Parte I - Perspectivas histórica e contemporânea

2. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios

Simone Monteiro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 45-56. ISBN: 978-85-7541-615-0. Available from: doi: [10.7476/9788575416150.0003](https://doi.org/10.7476/9788575416150.0003). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

DESIGUALDADES EM SAÚDE, RAÇA E ETNICIDADE: QUESTÕES E DESAFIOS¹

Simone Monteiro

É notório que as taxas de mortalidade e morbidade são mais altas nos segmentos populacionais mais empobrecidos. Considerando que as doenças, em geral, resultam da interação de múltiplos fatores, as investigações relativas às causas da suscetibilidade à saúde devem buscar compreender em que medida as condições socioeconômicas interagem com fatores associados a aspectos culturais e biológicos. Tendo por base a dimensão histórica e social da concepção de raça e etnia,² analiso neste trabalho as relações entre grupos étnico-raciais e a determinação das desigualdades na área da saúde.

A partir de uma revisão bibliográfica,³ procuro identificar como a literatura tem abordado os conceitos de raça e etnia na definição da vulnerabilidade às doenças e quais as implicações dessas concepções para a interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnico-raciais. Foram privilegiados três tópicos para discussão, quais sejam:

- 1) um balanço da literatura internacional sobre as relações entre etnia/raça e saúde;
- 2) visões da produção bibliográfica brasileira sobre o tema saúde da população negra;
- 3) desafios das investigações na área da saúde centradas na origem étnica/racial.

¹ Este artigo é uma versão revista e ampliada do texto *Perspectivas da literatura sobre raça/etnia e saúde*, publicado no *Boletim Sexualidade, Gênero e Sociedade*, 15-16:16-20, IMS/Uerj, 2001.

² Ver Maio & Santos (1996) e Cashmore (2000).

³ Os pontos assinalados resultaram da análise da produção bibliográfica no período de 1995 a 2000, por meio da consulta às bases do MEDLINE e do SCIELO, e a boletins de divulgação científica, somada a contatos com pesquisadores e lideranças sociais.

Perspectivas da literatura internacional

A relação entre etnia/raça e saúde tem sido tratada pela produção acadêmica, particularmente a norte-americana, mas ainda é incipiente na América Latina. No caso brasileiro, observa-se que as reflexões são escassas, mas deve ser salientado que, nos últimos anos, este tema tem sido objeto de interesse de pesquisadores, lideranças do movimento negro e de instituições intergovernamentais — Organização das Nações Unidas (ONU), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) —, de fundações filantrópicas norte-americanas e agências de fomento a pesquisas nacionais. Tais organizações têm apoiado investigações, programas sociais e políticas direcionados para a redução das desigualdades raciais na sociedade brasileira.

Uma discussão relevante nas análises sobre etnia/raça e saúde tem por base os dados sobre o maior risco da população negra, quando comparada à população branca, no que diz respeito aos agravos crônicos, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal terminal. Estudos centrados no controle de variáveis socioeconômicas revelam que no mesmo estrato social há casos, como a hipertensão arterial, em que a população negra apresenta taxas de sobremortalidade e sobremorbidade em relação à população branca. Tal constatação fundamentou a hipótese da influência do fator genético na determinação de doenças relacionadas a grupos étnico-raciais. Todavia, existem controvérsias em relação a esta visão. Pondera-se que é problemático atribuir uma dimensão exclusivamente biológica aos agravos à saúde, haja vista que as enfermidades, em geral, decorrem de fatores diversos, de natureza histórica, econômica e psicossocial. Quer dizer, as variações entre grupos étnico-raciais podem resultar de fatores sociais, mais difíceis de serem mensurados e controlados nas análises epidemiológicas, conforme revela Anand (1999). O autor adverte que, nos Estados Unidos, vários estudos e programas de pesquisas na área da saúde interpretam as diferenças nos fatores de risco e nas taxas de doenças entre brancos e negros, apesar das controvérsias envolvendo esta temática.

