

Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005

Racial inequalities in health: mortality in São Paulo State Health Regions. 2005

Anna Volochko^I
Natália de Paula Vidal^{II}

Resumo

Os negros brasileiros são um grupo social vulnerável com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde. Taxas brutas de mortalidade por cor e razão de taxas entre pretos e brancos, em 2005, foram analisadas por causas para os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) paulistas. São amplas as desigualdades raciais, em capítulos com alta proporção de causas evitáveis – Doenças infecciosas; Transtornos mentais; Gravidez, parto e puerpério; Mal definidas e Causas externas. Em todos os DRS, exceto Araçatuba, pretos morreram mais que brancos, de 8% a mais na Baixada Santista e Sorocaba a 2, 3 vezes em Registro. A mortalidade de pretos por câncer excedeu à de brancos em 9 DRS e por doenças respiratórias, em 7. Para cumprir o Plano Estadual de Saúde de 2009-2011, é mister que os DRS proponham medidas que garantam a equidade racial na saúde na sua região.

Palavras-chave: Desigualdades racial na saúde; desigualdades geográficas e raciais na mortalidade; Estado de São Paulo

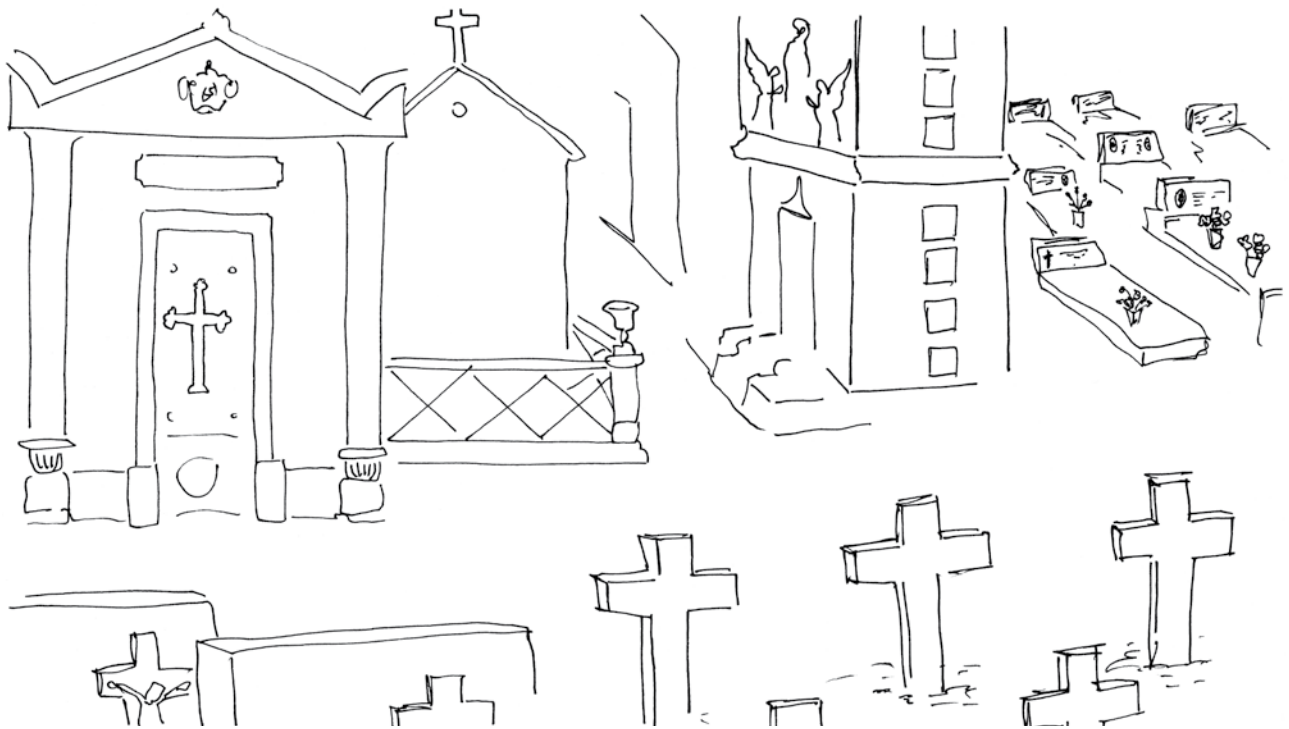
Abstract

Brazilian blacks are a vulnerable social group with disadvantages in many fields. They have greater barriers to access social services, health care included. We analysed overall racial mortality rates by cause and ratios of black to white rates for 2005 in the 17 Regional Health Departments (DRS) of São Paulo State. Chapters with high levels of avoidable causes of death such as infectious diseases, mental disorders, pregnancy, childbirth and puerperium; ill defined and external causes presented great racial differences. In all DRS, except Araçatuba, blacks died more than whites, ranging from 8% in the Baixada Santista and Sorocaba to 2 to 3 times in Registro. Black's mortality due to cancer exceeded that of whites in 9 DRS and due to respiratory diseases in 7. To comply with the State Health Plan it is mandatory that the DRSs propose measures to ensure racial health equity in their regions.

