levar em consideração também que os tipos de morbidades que afetam as populações mais jovens não são as mesmas que afetam adultos e idosos. De acordo com Alves Coimbra (2017), jovens possuem maiores índices de mortes ligadas à acidentes de trânsito ou trabalho assim como exposição a fatores de risco. Já os idosos possuem mais morbidades relacionadas à mudanças metabólicas e fisiológicas (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 70).

4.3.3. Condições Materiais

Conforme demonstramos ao longo do trabalho, as condições materiais influenciam nos estados de saúde dos indivíduos colocando-os, muitas vezes, diante de riscos - principalmente

aqueles indivíduos localizados em estratos sociais mais baixos da nossa sociedade. De acordo com Alves Coimbra, as condições sociais englobam diversos aspectos, dentre eles as condições de moradia, localização geográfica, acesso a bens e serviços, dentre outros (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 70). Isto quer dizer que além dos aspectos socioeconômicos de classe, raça, gênero, fatores relacionados à moradia são expressivos para as desigualdades de saúde encontradas entre os grupos sociais. Principalmente para o estudo que deseja-se realizar aqui, as condições materiais são um fator muito importante devido à crescente feminização da pobreza de mulheres negras no Brasil e ao fato de que a maioria dos indivíduos que habitam as favelas no Brasil, de acordo com dados do site NEXO Jornal, são pessoas negras. Conforme citado por Alves Coimbra (2017):

Falta de saneamento, superpopulação e habitação precária, por exemplo, repercutem na incidência de doenças infecciosas e em altos índices de mortalidade (BAKER, 2014; EVANS e KANTROWITZ, 2002; LYNCH et al., 2000; LINK e PHELAN, 2013; WOLFE, 2014). Desvantagens extremas relacionadas a essas condições, na infância, são tão graves que podem gerar efeitos nos estágios seguintes da vida, afetando a posição socioeconômica e a saúde na fase adulta (GRAHAM, 2007) (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 70).

Ou seja, isto quer dizer que aquilo que os indivíduos possuem os conduz para que tenham melhores ou piores estilos de vida durante suas trajetórias de vida o que, conseqüentemente, terá reflexos nos seus estados de saúde em uma idade mais adulta. No caso das mulheres negras, as condições materiais são potencializadoras das desigualdades já existentes e interseccionadas por classe, raça e gênero. O autor (2017) ainda ressalta que apesar do acesso a bens e serviços poder retirar uma pessoa que está localizada na base da pirâmide social, não necessariamente este indivíduo conseguirá alcançar o mesmo nível de bem-estar e condição de saúde daqueles indivíduos que se localizam nos estratos sociais mais elevados. O acesso a estes recursos possui muitos efeitos positivos e podem ser mais significativos para aqueles que estão localizados em estratos menos abastados. No entanto, mesmo que em escala menor, incrementos destes recursos também afetam os estados de saúde de pessoas localizadas em estratos mais altos mantendo, desta forma, uma grande disparidade entre os grupos sociais.

No caso de pessoas negras (e de outros grupos sociais também), “o acesso ao mínimo de bens e serviços pode significar saída da condição de pobreza extrema (PNUD, 2014), mas sem necessariamente representar alcance das condições de vida dos estratos médios e abastados” (GIDDENS, 2012; HASENBALG e SILVA, 2003; SCALON e SALATA, 2012; SOUZA, 2009 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp.71). Neste sentido, devemos lembrar que para pessoas negras os aspectos de mobilidade são dificultados na grande maioria das vezes

pela característica de cor. Mesmo quando estes indivíduos alcançam estratos sociais mais altos, eles ainda são excluídos devido a fatores de raça e, no caso das mulheres negras, de gênero também. Ou seja, uma pessoa negra pode ascender socialmente e ser aceita em ambientes que são predominantemente brancos (até mesmo para vias de contestação da existência do racismo na nossa sociedade ou de uma necessidade de afirmação da teoria de harmonia das raças). No entanto, este indivíduo ainda é tratado de forma diferente, ainda é excluído. Classe social, *status* social é um fator de embranquecimento, mas não devemos nos esquecer que o racismo é estrutural.

4.3.4 Região Geográfica e Lugar

Conforme começamos a trabalhar anteriormente, as condições de lugar e região geográfica influenciam nos estados de saúde para melhor ou para pior. Áreas de localização precária deixam seus indivíduos mais expostos a fatores de estresse devido a fatores de menor segurança, precariedade do sistema de transporte, maior exposição a fatores ambientais tais como saneamento básico, enchentes, poluições; acesso limitado a serviços essenciais tais como supermercados, áreas de lazer, hospitais o que faz com que estes indivíduos estejam mais expostos a fatores de risco do que outros que localizam-se em estratos mais abastados e que possuem facilidade de acesso a todos estes serviços (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; ONGE, 2014 *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 72).

Também ao falarmos sobre regiões geográficas e de lugar, devemos levar em consideração os aspectos econômicos destes lugares visto que estes são determinantes sociais de saúde importantes, uma vez que trabalham com aspectos da vida social como trabalho, renda, moradia, que agem diretamente nos estados de saúde dos indivíduos. De acordo com PRATA (1994),

A ênfase brasileira no crescimento econômico como o maior objetivo do desenvolvimento, levando a altos níveis de industrialização e urbanização, teve como resultado uma sociedade profundamente desigual, com uma grande distância entre os que possuem e os despossuídos, uma profunda desigualdade no desenvolvimento regional e na distribuição da renda e riqueza resultante deste crescimento (PRATA, P.R, 1994, pp. 388).

Ou seja, o processo de desenvolvimento brasileiro, altamente atrelado ao processo de industrialização, aprofundou as desigualdades sociais no país privilegiando privilegiados e excluindo as minorias mais necessitadas, abrindo espaço para a construção de uma grande diferença social entre aqueles mais ricos e os mais pobres, incluindo na distribuição das moradias nos espaços urbanizados (PRATA, 1994, pp. 388). Portanto, para avaliar esta

distribuição territorial entre os indivíduos no nosso país tentaremos analisar por região geográfica, zona rural ou urbana e de capital ou região metropolitana.

4.3.5 Comportamento e Estilos de Vida

O próximo fator que iremos analisar trata de compreender as trajetórias, comportamentos e estilos dos indivíduos que podem levá-los a ter melhores ou piores estados de saúde. Conforme demonstrado por Alves Coimbra (2017), os estilos de vida são considerados fatores proximais, que são aqueles que atuam diretamente nos estados de saúde dos indivíduos, diferentemente das causas fundamentais (que atuam a longo prazo nas sociedades, independente das mudanças sociais e econômicas que possam vir a aparecer). Os recursos flexíveis expõem os indivíduos ao “risco de riscos”, mesmo em situação em que há a advertência dos perigos que tais práticas podem ocasionar (ALVES COIMBRA, 2017, pp. 73).

De acordo com Dahlgren e Whitehead (2007), comportamentos pessoais como fumar, beber, praticar exercícios físicos influenciam a saúde da população e são socialmente padronizados. Desta forma, eles contribuem para algumas desigualdades de saúde observadas entre os grupos sociais. Eles (2007) dizem que antes de pensarmos em estratégias para a redução das desigualdades de saúde que se relacionam aos estilos de vida, precisamos compreender como estes estilos de vida são padronizados socialmente. Os autores trazem a informação que, de acordo com o relatório da OMS em 2002, fatores de risco ligados aos estilos de vida como fumar, ingerir álcool de forma indevida, obesidade, colesterol, entre outros, representam ao menos um terço dos adoecimentos totais na Europa. Eles dizem que alguns comportamentos de risco como fumar cigarro e uso indevido de álcool muitas vezes são atribuídos enquanto escolhas individuais. Então, desta forma, os quadros de pior saúde seriam resultado de uma escolha destes indivíduos.

No entanto, cabe aqui ressaltar, assim como os autores reforçam, que considerar comportamentos de risco sendo provenientes apenas de escolhas individuais é um erro, visto que desconsidera os demais fatores envolvidos na determinação destas escolhas como, por exemplo, os ambientes socioeconômicos nos quais estes indivíduos estão inseridos bem como outros fatores como escolaridade, por exemplo. Pensando em alternativas para a redução dos comportamentos de risco relacionados aos estilos de vida, Dahlgren e Whitehead (2007) nos explicam sobre medidas que utilizam, para além da conscientização que determinada prática pode acarretar em piores estados de saúde, o aumento dos preços de produtos que podem levar

ao adoecimento e morte e também o incentivo em alimentos que fazem bem à saúde para a manutenção de bons comportamentos estruturais (Dahlgren & Whitehead, 2007, pp.85). Os autores reforçam que estes tipos de intervenção podem surtir maior efeito entre pessoas de menor renda do que entre aqueles com maior renda e que a educação formal e a educação em saúde são ferramentas essenciais para a redução das desigualdades sociais e desigualdades em saúde.

A respeito dos comportamentos que podem provocar piores estados de saúde nos indivíduos, Dahlgren e Whitehead (2007) elencam três deles para demonstrar como os comportamentos individuais podem vir a ser prejudiciais para a saúde. O primeiro comportamento individual diz respeito ao tabagismo. Conforme citado pelos autores e demonstrado por estudos, fumar causa aumento do risco de câncer de pulmão e de outros tipos de cânceres também, bem como doenças do coração, respiratórias e apoplexias. Segundo os autores, “fumar mata mais de um milhão de homens e duzentas mil mulheres anualmente em regiões europeias de acordo com dados da OMS” (Peto *et al.*, 2004 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 85). Eles ainda trazem dados a respeito da Rússia, a qual possui uma taxa de 61% de fumantes homens sendo considerada uma das mais altas no mundo e dizem que, apesar do número de mulheres fumantes nesta região ser menor, houve um aumento de 9% para 15% de mulheres fumantes do ano de 1992 até o ano de 2004 (Walters & Suhrcke, 2005 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 85). No Brasil, de acordo com informações divulgadas pelo site do INCA, o número de indivíduos fumantes maiores de 18 anos é de 15,9% para homens e 9,6% para mulheres segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. Ainda de acordo com a pesquisa, ao todo 12,6% da população brasileira com mais de 18 anos é fumante.

Segundo os autores, ao que diz respeito aos fumantes passivos, na Suécia o número de mortes por fumo passivo é maior do que o número de mortes por acidente de trânsito no período de um ano (National Board of Health and Social Welfare, 2001 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 85). A exposição à fumaça do cigarro também é causadora de infecções, trato respiratório inferior, asma, doenças cardíacas e, também, cânceres de variados tipos. O uso de tabaco durante a gravidez também aumenta o risco de baixo peso ao nascer e síndrome de morte infantil (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 86). Os autores ainda ressaltam os altos custos para a manutenção do hábito de fumar na União Europeia, que corresponde a mais de 1% do PIB total da região.

Sobre hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas os autores dizem-nos que no mundo todo morrem 1,8 milhões de pessoas anualmente pelo uso indevido de álcool. A bebida alcoólica é responsável, também, por 20% a 30% de mortes por câncer de esôfago, doenças hepáticas, epilepsia, acidentes com veículos motorizados e lesões intencionais (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 89). Os autores nos trazem a informação que de 50% a 75% dos casos de afogamento, câncer esofágico, homicídio, lesões não intencionais, acidentes com veículos motorizados e cirrose do fígado concentram-se nos países do leste europeu (OMS, 2002 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 90). Dahlgren & Whitehead (2007) acrescentam que, de acordo com Cockerham (2000), na Europa, o uso de álcool também interfere no número de mortalidade por gênero tendo maior incidência de mortalidade entre homens de meia idade.

Um último ponto diz respeito à prática de exercícios físicos, nutrição e obesidade. Os autores falam que a associação de uma dieta pobre em nutrientes associada ao sedentarismo têm sido um dos maiores determinantes de problemas de saúde e de mortes prematuras na Europa. Na Europa oriental o número de pessoas com sobrepeso triplicou desde os anos 80 até os anos 2002, de acordo com as informações da OMS trazidas por eles (2007). Uma dieta saudável e equilibrada poderia prevenir em 30% a 40% o risco de câncer, bem como poderia reduzir um terço (1/3) do risco de doenças cardiovasculares (OMS, 2001 *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 93). O uso de dietas equilibradas em frutas e vegetais associada à prática de atividades físicas contribuem para a prevenção contra doenças cardiovasculares e cânceres no sistema digestivo. Os países da Europa oriental apresentam as taxas mais baixas da prática de atividades físicas sendo de 8% a 10% a causa de mortes em comparação aos 5% a 7% nos demais países da Europa (Lynch et al, 1997, *apud* DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 94).

