



FATORES QUE INTERFEREM NAS DISPARIDADES RACIAIS EM SAÚDE: impacto do trauma histórico, status socioeconômico e racismo sobre a saúde

Roberto dos Santos Lacerda¹

Vijaya Hogan²

Edna Maria de Araújo³

Climene Laura de Camargo⁴

RESUMO

Reconhecer e superar disparidades em saúde são grandes desafios da saúde pública para a construção de um mundo mais justo e igualitário. Este artigo é resultado de experiência de intercâmbio acadêmico na Universidade da Carolina do Norte (EUA). O objetivo desse trabalho é descrever algumas das principais abordagens teóricas utilizadas em pesquisas sobre disparidades em saúde nos EUA. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica por meio eletrônico nas seguintes bases: MEDLINE; WEB OF SCIENCE (ISI) e GOOGLE SCHOLAR, sendo selecionados artigos científicos publicados no período de 1990 a 2010, utilizando-se as palavras chaves: Trauma Histórico (*historical trauma*), status socioeconômico (*socioeconomic status*), curso de vida (*life course*) e racismo (*racism*). As diferentes abordagens utilizadas em estudos na área de saúde pública apontaram para a importante contribuição dos fatores históricos, ambientais, socioeconômicos e ideológicos, entre eles o racismo e a discriminação, para a geração e manutenção de disparidades raciais em saúde.

Palavras-chave: Disparidades, status socioeconômico, trauma histórico, racismo.

FACTORS THAT AFFECT THE RACIAL DISPARITIES IN HEALTH: IMPACT OF HISTORICAL TRAUMA, SOCIOECONOMIC STATUS AND RACISM ON HEALTH

ABSTRACT

Recognizing and overcoming health disparities are major public health challenges to building a more just and equal world. This paper is the result of an academic exchange experience at the University of North Carolina (USA). The aim of this paper is to describe some of the main theoretical approaches

¹ Professor Assistente da Universidade Federal de Sergipe. Mestre em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS. e-mail: robertosl3@hotmail.com

² Prof^a. PhD. Departamento de Saúde Materno-Infantil. Gillings School of Global Health University of North Carolina, U.S.A.

³ Prof^a. Adjunta - UEFS, Doutorado em Saúde Pública - ISC/UFBA, Professora do PPGSC, Coordenadora NUDES/UEFS.

⁴ Prof^a. Adjunta - UFBA, Doutorado em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem -UFBA.



used in research on health disparities in the U.S. We performed a literature research using the following electronic databases: MEDLINE, Web of Science (ISI) and GOOGLE SCHOLAR. We selected scientific articles published between years of 1990 and 2010, using the following keywords: Historical trauma, SES (socioeconomic status), life course and racism. The different approaches used in studies in public health point to the important contribution of historical, environmental, socioeconomic and ideological factors, among them racism and discrimination, for the generation and maintenance of racial disparities in health.

Keywords: Disparities. Socioeconomic status. Historical trauma. Racism.

*FACTORES QUE INTERFIEREN EN LAS DISPARIDADES RACIALES EN SALUD:
IMPACTO DEL TRAUMA HISTÓRICO, STATUS SOCIOECONÓMICO Y RACISMO SOBRE
LA SALUD*

RESUMEN

Reconocer y superar disparidades en salud son grandes retos de la salud pública para la construcción de un mundo más justo e igualitario. Este artículo es el resultado de experiencia de intercambio académico en la Universidad de Carolina del Norte (EEUU). El objetivo de este artículo es describir algunas de los principales abordajes teóricos utilizados en investigaciones sobre disparidades en salud en los EEUU. Se realizó una investigación bibliográfica electrónica en las siguientes bases: MEDLINE; WEB OF SCIENCE (ISI) y GOOGLE SCHOLAR. Se seleccionaron artículos científicos publicados en el período de 1990 a 2010, de acuerdo con las siguientes palabras clave: Trauma Histórico (historical trauma), status socioeconómico (socioeconomic status), curso de vida (life course) y racismo (racism). Los distintos abordajes utilizados en estudios en el área de salud pública señalaron para la importante contribución de los factores históricos, ambientales, socioeconómicos e ideológicos, entre los cuales el racismo y la discriminación, para la generación y mantenimiento de disparidades raciales en salud.

Palabras Clave: Disparidades, status socioeconómico, trauma histórico, racismo.

*LES FACTEURS QUI INTERFÈRENT AVEC LES DISPARITÉS RACIALES EN MATIÈRE DE
SANTÉ: IMPACT DES TRAUMATISMES HISTORIQUES, LE RACISME ET LE STATUT
SOCIO-ÉCONOMIQUE SUR LA SANTÉ*

RÉSUMÉ

Reconnaître et surmonter les disparités en matière de santé sont les principaux problèmes de santé publique à la construction d'une société plus juste et égalitaire. Cet article est le résultat de l'échange d'expérience académique à l'Université de Caroline du Nord (Etats-Unis). Le but de cet article est de décrire quelques-unes des principales approches théoriques utilisées dans la recherche sur les disparités en santé aux États-Unis. Nous avons effectué une recherche documentaire en utilisant les données électroniques bases de suivantes: MEDLINE; WEB OF SCIENCE (ISI) e GOOGLE SCHOLAR. Nous avons sélectionné les articles publiés de 1990 à 2010, en utilisant les mots clés: Histoire de traumatologie (historical trauma), statut socio-économique (socioeconomic status), cours de la vie (life course) et le racisme (racism). Les différentes approches utilisées dans les études dans le domaine de la santé publique a souligné la contribution importante du patrimoine historique, environnemental, socio-économique et idéologique, y compris le racisme et la discrimination, pour la génération et la maintenance des disparités raciales en matière de santé.