Key-words: Racial inequalities in health; geographic and racial inequalities in mortality; State of São Paulo

^IAnna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública e doutora em Ciências. É pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II}Natália de Paula Vidal (nsooma@hotmail.com) é psicóloga e ex-aprimorada em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

Embora o Brasil ainda tenha muita pobreza, não é considerado um país pobre, e sim injusto¹⁴. O pertencimento racial é uma das categorias estruturantes das desigualdades socioeconômicas.

Nascer com pele preta ou parda aumenta significativamente a chance de o brasileiro ser pobre. Comparados a brancos, negros (conjunto de pretos e pardos) acumulam desvantagens: têm escolaridade e salário menores; maior desemprego e informalidade no trabalho; moradias mais precárias e maior dificuldade de acesso a bens sociais. Na década de 1990, os negros totalizavam 45% da população, 64% dos pobres e 69% dos indigentes, e os brancos, correspondiam a 54% da população, 36% dos pobres e 31% dos indigentes¹¹. Em todo o País há disparidade de renda entre negros e brancos, independente das condições do mercado de trabalho e do nível de desenvolvimento regional¹⁹.

Em 1997, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, um indicador de condições de vida)²¹ era 0,796 para a população brasileira geral e 0,573 para a população negra, esta à frente apenas da Nicarágua e Haiti¹².

¹¹O conceito de vulnerabilidade foi criado na saúde na década de 1990, fruto de estudos sobre Aids, com três planos interdependentes de análise: vulnerabilidades individual, social e programática¹⁷.

A inserção social desqualificada do negro configura vulnerabilidade social^{11,15,17} e também se manifesta na saúde. Salvo doenças como Anemia Falciforme, não há evidências de maior risco biológico inerente à raça negra. Atitudes e práticas sociais discriminatórias¹⁰, veladas ou abertas¹⁴, todavia, afetam a autoestima e, com frequência, acarretam vulnerabilidade pessoal cognitiva e/ou comportamental. O aspecto cognitivo refere-se à baixa escolaridade ou falta de informações sobre direitos e serviços sociais disponíveis e como acessá-los. O comportamental inclui características pessoais como maturidade emocional, atitude ante comportamentos de risco e habilidades pessoais, para escolhas autônomas¹⁸. A impotência face ao racismo é fator importante na depressão e manifestação de comportamentos reacionais como abuso de drogas⁸.

O racismo perpassa as instituições e modela o modo como a sociedade e o Estado se organizam para lidar com a população negra. Na saúde, o racismo opera não reconhecendo as necessidades particulares deste grupo nas ações de promoção, prevenção e assistência a doenças e reabilitação, conformando a vulnerabilidade programática. Concretiza-se como acessibilidade diferenciada e dificultada a equipamentos sociais e tratamento iníquo segundo raça/cor, comprometendo a equidade e reproduzindo desigualdades^{31,32}.

Ora, esse comportamento fere frontalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu princípio doutrinário de

Equidade, pelo qual os serviços de saúde devem oferecer tratamento diferenciado e particular a desiguais, para reduzir as diferenças de vulnerabilidade das populações¹³.

Conceito de raça

Raça não é um conceito biológico aplicável aos homens. É um construto sociocultural plástico^{7, 14} e ideologicamente comprometido³³, usado para hierarquizar pessoas e justificar tratamento diferenciado²⁸.

No Brasil, a raça é definida pelo fenótipo cor da pele, traços faciais, tipo de cabelo, mas, nos Estados Unidos e Europa, é definida pela ancestralidade⁵.

Estudos de mortalidade

Estudos mostram importantes desigualdades na mortalidade de pretos comparada a de brancos, por idade²⁶, gênero^{4, 33, 19}, regiões²⁶ e estados do País²³. Os agravos com os maiores diferenciais são as doenças mentais; gravidez, parto e puerpério, sintomas e sinais anormais e causas externas, condições cujas mortes podem ser evitadas por meio de diagnóstico oportuno e tratamento adequado³.

Dada a existência de desigualdades raciais em saúde no Estado de São Paulo, e o ensejo do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, este trabalho descreve os padrões raciais de mortalidade nos 17 DRS paulistas em 2005.

Metodologia

A mortalidade é hoje, na área da saúde, um dos poucos indicadores desagregados por cor, essencial no estudo das condições de vida e situação de saúde de grupos raciais. É um indicador complexo, que revela o conjunto de vulnerabilidades a que a pessoa foi exposta durante a vida, e pode subsidiar na elaboração e monitoramento de políticas públicas promotoras de equidade em saúde^{33, 9, 1}.

O estudo compara a mortalidade de pretos e brancos, grupos polares nas relações raciais, residentes no Estado. Como análises anteriores mostram que a mor-

talidade de pardos é menor que a de brancos^{IV}, fato implausível, dadas suas condições de vida, optou-se por não incluir esse subgrupo no presente estudo.

As mortes de 2005 foram captadas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS)^V, analisados por capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)²⁵ e por cor (pretos e brancos) para os 17 DRS do Estado.