4.3.6 Escolaridade

De acordo com Dahlgren e Whitehead (2007), estudos ao entorno da Europa têm demonstrado uma forte associação entre nível de escolaridade e estado de saúde. De acordo com as pesquisas citadas, quanto mais baixa a escolaridade dos indivíduos, pior estado de saúde estes tendem a ter; o inverso também é verdadeiro (Cavelaars, Kunst & Geurts, 1998 *apud* Dahlgren & Whitehead, 2007, pp. 57). Os autores nos dizem (2007) que pode existir tanto uma associação direta entre escolaridade e estado de saúde, uma vez que aqueles indivíduos que possuem maior escolaridade possuem, também, maior acesso a informações de

saúde para a evitação de riscos e de comportamentos que podem ser prejudiciais para seus estados de saúde quanto indireta, com a escolaridade influenciando o posto de trabalho que uma pessoa com nível de escolaridade mais alto pode obter bem como sua renda e sua menor exposição a fatores estressores que influenciam diretamente nas saúdes dos indivíduos da nossa sociedade.

De acordo com Dahlgren e Whitehead (2007), a distribuição da escolaridade ocorre de forma desigual em nossa sociedade, na qual o menor desempenho educacional liga-se ao menor acesso aos meios educacionais de melhor qualidade. E isto quer dizer que pessoas localizadas em estratos sociais mais baixos possuem menor acesso à informação de qualidade. Os autores (2007) acrescentam que um bom sistema educacional funciona, também, enquanto um grande potencializador de promoção de saúde e bem estar e, portanto, atua enquanto redutor das desigualdades sociais de saúde (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 58). Eles (2007) nos dizem que isto deve-se a quatro motivações principais: a primeira diz respeito à educação enquanto forma de saída da pobreza. Ou seja, para os grupos desfavorecidos, a educação funciona enquanto uma forma de alcançar maior *status* social. Conforme trabalhado anteriormente, quanto maior a educação, maior a probabilidade de uma pessoa ter maior renda e esta, por sua vez, atua enquanto uma forma de se alcançar melhores padrões de vida e, portanto, de saúde já que este indivíduo terá maior acesso a saneamento básico, melhor alimentação, maior participação social, maiores chances de se ter um bom trabalho e etc (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 58).

A segunda motivação citada pelos autores é o fato da educação ser uma forma de mobilidade social, o que ajuda as pessoas a melhorarem sua condição socioeconômica ao permitir que disputem por espaços de maior prestígio social e econômico. Os autores (2007) dizem que “na melhor das hipóteses, pode influenciar o tamanho da divisão social, melhorando a coesão social ao equalizar as rendas e condições sociais da população estimulando um maior entendimento entre grupos” (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 58). A terceira motivação diz respeito à educação ser uma forma de empoderamento dos indivíduos. Os autores (2007) ressaltam que um dos papéis da educação é o encorajamento para participação na comunidade bem como nos processos democráticos. A educação, de segundo eles (2007), proporciona a estes indivíduos o controle das próprias vidas e ainda acrescentam que através da perspectiva dos direitos humanos, a educação deve ser a responsável pela transmissão dos direitos e responsabilidades democráticas (DAHLGREN &

WHITEHEAD, 2007, pp. 58). Por fim e não menos importante, os autores (2007) indicam a educação enquanto uma importante forma de preparar crianças para a vida, uma vez que ela é capaz de dar aos indivíduos conhecimentos que os levem para práticas emocionais, físicas e sociais de saúde mantendo o seu bem-estar e bons estados de saúde (DAHLGREN & WHITEHEAD, 2007, pp. 58).

4.3.7 Trabalho e Ocupação

De acordo com Alves Coimbra (2017), ocupação é um indicador que possui relação com renda, com o treinamento intelectual e com prestígio social. Segundo o autor (2017), ocupações de maior prestígio social produz remunerações mais altas e estas ocupações são geralmente oferecidas àqueles que possuem credenciais valiosas. Isto quer dizer que indivíduos que possuem menor prestígio são excluídos da possibilidade de mudança de estilo de vida através das ocupações e, quando isto ocorre, é em menor número somente para tentar persuadir a população da ideia de que não há segregação social nem de emprego ou raça no Brasil. O autor (2017) ainda acrescenta que apesar desta caracterização da ocupação, ela possui dinâmica própria na saúde dos indivíduos e não deve ser confundida com os efeitos da interferência de renda na saúde destas pessoas (FIGUEIREDO SANTOS, 1998; 2002; LANG, 2014; WRIGHT, 2008, *apud* ALVES COIMBRA, 2017, pp. 62-63). Ainda de acordo com Alves Coimbra (2017), a diferenciação entre ocupação e emprego está na forma como os conceitos são trabalhados pelos autores que se propõem a estudá-los. Enquanto ocupação trabalha com os conceitos de *status* e prestígio de ocupação, os trabalhos que mobilizam emprego enquanto variável de interesse se expressam através do conceito de controle de ativos valiosos, força de trabalho e meios físicos de produção (todos eles baseados em tipologias neomarxistas).

De acordo com Lahelma (2001), “o *status* de emprego divide as pessoas em categorias de acordo com sua atividade principal e se elas possuem emprego remunerado ou não” (LAHELMA, 2001, pp. 72). Ela nos dá a informação de que este *status* difere aqueles indivíduos que estão envolvidos em empregos remunerados - se são empregados ou autônomos - e em um segundo momento faz a distinção entre aqueles que não estão empregados seja porque estão desempregados, porque são donos(as) de casa, se são estudantes em tempo integral, aposentados ou desativados. A autora (2001) diz-nos que apesar daqueles que não estão empregados possuírem maior risco de não ter boa saúde, o *status* de emprego também é influenciado pelos efeitos de causalidade reversa. Ou seja, pessoas que

possuem piores estados de saúde podem vir a precisar sair de seus empregos e podem acabar caindo em situações de não-emprego ou de desemprego (ARBER, 1997 *apud* LAHELMA, 2001, pp. 72).

Lahelma (2001) ainda nos apresenta uma segunda visão que diz respeito às divisões de classe social por ocupação, a qual, conforme o nome sugere, situa as pessoas na estrutura social de acordo com sua ocupação. A autora nos diz que devemos pensar naquelas pessoas que não possuem uma ocupação. Neste caso, para fins de classificação, ela pode usar uma ocupação anterior para declarar. No entanto, Lahelma (2001) diz que esta perspectiva é um pouco excludente com relação ao gênero, uma vez que existem aqueles países nos quais mulheres não vão para o mercado de trabalho durante todo seu curso de vida. Para este tipo de situação, a solução sugerida pela abordagem tradicional, na qual o indivíduo utilize a ocupação do cônjuge para que seja realizada a classificação (LAHELMA, 2001, pp. 72). Após dar este breve panorama, Lahelma (2001) indica os prós e contras encontrados na classificação por ocupação. Alguns prós salientados pela autora dizem respeito à possibilidade de ligar esta forma de classificação aos estudos clássicos da Sociologia e cita as relações de produção da teoria de Marx e de *status* ocupacional de Weber (ambas teorias já foram abordadas anteriormente explicando como elas podem relacionar-se com o tema proposto nesta dissertação).

Os contras apresentados por Lahelma dizem respeito à dificuldade de classificação de pessoas que encontram-se fora do mercado de trabalho, a qual, geralmente, há um viés de gênero muito forte pois, segundo a autora (2001), algumas classificações são muito mais detalhadas para aqueles trabalhos que possuem maior proporção masculina do que para os trabalhos de maior proporção feminina (LAHELMA, 2001, pp. 72). Outra dificuldade citada leva em consideração como a estrutura social e as ocupações mudam conforme o passar dos anos ficando algumas ocupações obsoletas enquanto outras passam a surgir. Para o trabalho que aqui está sendo desenvolvido, a classificação que iremos utilizar é a desenvolvida pelo Professor Dr. José Alcides Figueiredo Santos (2002) e baseada na teoria e tipologia neomarxista de classes de Erik Olin Wright. Figueiredo Santos (2002) elabora este esquema de classes pensando em captar as especificidades existentes no território brasileiro.

Tabela 1
Brasil: Classificação Socioeconômica por Categorias Empíricas e Critérios Operacionais

<i>Categorias</i>	<i>Crêterios Operacionais</i>
Capitalistas e fazendeiros	Posi�o na ocupa�o de empregador; empregador não agrícola com 11 ou mais empregados; empregador agrícola com 11 ou mais empregados permanentes; empregador agrícola que emprega simultaneamente 6 ou mais empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários; empregador agrícola com 1.000 hectares ou mais de terra, independentemente do número de empregados.
Pequenos empregadores	Posi�o na ocupa�o de empregador; empregador não agrícola que ocupa de 1 a 10 empregados; empregador agrícola com 3 a 10 empregados permanentes, desde que não empregue simultaneamente de 6 a 10 empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários.
Conta-próprias não agrícolas	Posi�o na ocupa�o de conta própria com atividade de natureza não agrícola, cujo empreendimento ou titular possui uma ou mais das seguintes condi�es: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (taxi, caminhão, van etc.) usado para trabalhar ou ocupa�o qualificada no emprego principal.
Conta-próprias agrícolas	Posi�o na ocupa�o de conta própria com atividade em empreendimento do ramo que compreende a agricultura, silvicultura, pecuária, extra�o vegetal, pesca e piscicultura.
Especialistas autoempregados	Posi�o na ocupa�o de conta própria ou empregador; especialista de acordo com o grupo ocupacional, com até 5 empregados ou sem empregados, com ou sem estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório).
Gerentes	Posi�o na ocupa�o de empregado, gerente de acordo com o grupo ocupacional, abarcando os diretores de empresas, dirigentes da administra�o pública, administradores em organiza�es de interesse público (sem fins lucrativos etc.) e gerentes de produ�o, opera�es e de áreas de apoio.
Empregados especialistas	Posi�o na ocupa�o de empregado, especialista de acordo com o grupo ocupacional, incluindo as profissões credenciadas, as profissões de menor poder profissional e os professores do ensino médio e profissional com forma�o superior.
Empregados qualificados	Posi�o na ocupa�o de empregado, empregado qualificado de acordo com o grupo ocupacional, abarcando os técnicos de nível médio nas diversas áreas, professores de nível médio ou forma�o superior no ensino infantil, fundamental e profissional, professores em educa�o física e educa�o especial.
Supervisores	Posi�o na ocupa�o de empregado, supervisor, chefe, mestre ou contramestre de acordo com o grupo ocupacional.

Trabalhadores	Posição na ocupação de empregado, trabalhador em reparação e manutenção mecânica, ferramenteiro e operador de centro de usinagem; trabalhador de semiotina na operação de instalações químicas,
	petroquímicas e de geração e distribuição de energia; trabalhador de semiotina em serviços administrativos, comércio e vendas; trabalhador de rotina na operação de máquinas e montagem na indústria; trabalhador de rotina em serviços administrativos, comércio e vendas.
Trabalhadores elementares	Posição na ocupação de empregado, trabalhador com tarefas de trabalho bastante elementares na indústria e nos serviços, como ajudantes de obras, trabalhadores elementares na manutenção de vias públicas, faxineiros, lixeiros e carregadores de carga; trabalhadores manuais agrícolas, garimpeiros e salineiros, exclusive os trabalhadores na mecanização agrícola, florestal e drenagem.
Conta-próprias precários	Posição na ocupação de conta própria e empreendimento ou titular sem a posse de nenhuma das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (taxi, caminhão, van etc.) usado para o trabalho ou ocupação qualificada no emprego principal; posição na ocupação de trabalhador na produção do próprio consumo; posição na ocupação de trabalhador na construção para o próprio uso.
Empregados domésticos	Posição na ocupação de trabalhador doméstico, com ou sem carteira de trabalho assinada.

