



FLACSO
MÉXICO



Variações étnico-raciais na saúde da mulher: EUA

- Contexto social da saúde
- David R. Williams, 2002

**Profa. Cristina Gomes e
Profa. Thaise Nascimento**

- O estatus socioeconômico é um determinante central das disparidades étnico-raciais em saúde, mas muitos outros fatores, como atenção médica, localização geográfica, migração e aculturação, racismo e exposição ao estresse e recursos também jogam um papel importante.

- Raça, etnia e gênero: três categorias que afetam a distribuição diferencial dos riscos em saúde, e nas taxas de doenças.
- Em todas as sociedades industrializadas as mulheres tem maiores taxas de morbidade mas menor mortalidade que os homens.
- As mulheres americanas vivem 5.7 anos mais que os homens, mas entre os afrodescendentes esta diferença é de 7.2 anos, enquanto entre os brancos é de 5.5 anos.
- E as mulheres brancas tem uma esperança de vida 5.2 anos maior que as mulheres negras

- As mulheres indígenas tem mortalidade similar as mulheres brancas.
- Mas entre 1955 e 1993 os indígenas diminuíram suas taxas de morte devido a acidente,s homicídio, tuberculose e alcoolismo, mas aumentaram as de diabetes, cirrose e suicídio.
- Os asiáticos e hispano-americanos tem menor mortalidade que os brancos ao longo do tempo. (família?)
- Há ainda diferenças raciais nas taxas de mortes por câncer, que varia por tipo de câncer
- A co-mobilidade por doenças crônicas afeta mais as mulheres de minorias raciais e étnicas
- A diabetes e suas sequelas são mais frequentes para afro-americanos, enquanto a hipertensão e complicações renais são mais comuns entre indígenas e afro-americanos).
- A hipertensão é 1.8 vezes maior para afro-americanas que para as mulheres brancas.

As primeiras dez causas de morte variam por raça-etnia

- Suicídios: número 1 em mulheres asiáticas
- AIDS em afro-americanas
- Anomalias congênitas para hispanos
- Alzheimer para brancas

Mais diferenças.

- As minorias não negras tem as menores taxas de morte por doença cardíaca e câncer.
- Afro-americanos, indígenas e hispanos tem maior taxas que brancos de homicídios e morte por AIDS
- Brancas tem maiores taxas de morte por doenças pulmonares obstrutivas (fumo)
- Afro-americanas e hispanas tem menor taxas de suicídios que brancas
- As vietnamitas tem maiores taxas de câncer cérvico-uterino que as mulheres negras e brancas, mas 6 vezes maiores que as japonesas e chinesas.
- E as afrodescendentes, haitianas tem maiores taxas de câncer serviço-uterino que as do Caribe. Entretanto, os dois grupos de migrantes, haitianas e do Caribe, tem maior taxas de câncer de seio que as afro-americanas

Diferenças entre latinas

- As mulheres do Porto Rico tem maior mortalidade que as outras latinas migrantes
- E nos comportamentos de saúde, as mulheres hispanas fazem menos consulta pré-natal que as outras; 92% das Cubanas fazem o exame, mas somente 73% das mexicanas fazem pré-natal.
- Somente 4% das hispanas fumam na gravidez (3% das mexicanas vs 11% das porto-riquenses), enquanto 10% das afro-americanas e 20% das indígenas fumam quando estão grávidas.
- As explicações genéticas ou biológicas não são plausíveis para estas diferenças étnico-raciais, mas há uma interação entre causas biológicas e sociais.

Combinando raça-etnia com diferenças socioeconômicas

- Hipertensão e sobre peso é maior entre as mulheres pobres, mas o sobrepeso é ainda mais alto (1.8 e 1.5 vezes maior) entre as pobres afrodescendentes e mexicanas, enquanto hipertensão é mais alta entre as pobres afrodescendentes, mas não entre as mexicanas.
- A pobreza aumenta as diferenças raciais e étnicas, e estas persistem em todos os níveis sociais.
- A migração também joga um papel de proteção na saúde das mexicanas, relacionado com possíveis outros fatores, como uma seleção de imigrantes mais saudáveis, cultura ou no tempo histórico entre México e USA na distribuição secular da hipertensão e outros fatores de risco de doença cardíaca. As mexicanas tem menor nível social mas relativamente melhor saúde.