Calculou-se a população por cor, a partir da proporção racial por município do censo de 2000⁶ aplicada à projeção populacional para 2005 do Ministério da Saúde^{VI}. As populações de cada DRS são a soma das respectivas populações municipais.

As taxas de morte específicas para pretos e brancos foram calculadas por 100 mil habitantes pretos e brancos, respectivamente, efetuando-se, a seguir, a razão de taxas^{VII}. Os coeficientes de mortes maternas por cor foram calculados dividindo os óbitos de mulheres por cor e causas do Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) por 100.000 nascidos vivos (nv) da cor correspondente, sendo um *proxy* da mortalidade materna. Óbitos dos capítulos VII (Doenças dos Olhos) e VIII (Doenças dos Ouvidos) foram excluídos das tabelas por sua pequena quantidade (menos de 0,01% do total).

Resultados

Em 2005, foram registrados no Estado 236.456 óbitos, 184.873 de brancos; 13.487 de pretos; 32.525 de pardos; 3.215 de amarelos; 70 de indígenas e 2.286 sem registro de cor. Brancos constituíram 70,7% da população e 78,2 dos óbitos; pretos somaram 4,4% da população e 5,7% dos óbitos; respectivamente, pardos 22,8% e 13,7%; amarelos 1,2% e 1,4% e indígenas 0,2% e 0,003%. A desproporção entre população e óbitos de brancos e pardos sugere migração de óbitos de pardos para a de brancos.

A mortalidade geral no Estado foi de 584/100 mil residentes (Tabela 1). A de brancos e pretos foi de 646,53/100 mil brancos e de 758,99/100 mil pretos, ambas acima da média estadual. A de brancos foi 10% maior, e a de pretos 30% maior, coerente com a diferença na esperança de vida, 74 anos para brancos e 67,7 para pretos⁵. As cinco principais causas de mortes foram as mesmas para ambos os grupos, mas causas externas foram a 4ª causa entre brancos e a 3ª entre pretos.

^{IV}Esse resultado pode ocorrer se proporção significativa de óbitos sem registro de cor for de pardos ou se seus óbitos foram registrados como sendo de brancos. O branqueamento no censo³ aumenta a mortalidade dos pardos remanescentes. Melhora na qualidade dos registros de cor é essencial para dirimir a questão²⁶.

^V<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtsp.def>> Acesso em 19/Abr/ 2007.

^{VI}<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>>. Acesso em 09/ Ago/2007

^{VII}Taxa de mortalidade de pretos dividida pela taxa de mortalidade de brancos.

Tabela 1. Taxas de mortalidade específica por cor e razão de taxas entre pretos e brancos por capítulos selecionados da CID-10. Estado de São Paulo, 2005

Estado de São Paulo	Branca	Preta	RT Pt/Bc
I. Doenças infecciosas e parasitárias	26,4	46,3	1,75
II. Neoplasias (tumores)	115,0	109,5	0,95
III. Doenças do sangue etc.	2,8	3,9	1,40
IV. Doenças endócrinas etc.	29,6	38,5	1,30
V. Transtornos mentais etc.	5,4	10,2	1,89
VI. Sistema nervoso	13,9	10,1	0,73
IX. Aparelho circulatório	198,7	239,3	1,20
X. Aparelho respiratório	73,7	64,7	0,88
XI. Aparelho digestivo	38,4	45,5	1,18
XII. Doenças da pele	1,8	1,6	0,87
XIII. Sistema osteomuscular	2,0	2,1	1,06
XIV. Aparelho geniturinário	14,5	16,7	1,14
XV. Gravidez, parto e puerpério*	29,8	307,9	10,34
XVI. Afecções do período perinatal*	13,2	7,2	0,55
XVII. Malformações	5,9	2,9	0,50
XVIII. Mal Definidas	39,7	55,4	1,40
XX. Causas externas	65,1	103,4	1,59
Total	646,5	759,0	1,17

*Coeficiente calculado por 100.000 nv da cor correspondente
Cálculos das autoras a partir de dados do SIM/DATASUS/Sistema ISSR

No geral, a mortalidade de pretos excedeu a de brancos em 17%, sendo maior para mortes maternas (10 vezes); transtornos mentais (89%); doenças infecciosas (75%); causas externas (59%); doenças do sangue e mal definidas (40%) e endócrinas (30%). Foi maior em todos os DRS, salvo Araçatuba. Ficou aquém da média estadual em Sorocaba, Baixada Santista, Bauru, Grande São Paulo (GSP), Campinas, Presidente Prudente, São José do Rio Preto e Franca, e além da média estadual em Araraquara (18%); Marília (19%); São João da Boa Vista (22%); Piracicaba e Ribeirão Preto (30%); Taubaté (39%); Barretos (59%) e Registro (2,4 vezes) (Tabela 2).