Fonte: Figueiredo Santos (2005, pp. 38)

Lahelma (2001) nos diz que “como a classe social ocupacional está fortemente associada à avaliação de recursos materiais e condições de vida incluindo aquelas referentes ao ambiente de trabalho, é razoável assumir que ocupação pode vir a modelar as saúdes dos indivíduos” (LAHELMA, 2001, pp. 73). Ou seja, assim como diversos outros fatores sociais, trabalho e ocupação são fatores definidores dos estados de saúde dos indivíduos visto que sua manifestação através das longas jornadas de trabalho, menores remunerações, maiores exposições a situações de risco se contrasta com a daqueles que possuem melhores oportunidades de trabalho, com melhores gratificações e, conseqüentemente, afetam os estados de saúde destes indivíduos já que pessoas que localizam-se em posições mais elevadas possuem maiores oportunidades e facilidades em manter-se sãos (FIGUEIREDO SANTOS, 2013).

A respeito das influências do trabalho e ocupação nos estados de saúde, Marmot e Wilkinson (2003) nos dizem que o estresse no trabalho é fator que contribui para a produção de piores estados de saúde. Aqueles que possuem maior controle ao entorno dos seus trabalhos maior probabilidade de possuírem melhores estados de saúde. Os autores dizem que, de forma geral, ter um trabalho é melhor do que não ter nenhum trabalho e que a gestão, organização social e relações sociais estabelecidas contribuem para os estados de saúde. Também o estresse no trabalho possui papel importante em mortes prematuras, diferenças nos *status* de saúde e ausência por doenças. Os autores falam que alguns estudos mostram que há um sofrimento na saúde quando as pessoas possuem poucas oportunidades de demonstração das suas habilidades bem como pouca autoridade nas tomadas de decisões (WILKINSON; MARMOT, 2003, pp. 18).

Segundo apresentado por Wilkinson e Marmot (2003), ter pouco controle sobre o próprio trabalho está relacionado ao risco de aumento de dor lombar, doença do coração e ausência por doença. Eles (2003) acrescentam a informação de que estes resultados parecem não estar tão ligados às características psicológicas do grupo que foi estudado, mas sim ao ambiente de trabalho (WILKINSON; MARMOT, 2003, pp. 18). Eles também falam sobre estudos que encontraram resultados relacionados à demanda e controle no ambiente de trabalho e chegaram à conclusão de que trabalhos que possuem alta demanda e baixo controle possuem riscos especiais e que o suporte no local de trabalho pode ser fator de proteção para a saúde. Sobre recompensas, os autores (2003) perceberam que receber recompensas inadequadas para os esforços colocados no trabalho pode associar-se ao risco de se ter doenças cardiovasculares. As mudanças no mercado de trabalho contribuem para mudar as oportunidades e, conseqüentemente, tornar mais difícil a obtenção de recompensas. Wilkinson e Marmot (2003) finalizam dizendo que o ambiente psicosocial no trabalho é um importante determinante de saúde e contribui para piores resultados de saúde (WILKINSON; MARMOT, 2003, pp. 18).

5. Métodos, Recursos e Resultados

Neste capítulo traremos informações sobre os métodos e recursos utilizados para a construção dos dados aqui apresentados. O intuito é demonstrar, de forma breve, a base de dados utilizada, como funciona, a forma como é construída. Também falaremos sobre os recursos tecnológicos utilizados para a construção e apresentação dos dados. Por fim, trazemos os resultados e sua análise para a justificativa da hipótese defendida neste trabalho.

5.1. A Pesquisa Nacional de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) trata-se de uma pesquisa realizada em âmbito nacional que faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares SIPD e é uma subamostra de uma amostra mestra do IBGE, a PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2015, pp. 10). A pesquisa foi pensada para coletar dados sobre a saúde da população brasileira, assim como fazer o monitoramento dos dados da PNAD sobre saúde. Porém, a PNS possui desenho próprio e com informações mais precisas sobre saúde (IBGE, 2015, pp. 10). A pesquisa foi realizada nos moradores nos domicílios brasileiros nas áreas definidas pelo IBGE contidas em todo o território nacional excluindo as áreas especiais e aquelas de baixa densidade populacional (IBGE, 2015, pp. 13).

Trata-se de uma pesquisa realizada através de amostragem conglomerada em três estágios: setores censitários, domicílios e moradores de 18 anos ou mais de idade. A estratificação dos setores censitários é a mesma utilizada pela amostra mestra, já os domicílios e moradores são selecionados através de amostragem simples. No caso dos domicílios, a seleção é feita pelo cadastro nacional de endereços para fins estatísticos (CNEFE) e o morador foi selecionado através da listagem de moradores feita no momento da coleta dos dados (entrevista) (IBGE, 2015, pp. 14).

De acordo com o apresentado no texto da PNS, a pesquisa possui três principais eixos de investigação: “o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados” (IBGE, 2015, pp. 10 *apud* MALTA et al., 2008). Os pesquisadores afirmam, também, que aspectos ligados à equidade também tiveram grande atenção devido aos aspectos de morbimortalidade estarem ligados às condições sociais de vida e adoecimento da população.

Assim como ocorre em outras pesquisas nacionais e internacionais, a PNS é feita pelo critério de autoavaliação do estado de saúde. Ou seja, é baseada na própria percepção que o indivíduo possui sobre seu estado de saúde. A autoavaliação é um indicador muito utilizado nas pesquisas atuais sobre desigualdade e é importante para os estudos, pois capta a saúde média da população em lugar de condições específicas ou de alto risco. Também a avaliação do indivíduo a respeito de seu próprio estado de saúde serve para medir riscos de saúde em diversos estágios de vida (FIGUEIREDO SANTOS, 2011, pp.39), além de permitir comparar as necessidades de recursos e serviços de saúde por região geográfica (IBGE, 2015, pp. 11).

Para a realização da pesquisa, foram capacitados pelo IBGE agentes de pesquisa, coordenadores e supervisores para a realização das entrevistas nos domicílios selecionados. Ainda de acordo com o texto do IBGE, todas as entrevistas foram realizadas utilizando computadores de mão denominados pelo IBGE de PDAs e estes computadores foram desenvolvidos levando em consideração as críticas de variáveis (IBGE, 2015, pp. 21).

Anteriormente à realização da entrevista, foi contatado uma pessoa do domicílio selecionado para explicar sobre a pesquisa, seus objetivos, procedimentos, importância de participação. Após este momento foi agendada a entrevista no domicílio, identificação de moradores e sua listagem para a realização das entrevistas. Para a entrevista individual, conforme explicado anteriormente, foi selecionado de forma aleatória no PDA um morador adulto para responder ao questionário e para a coleta e avaliação dos materiais biológicos, foi contratado um laboratório privado (IBGE, 2015, pp. 21).

Conforme visto anteriormente, o Brasil vem passando por uma transição epidemiológica. Isto quer dizer que fatores sociais, econômicos, ambientais e desenvolvimentistas passam a ter um papel importante na afetação da saúde das pessoas (CARVALHAES, 2013, pp. 15) e, conseqüentemente, há a percepção do aumento de doenças crônicas não-transmissíveis além das doenças infectocontagiosas (IBGE, 2015, pp.11). Desta forma a PNS também trata de captar estes aspectos das saúdes das pessoas, assim como abordou, também, a presença de animais domésticos nas casas dos indivíduos, dengue, percepção de discriminação nos serviços de saúde, vacinação de animais, saúde bucal e outros indicadores numa continuidade das pesquisas anteriores da PNAD. A PNS no ano de 2013 também inovou a pesquisa por incluir nestas amostras de material biológico para averiguação “de condições clínicas ou pré-clínicas que necessitam de intervenção, incluindo indivíduos que não têm acesso aos serviços de saúde” (IBGE, 2015, pp.11).

Segundo o explicitado no texto da PNS, a pesquisa atende a diversos programas do Ministério da Saúde e os resultados obtidos pela pesquisa serão utilizados para a construção de políticas públicas ao que condiz o acesso e atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com o suporte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011a; DUNCAN et al., 2011 *apud* IBGE, 2015, pp.12). É através da PNS que também pode-se observar e seguir o plano de monitoramento, redução e tratamento das doenças crônicas não-transmissíveis proposto pela Organização Mundial da Saúde.

5.2. Sobre a Regressão Logística

Conforme vêm sendo explicitado durante o texto de dissertação, o método utilizado para serem rodados os dados no programa estatístico é a regressão logística. De acordo com FÁVERO & BELFIORE (2017), o método da regressão logística é bastante útil e de fácil aplicação, mas apesar do incremento no uso dos computadores e *softwares* nas análises de dados ainda é pouco utilizado nas áreas de conhecimento humano. Principalmente ao que diz respeito às utilidades e aplicações desta forma de análise de dados (FÁVERO & BELFIORE, 2017, pp. 611). O método da regressão logística se diferencia da regressão tradicional com método de mínimos quadrados, pois aplica-se a fenômenos que se apresentam de forma qualitativa, representado por variáveis que assumem somente dois valores: 0 ou 1. Ou seja, quando desejamos calcular a probabilidade de ocorrência de um fenômeno qualitativo cuja variável dependente é dicotômica, utilizamos a regressão logística binária.

Desta forma, os autores estabelecem que quando o fenômeno se apresentar por meio de somente duas categorias, será representado por apenas uma variável *dummy*, na qual a primeira categoria será considerada a de referência, assumindo a probabilidade do não-evento de interesse (= 0) e a outra categoria representará o evento de interesse (= 1) levando em consideração (FÁVERO & BELFIORE, 2017, pp. 612). Os autores (2017) explicam que quando temos uma variável qualitativa, não conseguimos medi-la pelo método de mínimos quadrados uma vez que ela não possui variância e média “(...) e, portanto, não há como minimizar a somatória dos termos de erro ao quadrado sem que seja feita uma incoerente ponderação arbitrária” (FÁVERO & BELFIORE, 2017, pp. 612). Eles ainda salientam que como o procedimento de inserção da variável dependente é feita através de digitação de valores que representam cada resposta, pesquisadores novatos podem ainda se confundir ao rotular as variáveis com os valores digitados e obter resultados pelo método de mínimos quadrados, já que o programa pode vir a compreender aquela variável como sendo quantitativa. Mas apesar de ser um erro comum, de acordo com os autores, ele é grave uma vez que as estimativas na técnica da regressão logística devem ser feitas através da estimação por máxima verossimilhança.

Resumidamente, a regressão logística binária objetiva estudar a probabilidade de um evento que se apresenta de forma qualitativa e dicotômica ocorrer baseado em variáveis que expliquem a ocorrência deste evento (FÁVERO & BELFIORE, 2017, pp. 612). Ou seja, a

regressão logística estuda a probabilidade de ocorrência de um evento e não os valores das variáveis dependentes.

5.3. Resultados

A seguir apresentamos os resultados obtidos a partir da regressão logística dos dados da PNS 2013. O banco de dados utilizado trata-se dos micro dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Todas as categorizações e tipologias utilizadas são fruto do trabalho do Professor Dr. José Alcides Figueiredo Santos, o qual dedica-se há muitos anos às pesquisas sobre determinantes sociais de saúde, sociologia da saúde e estratificação social no Brasil.

Tabela 2. Estimativa do efeito de raça (não branco) condicional a ser mulher

saudnboa ts	odds ratio	Std. Err.	z	P> z	95% intervalo	de confiança
1. masculino	.7919367	.0172553	-10.71	0	.7588289	.8264891
1. não branco	1.699694	.0307767	29.29	0	1.64043	1.761098
masculino # não-branco	.9060014	.0245178	-3.65	0	.8591995	.9553526
idade	1.047392	.0005352	90.62	0	1.046344	1.048442
cons	.0543403	.0014164	-111.74	0	.0516339	.0571884

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Na tabela 2, o que está sendo analisado é a probabilidade de ser mulher e preta e ter saúde não-bona. Podemos perceber que temos como categoria de referência o sexo masculino e a saúde não-bona (ambos marcados como 1, o que indica ser referência). Como já dito anteriormente, a junção das categorias de parda e preta são unidas na análise e categorizado como negro. Desta forma, podemos observar que ser mulher e negra gera uma chance de 1,699 vezes a mais de se ter saúde não-bona em relação a homens. A significância do resultado é dada por p(z) e quanto mais próximo de 0 (zero), maior é a significância do modelo. Então, conforme observado, o modelo é estatisticamente revelante e possui altos valores de confiabilidade (intervalo de confiança).