Cooper & Rotimi (1997) afirmam que ainda não foram estabelecidas características específicas quanto à hipertensão entre negros. Segundo os autores, as evidências epidemiológicas sugerem que existe um risco semelhante de complicações associadas à elevação da pressão sanguínea entre negros e brancos, e que as especificidades da fisiopatologia, conhecidas como parte da etiologia causal, não demonstraram variações entre os grupos. Isto significa dizer que as características particulares desta condição entre negros estão restritas a diferentes associações e à intensidade de fatores de risco.

A visão dos autores converge com os argumentos apresentados por Lopes (1997), de que não há evidências científicas que justifiquem, por fatores genéticos, o maior risco entre os negros para doenças multifatoriais como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a doença renal terminal. Os questionamentos se referem aos modelos estatísticos utilizados no controle das variáveis socioeconômicas na associação entre raça e doença, assim como aos resultados das investigações acerca da relação entre fatores de natureza psicossocial (como baixo peso ao nascer, estresse psicológico e baixa ingestão de potássio) e a manifestação de algumas dessas doenças. Mesmo no caso da anemia falciforme — que apresenta uma particularidade, pois apenas uma certa alteração na cadeia de DNA é suficiente para gerar as manifestações clínicas —, os fatores ambientais não são eliminados. A maior prevalência do gene da anemia falciforme entre negros pode ser resultante da maior resistência dos indivíduos portadores desse gene à malária grave — causada pelo *Plasmodium falciparum* —, doença de alta letalidade no continente africano por séculos.

Ainda dentro de uma perspectiva crítica sobre as causas dos agravos em saúde apoiada na origem biológica, o artigo de Peter Fry (nesta coletânea) salienta que a associação entre 'raça negra' e a anemia falciforme tem por base uma interpretação biológica da raça, contraposta à formulação da raça como construção social. O autor analisa as implicações desta correlação, qual seja 'raça negra' e doença, para a afirmação de identidades raciais tanto na realidade norte-americana quanto no contexto brasileiro.

Demais visões enfatizam a necessidade de se considerar os fatores socioculturais⁴ na compreensão das relações entre etnicidade/raça e saúde. McDermott (1998) assinala os perigos e as consequências éticas da associação não crítica entre doença e 'raça', a partir do questionamento da hipótese da base genética (hipótese do *Thrifty genotype*), como causa explicativa para a epidemia de diabetes, principalmente nas sociedades indígenas do período pós-colonial. O autor questiona as evidências, sustentadas em dados epidemiológicos, que apóiam a teoria sobre a presença de um fator genético imutável ao invés de heranças ou fatores metabolicamente adaptados e, conseqüentemente, mutáveis, que tornam grupos étnicos mais vulneráveis. Na sua visão, o paradig-

⁴ Sobre a influência de fatores socioculturais, ver as conclusões de Samann (2000) sobre as relações entre raça, etnicidade e pobreza na compreensão dos problemas de saúde mental em crianças.

ma do determinismo biológico exclui a análise da influência dos fatores sociais na definição da doença e, conseqüentemente, prejudica a adoção de medidas de assistência e prevenção.

Williams (1997), por sua vez, sugere que as pesquisas explorem como as demandas ambientais, combinadas com a suscetibilidade genética e as particularidades comportamentais e psicológicas, aumentam o risco de doenças em grupos expostos a adversidades psicossociais. Neste sentido, o autor propõe um modelo que visa contemplar tais aspectos, incluindo a análise combinada de: *fatores macro sociais* (ex.: condição histórica e econômica, ordem política, códigos legais); *racismo* (ex.: a discriminação individual e coletiva); *status social* (ex.: etnicidade/raça, gênero); *fatores de risco* (ex.: estresse/preconceito racial; hábitos saudáveis); *processos e mecanismos fisiológicos*; e *indicadores de estado de saúde* associados aos aspectos físicos ou mentais.