No Estado, a mortalidade de brancos foi maior para câncer, doenças respiratórias, afecções perinatais, malformações e doenças do sistema nervoso. Já a mortalidade de pretos foi maior por neoplasias em 9 dos 17 DRS; por afecções perinatais, em Franca (40%) e Registro (4,6 vezes); por malformações, em Bauru (67%), Piracicaba (31%) e Registro (11%), e por doenças do sistema nervoso, em Franca (17%); São João da Boa Vista (22%) e Registro (4,2 vezes maior). Análise detalhada mostra que, mesmo em Araçatuba, onde no total não há sobremortalidade de pretos, ela foi maior em transtornos mentais (2,6 vezes), causas externas (61%) e mal definidas (47%).

Tabela 2. Razão de taxas entre pretos e brancos por capítulos selecionados (CID-10). Estado de São Paulo e DRS, 2005

Capítulos CID-10	Estado	Araçatuba	Araraquara	Bakada Santista	Barretos	Bauru	Campinas	Franca	GSP	Marília	Piracicaba	Presidente Prudente	Registro	Ribeirão Preto	São João da Boa Vista	São José do Rio Preto	Sorocaba	Taubaté
I. Doenças infecciosas etc	1,75	0,87	1,90	1,97	3,52	1,75	1,69	1,60	1,72	1,47	2,21	0,80	1,63	2,04	1,38	1,89	1,25	1,73
II. Neoplasias (tumores)	0,95	1,07	1,08	0,64	1,13	0,94	0,93	1,12	0,92	1,08	1,06	0,90	1,50	0,97	0,98	1,09	0,78	1,13
III. Doenças do sangue etc.	1,40	NOP	6,00	1,32	NOP	2,48	0,95	2,87	1,42	1,42	1,36	NOP	NOP	1,99	2,57	0,98	0,86	1,43
IV. Doenças endócrinas etc.	1,30	1,17	1,41	1,30	1,82	1,09	0,93	1,11	1,44	1,01	1,47	0,99	2,44	0,98	1,03	1,16	0,93	1,68
V. Transtornos mentais etc.	1,89	2,63	4,07	0,97	2,00	2,54	1,33	6,76	1,36	1,83	2,09	4,23	10,42	3,04	1,99	2,32	1,75	2,29
VI. Sistema nervoso	0,73	0,77	0,90	0,72	0,98	0,67	0,64	1,17	0,73	0,62	0,75	0,24	4,17	0,70	1,22	0,29	0,30	0,48
IX. Aparelho circulatório	1,20	0,92	1,09	1,06	1,63	1,02	1,19	1,13	1,17	1,05	1,24	1,07	3,08	1,38	1,13	1,24	1,18	1,45
X. Aparelho respiratório	0,88	0,35	0,84	0,87	1,30	0,80	0,84	0,78	0,83	1,19	0,69	1,02	1,60	0,92	1,13	0,79	1,05	1,05
XI. Aparelho digestivo	1,18	0,47	1,04	1,20	1,39	1,22	1,51	1,70	1,09	0,99	0,99	1,16	4,04	1,74	1,37	0,97	1,03	1,10
XII. Doenças da pele	0,87	NOP	NOP	1,13	NOP	1,07	1,23	NOP	0,71	NOP	NOP	NOP	NOP	1,61	1,48	2,03	2,26	1,13
XIII. Sistema osteomuscular	1,06	NOP	1,13	NOP	NOP	0,81	1,36	NOP	1,08	NOP	1,41	NOP	NOP	1,82	NOP	3,70	1,65	0,62
XIV. Aparelho geniturinário	1,14	0,97	0,98	1,25	1,45	0,98	1,10	1,19	1,13	1,28	0,98	1,56	2,00	0,73	0,97	0,86	1,63	1,59
XV. Gravidez, parto, puerpério	10,34	NOA	17,23	6,74	NOP	NOP	7,66	12,90	8,91	77,14	6,27	44,17	NOP	18,48	NOA	35,38	NOP	11,24
XVI. Afeções período perinatal	0,55	0,17	0,55	0,56	0,89	0,14	0,73	1,40	0,54	0,67	0,36	0,28	4,63	0,16	0,24	0,31	0,37	0,69
XVII. Malformações	0,50	0,54	NOP	0,50	NOP	1,67	0,81	NOP	0,41	NOP	1,31	NOP	1,11	0,26	NOP	0,64	0,27	0,61
XVIII. Mal Definidas	1,40	1,47	1,65	1,44	1,70	1,60	1,36	0,81	1,48	1,74	1,80	1,79	2,82	2,13	1,12	1,14	1,62	2,26
XX. Causas externas	1,59	1,61	1,36	1,46	2,19	1,30	1,36	1,21	1,51	1,38	1,99	1,41	1,40	1,66	2,58	1,41	0,93	1,47
Total	1,17	0,98	1,18	1,08	1,59	1,10	1,13	1,16	1,12	1,19	1,30	1,13	2,37	1,30	1,22	1,15	1,08	1,39

NOP = nenhum óbito de preto

NOA = nenhum óbito de ambos, preto e branco.

Cálculo das autoras a partir de dados do SIM-DATASUS e do Sistema ISSR

Observa-se que dados estaduais ocultam diferenças raciais importantes na mortalidade regional.