- Mas entre as mulheres negras não há associação entre renda e sobrepeso, portanto o papel da cultura não joga um papel nas condições sociais e sua relação com a saúde.
- Os negros tem maior tolerância cultural para a obesidade, inclusive preferencia, o que permite elevadas taxas de sobrepeso culturalmente normativo, tirando o efeito social que marcaria as diferenças.
- Mas as mulheres negras vivem em bairros mais segregados, onde se concentram pessoas pobres, com poucos serviços e lugares para fazer exercício com segurança.
- Elas também tem maior propensão a ser mães solteiras.
- A combinação destes fatores pode gerar maior estresse e maior constrição de tempo, recursos e acesso a exercícios, pouco tempo de leitura e atividade física.

- Enquanto as mulheres brancas pobres fumam 1.7 vezes mais que as brancas não pobres, e as negras fumam 2 vezes mais que as negras não pobres.
- As mulheres negras tem menor nível educativo, e seus filhos tem maior mortalidade infantil, comparadas com as brancas

- As desigualdades étnico-raciais e socioeconômicas estão interligadas, mas também dependem de
- Qualidade da educação, poder de compra da renda, estabilidade do emprego e riscos de saúde associados com o trabalho em ocupações específicas
- Ademais, as diferenças étnico-raciais em níveis de riqueza são maiores que as de renda (brancos tem riqueza 7 vezes maiores que a de negros e hispanos, em todos os níveis de renda)
- A propriedade da casa também marca grandes diferenças (70% dos brancos vs uma minoria de negros e hispanos)

- As taxas de retorno da alta educação também marcam diferenças: homens negros e hispanos de todos os níveis de renda ganham menos que seus similares brancos.
- Mulheres negras e hispanas ganham muito menos que as brancas, mesmo considerando cada nível de educação.
- O gênero e a qualidade do trabalho: as mulheres de todas as raças tem altas taxas de emprego em ocupações técnicas, de vendas e apoio administrativo. Mas as brancas e asiáticas trabalham como gerentes ou profissionais, enquanto as negras, hispanas e indígenas trabalham em serviços.
- Estado civil e renda: As famílias negras dependem muito mais da renda da mulher que todas as outras famílias, e a proporção de famílias chefiadas por mulheres são mais altas entre negros.

1996

- Mesmo considerando a renda, educação, transferências, propriedade da casa e estatus no trabalho, assim como idade, sexo, estado civil, filhos e deficiências, seguro médico e mobilidade residencial, os negros tem 6 a 9 vezes maior probabilidade que os brancos de passar por dificuldades, de declarar-se incapazes de garantir gastos essenciais, como pagar seu aluguel ou prestações da casa, contas de serviço como telefone, e de perder e ser desalojados de suas casas.
- Parte destas desvantagens se devem a localização geográfica das minorias, que gastam 50% ou mais da sua renda em custos para manter a residência (30% é o adequado).
- Os altos gastos com a moradia limitam a capacidade para cobrir outras necessidades.

- Esse cenário de 1996 é posterior aos movimentos de direitos políticos dos anos 60s e 70s, que garantiram melhoras na situação política e econômica dos negros, diminuindo a diferença de renda entre brancos e negros, assim como na esperança de vida e diminuição da mortalidade por todas as causas de morte.
- Mas estas melhorias se estancaram nos anos 80s. A saúde de mulheres pobres e seus filhos piorou em 20 estados no momento de cortes de orçamentos em saúde e serviço social, pela administração Reagan.
- O acesso aos serviços de saúde diminuiu e os níveis de hipertensão aumentaram entre as pessoas que dependiam do apoio médico no estado da Califórnia.
- A saúde dos afro-americanos diminuiu rapidamente. Aumentaram as taxas de mortalidade infantil de 2.0 para 2.3 entre 1980 e 1991, e aumentou a diferença em esperança de vida entre as mulheres brancas e negras, de 5.6 para 5.8 anos adicionais de vida, e em Nova York aumentou também o número de mortes excedentes de negros, comparados com brancos. Em vários estados a taxa anual de mortes e o excesso de mortes de negros comparados com brancos aumentou.