Tabela 3. Estimativa do efeito de raça (não branco) condicional a ser homem

saudnboa ts	odds ratio	Std. Err.	z	P> z	95% intervalo	de confiança
1. mulher	1.262728	.0275133	10.71	0	1.209938	1.317821
1. não branco	1.539926	.0311368	21.35	0	1.480092	1.602178
feminino # não-branco	1.103751	.0298692	3.65	0	1.046733	1.163874
idade	1.047392	.0005352	90.62	0	1.046344	1.048442
cons	.043034	.0011738	-115.33	0	.0407938	.0453972

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela número 3, diferentemente da tabela número 2, traz para nós como categoria de referência (1), mulher e não-branco. Ou seja, os resultados demonstrarão a probabilidade de ser homem negro e ter saúde não-bona. Conforme explicitado em vermelho, homens negros possuem chances de 1,539 a mais de possuir saúde não-bona. Desta forma, mulheres negras,

em comparação a homens negros, possuem maiores chances de ter saúde não-boas, apesar de que homens negros também apresentam grandes chances de possuírem saúde não-boas.

Tabela 4. Estimativa do efeito de raça (branco) condicional a ser mulher

saudnboas	odds ratio	Std. Err.	z	P> z	95% intervalo	de confiança
1. masculino	.7174958	.0115168	-20.68	0	.6952747	.740427
1. branco	.5883412	.0106532	-29.29	0	.5678275	.6095961
masculino # branco	1.103751	.0298692	3.65	0	1.046734	1.163874
idade	1.047392	.0005352	90.62	0	1.046344	1.048442
cons	.0923618	.0021142	-104.06	0	.0883097	.0965999

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela número 4, traz como categoria de referência (1), homem e branco. Ou seja, os resultados demonstrarão a probabilidade de ser mulher branca e ter saúde não-boas. Conforme explicitado em vermelho, mulheres brancas possuem chances de 0,588 a mais de possuir saúde não-boas. Ou seja, uma associação negativa de ocorrência do evento. Traduzindo, menores chances de se ter saúde não-boas do que o apresentado pelos outros grupos acima. Desta forma, mulheres negras, em comparação a mulheres brancas, possuem maiores chances de ter saúde não-boas.

Tabela 5. Estimativa do efeito de raça (branco) condicional a ser homem

saudnboas	odds ratio	Std. Err.	z	P> z	95% intervalo	de confiança
1. mulher	1.393736	.0223713	20.68	0	1.350572	1.43828
1. branco	.6493823	.0131303	-21.35	0	.6241506	.6756339
feminino # branco	.9060014	.0245178	-3.65	0	.8591995	.9553526
idade	1.047392	.0005352	90.62	0	1.046344	1.048442
cons	.0662692	.0015648	-114.94	0	.0632722	.0694081

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Por último, mas não menos importante, a tabela número 5, traz como categoria de referência (1), mulher e branco. Ou seja, os resultados demonstrarão a probabilidade de ser homem branco e ter saúde não-boas. Conforme explicitado em vermelho, homens brancos possuem chances de 0,649 a mais de possuir saúde não-boas. Desta forma, mulheres negras, em comparação a homens brancos, possuem maiores chances de ter saúde não-boas.

De forma geral, podemos observar que mulheres negras possuem maiores índices de saúde não-boas quando comparadas aos demais grupos (homens negros, mulheres brancas, homens brancos). Desta forma, respondemos à primeira pergunta desta dissertação. Gênero e raça indicam, sim, estados de saúde dos indivíduos, sendo que mulheres negras possuem, em todos os quadros, maiores índices de declaração de saúde não-boas. Em relação ao gênero,

podemos perceber que mulheres, de forma geral, apresentam piores estados de saúde quando comparadas entre seus pares de mesma raça. No entanto, quando comparamos grupos de raça, homens negros ainda apresentam maiores índices de declaração de saúde não-bona em relação a mulheres e homens brancos. Isto quer dizer que raça indica saúde e é fator protetivo da mesma (quando se é branco).

Tabela 6. Estimativa do efeito de raça (ser parda e preta) condicional ao topo social e à mulher

saudnboas	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo de confiança	
Qualificado	1.878996	.1688499	7.02	0,000	1.575562	2.240869
Pequ. Ativos	2.25902	.2094204	8.79	0,000	1.883694	2.709131
Trabalhador	2.741551	.20689	13.36	0,000	2.364617	3.178571
Destituído	4.721575	.3427799	21.38	0,000	4.095348	5.443559
l.masc	.9566384	.0876945	-0.48	0,629	.7993162	1.144925
Qualificado#1	.866174	.1123475	-1.11	0,268	.6717376	1.116891
Pequ. Ativos#1	1.116353	.1337171	0.92	0,358	.8827631	1.411753
Trabalhador#1	.9381627	.0972507	-0.62	0,538	.7656705	1.149514
Destituído#1	.9241657	.0953523	-0.76	0,445	.7549632	1.13129
1.nbran	1.932029	.1848307	6.88	0,000	1.601703	2.330479
Qualificado#1	.8973454	.1113975	-0.87	0,383	.7035427	1.144534
Pequ. Ativos#1	.9058256	.1200241	-0.75	0,455	.6986478	1.17444
Trabalhador#1	.7828647	.083429	-2.30	0,022	.6352946	.9647132
Destituído#1	.7284226	.0746618	-3.09	0,002	.59585	.8904916
masc#nbran	.8861729	.11921	-0.90	0,369	.6807895	1.153517
Dest#masc#nbran						
Qualificado#1#1	.8614575	.1550779	-0.83	0,407	.605344	1.225929
Pequ. Ativos#1#1	1.014044	.1736542	0.08	0,935	.724919	1.418484
Trabalhador#1#1	.9656986	.1425338	-0.24	0,813	.7231147	1.289662
Destituído#1#1	.999768	.1455241	-0.00	0,999	.7516232	1.329837
idade	1.042425	.0007204	60.12	0,000	1.041014	1.043837
_cons	.0189759	.0013653	-55.10	0,000	.0164801	.0218497

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Na tabela número 6, temos os dados referentes a ser mulher negra e ter saúde não-bona de acordo com a classe. Neste caso, a classe destacada é o topo social. É importante frisar que nas análises das próximas tabelas referentes à classe social, a categoria omissa é a que indicará qual dado está sendo analisado. Por exemplo, nesta tabela a categoria omissa é a do topo social. Portanto, o dado analisado é referente a ser mulher, negra e estar no topo social. Tendo em vista esta informação, partimos para a análise da tabela.

Conforme podemos observar, mulheres negras que se encontram localizadas no topo social possuem 1,932 chances a mais de possuir saúde não-bona quando localizadas no topo social. Vamos ver o que ocorre quando as colocamos em outros estratos sociais.

Tabela 7. Estimativa do efeito de raça (ser parda e preta) condicional a empregado qualificado e à mulher

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
Topo Social	.532199	.0478243	-7.02	0,000	.4462555	.6346942
Pequ. Ativos	1.202248	.1078093	2.05	0,040	1.008473	1.433257
Trabalhador	1.459051	.1044804	5.28	0,000	1.267994	1.678895
Destituído	2.512817	.1724729	13.42	0,000	2.196528	2.874651
l.masc	.8286153	.0760359	-2.05	0,040	.6922206	.9918851
Topo Social#1	1.154502	.1497452	1.11	0,268	.8953429	1.488676
Pequ. Ativos#1	1.288832	.1544815	2.12	0,034	1.01899	1.630132
Trabalhador#1	1.083111	.1123858	0.77	0,442	.8837931	1.32738
Destituído#1	1.066952	.110166	0.63	0,530	.8714763	1.306273
l.nbran	1.733697	.1371927	6.95	0,000	1.484619	2.024563
Topo Social#1	1.114398	.1383427	0.87	0,383	.8737178	1.421378
Pequ. Ativos#1	1.00945	.122253	0.08	0,938	.7961543	1.27989
Trabalhador#1	.8724229	.0802783	-1.48	0,138	.728453	1.044847
Destituído#1	.8117527	.0708428	-2.39	0,017	.6841293	.9631842
masc#nbran	.7634003	.091322	-2.26	0,024	.6038472	.9651117
Topo Social#1#1	1.160823	.2089691	0.83	0,407	.8157077	1.651953
Pequ. Ativos#1#1	1.177127	.1881206	1.02	0,308	.8605769	1.610114
Trabalhador#1#1	1.121006	.1503927	0.85	0,395	.8618102	1.458156
Destituído#1#1	1.160554	.153092	1.13	0,259	.8961505	1.502968
idade	1.042425	.0007204	60.12	0,000	1.041014	1.043837
cons	.0356557	.0024012	-49.51	0,000	.0312468	.0406866

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Na tabela 7, podemos observar que as chances de mulheres negras que se encontram localizadas em empregos qualificados ter saúde não-bona diminuem em relação ao topo social. Na atual situação, mulheres negras têm 1,733 chances a mais de possuírem estado de saúde não-bona quando possuem empregos qualificados. Vejamos o que ocorre quando as colocamos em outros estratos sociais. Este dado quer dizer que as mulheres pretas com empregos qualificados têm uma probabilidade menor de ter boa saúde em comparação com as mulheres brancas nas mesmas condições.

Tabela 8. Estimativa do efeito de raça (ser pardo e preto) condicional a pequenos ativos e à mulher

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
Topo Social	.4426697	.0410373	-8.79	0,000	.3691221	.5308718
Qualificado	.8317749	.0745878	-2.05	0,040	.6977116	.991598
Trabalhador	1.213602	.0913613	2.57	0,010	1.047121	1.406551
Destituído	2.090098	.151221	10.19	0,000	1.813766	2.40853
l.masc	1.067946	.0823535	0.85	0,394	.9181417	1.242192
Topo Social#1	.8957743	.1072962	-0.92	0,358	.7083394	1.132807
Qualificado#1	.7758965	.0930002	-2.12	0,034	.6134474	.9813642
Trabalhador#1	.8403821	.0765168	-1.91	0,056	.7030317	1.004566
Destituído#1	.8278439	.0749108	-2.09	0,037	.6933046	.9884913

1.nbran	1.750081	.1604759	6.10	0,000	1.462198	2.094644
Topo Social#1	1.103965	.1462781	0.75	0,455	.8514695	1.431336
Qualificado#1	.9906381	.1199747	-0.08	0,938	.7813171	1.256038
Trabalhador#1	.8642554	.0890357	-1.42	0,157	.7062383	1.057628
Destituído#1	.8041532	.079453	-2.21	0,027	.6625783	.9759788
masc#nbran	.8986187	.0952283	-1.01	0,313	.7300826	1.106061
Topo Social#1#1	.98615	.1688773	-0.08	0,935	.7049779	1.379464
Qualificado#1#1	.8495263	.1357657	-1.02	0,308	.6210741	1.162011
Trabalhador#1#1	.9523238	.1163188	-0.40	0,689	.7495785	1.209907
Destituído#1#1	.9859213	.1179853	-0.12	0,906	.7797922	1.246538
idade	1.042425	.0007204	60.12	0,000	1.041014	1.043837
cons	.042867	.0030998	-43.56	0,000	.0372024	.049394

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela número 8 mostra para nós a razão de chances de ser mulher negra, estar localizada na classe dos possuidores de pequenos ativos e possuir saúde não-boa. Conforme demonstrado, a chance de ser mulher negra e possuir estado de saúde não-boa é de 1,750 chances a mais. O resultado é um pouco maior do que para as localizadas na categoria de qualificada. No entanto, os valores são muito próximos. Continuemos a análise para acompanhar com as demais categorias o que ocorre.

Vale ressaltar que os resultados aqui apresentados nestas tabelas dizem respeito à razão de chances (*odds ratio*). A *odds ratio* está associando o estado de saúde, que aqui no trabalho é apresentado pela categoria saúde “não-boa” com a raça. Vale ressaltar, também, que a razão de chances quando é maior que 1 demonstra associação positiva da combinação realizada. Ou seja, os resultados são relevantes para ter saúde não-boa e ser mulher negra. Quando a razão de chances é menor que 1, indica situação contrária. Ou seja, associação negativa. A associação negativa aqui no trabalho indicaria que não há correspondência entre estado de saúde (que aqui é a saúde não-boa) e raça. Conforme temos observado, todos os resultados até o presente momento têm demonstrado a associação positiva entre a raça e o estado de saúde, o que nos permite afirmar, mesmo que minimamente, que raça é fator determinante de estado de saúde.