A análise aprofundada dos capítulos que concentram mortes evitáveis, coerente com estudo referente

a 1999-2001, mostra sobremortalidade de pretos por esses agravos³: Capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias; V – Transtornos mentais; XV – Gravidez, parto e puerpério; VIII – Mal definidas e XX – Causas externas.

Tabela 3. Taxas específicas de mortalidade por cor e razão de taxas de pretos e brancos por Doenças infecciosas e Transtornos mentais por 100.000 por DRS. São Paulo, 2005

	Doenças infecciosas			Transtornos mentais		
	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc
Araçatuba	32,1	27,8	0,87	7,5	19,8	2,63
Arararaquara	22,4	42,4	1,90	4,5	18,5	4,07
Baixada Santista	36,1	70,9	1,97	4,2	4,1	0,97
Barretos	36,1	127,0	3,52	7,9	15,9	2,00
Bauru	26,7	46,7	1,75	5,9	12,9	2,54
Campinas	21,7	36,8	1,69	3,9	5,2	1,33
Franca	31,1	49,8	1,60	4,5	30,4	6,76
GSP	25,0	43,0	1,72	5,4	7,4	1,36
Marília	30,3	44,7	1,47	7,6	14,0	1,83
Piracicaba	26,5	58,7	2,21	5,3	11,1	2,09
Presidente Prudente	30,0	24,0	0,80	4,7	20,0	4,23
Registro	20,7	33,7	1,63	4,0	42,2	10,42
Ribeirão Preto	35,2	71,7	2,04	8,7	26,5	3,04
São João da Boa Vista	23,9	32,9	1,38	6,2	12,0	1,93
São José do Rio Preto	35,7	67,5	1,89	5,2	12,0	2,32
Sorocaba	23,6	29,6	1,25	5,3	9,3	1,75
Taubaté	24,4	42,3	1,73	5,3	12,1	2,29
Estado SP	26,4	46,3	1,75	5,4	10,2	1,89

Cálculos das autoras a partir de dados do SIM/DATASUS/Sistema ISSR

Doenças infecciosas foram respectivamente a 6ª e 7ª causas de morte entre pretos e brancos. Salvo em Araçatuba e Presidente Prudente, houve sobre-mortalidade de pretos nos demais DRS (Tabela 3). No Estado, ela foi de 75%, com Sorocaba, São João da Boa Vista, Marília, Franca, Campinas, Registro, GSP e Taubaté abaixo da média, e São José do Rio Preto (89%), Araraquara (90%), Baixada Santista (97%), Ribeirão Preto (2 vezes), Piracicaba (2,21) e Barretos (3,52) acima da média.

A Tabela 3 mostra ainda que, exceto na Baixada Santista, onde mortes por transtornos mentais foram

praticamente iguais para brancos e pretos, nos demais DRS a de pretos excedeu à de brancos. Em Campinas, GSP, Sorocaba e Marília ficaram abaixo da média (89%), já em São João da Boa Vista (93%); Barretos (2 vezes); Piracicaba (2,09); Taubaté (2,29); São José do Rio Preto (2,32); Bauru (2,54); Araçatuba (2,63); Ribeirão Preto (3,04), Araraquara (4,07), Presidente Prudente (4,23), Franca (6,76) e Registro (10,42) superaram a média. A taxa de morte de brancos variou de 3,9 (Campinas) a 8,7/100 mil (Ribeirão Preto) e a de pretos de 4,1 (Baixada Santista) a 42,2 (Registro), refletindo o sofrimento atrelado à identidade racial.

Tabela 4. Taxas específicas de mortalidade por cor e razão de taxas de pretos e brancos para Gravidez, parto e puerpério (por 100.000 nv), Causas mal definidas e Causas externas (por 100.000) por DRS. São Paulo, 2005

	Gravidez, parto e puerpério			Causas mal definidas			Causas externas		
	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc
Araçatuba	0,0	0,0	1,00	99,6	146,8	1,47	70,0	111,1	1,61
Araraquara	37,2	641,0	17,23	54,6	90,1	1,65	52,6	71,6	1,36
Baixada Santista	50,3	339,0	6,74	95,7	137,7	1,44	65,6	95,4	1,46
Barretos	44,4	0,0	0,00	53,0	90,0	1,70	58,0	127,0	2,19
Bauru	25,5	0,0	0,00	57,4	91,8	1,60	58,0	75,7	1,30
Campinas	27,2	208,5	7,66	33,3	45,1	1,36	60,7	82,5	1,36
Franca	0,2	2,8	12,90	78,7	63,6	0,81	10,2	74,7	1,21
GSP	30,6	272,6	8,91	10,5	15,5	1,48	64,1	96,9	1,51
Marília	30,9	2380,9	77,14	90,0	156,5	1,74	66,8	92,2	1,38
Piracicaba	31,8	199,2	6,27	83,0	149,1	1,80	62,8	125,3	1,99
Presidente Prudente	35,9	1587,3	44,17	96,1	172,3	1,79	63,0	88,2	1,40
Registro	0,5	0,0	0,00	62,7	177,1	2,82	102,1	143,3	1,40
Ribeirão Preto	21,4	395,3	18,48	16,9	35,9	2,13	56,2	93,6	1,66
São João da Boa Vista	0,0	0,0	1,00	82,7	92,7	1,12	53,3	137,6	2,58
São José do Rio Preto	18,7	662,2	35,38	57,0	65,1	1,14	64,9	91,6	1,41
Sorocaba	41,2	0,0	0,00	82,5	134,0	1,62	68,5	63,9	0,93
Taubaté	30,1	337,8	11,24	50,3	113,7	2,26	66,7	98,0	1,47
Estado SP	29,8	307,9	10,34	39,7	55,4	1,40	65,1	103,4	1,59