MOTS-CLÉS: Disparités, statut socioéconomique, traumatisme historique, racisme



INTRODUÇÃO

Reconhecer disparidades em saúde e refletir sobre suas causas, bem como propor estratégias de superação dessas disparidades são fatores essenciais para o planejamento e proposição de ações no âmbito da Saúde Pública, bem como representa um grande desafio para as sociedades mais justas e igualitárias.

Disparidade em saúde é definida por Braveman (1991) como uma particular diferença em *status* de saúde, na qual grupos em desvantagem social (pobres, minorias raciais/étnicas, mulheres, ou outros grupos que tem persistentemente vivenciado desvantagem social ou discriminação), sistematicamente possuem pior padrão de saúde ou maiores riscos à saúde do que grupos em vantagem.

Diferenças raciais e étnicas em desfechos de saúde constituem foco de crescente atenção de gestores e pesquisadores nos EUA. Na publicação “*Healthy People*” (2010), o Serviço de Saúde Pública dos EUA identificou a eliminação das disparidades em saúde, incluindo disparidades raciais em *status* e acesso à saúde e o aumento do número de anos de vida com qualidade, como dois dos principais objetivos em torno dos quais a melhoria da saúde da nação deveria ser organizada. (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000).

Segundo James (2009) três fatores interagem para determinar disparidades na incidência de doenças: hospedeiro, ambiente e comportamento. O quarto fator - acesso à saúde, que influencia nas disparidades relacionadas à mortalidade prematura, e o quinto fator que abrange as estruturas políticas e econômicas, determinando diferenças de mortalidade a depender da disponibilidade de recursos que são direcionados aos grupos populacionais.

Compreender as especificidades e, principalmente, a forma como diferenças raciais, de gênero e de *status* socioeconômico produzem disparidades em saúde é um desafio para pesquisadores e gestores em saúde pública.

Teorias/abordagens como trauma histórico (*historical trauma*), curso de vida (*life course*), *status* socioeconômico (*socioeconomic status*) e racismo (*racism*), amplamente usados em pesquisas nos EUA, podem ajudar no entendimento sobre a maneira como ocorrem disparidades em saúde e estimular a criação de políticas e programas contribuindo na eliminação destas disparidades.

Este artigo é resultante de atividade de intercâmbio acadêmico e cultural no âmbito de convênio entre a Universidade Estadual de Feira de Santana (BA) e a Universidade da Carolina do Norte (Chapel Hill- USA), objetivando identificar na produção científica americana, abordagens teóricas utilizadas para compreender as disparidades raciais em saúde, passo inicial para a superação dessas disparidades e promoção da equidade em saúde.



METODOLOGIA

Fez-se uma revisão da literatura sobre a temática “disparidades em saúde”, pesquisando a literatura na área de saúde dos EUA, publicada em periódicos indexados, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2010. Foram utilizados os princípios da pesquisa bibliográfica, envolvendo as atividades básicas de identificação, compilação e fichamento dos trabalhos.

A pesquisa dos artigos foi realizada na *Health Science Library/University of North Carolina at Chapel Hill (USA)* e, a partir daí, acessadas algumas das principais bases bibliográficas de dados: MEDLINE (base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine, USA); WEB OF SCIENCE (ISI) “A Página da Ciência” (base de dados generalista) e GOOGLE SCHOLAR (base de dados do site de busca Google).

Para análise, discussão e compreensão sobre disparidades em saúde, foram pesquisados quatro tópicos em inglês: (1) *Historical Trauma*, descritores: historical trauma and health, historical trauma and health disparities; (2) Socioeconomic status (SES) que teve como descritores: socioeconomic status and health, socioeconomic status and health disparities; (3) Life course, descritores: life course and health, life course and health disparities; (4) Racism, descritores: racism and health, racism and health disparities.

Foram encontrados 141 artigos entre originais e de revisão, dos quais foram utilizados 51 nesse trabalho. Esses artigos foram selecionados por serem da área de saúde pública e trazerem em seu bojo, discussão teórica ou empírica da relação entre as teorias/abordagens escolhidas e as disparidades raciais em saúde. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não eram da área de saúde e não possuíam abordagem populacional.

TRAUMA HISTÓRICO

Trauma histórico é uma teoria utilizada em pesquisas sobre disparidades em saúde proporcionando em nível macro uma estrutura para examinar como a história de vida de uma população exposta a um trauma em um momento específico no tempo pode influenciar no padrão de adoecimento quando comparada à uma população não exposta (SOTERO, 2006). Trata-se de um conceito relativamente novo na Saúde Pública, definido por Brave Heart (1999) como “o cumulativo e coletivo prejuízo emocional e psicológico durante a vida e ao longo das gerações resultante da massificação de experiências traumáticas”.

A premissa dessa teoria é que as populações historicamente submetidas a trauma em massa por um longo período (colonialismo, escravidão, guerra, genocídio) apresentam maior prevalência de doenças através das gerações, mesmo após a ocorrência do trauma (BRAVE HEART, 1999; BRAVE HEART, DEBRUYN, 1995). Whitbeck (2004) relata que a maioria das conceituações da teoria é baseada em relatos de trauma persistente entre sobreviventes do Holocausto e suas famílias após a II Guerra Mundial.



Ainda citando Whitbeck (2004), grande parte desse trabalho sobre a persistência e transmissão das experiências traumáticas do holocausto, se originaram na década de 60, sendo escrito a partir de uma perspectiva psicanalítica. As três construções básicas da teoria são a experiência do trauma histórico, a resposta ao trauma histórico e a transmissão intergeracional de um trauma histórico (BRAVE HEART, 2003; DANIELI, 1998).