Tabela 9. Estimativa do efeito de raça (ser pardo e preto) condicional a trabalhador típico e à mulher

saudnboa ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z 	95% Intervalo	de confiança
Topo Social	.364757	.0275262	-13.36	0,000	.3146068	.4229015
Qualificado	.6853772	.0490788	-5.28	0,000	.5956297	.7886475
Pequ. Ativos	.8239936	.0620312	-2.57	0,010	.7109587	.9549998
Destituído	1.722228	.0830903	11.27	0,000	1.566836	1.89303
1.masc	.8974825	.0434734	-2.23	0,026	.8161959	.9868646
Topo Social#1	1.065913	.1104934	0.62	0,538	.8699326	1.306045
Qualificado#1	.9232663	.0958	-0.77	0,442	.7533635	1.131487
Pequ. Ativos#1	1.189935	.1083435	1.91	0,056	.9954543	1.422411

Destituído#1	.9850804	.066729	-0.22	0,824	.8626043	1.124946
l.nbran	1.512517	.0710724	8.81	0,000	1.37944	1.658433
Topo Social#1	1.27736	.1361267	2.30	0,022	1.036577	1.574073
Qualificado#1	1.146233	.1054737	1.48	0,138	.9570781	1.372772
Pequ. Ativos#1	1.157065	.119201	1.42	0,157	.945512	1.415953
Destituído#1	.9304578	.0555332	-1.21	0,227	.8277397	1.045923
masc#nbran	.8557759	.0519735	-2.56	0,010	.7597389	.9639528
Topo Social#1#1	1.03552	.1528391	0.24	0,813	.7753967	1.382906
Qualificado#1#1	.8920562	.1196772	-0.85	0,395	.6857978	1.160348
Pequ. Ativos#1#1	1.050063	.1282569	0.40	0,689	.8265096	1.334083
Destituído#1#1	1.03528	.0852406	0.42	0,674	.8809946	1.216584
idade	1.042425	.0007204	60.12	0,000	1.041014	1.043837
cons	.0520234	.0023478	-65.50	0,000	.0476194	.0568347

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 9 mostra a estimativa em ser mulher negra, possuir saúde não-bona e estar localizada na categoria de trabalhadora típica. O resultado demonstra que a chance de estar localizada nesta categoria e possuir saúde não-bona é de 1,512 chances a mais. Até o presente momento, é o menor resultado que encontramos, no entanto ainda é resultado bem grande. Fazemos a análise da última categoria de classe, os destituídos.

Tabela 10. Estimativa do efeito de raça (ser pardo e preto) condicional a destituído e à mulher

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
Topo Social	.2117937	.0153759	-21.38	0,000	.1837033	.2441795
Qualificado	.3979597	.0273149	-13.42	0,000	.3478684	.4552639
Pequ. Ativos	.4784464	.0346161	-10.19	0,000	.4151909	.551339
Trabalhador	.5806433	.0280136	-11.27	0,000	.5282537	.6382287
l.masc	.8840924	.04185	-2.60	0,009	.805758	.9700424
Topo Social#1	1.082057	.111643	0.76	0,445	.8839466	1.324568
Qualificado#1	.9372497	.0967738	-0.63	0,530	.765537	1.147478
Pequ. Ativos#1	1.207957	.1093068	2.09	0,037	1.011643	1.442367
Trabalhador#1	1.015146	.0687656	0.22	0,824	.8889313	1.15928
l.nbran	1.407333	.0518599	9.27	0,000	1.309274	1.512738
Topo Social#1	1.37283	.1407123	3.09	0,002	1.122975	1.678275
Qualificado#1	1.231902	.1075098	2.39	0,017	1.038223	1.461712
Pequ. Ativos#1	1.243544	.1228664	2.21	0,027	1.024612	1.509256
Trabalhador#1	1.07474	.0641445	1.21	0,227	.9560935	1.208109
masc#nbran	.8859673	.0492555	-2.18	0,029	.7945021	.9879623
Topo Social#1#1	1.000232	.1455916	0.00	0,999	.7519721	1.330454
Qualificado#1#1	.8616574	.1136637	-1.13	0,259	.66535	1.115884
Pequ. Ativos#1#1	1.01428	.121379	0.12	0,906	.8022217	1.282393
Trabalhador#1#1	.9659227	.07953	-0.42	0,674	.8219739	1.135081
idade	1.042425	.0007204	60.12	0,000	1.041014	1.043837
cons	.0895962	.0037678	-57.37	0,000	.0825076	.0972938

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 10 nos traz a informação de ser mulher negra, possuir saúde não-bona e estar localizada na categoria dos destituídos. Conforme demonstrado na tabela, mulheres negras em categorias destituídas possuem 1,407 vezes a mais de possuir saúde não-bona.

Desta forma, podemos responder à pergunta feita inicialmente: a desigualdade de saúde em mulheres negras é maior no topo ou na base da pirâmide social? Após a análise dos dados, podemos concluir que a desigualdade é maior no topo da pirâmide social. Conforme analisamos, o número de chances de ser mulher negra e possuir saúde não-bona está no topo da pirâmide social. O que é contraditório, uma vez que espera-se que, por estarem no topo da pirâmide social, estas mulheres possuiriam maiores chances de ter saúde melhor devido a terem melhores condições de vida e maior renda para investirem em lazer, melhores tratamentos médicos, etc. Ou seja, mais ativos para melhores investimentos em saúde e investimento em bons hábitos de vida que proporcionam melhores estados de saúde.

No entanto, devemos levar em consideração de que, apesar destas mulheres estarem localizadas em altos estratos sociais, elas estão inseridas em contextos que as levam a ter estes resultados de estado de saúde. Podemos citar como exemplo destes contextos, a exposição a experiências diretas e indiretas de racismo, trajetórias de vida nas quais podem experimentar vivências traumáticas e, até mesmo, hábitos de saúde, localização de moradias, entre outros.

Feita esta breve análise, passaremos a analisar os efeitos da educação nos estados de saúde de mulheres negras. Ressaltamos novamente que os resultados, assim como os aqui demonstrados dizem respeito à categoria de educação que está omissa na tabela. Além disto, utilizaremos categorias completas e incompletas de níveis de escolaridade para fazer as análises dos dados. Por exemplo: sem instrução, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, etc.. Sendo assim, partiremos para a análise dos dados.

Tabela 11. Estimativa do efeito de raça condicional a não ter educação formal e ser mulher negra

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
fundinc	.9973057	.0543433	-0.05	0,961	.8962852	1.109712
fundcomp	.6924508	.0445596	-5.71	0,000	.6103987	.7855327
medinc	.6061189	.0474168	-6.40	0,000	.5199579	.7065575
medcomp	.4023745	.0213059	-17.19	0,000	.3627096	.4463771
supinc	.2928886	.0236832	-15.19	0,000	.2499617	.3431874
supcomp	.1730197	.0105299	-28.83	0,000	.1535649	.1949392
1.masc	.8021765	.0523037	-3.38	0,001	.7059431	.9115283
fundinc#1	.7878108	.0618472	-3.04	0,002	.6754579	.9188521
fundcomp#1	.8014622	.0752755	-2.36	0,018	.6667083	.9634522
medinc#1	.8370033	.0978498	-1.52	0,128	.6656065	1.052536
medcomp#1	.9914819	.0770079	-0.11	0,912	.851476	1.154509
supinc#1	.9144832	.1120899	-0.73	0,466	.7191879	1.162811

supcomp#1	1.072754	.0987189	0.76	0,445	.8957139	1.284787
1.nbran	1.372756	.0731104	5.95	0,000	1.236687	1.523796
fundinc#1	.8507262	.0553749	-2.48	0,013	.7488313	.9664861
fundcomp#1	.9201144	.0715081	-1.07	0,284	.7901134	1.071505
medinc#1	1.002766	.0934295	0.03	0,976	.8353943	1.20367
medcomp#1	1.103994	.0699284	1.56	0,118	.9751026	1.249922
supinc#1	1.276408	.1275034	2.44	0,015	1.049448	1.552451
supcomp#1	1.544009	.1201786	5.58	0,000	1.32555	1.798471
masc#nbran	.8696594	.0659326	-1.84	0,065	.7495766	1.00898
fundinc#1#1	1.181454	.1095634	1.80	0,072	.985099	1.416948
fundcomp#1#1	1.252837	.1411019	2.00	0,045	1.004679	1.562291
medinc#1#1	1.067054	.1480996	0.47	0,640	.8129156	1.400642
medcomp#1#1	.9365209	.0867707	-0.71	0,479	.7810013	1.123009
supinc#1#1	1.119375	.1709484	0.74	0,460	.829816	1.509973
supcomp#1#1	.8714056	.1052474	-1.14	0,254	.6877223	1.104149
idade	1.040078	.0005654	72.29	0,000	1.038971	1.041187
cons	.150182	.0077606	-36.69	0,000	.1357163	.1661895

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 11 nos mostra a associação entre ser mulher negra e não possuir educação formal(ou seja, ser uma pessoa sem instrução) e ter saúde não-bona. A partir da tabela podemos perceber que mulheres negras sem escolaridade possuem 1,372 chances a mais de apresentar quadros de saúde não-bona.

Tabela 12. Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação fundamental incompleta e ser mulher negra

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
edusem	1.002702	.0546373	0.05	0,961	.9011345	1.115716
fundcomp	.6943215	.0381892	-6.63	0,000	.6233654	.7733544
medinc	.6077564	.042998	-7.04	0,000	.5290639	.6981535
medcomp	.4034616	.016578	-22.09	0,000	.3722432	.4372981
supinc	.2936798	.0216294	-16.64	0,000	.2542046	.3392852
supcomp	.1734871	.0088254	-34.43	0,000	.1570239	.1916764
1.masc	.6319633	.027633	-10.50	0,000	.5800596	.6885114
edusem#1	1.26934	.0996497	3.04	0,002	1.088314	1.480477
fundcomp#1	1.017328	.0819064	0.21	0,831	.8688199	1.191221
medinc#1	1.062442	.1130757	0.57	0,569	.8624062	1.308876
medcomp#1	1.258528	.0764823	3.78	0,000	1.117209	1.417723
supinc#1	1.16079	.1307344	1.32	0,186	.9308656	1.447507
supcomp#1	1.36169	.1066038	3.94	0,000	1.167991	1.587512
1.nbran	1.167839	.0437538	4.14	0,000	1.085156	1.256822
edusem#1	1.175466	.0765126	2.48	0,013	1.034676	1.335414
fundcomp#1	1.081564	.0733663	1.16	0,248	.9469173	1.235356
medinc#1	1.178717	.1003192	1.93	0,053	.9976195	1.39269
medcomp#1	1.297707	.0658378	5.14	0,000	1.174876	1.433381
supinc#1	1.500374	.1386933	4.39	0,000	1.251743	1.79839
supcomp#1	1.81493	.1233847	8.77	0,000	1.588519	2.073611
masc#nbran	1.027463	.0548723	0.51	0,612	.9253524	1.140841
edusem#1#1	.8464145	.0784931	-1.80	0,072	.7057421	1.015126
fundcomp#1#1	1.06042	.1049169	0.59	0,553	.8734956	1.287344

medinc#1#1	.9031697	.1155484	-0.80	0,426	.7028612	1.160564
medcomp#1#1	.7926848	.0597868	-3.08	0,002	.6837545	.9189691
supinc#1#1	.9474549	.1354139	-0.38	0,706	.7159811	1.253763
supcomp#1#1	.7375703	.0797529	-2.82	0,005	.5967105	.9116815
idade	1.040078	.0005654	72.29	0,000	1.038971	1.041187
_cons	.1497773	.0059182	-48.05	0,000	.1386156	.1618378

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 12 nos mostra as estimativas relativas a ser mulher negra, possuir nível de escolaridade fundamental incompleto e possuir estado de saúde não-bom. Novamente, a associação positiva da *odds ratio* demonstra que há relação entre ser mulher negra com ensino fundamental incompleto e possuir estado de saúde não-bom. No caso apresentado, a associação é de 1,167 chances a mais deste grupo possuir saúde não-bom quando comparado com o grupo de saúde de mulheres brancas.