Em seu trabalho, Geronimus (2000) argumenta que as investigações sobre a saúde de grupos étnico-raciais empobrecidos e marginalizados devem apoiar-se na análise dos fatores históricos e econômicos, associados à produção e manutenção das desigualdades sociais, incluindo os estudos dos efeitos da discriminação étnico-racial. Isto significa dizer que os segmentos étnicos minoritários têm tido maior dificuldade de ascensão social, quando comparados à população branca, em função da falta de acesso à educação, à saúde, ao emprego e à habitação de qualidade. Essas limitações se integram aos efeitos do preconceito étnico-racial, mais ou menos explícitos nas experiências do cotidiano, gerando estresse psicológico e baixa auto-estima, e fomentando o quadro de falta de equidade social, inclusive em saúde.

Os efeitos da discriminação étnico-racial também estão presentes nas investigações sobre os fatores que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Pondera-se que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde. Neste sentido, estudos na área do planejamento, gestão e avaliação de serviços discutem as relações entre disparidades étnico-raciais e sociais em saúde e a qualidade dos modelos de acesso aos serviços de saúde, incluindo sugestões para futuras pesquisas e ações neste campo (Fiscella et al 2000; Cooper et al, 2002)

Cabe pontuar que os estudos sobre os danos da discriminação étnico-racial para a saúde ainda são limitados. Neste sentido, vale destacar as contribuições das reflexões de Krieger (2000) sobre os procedimentos metodológicos voltados para o incremento das pesquisas epidemiológicas acerca das implicações dos diferentes tipos de discriminação⁵ para a saúde.

Saúde da população negra: visões do Brasil

A literatura nacional também traz indagações sobre a dimensão étnico-racial dos agravos à saúde.⁶ Para alguns pesquisadores e algumas lideranças sociais do Brasil, o não reconhecimento do racismo em nossa sociedade tem limitado o estudo das relações entre etnia/raça e saúde.

Segundo Caldwell (2000), a invisibilidade da raça e da experiência das mulheres negras na produção do conhecimento no Brasil, quando comparada aos estudos feministas sobre mulheres não-brancas realizados na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá, tem repercutido no campo da saúde e dos direitos reprodutivos. A autora afirma que, nos países citados, o trabalho de intelectuais não-brancas possibilitou um melhor entendimento das especificidades sociais, culturais e históricas na construção da identidade de gênero feminina, gerando repercussões na teoria feminista na década de 1990. No Brasil, salvo raras exceções capitaneadas por feministas negras,⁷ a temática sobre a racialização do gênero não foi absorvida pela agenda dos estudos feministas.

Vale notar que um dos temas sobre saúde da mulher e etnia/raça que suscitou um grande debate público no país e repercutiu no campo acadêmico se refere à existência de uma política de esterilização em massa no Brasil. O trabalho de André Caetano (nesta coletânea) analisa os estudos voltados para este tema e traz novas interpretações acerca das condições diferenciadas que cada grupo de cor/raça experimenta no controle da fecundidade, no que se refere à esterilização cirúrgica feminina.

Pode-se dizer que as reflexões sobre a sociedade brasileira, elaboradas em sua maioria por mulheres negras, têm apontado para a maior prevalência entre a população feminina negra de miomas e outros agravos, que também incluem os homens negros, como diabetes tipo II, hipertensão arterial e anemia falciforme. Salienta-se que tais doenças podem promover abortamento espontâneo, maior suscetibilidade às infecções, dentre outros problemas. Nestas dis-

⁵ Segundo Krieger (2000), os tipos dominantes de discriminação tem por base a origem racial/étnica, o gênero, a sexualidade, a idade, a classe social e os tipos de deficiência (*disability*).

⁶ A temática saúde dos povos indígenas não será abordada no presente trabalho, mas os artigos da terceira parte desta coletânea permitem um aprofundamento, no campo da saúde reprodutiva, sobre as iniciativas, as especificidades e os problemas na implementação de políticas públicas de saúde voltadas para os grupos indígenas no contexto brasileiro.