Cálculos das autoras a partir de dados do SIM/DATASUS/ Sistema ISSR

A mortalidade de mulheres brancas por causas do capítulo Gravidez, parto e puerpério no Estado (Tabela 4) variou de zero a 50,3/100mil nascidos vivos (Baixada Santista) e a das pretas, de zero a 2380,9 (Marília), revelando as iniquidades dessas mortes. Araçatuba e São João da Boa Vista não registraram óbitos por essa causa e Barretos, Bauru, Registro e Sorocaba não registraram óbitos de mulheres pretas. Mas, nos DRS onde houve óbitos de pretas, sua sobremortalidade foi muito alta, 10,32 vezes maior do que para as brancas no Estado. Piracicaba, Baixada Santista, Campinas e GSP ficaram aquém, e Taubaté (11,24), Franca (12,90), Araraquara (17,23), Ribeirão Preto (18,48), São José do Rio Preto (35,38), Presidente Prudente (44,17) e Marília (77,17), além da média estadual.

A mortalidade materna se refere a eventos raros e, portanto, pequenas variações no número de mortes produzem grandes variações nas taxas. O grande subregistro dessa causa e dados imprecisos sobre os nascidos vivos²⁷ são limitações importantes do indicador. É necessário investir na qualidade dessas informações para que o indicador seja mais confiável. É um evento sentinela que chama atenção sobre falhas na assistência¹⁶.

Causas mal definidas foram a 4ª causa de morte de pretos e a 5ª de brancos. Indicam a incapacidade de identificação da causa básica de morte por falhas na qualidade da assistência ou por obstáculos no acesso³³. No Estado (Tabela 4), ela foi maior para pretos em todos os DRS, menos Franca. Em São João da Boa Vista, São José do Rio Preto e Campinas, as taxas ficaram abaixo da média, mas, na Baixada Santista (44); Araçatuba (47); GSP (48); Bauru (60); Sorocaba (62); Araraquara (65); Barretos (70); Marília (74); Presidente Prudente (79); Piracicaba (80); Ribeirão Preto e Taubaté (2,26) e Registro (2,82), ficaram acima.

Causas externas ocuparam o 4º posto de morte de brancos e o 3º de pretos, em 2005. A sobremortalidade estadual dos pretos foi 59% e ocorreu em todos os DRS, salvo Sorocaba. Ficaram abaixo da média Franca, Bau-

ru, Araraquara, Campinas, Marília, Registro, Presidente Prudente, São José do Rio Preto, Baixada Santista, Taubaté e GSP, e acima em Araçatuba (61); Ribeirão Preto (66); Piracicaba (99); Barretos (2,19) e São João da Boa Vista (2,58), revelando a realidade mais violenta em que pretos estão inseridos.

Discussão

Os resultados confirmam excesso significativo de mortes na população preta paulista comparada à branca, reafirmando hipóteses sobre sua pior acessibilidade a serviços de saúde. Trabalho sobre racismo institucional afirma que profissionais de saúde, por meio de atitudes racistas, ampliam a vulnerabilidade de pretos, aumentando barreiras ao acesso e afastando esses usuários¹³. O racismo institucional também reduz a acessibilidade de pretos a tecnologias diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas mais resolutivas, mesmo quando têm acesso a serviços de qualidade³², com reflexos evidentes na mortalidade.

Registro é o DRS com a maior sobremortalidade de pretos do Estado em todas as causas, exceto doenças do sangue, pele, osteomusculares e maternas. A menor diferença ocorre nas malformações (11%), mas é 2,44 vezes maior em doenças endócrinas; 2,82 em causas mal definidas; 3,08 em doenças circulatórias; 4,04 nas digestivas; 4,17 nas nervosas e 10,42 vezes nos transtornos mentais. Nas afecções perinatais, a desigualdade é de 4,6 vezes, a maior do Estado. É a única DRS onde a mortalidade de pretos por essa causa foi maior do que a de brancos. Isso implica que sua mortalidade infantil terá redução modesta se as causas desta iniquidade não forem investigadas e sanadas.

Registro é também o DRS que abriga o maior número de quilombos^{viii} do Estado (16 dos 24 reconhecidos)²⁹. A situação de saúde da população quilombola é precária, pois residem em regiões de difícil acesso, com infraestrutura ruim e acesso a serviços de saúde mal equipados e de baixa resolubilidade³⁴. A população quilombola negra e seus vizinhos brancos compartilham as mesmas vicissitudes das condições de vida e de acesso a serviços de saúde, mas os últimos são mais bem assistidos quando chegam aos serviços de saúde, como atestam os diferenciais raciais de mortalidade.