Os sintomas associados com trauma histórico são baseados em concepções da “síndrome do sobrevivente” incluindo sintomas de negação, despersonalização, isolamento, somatização, perda de memória, agitação, ansiedade, culpa, depressão, pensamentos intrusivos, pesadelos, entorpecimento psíquico, e culpa do sobrevivente. Além desses, estão incluídos: pouca tolerância emocional, hipervigilância, abuso de substâncias químicas, fixação no trauma, criação de novas situações de traumatização, e identificação com a morte. (BRAVE HEART, 2001).

Apesar de todo o conhecimento sobre os sintomas, uma lacuna teórica está relacionada à associação de sintomas psicológicos e problemas somáticos, identificados entre as populações minoritárias, diretamente com as causas históricas do trauma. Quase todos os estudos que identificam os sintomas referem-se a causas proximais. Withbeck (2004) considera que isso deixa um empírico “elo perdido” realmente conectando os sintomas com as fontes históricas propostas. Para esse autor é necessário entender os mecanismos específicos através dos quais perdas históricas afetam comportamentos e como esses pensamentos interagem com causas mais próximas de estresse, tais como desvantagem socioeconômica, discriminação e problemas sociais.

De Graaf (2001) tenta explicar essa questão observando que o trauma histórico foi transmitido de geração a geração por meio de interação entre pais e filhos e através das histórias relatadas sobre a vivência do trauma. Chase (2001) ao explicar o trauma histórico, a partir de estudos com índios americanos, assinala que a memória do que aconteceu com seus antepassados no período de colonização permanece nos genes dos nativos americanos.

A teoria do trauma histórico ressalta que, a fim de eliminar as disparidades em saúde entre diferentes populações, é necessário conhecer e respeitar os processos históricos e os mecanismos que marcaram física, psicológica e socialmente determinadas populações. Além disso, é importante que sejam incorporadas às práticas do cuidar, as tradições, o respeito à conexão, o holismo, a confiança e a espiritualidade juntando-se às ações tradicionais que visam melhorar o status de saúde dessas populações. (BRAVE HEART, 1998).

Os primeiros estudos sobre trauma histórico nos EUA foram realizados com Índios americanos, buscando associar o trauma vivenciado no período da colonização americana, com o perfil epidemiológico desse grupo populacional na atualidade. Para Sotero (2006) é necessário que as pesquisas sejam direcionadas a outras minorias populacionais, além dos índios americanos, para determinar a existência do trauma histórico, se as variações de resposta ao trauma são dependentes da intensidade, tamanho e contexto da exposição, tempo passado desde a exposição, resiliência e fatores



protetores ou culturais.

A teoria do trauma histórico pode ajudar técnicos e pesquisadores em Saúde Pública a ampliar a perspectiva sobre disparidades em saúde e contribuir no desenvolvimento de um novo caminho para melhorar o *status* de saúde de grupos raciais/étnicos que vivenciaram e vivenciam efeitos de traumas em massa, a exemplo da população afro-brasileira que ainda hoje sofre os impactos da escravidão.

CURSO DE VIDA

Ao longo do tempo, estudos epidemiológicos têm apresentado fortes evidências de que alguns grupos têm melhor *status* de saúde e maior chance de longevidade que outros, que encontram-se em desvantagem econômica, sendo as minorias étnico-raciais mais prejudicadas diante dessa consideração. (PEARLIN *et al*, 2005).

A abordagem do curso de vida analisa como a história de vida de grupos ou indivíduos em sociedade pode explicar diferenças em saúde. (WETHINGTON, 2005). Kuh (2003) define *life course epidemiology* (epidemiologia do curso de vida) como o estudo dos efeitos, em longo prazo, na saúde ou no risco de doenças, gerados por exposições físicas ou sociais durante a gestação, infância, adolescência, juventude e vida adulta. O autor ressalta que o conceito de *curso de vida* ganhou força na epidemiologia com o resgate do interesse sobre o papel dos fatores de risco no início da vida, associados a problemas cardiovasculares, entre outras doenças crônicas.

A abordagem do curso de vida em estudos na área de saúde parte do embasamento da teoria da desigualdade cumulativa (*cumulative inequality theory*). Ferraro (2009), explica essa teoria destacando que sistemas sociais geram desigualdade, as quais são manifestadas ao longo do curso de vida através de processos demográficos e de desenvolvimento, e que as trajetórias pessoais são formadas pela acumulação de risco, recursos disponíveis, entre outros fatores.

Diversos estudos nos EUA têm buscado usar os modelos de *curso de vida* para explicar disparidades raciais em saúde. Lu e Halfon (2003) observam que bebês negros têm piores indicadores de saúde ao nascimento do que bebês brancos. Esses autores ressaltam que a maioria dos estudos focam nos diferenciais de exposição das mães durante a gravidez a fatores protetores e de risco como *status* socioeconômico atual, hábitos da mãe, cuidado pré-natal, estresse psicossocial ou infecções perinatais. Eles concluem destacando a necessidade de pesquisas futuras sobre disparidades raciais na saúde neonatal, enfocando diferenciais de exposição a fatores de proteção e de risco não apenas durante a gestação, mas ao longo da vida da mulher.

Lee *et al* (2009) não observaram diferenças étnico-raciais na influência do curso de vida/*status* socioeconômico nas tendências de obesidade da adolescência para fase adulta, mas observaram essas diferenças por gênero, visto que homens com histórico de desvantagem socioeconômica que vivenciaram transições precoces (entrada no mercado de trabalho, casamento) apresentaram maior risco de incidência de obesidade e mulheres expostas a persistente adversidade durante a vida apresentaram maior



risco de serem obesas.