- Para entender esta distribuição desigual de resultados da saúde entre raças e etnias, gênero e grupos socioeconômicos requer grande atenção para como as estruturas e processos históricos, sociais, econômicos, políticos e culturais moldeiam os danos a saúde e os fatores de fortalecimento da saúde que são medidos a nível individual.
- A atenção médica, a localização geográfica, a migração e a aculturação, os fatores estressantes e recursos, além do racismo, são áreas que revelam os caminhos complexos em que a posição social das minorias e mulheres estão vinculados a consequências para a saúde

Serviços de saúde

- A disponibilidade de serviços de saúde tem uma contribuição limitada para diminuir as diferenças em saúde da população total (somente 10% das diferenças).
- Entretanto, seu maior impacto é sobre a saúde dos grupos vulneráveis, como minorias étnico-raciais de de baixo nível socioeconômico, mais que para a população em geral. FOCALIZACAO.
- Por isso seu papel pode ser mais importante como proteção nos contextos de múltiplas vulnerabilidades.
- Por exemplo, mulheres de minorias tem maiores desafios em saúde, pois tem maiores taxas de mobilidade e co-mobilidade.
- Mas a maior parte das pessoas que pertencem a estas minorias tem menor acesso aos serviços de saúde nos EUA, pois não podem pagar um seguro de saúde.
- Tem maior dificuldade de ser atendidas em uma emergência e de dar continuidade a atenção e tratamento médicos.

- Estudos recentes mostram que não só as diferenças em saúde entre negros e brancos não diminuíram, mas as desvantagens dos hispanos em relação aos brancos aumentaram.
- Os indígenas contam com um seguro de saúde especial, mas embora eles tenham acesso universal a vacinas e tratamento pré-natal, em outros serviços eles também ficam em desvantagem.
- As disparidades na atenção a saúde das minorias se reproduzem de forma subliminar em todas as fases do processo de atenção: há discriminação no diagnóstico e tratamento, altas tecnologias, procedimentos terapêuticos, mesmo em caso de doenças severas, co-mobilidade e em diferentes tipos de serviços.

Localização geográfica

- Há uma forte interação entre pobreza, raça e lugar de residência.
- Apesar de que os afro americanos residentes em áreas rurais ou no sudeste apresentam condições econômicas similares ou até piores que os das áreas urbanas do nordeste, eles tem melhor saúde.
- Acontece o mesmo com os brancos. Na verdade o perfil dos brancos pobres em algumas áreas urbanas do nordeste são comparáveis aquelas dos negros em pior situação econômica do sul do país.
- A mortalidade das mulheres brancas em Detroit(428 por cem mil) foi comparável as das mulheres negras no leste da Carolina do norte (421 por cem mil)
- Não está claro se estas diferenças refletem a deterioração dos serviços sociais e da infraestrutura de saúde em algumas áreas urbanas, ou se se devem a presença de mais recursos (relacionais), como estilos de vida mais sedentários e menos estressantes e a uma maior coesão social existentes em áreas rurais

Migração e aculturação

- Os imigrantes de todos os grupos raciais e étnicos tem menor mortalidade infantil e adulta que os nascidos nos EUA.
- Estes padrões são complexos e não são bem compreendidos.
- O melhor perfil de saúde dos imigrantes podem refletir a tendência dos imigrantes a ser selecionados, migram os de melhor saúde; ou pode refletir o retorno de alguns migrantes a seus países de origem, mas estes fatores sozinhos não explicam as diferenças.
- Além disso, nem todos os resultados de saúde são melhores para todos os imigrantes.
- As mulheres negras e hispanas nascidas nos EUA e as nascidas fora, assim como as asiáticas nascidas fora, tem maior taxas de mortes relacionadas com a gravidez que as brancas nascidas nos EUA.
- Mulheres imigrantes hispanas e asiáticas tem maior taxas de mortalidade por gravidez que as hispanas e asiáticas que já nascem nos EUA.
- A mortalidade materna é especialmente alta para mulheres negras.
- Para os negros, tanto faz que sejam nascidos nos EUA ou foram suas taxas de mortalidade materna são 4 vezes maiores que as das mulheres brancas.

- Apesar de que os filhos das mulheres hispanas tem menor mortalidade infantil que as brancas, as imigrantes hispanas tem maior risco de ter filhos com baixo peso e prematuros que as brancas.
- As mexicanas, com o passar do tempo, vão convergindo com os padrões de saúde das brancas.
- Claramente existem associações entre a migração, aculturação e saúde, que são complexas.
- Para Chineses e japonese migrantes, as taxas de alguns câncer (colón) aumentam quando eles migram para os EUA, enquanto as taxas de outros canceres diminuem (fígado e cérvix-uterino).
- Por isso é importante identificar os fatores de proteção e de risco para estes grupos, e como eles se combinam entre gerações e em contextos geográficos