Tabela 13. Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação fundamental completa e ser mulher negra

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
edusem	1.002702	.0546373	0.05	0,961	.9011345	1.115716
fundcomp	.6943215	.0381892	-6.63	0,000	.6233654	.7733544
medinc	.6077564	.042998	-7.04	0,000	.5290639	.6981535
medcomp	.4034616	.016578	-22.09	0,000	.3722432	.4372981
supinc	.2936798	.0216294	-16.64	0,000	.2542046	.3392852
supcomp	.1734871	.0088254	-34.43	0,000	.1570239	.1916764
l.masc	.6319633	.027633	-10.50	0,000	.5800596	.6885114
edusem#1	1.26934	.0996497	3.04	0,002	1.088314	1.480477
fundcomp#1	1.017328	.0819064	0.21	0,831	.8688199	1.191221
medinc#1	1.062442	.1130757	0.57	0,569	.8624062	1.308876
medcomp#1	1.258528	.0764823	3.78	0,000	1.117209	1.417723
supinc#1	1.16079	.1307344	1.32	0,186	.9308656	1.447507
supcomp#1	1.36169	.1066038	3.94	0,000	1.167991	1.587512
1.nbran	1.167839	.0437538	4.14	0,000	1.085156	1.256822
edusem#1	1.175466	.0765126	2.48	0,013	1.034676	1.335414
fundcomp#1	1.081564	.0733663	1.16	0,248	.9469173	1.235356
medinc#1	1.178717	.1003192	1.93	0,053	.9976195	1.39269
medcomp#1	1.297707	.0658378	5.14	0,000	1.174876	1.433381
supinc#1	1.500374	.1386933	4.39	0,000	1.251743	1.79839
supcomp#1	1.81493	.1233847	8.77	0,000	1.588519	2.073611
masc#nbran	1.027463	.0548723	0.51	0,612	.9253524	1.140841
edusem#1#1	.8464145	.0784931	-1.80	0,072	.7057421	1.015126
fundcomp#1#1	1.06042	.1049169	0.59	0,553	.8734956	1.287344
medinc#1#1	.9031697	.1155484	-0.80	0,426	.7028612	1.160564
medcomp#1#1	.7926848	.0597868	-3.08	0,002	.6837545	.9189691
supinc#1#1	.9474549	.1354139	-0.38	0,706	.7159811	1.253763
supcomp#1#1	.7375703	.0797529	-2.82	0,005	.5967105	.9116815
idade	1.040078	.0005654	72.29	0,000	1.038971	1.041187
cons	.1497773	.0059182	-48.05	0,000	.1386156	.1618378

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 13 nos apresenta as estimativas a ser mulher negra, possuir estado de saúde não-bom e nível de escolaridade fundamental completo. Podemos perceber que, mais uma vez, a associação é positiva e as chances de ter saúde não-bom sendo mulher negra e possuindo nível de escolaridade fundamental completo é de 1,167 a mais em comparação a mulheres brancas.

O que temos observado até o presente momento é uma redução das chances relativas em ter saúde não-bom conforme o nível de escolaridade vai aumentando. Essa associação será importante para concluirmos se educação formal é ou não fator protetivo para se ter maiores ou menores chances de se ter saúde não-bom em comparação aos grupos de referência. Portanto, vamos dar continuidade às análises.

Tabela 14. Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação média incompleta e ser mulher negra

saudnboa ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
edusem	1.649841	.1290674	6.40	0,000	1.415313	1.923233
fundinc	1.645396	.1164096	7.04	0,000	1.43235	1.890131
fundcomp	1.142434	.0895842	1.70	0,089	.9796793	1.332227
medcomp	.6638541	.0459785	-5.92	0,000	.5795868	.7603732
supinc	.4832196	.0445036	-7.90	0,000	.4034137	.5788134
supcomp	.285455	.021594	-16.57	0,000	.2461196	.3310771
l.masc	.6714244	.0651511	-4.11	0,000	.5551386	.8120687
edusem#1	1.194738	.1396708	1.52	0,128	.9500867	1.502389
fundinc#1	.9412278	.1001749	-0.57	0,569	.7640141	1.159546
fundcomp#1	.9575377	.1132398	-0.37	0,714	.7594366	1.207314
medcomp#1	1.184562	.1253446	1.60	0,109	.9626924	1.457564
supinc#1	1.092568	.1552379	0.62	0,533	.8269998	1.443417
supcomp#1	1.28166	.1496458	2.13	0,034	1.0195	1.611234
1.nbran	1.376553	.1052594	4.18	0,000	1.184963	1.599119
edusem#1	.9972419	.0929148	-0.03	0,976	.8307924	1.19704
fundinc#1	.8483798	.0722046	-1.93	0,053	.7180349	1.002386
fundcomp#1	.9175767	.0872748	-0.90	0,366	.7615191	1.105615
medcomp#1	1.100949	.0922382	1.15	0,251	.9342279	1.297422
supinc#1	1.272887	.1450679	2.12	0,034	1.018077	1.591473
supcomp#1	1.53975	.1466117	4.53	0,000	1.277617	1.855666
masc#nbran	.9279733	.1078833	-0.64	0,520	.738886	1.16545
edusem#1#1	.93716	.1300712	-0.47	0,640	.7139584	1.23014
fundinc#1#1	1.107212	.1416528	0.80	0,426	.8616499	1.422756
fundcomp#1#1	1.174109	.1679115	1.12	0,262	.887108	1.553962
medcomp#1#1	.8776698	.1122319	-1.02	0,308	.6830994	1.127661
supinc#1#1	1.049033	.1849718	0.27	0,786	.7425064	1.482102
supcomp#1#1	.8166464	.1221028	-1.35	0,176	.6092067	1.094721
idade	1.040078	.0005654	72.29	0,000	1.038971	1.041187
cons	.0910281	.0060373	-36.13	0,000	.079932	.1036646

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela número 14 demonstra as estimativas para mulheres negras (pretas e pardas), localizadas no nível de escolaridade médio incompleto e possuir saúde não-bou. A tabela 14 faz cair por terra a tendência anteriormente observada de redução das chances de saúde não-bou conforme o aumento dos níveis de instrução de mulheres negras. A tabela apresenta maiores chances de se ter saúde não-bou quando se tem ensino médio incompleto (1,376 de chances a mais de possuir saúde não-bou) do que os níveis de escolaridade anteriores. Uma possível resposta para este fenômeno pode ser o maior número de mulheres respondentes estarem localizadas neste nível de escolaridade, o que poderia gerar mais declarações de saúde não-bou do que os grupos anteriores. Seguiremos observando os próximos dados para que possamos tirar nossas conclusões sobre a associação entre nível de escolaridade, raça e estado de saúde.

Tabela 15. Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação média completa e ser mulher negra

saudnboas	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
edusem	2.485247	.1315948	17.19	0,000	2.240258	2.757027
fundinc	2.478551	.1018424	22.09	0,000	2.286769	2.686416
fundcomp	1.720911	.0917837	10.18	0,000	1.550102	1.910543
medinc	1.506355	.1043301	5.92	0,000	1.315144	1.725367
supinc	.7279004	.0525222	-4.40	0,000	.6319066	.8384767
supcomp	.4299967	.021124	-17.18	0,000	.3905251	.4734578
1.masc	.7953434	.0335674	-5.43	0,000	.7322002	.863932
edusem#1	1.008591	.0783368	0.11	0,912	.8661694	1.174431
fundinc#1	.7945791	.0482876	-3.78	0,000	.7053563	.895088
fundcomp#1	.8083478	.0644227	-2.67	0,008	.6914491	.9450097
medinc#1	.8441942	.0893286	-1.60	0,109	.6860761	1.038753
supinc#1	.9223398	.1033404	-0.72	0,471	.7404931	1.148844
supcomp#1	1.08197	.0837954	1.02	0,309	.9295919	1.259327
1.nbran	1.515514	.0520277	12.11	0,000	1.416896	1.620995
edusem#1	.9058024	.0573747	-1.56	0,118	.8000502	1.025533
fundinc#1	.7705898	.0390951	-5.14	0,000	.6976514	.8511539
fundcomp#1	.8334418	.0551412	-2.75	0,006	.732081	.9488366
medinc#1	.9083076	.0760986	-1.15	0,251	.7707592	1.070403
supinc#1	1.156173	.1054592	1.59	0,112	.9668994	1.382498
supcomp#1	1.398567	.0927415	5.06	0,000	1.228113	1.592678
masc#nbran	.8144542	.0433775	-3.85	0,000	.7337228	.904068
edusem#1#1	1.067782	.0989323	0.71	0,479	.890465	1.280408
fundinc#1#1	1.261535	.0951491	3.08	0,002	1.088176	1.462513
fundcomp#1#1	1.337757	.1322506	2.94	0,003	1.102116	1.623779
medinc#1#1	1.139381	.1456982	1.02	0,308	.8867915	1.463916
supinc#1#1	1.195248	.1707652	1.25	0,212	.9033307	1.5815
supcomp#1#1	.9304711	.1005442	-0.67	0,505	.7528776	1.149956
idade	1.040078	.0005654	72.29	0,000	1.038971	1.041187
_cons	.0604294	.0021102	-80.36	0,000	.0564318	.0647101

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 15 demonstra as estimativas para mulheres negras (pretas e pardas), localizadas no nível de escolaridade médio completo e possuir saúde não-bom. Nesta tabela podemos observar que há o aumento das chances relativas em possuir estado de saúde não-bom quando comparamos ao modelo anterior com ensino médio incompleto. Nesta tabela percebemos que as chances de se ter saúde não-bom e ser mulher negra com nível de instrução ensino médio completo é de 1,515 chances a mais em comparação com o grupo comparado. Este dado apresentado é superior, inclusive, ao de mulheres negras sem instrução.

Tabela 16. Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação superior incompleta e ser mulher negra

saudnboas	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
edusem	3.414268	.2760806	15.19	0,000	2.91386	4.000612
fundinc	3.405069	.2507824	16.64	0,000	2.947373	3.93384
fundcomp	2.364213	.1915111	10.62	0,000	2.017138	2.771006
medinc	2.069452	.1905925	7.90	0,000	1.727673	2.478845
medcomp	1.373814	.0991286	4.40	0,000	1.192639	1.582512
supcomp	.5907356	.0462801	-6.72	0,000	.5066491	.6887775
l.masc	.7335769	.0761366	-2.99	0,003	.5985509	.8990633
edusem#1	1.093514	.134034	0.73	0,466	.8599851	1.390457
fundinc#1	.8614819	.0970247	-1.32	0,186	.690843	1.074269
fundcomp#1	.8764099	.1085578	-1.07	0,287	.6874988	1.11723
medinc#1	.9152746	.130047	-0.62	0,533	.6928005	1.20919
medcomp#1	1.084199	.1214753	0.72	0,471	.8704405	1.350451
supcomp#1	1.173071	.1436131	1.30	0,192	.9228182	1.491189
l.nbran	1.752196	.1480833	6.64	0,000	1.484722	2.067856
edusem#1	.7834488	.0782606	-2.44	0,015	.6441427	.9528821
fundinc#1	.6665004	.0616107	-4.39	0,000	.5560529	.7988859
fundcomp#1	.7208625	.0733292	-3.22	0,001	.5905607	.8799142
medinc#1	.7856156	.0895348	-2.12	0,034	.6283486	.9822443
medcomp#1	.8649224	.0788931	-1.59	0,112	.7233286	1.034234
supcomp#1	1.209652	.1231572	1.87	0,062	.9908267	1.476804
masc#nbran	.9734747	.1290542	-0.20	0,839	.750724	1.262319
edusem#1#1	.893356	.1364314	-0.74	0,460	.6622636	1.205086
fundinc#1#1	1.055459	.1508503	0.38	0,706	.7975988	1.396685
fundcomp#1#1	1.11923	.1752294	0.72	0,472	.8234799	1.521197
medinc#1#1	.9532588	.1680843	-0.27	0,786	.6747173	1.34679
medcomp#1#1	.8366465	.1195318	-1.25	0,212	.632311	1.107014
supcomp#1#1	.7784754	.1265225	-1.54	0,123	.5661122	1.070501
idade	1.040078	.0005654	72.29	0,000	1.038971	1.041187
_cons	.0439866	.0030317	-45.32	0,000	.0384284	.0503487

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 16 mostra as estimativas em ser mulher negra, possuir estado de saúde não-bom e estar localizada no nível de escolaridade superior incompleto. Podemos observar que a tendência anterior se repete. Ser mulher negra e possuir maior nível de instrução gera maiores chances de se ter piores estados de saúde. No caso da tabela apresentada, a associação e de

1,752 chances a mais de ter saúde não-bom quando se é mulher negra e está localizada no nível de escolaridade superior incompleto.