⁷ Salienta-se a expressiva contribuição de mulheres negras, pertencentes ao movimento feminista, no atual debate sobre raça/etnia e saúde no Brasil.

cussões, são mencionadas as repercussões do racismo na produção das desigualdades em saúde e a relevância da caracterização de doenças étnicas/raciais, em termos dos fatores genéticos e/ou socioeconômicos (Barbosa, 1998; Oliveira, 1999; Olinto & Olinto, 2000; *Jornal da Redesaúde*, 2001).

Dentro desta perspectiva, há proposições no sentido da criação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, como a sugestão de conscientização de profissionais da saúde no preenchimento e na análise do 'quesito cor' na identificação dos indivíduos nos serviços de assistência. Tal encaminhamento visa à construção de um diagnóstico mais realista da qualidade de vida da população de acordo com a sua origem étnica/racial. No Relatório da Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra — preparatório da Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, sob os auspícios da ONU —, há uma série de ações nesta direção, tais como: a inclusão do quesito cor em todos os sistemas de saúde; a recomendação da representatividade da etnia na composição dos conselhos de saúde; o desenvolvimento de políticas educacionais em saúde da mulher negra; a produção de material informativo e campanhas midiáticas que considerem as questões étnica, social e de gênero; a formação de grupo intersetorial de especialistas em saúde da população negra, dentre outras (*Jornal da Redesaúde*, 2000; Ver ainda texto de Fátima Oliveira nesta coletânea).

Convergente com a formulação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, o documento Política Nacional de Saúde da População Negra (Pnud & Opas, 2001:6-7) destaca que a universalidade dos serviços, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não é suficiente para "assegurar a equidade (...) ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos", colaborando para o agravamento "das condições sanitárias de afro-brasileiros". O referido documento descreve a classificação dos agravos mais frequentes na população negra⁸ no Brasil e apresenta recomendações para uma política nacional focada na saúde da população negra, centrada na produção de conhecimento científico, na capacitação de profissionais da saúde, na divulgação de informações para a população e na atenção à saúde, que contemplam, em grande parte, as propostas descritas previamente.

⁸ Os agravos foram classificados segundo quatro categorias: 1) geneticamente determinadas; 2) adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; 3) de evolução agravada ou tratamento dificultado; 4) condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.

Problemas e desafios

Os pressupostos que apóiam a afirmação de um campo de intervenção centrado na saúde da população negra no Brasil não incorporam indagações importantes, presentes na produção acadêmica norte-americana, como a problematização da imprecisão e polissemia das categorias raça e origem étnica nas investigações na área da saúde. Bhopal (1997), por exemplo, salienta que embora os conceitos de raça e etnia sejam difíceis de ser definidos, tais categorias têm sido utilizadas nos estudos sobre a saúde de imigrantes e grupos étnico-raciais. O autor assinala os possíveis prejuízos para a atenção à saúde de tais grupos, decorrentes da ênfase nos aspectos negativos dos agravos dos mesmos, destacando a relevância de se reconhecer e corrigir seus problemas para não reeditar as distorções ocorridas no século XIX, associadas à afirmação da noção de inferioridade racial.

A falta de consistência conceitual dos termos raça e etnia nas pesquisas em saúde pública também foram identificadas por Ahdieh & Hahn (1996). Por meio da análise dos artigos publicados no *American Journal of Public Health*, no período de 1980 a 1989, os autores concluíram que as categorias 'raça', etnicidade e origem nacional raramente são baseadas numa definição clara e explícita. Apenas 8,4% dos artigos que citam tais categorias incluem a definição dos termos. Há casos em que o uso dos termos raça e etnia é alternado ou combinado (etnia/raça). Vários artigos fazem menção a populações específicas sem identificar o critério de avaliação para inclusão de tal membro na referida categoria. Diante do restrito consenso na comunidade científica e no sistema federal de estatísticas em saúde sobre o significado dos conceitos de raça e etnia, a ausência de definições sobre tais conceitos nas investigações em saúde torna problemáticos os resultados de pesquisas neste campo (Ahdieh & Hahn, 1996).