Os estudos de Mossakowski (2008) indicam que adultos jovens negros e hispânicos têm maiores níveis de sintomas de depressão que brancos e que essas diferenças étnicas/raciais podem ser explicadas, além de outros fatores, pelo acúmulo de privações e desvantagem socioeconômica no contexto familiar e pelo tempo de duração da pobreza durante o período de transição para fase adulta.

Para Miech e Shanahan (2000), a integração de percepções advindas do paradigma do estresse com a perspectiva do *curso de vida* pode conduzir ao completo entendimento da influência das desigualdades socioeconômicas no funcionamento psicológico.

Investigando prevalência de hipertensão de homens negros em relação a posição socioeconômica (*socioeconomic position* - SEP) vivenciadas na infância e na vida adulta, James *et al.* (2006) no estudo *The Pitt County Study* observaram que baixa posição socioeconômica na infância estava associada com aumento de 60% da prevalência de hipertensão; e quando comparada a prevalência entre homens com alto SEP na infância e na vida adulta com homens com baixa posição socioeconômica na infância e vida adulta, a prevalência de hipertensão foi sete vezes maior para o segundo grupo.

A partir de dados do estudo de corte conhecido como *The Alameda County Study, 1965-1999*, Maty *et al.* (2010) examinaram associações entre média de SEP ao longo da vida (posição socioeconômica na infância, educação, renda, ocupação) e incidência de *diabetes mellitus* entre negros e brancos e observaram que a incidência de diabetes foi duas vezes maior entre os negros e a baixa SEP na infância aumentou o risco para os dois grupos.

Ao analisar relações entre prisão, raça e saúde, London e Myers (2006) observaram que os estudos de curso de vida, geralmente não incluem os efeitos do encarceramento, que provavelmente tem ação indireta sobre a saúde devido à empregabilidade, renda e trajetória marital. Para esses autores, devido ao grande número de homens negros encarcerados e não presentes nas amostras das pesquisas, as disparidades raciais em saúde devem ser subestimadas, o que reforça a necessidade da inclusão dos efeitos do encarceramento nos modelos de curso de vida e saúde populacional.

A abordagem do curso de vida oferece muito aos pesquisadores e profissionais em saúde pública ao fornecer novas perspectivas sobre tempo, espaço social e história, além de direcioná-los ao estudo e entendimento de como as desvantagens acumuladas ao longo da vida contribuem para a existência e manutenção das disparidades em saúde, em especial as étnico-raciais.

A superação das disparidades raciais em saúde perpassa pelo reconhecimento e compreensão do impacto da acumulação de desvantagens e privações, desde a gestação, sobre o status de saúde na fase adulta. Dessa forma, políticas e ações devem focar sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença sobre a população negra, com atenção especial às ações de saúde materno-infantil.



STATUS SOCIOECONÔMICO

Os termos status socioeconômico “*socioeconomic status*”, posição socioeconômica “*socioeconomic position*” e classe social “*social class*” (coletivamente “*SES*”) são amplamente utilizados em pesquisas sobre saúde. A literatura em epidemiologia social consistentemente trata SES como um multidimensional constructo contando com diversos fatores socioeconômicos (recursos econômicos, poder, e/ou prestígio). (BRAVEMAN, 2005).

Uma das correntes que tentam explicar a relação entre SES e saúde é a neurobiológica. Segundo Roy (2003), em sociedades hierárquicas, indivíduos de cada nível de hierarquia tem que se submeter àqueles que estão em nível acima e o reconhecimento dessa submissão gera emoções como vergonha, raiva e depressão. Essas emoções conduzem para a ativação do sistema de alarme psicológico e a ativação crônica desses sistemas resulta em mudanças nos sistemas de diferentes órgãos, alvos responsáveis por doenças em adultos, entre elas: início da diabetes, hipertensão, arteriosclerose, depressão e doenças autoimunes.

Status socioeconômico forma a base de três dos maiores determinantes de saúde: acesso ao cuidado em saúde, exposição ambiental e hábitos de saúde (ADLER & NEWMAN, 2002). Determinantes de desigualdade socioeconômica relacionadas a gênero e raça/etnia em nível geopolítico incluem especificidades de cada país, geografia e história, políticas e serviços, organização das instituições e estruturas que geram as disparidades em saúde (MOSS, 2002). Por outro lado, as disparidades raciais/gênero em saúde são fatores condicionais para o status socioeconômico. (FARMER, 2004; NORRIS, 2008).

Diversas pesquisas nos EUA têm procurado investigar e mensurar os efeitos da combinação gênero/raça/SES na produção de disparidades em saúde. (MCDONOUGH, 1999; HOWARD, 2000; LANTZ, 2006; NORRIS, 2008; ERWIN, 2010). Newacheck (2003) ao analisar disparidades na prevalência de deficiência física entre crianças negras e brancas concluiu que a prevalência cresceu marcadamente em ambos os grupos entre 1979 e 2000, mas entre crianças negras a prevalência de deficiência foi maior, e análises multivariadas indicaram que a diferença negros/brancos na prevalência de deficiência poderia ser explicada inteiramente pelas diferenças no status de pobreza.

Shuey (2008) utilizando dados longitudinais para avaliar se benefícios proporcionados por recursos socioeconômicos tinham o mesmo impacto no status de saúde de brancos e negros, observaram que educação não oferece as mesmas vantagens para a saúde de negros como para a de brancos, particularmente em altos níveis de educação. Glymour e Manly (2008) observaram que condições desfavoráveis ao longo da vida (segregação geográfica, discriminação, posição socioeconômica, etc.) interferem na ação cognitiva de adultos, em particular dos negros. Vizinhaça, circunstâncias socioeconômicas e acesso ao serviço de saúde são fatores importantes para a origem e manutenção de disparidades raciais em saúde. (WILLIAMS, 2005).