A maioria dessas mortes poderia ser evitada pela intervenção de serviços de média complexidade (diagnósticos e hospitalares), esfera sob a responsabilidade

^{viii}Quilombos são povoamentos populados por remanescentes de escravos reconhecidos como detentores de herança cultural e material através de laudos antropológicos e detentores segundo a constituição da propriedade coletiva do território em que se encontram. Pacheco, 1997 apud Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania²⁹.

estadual, por meio do monitoramento da qualidade da assistência prestada; melhor equipamento e qualificação dos serviços e referenciamento de casos mais graves a serviços mais resolutivos.

Na segunda posição de maior desigualdade encontra-se o DRS de Barretos, cuja sobremortalidade de pretos é 59% maior que a de brancos. Seus maiores diferenciais ocorrem para as doenças infecciosas – 3,52 vezes maior para pretos, causas externas (2,19) e transtornos mentais (2 vezes), causas que revelam piores condições de vida, mas também serviços de saúde iníquos, pois são doenças curáveis com acesso oportuno e tratamento adequado, especialmente as duas primeiras.

A má qualidade da atenção potencializa a dificuldade de pessoas de menor escolaridade e renda se perceberem em risco e aderirem ao tratamento², mas é responsabilidade dos profissionais de saúde envidar esforços e estabelecer comunicação culturalmente sensível e efetiva com os usuários de seus serviços²⁴.

As condições de moradia ruins dos pretos ampliam a vulnerabilidade às doenças infecciosas. Em 1999, o diferencial de negros e brancos em casas sem água era 26% e 8%; alta densidade residencial – 28% e 13%; saneamento inadequado – 52% e 28%; sem energia elétrica – 9,4% e 2,6% e coleta de lixo – 30,2% e 15,2%¹¹.

Sua maior vulnerabilidade a transtornos mentais decorre da discriminação e da violência institucional cotidianas. A exclusão social se reflete na saúde mental⁴ devido à construção de identidade negativa e desvalorizada, com baixa autoestima³¹. O abuso do álcool e de drogas é uma estratégia de sobrevivência a realidades de exclusão e pobreza insuperáveis e intransponíveis⁴.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde evitável por meio de boa assistência pré-natal, perinatal e puerperal³⁵. Em Curitiba, o Comitê de Mortalidade Materna verificou que a evitabilidade oscila de ano a ano, tendo sido 90% em 2000 e 87,5% em 2007, por meio de assistência adequada³⁰. O principal responsável pelas altas taxas de morte materna é a falta de regionalização, hierarquização e regulação da linha de cuidados de pré-natal, parto e puerpério, de responsabilidade do gestor estadual do SUS, além da má qualidade da assistência à saúde: negligência, despreparo de hospitais e profissionais.

Há grande desigualdade racial na mortalidade materna na maioria dos estados brasileiros, chegando a ser 20 vezes maior para as pretas no Espírito Santo e 4 vezes maior para as pardas em Mato Grosso³⁶. No Paraná, em 1993, o risco relativo de morte materna das pretas foi 7,4 vezes maior²⁰. A assistência à saúde reprodutiva precisa melhorar para todas as mulheres brasileiras, mas as negras sofrem também de discriminação e racismo institucional. Elas têm acesso menor à anticoncepção, correndo maior risco de gravidez indesejada¹⁵. Por outro lado, o método anticoncepcional mais frequentemente oferecido às mulheres, o hormonal, potencializa os efeitos adversos da hipertensão essencial, muito mais prevalente nas negras, e também associada a mais riscos na gravidez, no parto e puerpério. A desigualdade na morte materna viola os direitos humanos e o direito à maternidade sem risco, segura e digna.

A proporção de causas mal definidas é usada na análise das desigualdades em saúde, ao revelar a qualidade da assistência e a capacidade diagnóstica dos serviços de saúde⁴. Em 1999-2001, pretos paulistas tiveram maior proporção de mortes por causas mal definidas³, situação que persiste em 2005 em todos os DRS, confirmando a deficiência de acesso e acessibilidade à assistência médica, por desorganização do SUS e racismo institucional, revelando dificuldades no acesso a serviços e meios diagnósticos que resolvam suas demandas de saúde.

Considerando as altas taxas de mortalidade de pretos por causas externas, e o contexto de exclusão em que vivem, eles são as maiores vítimas da violência estrutural. No Brasil, entre 1998 e 2000, 78,7% dos óbitos de homens de 15 a 25 anos foram por causas externas, por assassinato para 52,6% dos óbitos de pretos e 38,1% dos de brancos nesse capítulo. A causa de morte que acarreta a maior perda de anos de vida de homens pretos são as causas externas, reduzindo 3,57 anos de vida²⁶. O mesmo ocorreu em 1999-2001 no Estado de São Paulo, as principais causas externas de morte de negros foram as agressões, homicídios e atropelamentos⁹. O aprofundamento da violência estrutural (corrupção, crime de colarinho branco, concentração de renda, desemprego, falta de acesso aos bens sociais) e das desigualdades sociais determinam o aumento da violência e, conseqüentemente, o aumento da mortalidade por causas externas, especialmente para pretos²².

