



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

IONARA MAGALHAES DE SOUZA

**Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele
na Bahia, 2008-2012**

Feira de Santana

2014

IONARA MAGALHAES DE SOUZA

**Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele
na Bahia, 2008-2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde de Grupos Populacionais Específicos

Orientador: Dr. Nelson Fernandes de Oliveira

Co-orientadora: PhD^a. Edna Maria de Araújo

Feira de Santana

2014

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S715m Souza, Ionara Magalhães de
Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele na Bahia, 2008-2012 / Ionara Magalhães de Souza. – Feira de Santana, 2014.
42 f.

Orientador: Nelson Fernandes de Oliveira.
Co-orientador: Edna Maria de Araújo.

Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Saúde pública – Aspectos raciais – Bahia. 2. Morbidade hospitalar – Aspectos socioeconômicos. I. Oliveira, Nelson Fernandes de, orient. II. Araújo, Edna Maria de, co-orient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 614(814.2)

IONARA MAGALHAES DE SOUZA

**Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele
na Bahia, 2008-2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Conceição Nascimento Costa (Titular)
Instituto de Saúde Coletiva (ISC)

Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva (Titular)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Profa. Dra. Rosely Cabral de Carvalho (Suplente)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos (Suplente)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Feira de Santana-BA, 20 de março de 2014

Dedico essa dissertação a toda mulher/homem
“de cor”, vítima da marginalização perversa
expressa na negação de direitos de um sistema
excludente por excelência.

AGRADECIMENTOS

Se a injustiça que ameaça a vida não despertar cotidianamente a tua indignação, o teu silêncio é a tua verdade e a tua alma não te pertence. De tudo, nada se cumpre sem a luta, a ética, a dignidade, a humildade, a autonomia e o desejo de mudança.

À Profa. Edna Maria de Araújo, inspiração maior, a negra mais admirável que tive o prazer de conhecer, conviver e, sem que ela soubesse, de tudo aprender.

Os melhores ensinamentos são produzidos na imagem que espelhamos.

Ao prof. Nelson Oliveira pela história de excelência e orientação.

Há um lugar projetado em nós, de onde partimos, e para onde sempre voltaremos.

À minha família, lugar de todo retorno, compreensão e acolhimento.

Desperta, pois o que se vê se alcança!

À Ana Cláudia Conceição da Silva, o primeiro aceno, a voz que despertou em mim a possibilidade dessa conquista.

Seria o todo a soma das partes ou as partes a realização de um todo?

Aos amigos de uma vida, colegas do mestrado. Só há um tempo em que é possível reconhecê-los: sempre!

De todos os lugares possíveis, o que mais nos toca é aquele que mais nos representa.

Aos professores, bolsistas, voluntários, membros do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) pela acolhida, reafirmação da identidade e companheirismo.

A chegada é sempre fruto da espera, paciência, trabalho e comum-união.

Ao corpo docente, funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana pela motivação, confiança e parceria.

À força que me constitui.

"Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam - Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia,
Numa época em que corre o sangue
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza
Não digam nunca: Isso é natural
A fim de que nada passe por imutável."

Bertolt Brecht (1898-1956)

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

Essa dissertação constitui o trabalho de conclusão de curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia, Linha de Pesquisa: Saúde de Grupos Populacionais Específicos e baseia-se na apresentação do artigo “Morbidade Hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele na Bahia, 2008-2012” ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. No artigo objetiva-se analisar a associação entre morbidade hospitalar e fatores socioeconômicos e demográficos, segundo a raça/cor da pele na Bahia, durante o período 2008-2012. Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, constituído de várias observações de corte transversal mensuradas em diferentes momentos no tempo. No estudo foram utilizados os dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, incluídos todos os municípios que constituem o estado da Bahia e para os quais houve registros de internações hospitalares do SIH-SUS e dados socioeconômicos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse estudo possibilita ampliar a compreensão sobre disparidades mediante o processo saúde-adoecimento e apontar áreas onde se concentram populações em situações sociais de vulnerabilidade. Escassos são os estudos sobre morbidade hospitalar e inexistentes os estudos nessa perspectiva que considerem a raça/cor da pele das populações. Cor da pele, raça e etnia são construtos ainda pouco reconhecidos nas práticas de saúde e literatura científica sobre a saúde no Brasil. Dessa forma, pretende-se contribuir com a produção científica acerca das desigualdades em saúde e subsidiar para que as morbidades que afetam em maior grau a população negra sejam identificadas, evidenciadas e monitoradas. Igualmente, busca-se auxiliar no planejamento e efetivação de políticas públicas direcionadas à saúde da população negra no estado da Bahia.

Palavras-chave: internação hospitalar; raça e saúde; sistemas de informação.