Dentro de um eixo de análise similar, Ellison & De Wet (1997) avaliam o uso da categoria raça nos artigos do *South African Medical Journal*, publicados no período de 1992 a 1996. Os autores assinalam a presença de modelos genéricos de tradicionais taxonomias raciais que reforçam a percepção da existência de diversas 'raças'. Embora a maioria dos artigos não explique as diferenças raciais na saúde, os resultados são interpretados como evidências de traços genéticos ou variações comportamentais. Salienta-se que o uso da categoria 'raça' é inevitável nas pesquisas de saúde, principalmente na análise do racismo, mas é preciso não legitimar o conceito biológico de 'raça', produzir inferências incorretas sobre as causas das disparidades 'raciais' na saúde e reforçar o preconceito racial.

Em outro artigo, Bhopal & Donaldson (1998) argumentam que a terminologia usada em estudos comparativos em saúde de minorias raciais e étnicas não tem incluído uma definição do termo branco ou caucasiano. Os grupos minoritários tendem a ser comparados com a população branca, caucasiana, européia, ocidental, indígena ou nativa, sem que se especifique a heterogeneidade dessas populações. Os autores alegam que a descrição detalhada das características de cada população (ex.: ancestralidade, origem geográfica, local de nascimento, língua, religião, histórico de migração) é fundamental para a definição de categorias mais adequadas nas pesquisas sobre grupos étnico-raciais.

A complexidade deste tema também pode ser exemplificada pelas discussões acerca da consistência dos sistemas de classificação dos grupos étnico-raciais nas estatísticas populacionais. No caso norte-americano, segundo análise de Williams (1999) sobre pesquisas de base populacional, há problemas na classificação étnica/racial, a saber: a discrepância entre a definição de raça dada pelo entrevistador e pelo respondente, a inconsistência de dados ao longo dos anos, a dificuldade de se definir a raça quando os pais têm status étnico-racial diferenciado, dentre outros. Tais variações são expressivas quando se leva em conta que a classificação de raça/origem étnica nos Estados Unidos se orienta pelo conceito de ancestralidade e pelo modelo bipolar (branco e negro), enquanto na sociedade brasileira a classificação é informada pela aparência física (fenótipo) e por fatores socioeconômicos, operando em um amplo contínuo de cor. O padrão classificatório no Brasil é freqüentemente caracterizado pela fluidez (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação (Silva, 1994).

A declaração de Berquó, membro do Comitê Consultivo do censo de 1991 e de 2000, é ilustrativa:

A cor é sempre uma questão que preocupa muito porque, qualquer que seja a forma em que é perguntado no censo, ela nunca satisfaz, porque uma hora é etnia, uma hora é cor. Então, no final, acaba ficando o quesito cor. Este ano também houve uma tentativa de se referir não à cor, mas à origem, para que se pudesse denominar os brasileiros afrodescendentes, que é a forma como a população negra organizada hoje quer ser chamada. Para tanto, introduziu-se em um censo piloto a questão da origem, referindo-se a ela como 'ascendência'. (...) Mas aí foi muito difícil, porque a grande maioria da população com baixa escolaridade confundia ascendência com descendência; tivemos então que eliminar esta expressão. Então se colocou origem, mas a questão da origem é complicada, porque todo mundo pensa: 'minha

origem é brasileira', o que não deixa de ser verdade. Na minha opinião, temos que fazer pesquisas menores, mais aprofundadas, para encaminhar a questão da cor (...) conduzidas antes do processo final de elaboração do censo, pois com toda a problemática que envolve sua preparação (...) é sempre difícil trabalhar mudanças. Conclusão: O censo 2000 continuou usando a mesma classificação, com a auto-identificação como branco, preto, pardo, amarelo e indígena. (Jornal Redesaude, 2001:8-9)