Grupos minoritários vivenciam desproporcionalmente a influência de fatores sociais que afetam a saúde negativamente. Galea (2002) aponta fatores como falta de moradia, encarceramento e posição socioeconômica como fatores que contribuem para as disparidades em saúde entre usuários de drogas. Já Stewart (2007) aponta, além dos indicadores tradicionais como renda e educação, os indicadores de SES não tradicionais, tais como atendimento em serviço público de saúde, privação material e prestígio social subjetivo como influenciadores da percepção de saúde e depressão entre mulheres grávidas de diferentes grupos étnicos.

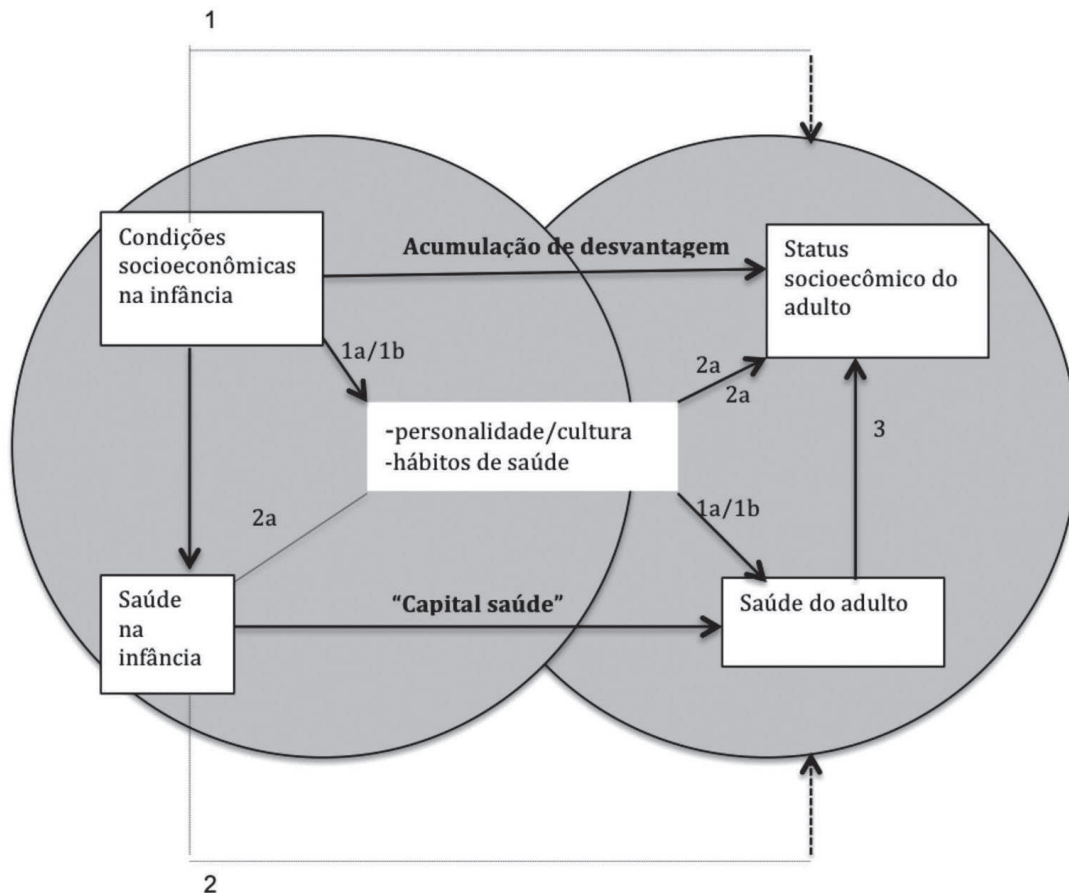
O modelo conceitual (figura 1) proposto por Van de Mheen et. al. (1998) procura estabelecer/ analisar a relação entre curso de vida e status socioeconômico a partir da consideração de três processos centrais, sendo o primeiro a contribuição das condições socioeconômicas na infância para as desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta. A questão chave desse processo é: pessoas adultas em grupos de baixo status socioeconômico são menos saudáveis que pessoas de grupos de alto status socioeconômico porque cresceram em condições de relativa pobreza?

Como segundo processo, o autor considera a contribuição da saúde na infância para as desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta, tendo como questão principal: pessoas em grupos de baixo status socioeconômico são menos saudáveis que pessoas de grupos de alto status socioeconômico porque vivenciaram mais problemas de saúde na infância?

O terceiro ponto considerado por Van de Mheen et al. (1998) é a “seleção da saúde” na vida adulta, a chamada “mobilidade social intergeracional”. Esse processo considera a seguinte questão: pessoas em grupos de baixo status socioeconômico são menos saudáveis que pessoas de grupos de alto status socioeconômico porque é mais provável que elas vivenciem “mobilidade para baixo” (em relação, por exemplo, a renda e ocupação), ou menos provavelmente vivenciem “mobilidade para cima” por causa dos problemas de saúde, os quais têm suas raízes na infância?

Apesar de o SES ser frequentemente implicado como fator contribuinte das disparidades em saúde entre minorias raciais/étnicas, mulheres e idosos, Shavers (2007) considera que os achados dos estudos que examinam o papel do SES e as disparidades em saúde têm fornecido resultados inconsistentes e aponta para algumas falhas a serem superadas, dentre elas: a falha de precisão da confiabilidade das medidas, dificuldade de coleta de dados de SES individuais, natureza dinâmica do SES ao longo da vida e a falha na pobre correlação de medidas individuais de SES.