Tabela 17. Estimativa do efeito de raça condicional a ter educação superior completa e ser mulher negra

saudnboas	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
edusem	5.779689	.3517484	28.83	0	5.129805	6.511905
fundinc	5.764116	.2932258	34.43	0	5.217126	6.368456
fundcomp	4.00215	.2452024	22.64	0	3.549296	4.512784
medinc	3.503179	.2650074	16.57	0	3.020444	4.063064
medcomp	2.325599	.1142475	17.18	0	2.112121	2.560655
supinc	1.692805	.1326197	6.72	0	1.451848	1.973753
l.masc	.860538	.0558803	-2.31	21	.7576978	.9773364
edusem#1	.9321802	.0857828	-0.76	445	.7783394	1.116428
fundinc#1	.7343816	.0574932	-3.94	0	.6299166	.856171
fundcomp#1	.7471072	.0700348	-3.11	2	.6217133	.8977917
medinc#1	.7802379	.0911	-2.13	34	.6206422	.9808729
medcomp#1	.9242398	.0715796	-1.02	309	.7940752	1.075741
supinc#1	.8524631	.1043627	-1.30	192	.6706059	1.083637
1.nbran	2.119547	.1203479	13.23	0	1.896321	2.36905
edusem#1	.6476648	.0504113	-5.58	0	.556028	.7544039
fundinc#1	.5509854	.0374577	-8.77	0	.4822505	.6295171
fundcomp#1	.5959257	.0477666	-6.46	0	.5092885	.6973013
medinc#1	.6494561	.0618398	-4.53	0	.5388901	.7827073
medcomp#1	.7150178	.0474141	-5.06	0	.6278734	.8142572
supinc#1	.8266843	.0841665	-1.87	62	.6771378	1.009258
masc#nbran	.7578261	.0712508	-2.95	3	.6302888	.9111701
edusem#1#1	1.147571	.1386024	1.14	254	.9056752	1.454075
fundinc#1#1	1.355803	.1466019	2.82	5	1.096874	1.675855
fundcomp#1#1	1.43772	.1805844	2.89	4	1.123982	1.839032
medinc#1#1	1.22452	.183087	1.35	176	.9134747	1.641479
medcomp#1#1	1.074724	.1161318	0.67	505	.8695981	1.328237
supinc#1#1	1.284562	.2087747	1.54	123	.9341417	1.766434
idade	1.040078	.0005654	72.29	0	1.038971	1.041187
_cons	.0259844	.0012255	-	77.40	.0236902	.0285008

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela número 17 nos mostra a estimativa de ser mulher negra, possuir estado de saúde não-bom e possuir ensino superior completo. Os dados confirmam a tendência anterior: mulheres com maiores níveis de instrução possuem maiores chances de possuírem saúde não-bom. Na tabela apresentada, mulheres negras com ensino superior completo possuem 2,119 chances a mais de ter saúde não-bom. O que, mais uma vez, é um dado que ao nosso entendimento pode soar, inicialmente, contraditório.

Mas o que poderia, então, gerar resultados de saúde piores para mulheres negras que possuem maiores níveis de escolaridade? A primeira explicação pode estar associada ao estresse gerado pelos empregos. Por possuírem níveis de escolaridade mais altos,

deprendemos que estas mulheres possuem, também, empregos mais exigentes, que geram maior estresse. Essas mulheres podem estar mais expostas a fatores de risco para a saúde. Também, por estarem em empregos que demandam mais de suas vidas, podem ter menor tempo para cuidados pessoais.

Outra explicação possível para o fenômeno é que como estas mulheres possuem um maior nível de escolaridade, podem ter maior percepção sobre suas vidas, sobre suas saúdes e relatarem maiores problemas, maiores sintomas e, até mesmo, procurarem com maior frequência tratamentos médicos. Uma última explicação é que como estas mulheres encontram-se em níveis de escolaridade maiores, elas podem ter maior percepção sobre discriminações, preconceitos, situações de racismo que, como demonstrado ao longo da dissertação, são fatores que contribuem muito para piores resultados de saúde.

No entanto, quando fazemos uma análise em separado dos efeitos da educação sobre a desvantagem da mulher negra, percebemos que a mesma, apesar dos resultados aqui mostrados, ainda é um importante fator mediador nos processos de saúde e adoecimento destas mulheres. Ou seja, apesar das mulheres negras possuírem piores estados de saúde em níveis de escolaridade mais altos, a educação ainda é um fator mediador que contribui para que estes quadros não sejam tão mais discrepantes conforme é demonstrado nas tabelas a seguir.

Tabela 18. Papel mediador da educação na desvantagem da mulher negra (sem controle de nível de escolaridade)

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
l.masc	.7919367	.0172553	-10.71	0.000	.7588289	.8264891
l.nbran	1.699694	.0307767	29.29	0.000	1.64043	1.761098
masc#nbran	.9060014	.0245178	-3.65	0.000	.8591995	.9553526
idade	1.047392	.0005352	90.62	0.000	1.046344	1.048442
_cons	.0543403	.0014164	-111.74	0.000	.0516339	.0571884

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 18 demonstra o papel mediador da educação na desvantagem da mulher negra. O valor apresentado sem o controle da educação é de 1,699 chances a mais de ter saúde não-boa.

Tabela 19. Papel mediador da educação na desvantagem da mulher negra (com controle de nível de escolaridade)

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
fundinc	.8430217	.0176028	-8.18	0.000	.8092173	.8782383
fundcomp	.6349731	.0165119	-17.47	0.000	.6034213	.6681747
medinc	.5724204	.0183163	-17.43	0.000	.5376236	.6094693

medcomp	.4196624	.0089762	-40.60	0.000	.4024331	.4376294
supinc	.3362074	.0122626	-29.89	0.000	.3130121	.3611214
supcomp	.2135718	.0060689	-54.33	0.000	.2020021	.225804
l.masc	.7380219	.0164712	-13.61	0.000	.7064348	.7710214
1.nbran	1.432138	.0267715	19.21	0.000	1.380616	1.485582
masc#nbran	.8907098	.0246385	-4.18	0.000	.8437048	.9403334
idade	1.040228	.0005646	72.67	0.000	1.039122	1.041336
cons	.1495662	.0050483	-56.29	0.000	.1399919	.1597953

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Já na tabela 19, ao inserirmos os controles de educação, os resultados dessa mediação da educação na desvantagem das mulheres negras cai para 1,432 chances a mais de ter saúde não-bom. Ou seja, apesar de mulheres negras que estão em um nível de escolaridade maior possuírem altas chances de apresentarem estados de saúde não-bom, a educação ainda assim atua como fator para a amenização destas desigualdades.

Tabela 20. Desvantagem da mulher negra e papel de classe nesta desvantagem (sem controle)

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
l.masc	.8670547	.0233093	-5.31	0,000	.8225521	.913965
1.nbran	1.794011	.0438808	23.89	0,000	1.710035	1.88211
masc#nbran	.8645819	.0288387	-4.36	0,000	.809867	.9229933
idade	1.042456	.0007037	61.60	0,000	1.041078	1.043836
cons	.0521941	.0017587	-87.63	0,000	.0488585	.0557575

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 20 mostra a associação entre ser mulher negra, possuir estado de saúde não-bom e estar localizada em determinada classe. Aqui no caso desta primeira tabela, fazemos a análise sem a presença dos controles de classe. Desta forma, mulheres negras apresentariam 1,794 chances a mais de ter saúde não-bom.

Tabela 21. Desvantagem da mulher negra e papel de classe nesta desvantagem (com controle)

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
l.masc	.8758621	.0243545	-4.77	0,000	.8294056	.9249208
1.nbran	1.528222	.0383565	16.90	0,000	1.454864	1.605279
masc#nbran	.8710092	.0295796	-4.07	0,000	.8149216	.9309571
idade	1.041319	.0007325	57.56	0,000	1.039885	1.042756
capital menos	2.103172	.3395037	4.61	0,000	1.532745	2.88589
aut_especial	.9483698	.1753693	-0.29	0,774	.6600494	1.362633
aut_ativos	2.318074	.3566376	5.46	0,000	1.714625	3.133901
aut_agricola	4.343123	.6822697	9.35	0,000	3.192164	5.909069
agriprec	6.468093	1.018552	11.86	0,000	4.75045	8.806794

gerente	1.3125	.2110935	1.69	0,091	.9576302	1.798874
especialista	.9858929	.156091	-0.09	0,928	.7228758	1.344608
qualificado	1.751941	.2698412	3.64	0,000	1.295429	2.369327
supervisor	2.045942	.3862398	3.79	0,000	1.41319	2.962006
trabalhador	2.539962	.3853837	6.14	0,000	1.886584	3.419625
elementar	3.58364	.5494063	8.33	0,000	2.653549	4.839737
aut precario	4.503187	.6867813	9.87	0,000	3.339667	6.07207
domestico	4.008034	.6171602	9.02	0,000	2.963894	5.42001
excedente	3.722562	.5767315	8.48	0,000	2.747682	5.043331
_cons	.0213438	.0033242	-24.70	0,000	.015729	.0289628

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Ao inserirmos o controle de classe, percebemos que a tendência é que os resultados sejam menores do que sem os controles. Nesta tabela número 21, o valor é de 1,528 chances a mais de ter saúde não-bona quando se é mulher negra. Sendo assim, podemos afirmar que classe é fator que contribui para que haja o controle de estados de saúde não-bons. Para finalizar, apresentaremos os dados referentes a setor censitário.

Tabela 22. Efeito racial condicional ao gênero e à área rural: mulher parda e preta

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
1.urbana	.502691	.0204821	-16.88	0,000	.464108	.5444816
1.masc	.6712793	.0360513	-7.42	0,000	.6042118	.7457913
urbana#masc	1.188257	.0698995	2.93	0,003	1.05886	1.333468
1.nbran	1.381322	.0620954	7.19	0,000	1.264824	1.508549
urbana#nbran	1.235498	.0606874	4.31	0,000	1.122099	1.360357
masc#nbran	1.052965	.0672267	0.81	0,419	.9291137	1.193326
urbana#masc#nbran	.8379726	.0591685	-2.50	0,012	.7296713	.9623484
idade	1.047465	.0005377	90.33	0,000	1.046411	1.048519
_cons	.0981171	.0042257	-53.90	0,000	.0901747	.106759

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela 22 demonstra a associação entre ser mulher negra, possuir estado de saúde não-bom e ser residente da área rural. Conforme apresentado na tabelas mulheres negras localizadas em áreas rurais possuem 1,381 chances a mais de ter saúde não-bona.

Tabela 23. Efeito racial condicional ao gênero e à área urbana: mulher parda e preta

saudnboa_ts	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	95% Intervalo	de confiança
1.rural	1.989294	.0810534	16.88	0,000	1.836609	2.154671
1.masc	.7976526	.0191463	-9.42	0,000	.7609955	.8360754
rural#masc	.8415685	.0495055	-2.93	0,003	.7499242	.9444122
1.nbran	1.70662	.0339747	26.85	0,000	1.641313	1.774525
rural#nbran	.8093903	.0397571	-4.31	0,000	.7351012	.8911869
masc#nbran	.8823558	.0266087	-4.15	0,000	.831715	.93608
rural#masc#nbran	1.193357	.0842618	2.50	0,012	1.039125	1.37048

idade	1.047465	.0005377	90.33	0,000	1.046411	1.048519
cons	.0493226	.0013304	-111.57	0,000	.0467827	.0520003

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Já a tabela 23, demonstra a associação entre ser mulher negra, possuir estado de saúde não-bom e ser residente da área urbana. Conforme apresentado na tabela, as mulheres negras localizadas em áreas urbanas possuem 1,706 chances a mais de ter saúde não-bom o que é um resultado, mais uma vez, contraditório já que espera-se que estes índices sejam maiores nas áreas rurais. Mas o que pode vir a ser explicativo para tal comportamento é que mulheres negras estão cada vez mais expostas aos processos de feminização da pobreza (IBGE, 2020) e de favelização também e, como sabemos, estes espaços possuem menores taxas de saneamento básico, maiores exposições a riscos, menores taxas de moradias seguras, menores acessos a cuidados de saúde de qualidade e etc. Também nas cidades estas mulheres estão mais expostas a fatores de poluição, barulho, menores contatos com áreas verdes que podem ser fatores que contribuem para piores estados de saúde. Também a divisão do cuidado da casa, com o trabalho podem gerar sobrecargas físicas e mentais nestas mulheres.