Estressores e recursos

- Quais são as formas como os recursos e adversidades acumuladas no curso de vida afetam a vida adulta.
- Os estressores estão vinculados com o estatus da mulher na sociedade, com a saúde física e mental, as consequências da exposição a abusos físicos e sexuais desde a infância e adolescência, e a vitimização por violência dentro e fora de casa ao longo da vida.
- Nos EUA, o maior nível socioeconômico e político das mulheres estão associados com menor mobilidade e mortalidade das mulheres, e podem diminuir os efeitos negativos das adversidades no curso de vida.
- Por exemplo, o envolvimento religioso e a participação prove relações sociais de apoio e recursos econômicos, conforto em momentos de problemas, motivação e apoios para assumir comportamentos saudáveis, e sistemas de crença que oferecem significado e compreensão.
- Mas estas relações religiosas também podem gerar ao mesmo tempo estresse e apoio, com aspectos tanto positivos como negativos para que estes recursos sejam alcançados.

Racismo

- A discriminação institucional joga um papel importante nas restrições econômicas e de oportunidades para as minorias, determinando o estatus socioeconômico na vida adulta
- A segregação residencial e racial é chave para estabelecer os mecanismos institucionais de racismo, que joga um papel crítico al moldear as consequências adversas de saúde ligadas a localização residencial.
- As experiências subjetivas de discriminação são fatores importantes na vida das mulheres de minorias e afetam adversamente a saúde física e mental.
- Por isso continua sendo importante coletar os dados étnico-raciais nos serviços de saúde, para analisar estas diferenças e traçar políticas adequadas para sua superação, que tomem em conta crenças e costumes e se possam mudar comportamentos, considerando os contextos em que estas diferenças se reproduzem.

Mulheres Negras e
Branças e os Níveis
de Acesso aos
Serviços Preventivos
de Saúde:

Uma Análise Sobre
Desigualdades no
Brasil.

Elisana Barbosa
Bolsista ITI-C CNPq

Introdução

- A desigualdade não decorre da diferença individual, mas do modo como as pessoas estão organizadas socialmente .
- As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos social e histórico, as desigualdades sociais se referem às situações injustas, porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros quanto a oportunidades e acesso aos bens e serviços.

- Nessa perspectiva, as desigualdades levam ao prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais: educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos.
- A desigualdade racial no Brasil, estruturadas pelo racismo institucionalizado, impactam o acesso aos bens e serviços, tratando as pessoas de forma desigual por causa da sua raça/cor/etnia ou religião. Fruto da colonização, o racismo é reconhecido como princípio ativo desse processo, pois, desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravagista do Brasil se mantiveram com o desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social.

- As relações raciais estão enraizadas na vida social dos grupos e classes sociais, afetando os indivíduos. Ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas negras na sociedade brasileira, as desigualdades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, limitando, dessa forma, a capacidade de inclusão da população negra.

- E nesse caso, as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito,
- No que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento.
- As mulheres negras sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas às múltiplas formas de discriminação social em consequência da conjugação perversa de racismo e sexismo .

Método da Pesquisa

Fonte de informação

- Como fonte para o estudo, foi utilizado o Suplemento de Saúde da PNAD/IBGE, de 2008.
- A PNAD, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é um inquérito com base na população, de abrangência nacional e ocorre todos os anos.
- Já a Pesquisa Suplementar de Saúde, ocorre com uma periodicidade de cinco anos; iniciou-se em 1998 e foi repetida com algumas alterações e inclusões em 2003, e na terceira edição, em 2008.

- As variáveis definidas para o estudo foram categorizadas em grupos distintos:
 - características individuais, que correspondem às seguintes variáveis raça/cor, idade e sexo;
 - comportamento e os estilos de vida individuais relacionados à composição familiar;
 - condições econômicas, culturais e ambientais compostas por nível de instrução e renda mensal;
 - condições de vida e de trabalho, que inclui instrução, trabalho e renda, morbidades referidas, estado de saúde e acesso a serviços preventivos de saúde.
- Para uma análise sobre o acesso a serviços preventivos de saúde do câncer de mama e do colo uterino por mulheres negras e brancas, foi **construído um indicador de acesso** contemplando **três níveis**, conforme o *número de exames realizados* e o *tipo de financiamento utilizado SUS ou Plano de Saúde*:

INDICADOR QUALIFICADOR COMO BOM, REGULAR OU RUIM :

Bom: todos os exames preventivos (mamas, mamografia e colo de útero), plano de saúde ou SUS;

Regular: dois dos três exames preventivos com a utilização do plano de saúde ou serviços do SUS;