FIGURA 1 - Modelo Conceitual “Status socioeconômico e saúde. Van de Mheen et al (1998).



- 1 contribuição das condições socioeconômicas na infância para desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta
- 1a efeito independente das condições socioeconômicas na infância para a saúde do adulto
- 1b efeito independente das condições socioeconômicas durante a infância na saúde do adulto através de hábitos de saúde e personalidade/cultural fatores
- 2 contribuição da saúde na infância para desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta
- 2a contribuição da saúde na infância para desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta através da seleção em saúde na vida adulta
- 3 seleção em saúde na vida adulta

Fonte: Van de Mheen, H. H. D. (1998). A lifecourse perspective on socio-economic inequalities in health: The influence of childhood socio-economic conditions and selection processes. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 754-777.

RACISMO

A investigação do racismo como um determinante de saúde é uma área crescente de estudo em pesquisas sobre saúde nos EUA. Paradies (2006), em revisão de estudos empíricos quantitativos de base populacional com associação entre racismo e desfechos de saúde, identificou 138 estudos publicados, dos quais 65% foram publicados entre 2000 e 2004.



No campo da saúde pública, alguns pesquisadores têm formulado teorias explicativas da relação racismo e saúde. Jones (2000) descreve três níveis de racismo. O primeiro nível é o racismo institucionalizado, definido com diferencial no acesso a bens, serviços e oportunidades em virtude da raça, incluindo acesso a serviço de saúde; o racismo pessoalmente mediado é definido como preconceito (diferentes pressupostos sobre habilidades, motivações e intenções dos outros de acordo com sua raça) e discriminação (diferencial nas ações em relação aos outros de acordo com sua raça). Segundo Jones (2000), preconceito e discriminação podem se manifestar como desrespeito, mal atendimento e falhas na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde;

O terceiro nível é o racismo internalizado, definido como a aceitação, por membros de raças estigmatizadas de mensagens negativas, sobre suas capacidades e seu valor intrínseco. Esse tipo de racismo pode ter diversas manifestações, incluindo impotência, autodesvalorização, e limitando direito à autodeterminação e autoexpressão, revelando-se no setor saúde pela redução da capacidade da população negra questionar o tratamento e falar com seus médicos. (Jones, 2000).

A teoria ecossocial de Krieger (2001) é um modelo epidemiológico multinível que busca integrar social e biológico, utilizando argumentação de uma perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.

O modelo biopsicossocial proposto por Clark et al. (1999) conceitualiza o racismo como uma forma de *stress* que resulta em prejuízos psicológicos/fisiológicos os quais são moderados/mediados por uma variedade de características e respostas.

A hipótese do “duplo perigo” afirma que idosos afro-americanos estão particularmente em risco de ter “pobre saúde” devido à interação entre racismo e discriminação. (FERRARO; FARMER, 1996).

Paradies (2006) observa que há três níveis nos quais coerência e clareza devem ser buscados nesses estudos: na definição e teorização do racismo, na clareza de como o racismo deve estar relacionado à saúde e a caracterização do racismo como uma exposição que pode ser operacionalizada e mensurada. Variações étnicas e raciais no *status* de saúde resultam, primariamente, de variações de exposição entre raças ou vulnerabilidade a fatores de risco comportamentais, psicossociais, materiais e ambientais. (WILLIAMS, 1994).

Alguns estudos têm mostrado que indivíduos com experiência de discriminação e outras fontes de *stress* possuem maior prevalência de comportamento de risco para doenças crônicas, como tabagismo, abuso de álcool e outras drogas. (YEN, 1999; LANDRINE, 2000; GUTHRIE, 2002; GIBBONS, 2004).

Williams (2000) sugere que o racismo pode afetar a saúde mental de três formas: (1) o racismo nas instituições da sociedade pode resultar na dificuldade de mobilidade social, diferencial de acesso a recursos, precárias condições de moradia, fatores que podem afetar negativamente a saúde mental; (2) experiências de discriminação podem induzir alterações psicológicas/fisiológicas afetando a saúde mental; (3) em sociedades socialmente racializadas, a aceitação de estereótipos culturais negativos



pode conduzir a desfavoráveis autoavaliações produzindo efeitos deletérios no bem-estar psicológico. Para Bhui (2005) a discriminação étnico-racial apresenta forte associação com transtornos mentais comuns.

Gee (2006) aponta que a discriminação pode ser um importante preditor de desvantajoso *status* de saúde mental entre negros e imigrantes latinos nos EUA. Williams (1997) ressalta serem necessários estudos que identifiquem os complexos meios nos quais formas econômicas e não econômicas de relato de discriminação se combinam com posição socioeconômica e outros fatores de risco que afetam a saúde.

Estudos apontam que a segregação racial com base no território é uma causa fundamental das disparidades raciais em saúde. Para Walton (2009), a segregação racial aumenta as chances de baixo peso ao nascer entre os afro-americanos. Para William (2001) a separação física das raças pela força da residência em certas áreas é um mecanismo institucional de racismo, desenhado para proteger brancos da interação social com negros, sendo a segregação uma causa primária das diferenças no *status* socioeconômico pela determinação do acesso a educação e oportunidades de emprego. Os autores concluem que esforços efetivos para eliminação das disparidades raciais em saúde devem combater a segregação e suas perversas consequências.