6. Considerações Finais

Com o desenvolvimento desta dissertação de mestrado, pudemos alcançar espera-se que alguns resultados. Primeiramente, a produção de dados referentes ao racismo através da revisão bibliográfica de estudos que vêm sendo feitos no país e sua associação com a saúde da população negra tanto em aspectos do seu dia-a-dia quanto nos estabelecimentos de atendimento à saúde. Infelizmente os dados que possuímos até hoje são muito escassos sobre o assunto e ele deve ser tratado com urgência, visto que esta população sofre durante anos com os efeitos da discriminação racial em diversos aspectos de suas vidas. É claro que a PNS, pesquisa aqui utilizada, não tem por objetivo a fiscalização dos aspectos de discriminação na saúde da população negra. Trata-se de uma pesquisa que investiga aspectos da saúde da população brasileira e, por este motivo, a necessidade de uma pesquisa mais específica, com maior número de dados sobre discriminação para que tenhamos base para tratar sobre a temática do racismo na saúde destes indivíduos.

Acredito que o intuito de avaliar os efeitos de raça e de gênero nos estados de saúde das mulheres foi alcançado nesta breve pesquisa, mas ainda há muito o que ser investigado como, por exemplo, as redes de atenção à saúde colaboram também com os efeitos que podem surgir nas vidas destes indivíduos, como o racismo opera estas desigualdades, como as pessoas

enxergam estas violências cotidianas. Existem algumas pesquisas que já caminham neste direcionamento e é uma lacuna no campo de estudos que deve ser estudada e aprofundada.

Também tentamos trazer a inserção da perspectiva de raça como produtora de piores estados de saúde na população negra devido ao contexto de racismo estrutural incluindo uma visão mais interseccional sobre o assunto. Os trabalhos que existem na área vêm debruçando-se sobre as perspectivas de classe e gênero, mas a perspectiva de raça ainda é pouco trabalhada nestes estudos e, acredito, que estas possam vir a ser explicativas de algumas destas lacunas existentes no campo. Também se faz urgente a necessidade da inserção de autores e autoras negros para o campo de estudos. São poucas as referências de escritores negros que temos dentro deste campo de estudos e, por tratar-se de um estudo sobre a população negra, é muito importante que a presença destes autores seja destacada e que sejam devidamente referenciados para que se evite o racismo epistêmico do qual tanto é falado dentro dos espaços de mobilização negros e que é tão pouco trabalhado dentro das instituições de ensino (em todas as suas instâncias).

Mesmo que de forma sucinta, este trabalho deixa à mostra como a raça é fator determinante importante para as desigualdades de saúde no Brasil. Mulheres negras, conforme foi demonstrado no decorrer da dissertação, estão sempre sofrendo com as maiores desigualdades que existem em nosso país. Por este motivo tratar sobre a interseccionalidade é muito importante, mas é importante saber, também, de que esta não é explicativa sozinha de todos as problemáticas da população negra. O assunto deve ser aprofundado, estudado.

É importante trazer à tona as temáticas das desigualdades raciais de saúde bem como demais desigualdades observadas na vida da população negra. A produção de dados sobre as condições de vida da população negra, dinâmicas populacionais e produção de estatísticas públicas é uma forma de contribuição para o escancaramento das desigualdades e para a criação de políticas voltadas para estes indivíduos relativas aos tratamentos de saúde, neste caso, mas também, às diversas políticas de enfrentamento que são necessárias para trazer maior dignidade à vida desta população. Acredito que um trabalho que alerte sobre os malefícios do racismo na saúde da população negra faça com que as autoridades competentes voltem seus olhares para este público e tente a correção de tantos anos de desigualdades que estes indivíduos sofrem nos mais diversos aspectos de suas vidas. Por estarmos trabalhando com dados tão importantes devemos pensar em como a sociedade pode se beneficiar do que está sendo produzido e aqui o público-alvo é a população negra, a visibilização e correção das desigualdades que estes sofrem há tanto tempo em nossa sociedade.

Através da breve análise de dados que trouxemos, ficou perceptível como as desigualdades de raça existem e como é urgente que sejam combatidas principalmente na vida de mulheres negras que são vitimizadas diariamente pelos mais diversos tipos de violências. Pudemos observar que há uma relação direta entre desigualdade de saúde, gênero e raça. Embora estudos apontem que mulheres apresentam maiores expectativas de vida, vimos que as mesmas não usufruem, necessariamente, de uma qualidade de vida melhor ou mais saudável, principalmente quando falamos em mulheres negras. Há uma grande discrepância quando focalizamos no bem-estar social da mulher, principalmente de mulheres negras. Com a análise da bibliografia e dos dados aqui feita, percebemos que as mulheres negras e brancas vêm experimentando um aumento nas formas de pior saúde mostrando que as relações sociais e principalmente de raça afetam bastante seus estados de saúde.

7. Referências

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, pp. 49- 86, 2001.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9, núm. 4, outubro-diciembre, 2004, pp. 865-884. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ALVES COIMBRA, Renan Marcelo. **Classe social, renda, escolaridade e desigualdade desaúde no Brasil**. Dissertação de mestrado (Bacharel em Ciências Sociais/ Sociologia). Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2017.

AYRES, JR. C. M., FRANÇA, JR. I., CALAZANS, G. J., SALETTI FILHO, H. C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: 1ª ed, Editora FIOCRUZ, pp. 117 -139, 2003.

BARATA, R. B. **O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?**. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 11-21.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado; 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2004.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Fundação Nacional de Saúde. Funasa, Brasília, 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. **Racismo como determinante social de saúde**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir, Brasília, 2011.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2. ed. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS: temático saúde da população negra**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, v. 7, n. 10, Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 3ª ed. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> . Acesso em: 25/02/2020.

BUSS, P. M., & PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17.n(1), pp. 77-93, 2007.

CARNEIRO, Sueli. **A batalha de Durban**. Revista Estudos Feminista, Florianópolis, v.10, n.1, pp. 209 - 214, 2002.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. Editora Selo Negro, 1ª ed. São Paulo, 2011.

CARVALHAES, F. A. O. **Ciclo de vida e posição socioeconômica: contribuições sociológicas para o entendimento da relação entre desigualdade social e saúde no Brasil**. Tese de Doutorado em Sociologia. Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHAES, Flavio ; CHOR, D. **Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil**. in Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo. v.31. n.(2), 2016.

CHOR, D. **Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.29, n.7, pp. 1272-1275, 2013.

CHOR, D.; ARAUJO LIMA, C. R. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.21. n.5, pp. 1586-1594, 2005.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v.10, n.1, pp. 171-188, 2002.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. & WHO: Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. Studies on social and economic determinants of population

health, no 2. Liverpool: University of Liverpool, 2007.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. & WHO: Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. Studies on social and economic determinants of population health, no 3. Liverpool: University of Liverpool, 2007.

FÁVERO, L. P., BELFIORE, P. **Manual de análise de dados**. Elsevier, Rio de Janeiro, 1ª ed., 2017.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. **A teoria e a tipologia de classes neomarxista de Erik Olin Wright**. Dados, vol. 41, n. 2. Rio de Janeiro, 1998.

_____. **Estrutura de Posições de Classe no Brasil: Mapeamento, Mudanças e Efeitos da Renda**. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Editora da UFMG / IUPERJ, 2002.

_____. **Uma classificação socioeconômica para o Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 20, nº 58, pp. 27-45, 2005.

_____. **Classe, gênero e família: a questão da unidade de análise**. Teoria e Cultura, v. 1, p. 97-115, 2006.

_____. **Classe social e desigualdade de gênero no Brasil**. Dados - Revista de Ciências Sociais, vol. 51, nº 2: pp. 353-402. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 24, n. 70, 2009.

_____. **Introdução à análise de dados: uma perspectiva explicativa**. Juiz de Fora: UFJF, 2010.

_____. **Classe social e desigualdade de saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 26, nº 75: pp. 27-55, 2011a.

_____. **Divisões Sociais e Chances de Vida.** Material de sala de aula sobre: PAYNE, G. (ed.). *Social Divisions*. 2º ed. New York: Palgrave Macmillan, 2006. Juiz de Fora: UFJF, impresso, 2011b.

_____. **Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 54, n. 1: pp. 5-40, 2011c.

_____. **Classe social e deslocamentos de renda no Brasil.** *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 58, n. 1, pp. 79 a 110, 2015.

_____. **Desigualdades e interações de classe social na saúde no Brasil.** *Dados*, vol. 63, n.1, 2020.

_____. **Origem de classe, gênero e transmissão das desigualdades no Brasil.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 36, n.107, 2021.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, pp. 63-76, 2017.

GONZALEZ, Lélia., HASENBALG, C. **Lugar de Negro.** Editora Marco Zero Limitada, Rio de Janeiro, 1982.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos).** *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, São Paulo, v.13, n.2, pp. 121-142, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza; SORJ, Bila. **Estudos de gênero no Brasil.** In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. 2. ed. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, p. 183-221, 1999.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras.** Tradução Bhuví Libanio, 12ª ed, Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde,**

acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento, IBGE, Rio de Janeiro, 2015.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2019.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Coordenação de Trabalho e Rendimento, IBGE, Rio de Janeiro, 2020.

IPEA, et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 4ª ed. Ipea, Brasília, 2011.

LAHELMA, E. **Health and social stratification.** In: COCKERHAM, W. (ed.) The Blackwell Companion to Medical Sociology. Blackwell, Oxford, 2001.

LAURELL, A. C. **A saúde-doença como processo social.** In: NUNES, E.D. (Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

MALTA, D. C. et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006.** In: Otaliba Libânio de Moraes, Elizabeth Carmen Duarte. (Org.). Saúde Brasil 2008. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, v. 1, pp. 337-364.

MASON, D. **On the Dangers of Disconnecting Race and Racism.** In: Sociology. v.28, n.4, pp. 845-858, 1994.

NASCIMENTO, S. S. **Saúde da mulher negra brasileira: a necessária intersecção em raça, gênero e classe.** Cadernos do CEAS - Revista Crítica de Humanidades, Salvador/Recife, n. 243, pp. 91-103, 2018.

NUNES, E. D. **Sociologia da saúde: história e temas.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, Mônica & SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia. **Condições de vida das mulheres negras em Pernambuco.** Sos Corpo Instituto Feminista para a Democracia, Recife, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese de Doutorado em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PRATA, P. R. **Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, n.3, pp. 387-391, 1994.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira.** Claro Enigma, São Paulo, 2012.

SCOTT, Joan. **Gender: A Useful Category of Historical Analysis. Gender and the Politics of History.** Columbia University Press, New York, 1989. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.

TELLES, Edward Eric. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica.** Tradução Nadjeda Rodrigues Marques, Camila Olsen. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Ford, 2003.

TELLES, Edward Eric.; PERREIRA, Krista M. **The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans.** In: Social Science & Medicine. V. 116 , pp. 241-250, 2014.

THEOPHILO et al. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.11, pp. 3505-3516, 2018.

THERBORN, G. **Campos de Extermínio da Desigualdade.** Tradução de Fernando Rugitsky, In: Revista Novos Estudos, n.87, 2010.

TILLY, Charles. **O acesso desigual ao conhecimento científico.** Tradução: Alexandre

Massella. *Tempo Social – Revista de Sociologia da USP*, vol. 18, n. 2, p. 47- 62, nov. 2006.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.535-549, 2016 .

WILKINSON, R. G. e MARMOT, M. **Social Determinants of Health: The Solid Facts**. 2ª ed. Geneva: WHO, 2003.

WILLIAMS, D. R.; LAWRENCE, J. A.; DAVIS, B. A. **Racism And Health: Evidence and Needed Research**. In: *Annual Review of Public Health*. V. 40, pp.105-125, 2019.

WILLIAMS, D. R., PRIEST, N., and ANDERSON, N. **Understanding Associations between Race, Socioeconomic Status and Health: Patterns and Prospects**. *Health Psychol*, v. 35, n. 4, pp. 407- 411, 2016.