Conclusão

Os dados sobre a mortalidade e a razão de taxas entre pretos e brancos no Estado de São Paulo e seus 17 DRS, em 2005, revelam um risco de morte desigual entre essas populações. A sobremortalidade de pretos no Estado aponta iniquidades no acesso e acessibilidade à atenção à saúde de qualidade da população preta, que reproduz as iniquidades das condições de vida menos favoráveis e excludentes.

Destacamos os três DRS com as maiores desigualdades raciais na mortalidade: Registro, Barretos e Taubaté. Os gestores desses DRS devem tomar providências imediatas para cumprir o Plano Estadual de Saúde, especialmente na regionalização e regulação do SUS regional, buscando maior integralidade e resolubilidade.

Em todos os DRS foram encontradas iniquidades na mortalidade de pretos. Se faz necessário que cada DRS se debruce, analise e atualize os dados de mortalidade, na busca das desigualdades raciais e seus fatores determinantes, visando ações que garantam a equidade.

Revelamos a vulnerabilidade social e programática da população de cor preta. Pautando-se na equidade e buscando a redução da vulnerabilidade programática, é preciso construir serviços de saúde que ofereçam tratamento diferenciado e particular para os desiguais, no caso os pretos, visando reduzir e superar as desigualdades.

Referências

1. Batista LE. A morte tem cor. *BIS*; (31): 18-20.
2. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 (1) 71-80.
3. Batista LE, Escuder MML, Pereira RP. A cor da morte: causas de óbitos segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 630-6.
4. Batista LE, Volochko A, Ferreira CEC, Martins V. Mortalidade da População Negra Adulta no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p. 237-314.
5. Carvalho JBM, Wood CH, Andrade FCD. Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90. *Rev Brasileira de Estudos de População* 2003; 20 (1): 29-42.
6. Cavenaghi S, organizador. *Indicadores Municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP/Brasília: UNFPA; 2006.
7. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (5):1586-94.
8. Coimbra JRCEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5 (1): 125-132.

9. Coordenação de Controle de Doenças (CCD); Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Causa de óbitos segundo raça/cor e gênero no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (6): 987-88.
10. Figueiredo R, Ayres JRCM. Community based intervention and reduction of women's vulnerability to STD/AIDS in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 96-107.
11. Henriques R. Desigualdade Racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Texto para discussão n.807. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
12. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 57-65.
13. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Sociedade* 2007; 16(2): 146-55.
14. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p. 9-45.
15. Lopes F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (5): 1595-601.
16. Malta DC et al. Lista de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16 (4): 233-44.
17. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, editors. *AIDS in the World*. Cambridge: Harward University Press; 1992. p 325-420.
18. Mann JM, Tarantola DJM, editors. *AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1996. p 441-3.
19. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. [Trabalho apresentado no XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP; 2004 Set; Caxambú, MG].
20. Martins AL. Reducción de la Mortalidad Materna en Brasil: desafíos de raza e pobreza. *Cuadernos Mujer Salud* 2003; 8: 96-103.
21. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva* 2000; 5 (1):7-18.
22. Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *A violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
23. Ministério da Saúde (Brasil). *Uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília; 2005.
24. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface_Comunic, Saúde Educ* 2002; 6 (10): 67-74.
25. OMS (Organização Mundial De Saúde). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 6ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
26. Paixão MJP et al. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p. 49-190.
27. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
28. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. *Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003*. *Saúde Sociedade* 2007; 16 (2): 87-102.
29. Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania. *Programa de Fortalecimento das Comunidades Quilombolas do Estado de São Paulo*. São Paulo; 2006.
30. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). *Perfil da Mortalidade Materna-2008*. Comitê Pró-Vida de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Curitiba. [Acesso em 9/7/2010]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/MortMaterna2007.pdf>
31. Silva ML. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 129-132.
32. Volochko A. Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades sociais na saúde. *BIS* 2003; (31): 21-22.
33. Volochko A. *Mortalidade Evitável na Região Sul do Brasil, 2000: Desigualdades Raciais e Sexuais*. [Dissertação de Doutorado] São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de São Paulo; 2005.
34. Volochko A. *Quilombos e Saúde no Estado de São Paulo*. In Volochko A, Batista LE, organizadores. *Saúde nos Quilombos*. Instituto de Saúde, SESSP e GTAE, SESSP, São Paulo; 2009. p. 147-68.
35. Volochko A. *A mensuração da mortalidade materna no Brasil*. In: Berquó E, organizador. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp; 2003.
36. Volochko A. *A mortalidade materna: determinantes sociopolíticos*. In Kalckmann AS e Batista LE. *Humanização do parto*. São Paulo: Instituto de Saúde, SES; 2010. No prelo.