A atualidade deste debate pode ser exemplificada pelo artigo de Sondik et al (2000) acerca das possíveis implicações para as políticas e as pesquisas em saúde pública, decorrentes das mudanças no sistema de classificação étnico-racial utilizadas no censo de 2000 nos Estados Unidos, que inclui quatro categorias raciais (asiático ou nativo das ilhas do Pacífico, branco, índio americano ou nativo do Alasca e negro) e duas categorias étnicas (hispanico e não-hispanico),⁹ sendo permitido a classificação em mais de um grupo étnico-racial (*multiple race reporting*). Alega-se ser necessário investigar se existe alguma especificidade ou motivação entre o grupo de pessoas que optam pela classificação multirracial no censo. Diante das diversas mudanças no sistema norte-americano de classificação étnico-racial ao longo dos anos, também são feitas indagações quanto à viabilidade de se realizar análises comparativas.

As recentes descobertas no campo da genética, particularmente aquelas sobre a decodificação do código genético humano, confirmam que, do ponto de vista das ciências biológicas, o conceito de raça não existe, visto que negros, brancos e asiáticos diferem tanto entre si quanto dentro de suas próprias etnias. Isto significa dizer que todos os seres humanos são da mesma espécie, independentemente da aparência.

Em conformidade com os argumentos descritos, depreende-se a recorrência das críticas em relação à atribuição do fator genético na compreensão das diferenças nas frequências de doenças multifatoriais entre grupos étnico-raciais. Considera-se que as relações entre etnia/raça e saúde devem ser entendidas a partir de fatores econômicos, históricos e socioculturais, incluindo os efeitos do preconceito étnico-racial na definição dos agravos à saúde. Tal

⁹ A partir de 10 de janeiro de 2003, todas as pesquisas do U.S. Census Bureau devem seguir as novas diretrizes para a descrição de dados sobre raça e etnicidade, que incluem cinco categorias raciais (asiático, branco, índio americano ou nativo do Alasca, nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico e negro ou africano-americano) e duas opções para etnicidade (hispanico ou latino ou não-hispanico ou latino).

perspectiva deve levar em conta as evidências sobre a falta de clareza e consistência conceitual dos termos raça, etnia e etnicidade na produção científica em saúde pública e as dimensões histórica e sociocultural dos referidos termos. Quer dizer, diante da polissemia desses termos, vale salientar a pertinência de se explicitar qual a concepção que está sendo utilizada na pesquisa.

Considero que os argumentos apresentados no presente trabalho apóiam a interpretação da dimensão subjetiva e social da concepção de raça e etnia, em detrimento do paradigma biológico. Resta o desafio de construir uma abordagem interdisciplinar, capaz de contemplar as várias dimensões deste complexo e dinâmico tema na compreensão das desigualdades sociais, em geral, e da saúde, em particular. Tendo em vista a especificidade das relações raciais de cada sociedade, convém pensar em que medida as experiências internacionais podem iluminar o percurso brasileiro neste campo. Diante das controvérsias em torno da viabilidade e pertinência de se adotar políticas públicas racializadas no Brasil — tratadas por Souza (1997); Fry (2000) e Almeida et al (2002) —, a resposta a esta questão ainda está para ser construída.

Admitir que a discriminação étnico-racial tem efeitos negativos para a saúde da população negra e indígena não implica, necessariamente, a existência de um consenso sobre quais os melhores meios para se enfrentar esta problemática. Por meio das análises aqui apresentadas, objetivo chamar a atenção para a complexidade deste assunto e para a contribuição dos estudos dos diversos campos disciplinares, em particular das ciências sociais e da saúde, na compreensão das relações entre etnia/raça e saúde.

Por fim, cabe ressaltar que as críticas relativas à vinculação entre determinantes genéticos e enfermidades de grupos étnico-raciais e os questionamentos decorrentes da polissemia dos conceitos de raça e etnia não devem estar dissociadas de uma reflexão sobre as implicações do fenômeno do racismo, como princípio classificatório e fator estruturante da estratificação social, para compreensão das iniquidades na área da saúde. Neste sentido, compreende-se que é pertinente ampliar as investigações no campo da saúde com recorte étnico-racial no Brasil e encontrar respostas para os problemas identificados.