Ruim: a realização de só um dos três exames ou a não realização de qualquer dos três exames.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	BRANCA			NEGRA		
	Bom N (%)	Regular N (%)	Ruim N (%)	Bom N (%)	Regular N (%)	Ruim N (%)
Raca / Cor	331 (15,4 %)	254 (11,8 %)	1566 (72,8 %)	640 (7,9%)	1103 (13,6%)	6397 (78,6%)
GRUPO ETÁRIO (EM ANOS)						
25 a 34	43 (7,5)	69 (12,1)	458 (80,4)	93 (3,8)	241 (9,7)	2147 (86,5)
35 a 49	122 (17,5)	93 (13,4)	481 (69,1)	264 (9,0)	473 (16,2)	2187 (74,8)
50 e mais	166 (18,8)	92 (10,4)	627 (60,8)	283 (10,4)	393 (14,4)	2059 (75,3)
COMPOSIÇÃO FAMILIAR						
Casal sem filhos	53 (15,8)	36 (10,8)	246 (73,4)	92 (9,7)	149 (14,6)	777 (76,3)
Casal com filhos	165 (15,5)	140 (13,1)	763 (71,4)	321 (7,9)	534 (13,2)	3202 (78,9)
Mães solteiras	65 (13,5)	54 (11,2)	364 (75,4)	143 (6,2)	316 (14,3)	1747 (79,2)
Outros tipos de família	48 (18,1)	24 (9,1)	193 (72,8)	84 (9,8)	108 (12,6)	667 (77,6)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO						
Sem Instrução	4 (1,0)	24 (6,2)	363 (92,8)	15 (0,9)	139 (8,8)	1426 (90,6)
Fundamental	46 (6,1)	86 (11,3)	626 (82,6)	132 (3,9)	470 (13,9)	2771 (82,6)
Medio	130 (20,5)	79 (12,4)	426 (67,1)	309 (13,1)	379 (14,9)	1859 (73,0)
Superior	151 (41,6)	64 (17,6)	148 (40,8)	181 (29,2)	116 (18,7)	322 (52,0)

INDICADOR QUALIFICADOR COMO BOM, REGULAR OU RUIM :

Bom: todos os exames preventivos (mamas, mamografia e colo de útero), plano de saúde ou SUS;

Regular: dois dos três exames preventivos com a utilização do plano de saúde ou serviços do SUS;

Ruim: a realização de só um dos três exames ou a não realização de qualquer dos três exames.

Conclusão

- Os níveis de instrução e renda pessoal são considerados macro determinantes: indicam as condições econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade.
- As características sociais e demográficas influenciam o acesso das mulheres aos exames preventivos de saúde: quanto melhor a renda, nível de instrução e ocupação no mercado de trabalho, melhor o acesso.
- Fatores associados às desigualdades de gênero e raça determinam as disparidades sociais, hierarquizando o acesso aos serviços de saúde por meio das diferentes características individuais.
- Entretanto, apesar de as mulheres negras e brancas sofrerem o impacto das desigualdades sociais, o racismo determina as condições de pior acesso das mulheres negras.

- Apesar do Sistema Público de Saúde (SUS) ser universal, igualitário e equânime, com garantia constitucional conferida a todas (os) as (os) cidadãs (os) brasileiras (os), independentemente de sua cor/raça, sexo ou qualquer outra característica, sua aplicabilidade ideal ainda está distante, devido a fatores de contexto histórico, cultural e político.
- O racismo institucional é uma barreira ao acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras.
- Essas desigualdades são determinantes sociais que impactam as condições de vida e o processo de adoecimento.

Questionário da pesquisa

- 1 – No Brasil o preconceito é social ou racial ?
- 2 – Quem utiliza o (hospital, posto ,UPA) com mais freqüência mulheres negras ou mulheres brancas ?
- 3 – As mulheres negra tem o mesmo tratamento no (hospital, posto ,UPA) que as mulheres brancas ?
- 4 – Você já presenciou dentro do seu local de trabalho alguma discriminação de gênero ou raça ?
- 5- O nível de instrução dessas mulheres?
- 6- influencia no modo de tratamento dentro do (hospital, posto ,UPA) ?

Referências :

- BAIROS, F.S.; MENEGHEL, S.N.; OLINTO, M.T.A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 17(2):123-153, abr-jun, 2008.
- BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- _____. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1997.
- BATISTA, L.E. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.
- BATISTA, L.E; ESCUDER, M.M.L. Medindo desigualdade na saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista*. abr., ano 2, n. 16, 2005.
- CARNEIRO, S. "A batalha de Durban". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 2.009-2.014, 2002.