O impacto do racismo e discriminação incide sobre um dos principais determinantes de saúde, o acesso aos serviços e sistemas de saúde. Diversos autores destacam que as disparidades raciais no acesso à saúde são geradas tanto pelos sistemas, como um todo, com pelos profissionais de saúde e pelos gestores, podendo se manifestar no nível do paciente/profissional através dos preconceitos, estereótipos e incertezas na comunicação clínica e tomada de decisões. (Nelson, 2002, Peek et al, 2010).

Baseada nas discussões de raça, racismo e epidemiologia, Jones (2001) traz importantes recomendações para pesquisadores em saúde pública, entre elas: vigorosa investigação das bases do racial associadas a diferenças no status de saúde, reconhecimento que raça é um constructo social e não biológico, relevância da diversidade dentro dos grupos sociais, consideração da associação entre raça e classe social nos EUA perpetuada pelo racismo institucional, peso da existência e dos impactos do racismo; partilha com a comunidade no levantamento das questões, geração de hipóteses e dividir os achados com as comunidades envolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um mundo mais justo e igualitário deve ter como uma das premissas básicas a superação das disparidades em saúde. Dessa forma, o conhecimento do processo histórico, social e ideológico de geração dessas disparidades, faz-se imprescindível diante da complexidade do fenômeno.



A literatura norte-americana a respeito de disparidades em saúde apresenta boas evidências sobre as diferenças no *status* de saúde baseados em diferenças de gênero, raça e *status* socioeconômico. As teorias/abordagens descritas nesse trabalho permitiram melhor compreensão no entendimento das diferenças no processo saúde-doença entre grupos minoritários nos EUA.

Apresenta-se como uma limitação desse estudo a ausência de investigação sobre os fatores históricos, sociopolíticos e ideológicos presentes no processo de civilização americano e que determinaram a organização social do país. Essa compreensão faz-se necessária para o melhor entendimento de fatores certamente presentes na gênese das atuais disparidades em saúde nos EUA.

As teorias apresentadas nesse estudo apresentam algumas limitações que precisam ser superadas para uma melhor compreensão dos mecanismos de produção das disparidades em saúde. A teoria do trauma histórico apresentou como limitação a falta de maiores evidências dos mecanismos de transmissão hereditária da memória do trauma dentre as gerações. Observa-se que aproximação e incorporação de conhecimentos da Genética/Biologia Molecular poderiam colaborar com o preenchimento dessa lacuna do conhecimento, consolidando essa teoria nos estudos de disparidades em saúde.

Curso de Vida e Status Socioeconômico são conceitos consolidados em estudos sobre determinantes em saúde, mas algumas limitações precisam ser superadas para melhor utilização dessas teorias, entre elas: a falha de precisão da confiabilidade das medidas, dificuldade de coleta de dados de SES individuais, pobre correlação de medidas individuais de SES.

O reconhecimento de que o racismo é um fator gerador de disparidades em saúde é primordial para a superação dos diferenciais em saúde entre grupos étnico/raciais nos EUA. Apesar das evidências empíricas encontradas em estudos epidemiológicos, a definição e teorização do racismo, a clareza da interação entre racismo-saúde, a caracterização do racismo como uma exposição que pode ser operacionalizada e mensurada são questões cruciais para a completa incorporação do racismo como importante determinante de saúde a ser melhor utilizado nos estudos de epidemiológicos.

Considerando-se as especificidades do Brasil, principalmente, o processo histórico de civilização e forma de organização sociopolítica (baseada no sistema escravocrata, de dizimação indígena e exclusão social de minorias), as teorias/abordagens apresentadas, em adição às que já são utilizadas pelos pesquisadores no país, podem auxiliar nas pesquisas que buscam entender e evidenciar as disparidades em saúde, fomentando a adoção de medidas que possam promover a igualdade e superar as graves disparidades em saúde existentes no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, N. N. E.; NEWMAN, K.. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Affairs* (Millwood, Va.), v. 21, n. 2, 2002, p. 60-76.



BHUI, K. K. Racial/Ethnic discrimination and common mental disorders among workers: Findings from the Empiric study of ethnic minority groups in the united kingdom. *American Journal of Public Health* (1971), 95(3), 2005, p. 496-501.

BRAVE HEART, MYH The return to the sacred path: Healing the historical trauma and historical unresolved grief response among the Lakota through a psychoeducational group intervention, *Smith College Studies in Social Work*. n. 68, v. 3, 1998, p. 278-305.

_____. Gender Differences in the Historical Trauma Response among the Lakota. *Journal of Health and Social Policy*. n. 10, v. 4, 1999, p. 1–21.

_____. Historical trauma theory and historical trauma and intervention research. Paper presented at the meeting of the Oregon. Social Learning Center, Lincoln City, OR, 2001, May.

_____. The Historical Trauma Response Among Natives and its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*. n. 35, v. 1, 2003, p. 7–13.

_____., DEBRUYN, L.M. So she may walk in balance: Integrating the impact of historical trauma in the treatment of Native American Indian women. In J. adleman & G.Enguidanos (Eds.). *Racism in the lives of women: Testimony, theory, and guides to anti-racist practice*, New York: The Haworth Press, Inc., 1995, p.345-368.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*. v. 27, 2006, p. 167-194.

CHASE, J. *The development of historical trauma theory and practice among the Lakota: Healing the Wounded Knee Massacre and beyond*. Presentation at the meeting of the Takini Network, Santa Ana, NM, 2001, September.

CANADY, R. Discrimination and symptoms of depression in pregnancy among african american and white women. *Women's Health Issues*, 18(4), 2008, p. 292-300. Retrieved from WOS database.

CLARK, R.; ANDERSON, N. B.; CLARK, V. R.; Williams, D. R. Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist*, n. 54, 1999, p. 805–816.