Referências bibliográficas

- AHDIEH L. & HAHN R. A. Use of the terms 'race', 'ethnicity', and 'national origins': a review of articles in the American Journal of Public Health, 1980-1989. *Ethn Health*, 1(1):95-98, mar. 1996.
- ALMEIDA, A.; YOUNG, C. & PINTO, A. Qual a cor do brasileiro? *Insight Inteligência*, V, (17):30-39, 2002.
- ANAND S. S. Using ethnicity as a classification variable in health research: perpetuating the myth of biological determinism, serving socio-political agendas, or making valuable contributions to medical sciences? *Ethnicity & Health*, 4(4):241-244, nov. 1999.
- BARBOSA, M. I. *Racismo e Saúde*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- BHOPAL, R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ*, 314 (7096):1.751-1.756, 14 jun. 1997.
- BHOPAL, R. & DONALDSON, L. White, european, western, caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health. *American Journal of Public Health*, 88(9):1.303-1.307, sep. 1998.
- CASHMORE, E. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Selo Negro, 2000.
- CALDWELL, K. Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil. *Estudos Feministas*, 8, (2):91-108, 2000.
- COOPER, L. A.; HILL, M. N. & POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, (17):477-486, 2002.
- COOPER, R. & ROTIMI, C. Hypertension in blacks. *American Journal Hypertens*, 10(7 Pt 1):804-812, jul. 1997.
- ELLISON, G. T. & DE WET, T. The use of 'racial' categories in contemporary South African health research: a survey of articles published in the South African Medical Journal between 1992 and 1996. *South Africa Medical Journal*, 87(12): 1671-9, dec. 1997.
- FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *The Journal of the American Medical Association*, 283(19):2.579-2.584, 2000.
- FRY, P. Politics, nationality and the meanings of race in Brazil. *Daedalus (Journal of the American Academic of Arts and Science)*, 129(2):83-118, 2000.
- GERONIMUS, A. To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on health of urban populations. *American Journal of Public Health*, 90(6):867-872, 2000.

- JORNAL DA REDESAUDE. *Encarte Saúde da Mulher Negra: Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra*, (22), nov. 2000.
- JORNAL DA REDESAUDE. *Conferência Mundial contra o Racismo e Raça/Etnia, Saúde e Direitos Reprodutivos*, (23), mar. 2001.
- KRIEGER, N. Discrimination and health. In: BERKMAN, L. & KAWACHI, I. (Eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: University Press, 2000.
- LOPES, A. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. In: BARATA, R. et al (Orgs.) *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. São Paulo, Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz, 1997.
- MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.
- MCDERMOTT, R. Ethics, epidemiology and the thrifty gene: biological determinism as a health hazard. *Social Science Medicine*, 47(9):1.189-1.195, nov. 1998.
- OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: GIFFIN K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- OLINTO, M. T. & OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:1.137-1.142, 2000.
- PNUD & OPAS. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*, 2001.
- SAMANN, R. A. The influences of race, ethnicity, and poverty on the mental health of children. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 11(1):100-110, feb. 2000. Review.
- SILVA, N. V. Uma nota sobre "raça social" no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 26:67-80, 1994.
- SONDIK, E. J. et al. Race/ethnicity and the 2000 census: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 90(11):1.709-1.713, 2000.
- SOUZA, J. (Org.) *Multiculturalismo e Racismo: uma comparação Brasil — Estados Unidos*. Brasília: Paralelo 15, 1997.
- WILLIAMS, D. R. Race and health: basic questions, emerging directions. *Annual Epidemiology*, 7(5):322-333, jul. 1997.
- WILLIAMS, D. R. The monitoring of racial/ethnic status in the USA: data quality issues. *Ethnicity & Health*, 4(3):121-137, aug. 1999.