DANIELI, Y. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York: Plenum Press, 1998.

DE GRAFF, T. *Mechanisms in the transgenerational transmission of (Grand) parental trauma to their descendants*. Paper presented at the meeting of the Takini Network, Santa Ana, NM. 2001.

ERWIN, P. Health disparities in rural areas: The interaction of race, socioeconomic status, and geography. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v. 21, n. 3, 2010, p. 931-945.



FARMER, M. M.; FERRARO, K. F. Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status? *Social Science & Medicine*, v. 60, n. 1, 2005, p. 191-204.

FERRARO, K. F.; FARMER, M. M. Double jeopardy to health hypothesis for African Americans: Analysis and critique. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 37, 1996, p. 27-43.

GALEA, S. Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*, n. 117 (suppl 1), 2002, p. 135.

GIBBONS, F.X. et al. Perceived discrimination and substance use in African American parents and their children: a panel study. *J Pers Soc Psychol.*, v. 86, 2004, p. 517-529.

GUTHRIE, B.J.; et.al. African American girls' smoking habits and day-to-day experiences with racial discrimination. *Nursing Research*. v. 51, 2002, p. 183-189.

HOWARD, G et al. Race, socioeconomic status, and cause-specific mortality. *Annals of Epidemiology*, v. 10, n. 4, 2000, p. 214-223.

JAMES *et al.* Life-course Socioeconomic position and hypertension in African American Men: The Pitt County Study. *American Journal of Public Health*. v.96, 2006, n.5. p.137-145.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 55, 2001, p. 693-700.

KUH, D., BEN-SHLOMO, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 57, n. 10, 2003, p. 778.

LANDRINE, H.; KLONOFF, E.A. Racial discrimination and cigarette smoking among blacks: findings from two studies. *Ethnic Disparities*. v. 10, 2000, p. 195-202.

LANTZ, P. P. M. The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *American Journal of Public Health*, v. 96, n. 12, 2006, p. 2173-2178.

LONDON, A. S. A.; Myers N.A. Race, incarceration, and health: A life-course approach. *Research on Aging*, v. 28, n. 3, 2006, p. 409-422.

LU, M; HALFON, N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Maternal and Child Health Journal*, v. 7, n. 1, 2003.

MATY, S. C. S. Life-course socioeconomic position and incidence of diabetes mellitus among blacks and whites: The alameda county study, 1965-1999. *American Journal of Public Health*. v. 100, n. 1, 2010, p. 137-145.

MCDONOUGH, P. Gender and the socioeconomic gradient in mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 40, n. 1, 1999, p. 17.



MIECH, R. A.; SHANAHAN, M. J. Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 41, n. 2, 2000, p. 162-176.

MOSS, N. E. Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*. v. 54, n. 5, 2002, p. 649.

MOSSAKOWSKI, K N. Dissecting The Influence of Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status on Mental Health in Young Adulthood. *Research on aging*, v. 30, n. 6. 2008.

NELSON, A. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Journal of the National Medical Association*. Vol. 94, no. 8, August 2002.

NEWACHECK, P W. et al. Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children. *Arch pediatr Adolesc. Med.* 2003, v. 157.

NORRIS, K. K. Race, gender, and socioeconomic disparities in CKD in the United States. *Journal of the American Society of Nephrology*, v. 19, n. 7, 2008, p. 1261-1270.

PEARLIN, L. L. I. Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 46, n. 2, 2005, p. 205-219.

PEEK, M. E. M. (2010). Racism in healthcare: Its relationship to shared decision-making and health disparities: A response to bradby. *Social Science & Medicine (1982)*, 71(1), 13-17. Retrieved from WOS database.

SHAVERS, V. L. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, v. 99, n. 9, 2007, p. 1013.

SHUEY, K. K. M. Cumulative disadvantage and black-white disparities in life-course health trajectories. *Research on Aging*, v. 30, n. 2, 2008, p. 200-225.

SOTERO, M. M. A conceptual model of historical trauma: Implications for Public Health practice and research. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. v. 1, n.1, 2006, p. 93-108.

STEWART, A. L. A. Race/Ethnicity, socioeconomic status and the health of pregnant women. *Journal of Health Psychology*. v. 12, n. 2, 2007, p. 285-300.

VAN DE MHEEN, H. H. D. A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: The influence of childhood socioeconomic conditions and selection processes. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 1998, p.754-777.

WALTON, E. Residential Segregation and Birth Weight among Racial and Ethnic Minorities in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 50 (December): 2009, p.427-442.

WETHINGTON E. An overview of the life course perspective: implications for health and nutrition. *J Nutr Educ Behav*. v. 37, 2005, p. 114-119.



WHITBECK, L. B.; Adams, G. W.; Hoyt, D. R.; Chen, X.. Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American Journal of Psychology*, v. 33, n. 3/4, 2004, p. 119-130.

WILLIAMS, D. D. R. Social sources of racial disparities in health. *Health Affairs* (Millwood, Va.), v. 24, n. 2, 2005, p. 325-334.

_____. The concept of race in health services research: 1966 to 1990. *Health Services Research*, v. 29, n. 3, 1994, p. 26.

_____. Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress and discrimination. *Journal Health Psychol.* v. 2, 1997, p. 335.

_____. Racism and mental health: The African american experience. *Ethnicity & Health*, v. 5, n. 3, 2000, p. 243-268.

_____. Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. *Public ealth Reports* (1974), 116 (5), 2001, p 404.

YEN I.H. et al. Workplace discrimination and alcohol consumption: findings from the San Francisco Muni Health and Safety Study. *Ethnic Disparities*. 1999, v. 9, p. 70-80.

*Recebido em julho de 2012
Aprovado em setembro de 2012*