DISSERTATION ABSTRACT

This dissertation constitutes the final project of the Master's program in Collective Health, in the concentration area Epidemiology, line of research: health of specific population groups, and is based on the article "Hospital Morbidity and factors associated according to race/color of the skin in Bahia, Brazil, 2008-2012." The objective of this article is to analyze the association between hospital morbidity and socioeconomic factors and demographics, according to race/color of the skin in Bahia, Brazil, from 2008-2012. This is an ecologic, exploratory study consisting of various cross-sectional studies performed at different moments in time. The study used secondary data from the System of Hospital Information of SUS-SIH/SUS of the department of information of SUS-DATASUS, including all of the municipalities of the state of Bahia for which existed registries of hospitalizations of SIH-SUS. Socioeconomic data was provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). This study enables a broader comprehension of disparities mediating the process of health-illness and identifies areas where populations in situations of social vulnerability are concentrated. Little research exists on hospital morbidity, and research on this topic that considers race/color of the skin is inexistent. Color of the skin, race, and ethnicity are constructs still rarely recognized in practice or in the scientific literature on health in Brazil. This article aims to contribute to the production of scientific knowledge on health inequalities so that morbidities that disproportionately affect the black population can be identified and monitored. Equally, this article aims to assist in planning and implementation of public policies to improve the health of the black population in the state of Bahia, Brazil.

Keywords: hospitalization, race and health, information systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Proporções entre população negra e população branca, segundo os registros das internações hospitalares do SIH-SUS, 2008-2012, Bahia, Brasil 25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção das internações hospitalares das cinco categorias do CID 10 mais prevalentes do Sistema de Internações Hospitalares SIH-SUS, 2008-2012, Bahia, Brasil 26

Tabela 2 - Proporção das internações segundo a raça/cor da pele por grupos de diagnósticos mais prevalentes do Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS, 2008-2012, Bahia, Brasil 28

Tabela 3 - Resultado do Modelo de Regressão Binomial Negativa para os principais grupos de diagnósticos do Sistema de Informações Hospitalares dos 417 municípios do estado da Bahia, 2008-2012 31

Tabela 4 - Municípios de maiores proporções de internações hospitalares segundo a raça/cor da pele e grupos de diagnósticos registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, entre 2008-2012, Bahia, Brasil 32

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças: décima revisão
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNUD	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.1.2	Objetivos Específicos	21
4	ARTIGO CIENTÍFICO: Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele na Bahia, 2008-2012	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença representa um fenômeno histórico, coletivo e social determinado pelo tipo de relações sociais existentes, bem como pelo modo de produção econômica e estrutura jurídico-política vigente em cada sociedade e se exprime em um padrão de morbidade específico (YAZLLE ROCHA, 1980).

A morbidade hospitalar compreendida como o ápice do "iceberg" (LAST, 1963) adquire importância ímpar por constituir a fração assistida que consome maior quantidade de recursos na política assistencial e, principalmente, quando essa fração assistida passa a representar a totalidade da demanda de assistência hospitalar local (YAZLLE ROCHA, 1975).

Os diferenciais nos perfis de adoecimento e suas mediações sociais transpõem o aspecto biológico e se projeta para a dimensão social das vulnerabilidades e complexidades que articulam diferentes mecanismos de integração, inclusão e exclusão sociais e fundamentam a relação entre as desigualdades e as condições de saúde (MAGALHÃES, 2007).

As desigualdades sociais em saúde podem exprimir-se de múltiplas formas, tanto no processo saúde-doença, como no acesso e utilização de serviços de saúde, haja vista que as desigualdades nas condições de saúde estão fortemente relacionadas com a organização social e inclina-se a evidenciar o grau de iniquidade vigente em cada sociedade. Dessa forma, a desigualdade na distribuição do estado de saúde representa uma diferença comparativa, na qual, grupos sociais em desvantagem sistematicamente gozam de pior saúde ou maior exposição a riscos de saúde que grupos em vantagem (BARATA, 2009).

Cor da pele, raça e etnia são categorias ainda pouco valorizadas nas discussões e práticas dos serviços de saúde e nas produções científicas sobre a saúde no Brasil (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2010). A Política Nacional de Saúde da População Negra prevê a utilização do quesito cor da pele na produção de informações epidemiológicas com vistas à definição de prioridades, planejamento, monitoramento, tomada de decisão e promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007). Da mesma forma, a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos introduziu o quesito de cor da pele ou raça nos dados de identificação individual (BRASIL, 2013a). A utilização do recorte étnico/racial nos estudos de saúde oportuniza produzir informações e agregar evidências epidemiológicas acerca de grupos historicamente desfavorecidos do ponto de vista sócio-econômico, possibilitando uma

configuração mais detalhada das iniquidades sociais e das desigualdades em saúde no Brasil (MAIO et al., 2005).

Os negros, ou seja, pardos e pretos representam maioria, isto é, 50,7% da população brasileira. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2009, no Estado da Bahia 76,6% da população se autodeclararam negros, uma proporção que superava os dados nacionais (IBGE, 2010). Entretanto, apesar de representar maioria, tanto em nível nacional quanto no estado da Bahia, a população negra encontra-se nos extratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde (BRASIL, 2010). A situação de saúde da população negra no Brasil reflete as condições históricas de desigualdades que resultaram em um quadro de iniquidades enfrentadas por esse segmento populacional (BRASIL, 2010).

Esse estudo apresenta a singularidade de considerar na análise do perfil de morbidade hospitalar, a raça/cor da pele e aspectos socioeconômicos. Essa singularidade se fundamenta em duas razões, a primeira é que segundo dados do IBGE, o estado da Bahia é considerado o estado mais negro do Brasil, e apresenta oito das dez cidades brasileiras com maior população negra (IBGE, 2010). Logo, a importância de conhecer as condições de saúde dessa população; e segundo é que em uma das conclusões de um estudo que consistiu no levantamento da produção científica relacionada a aplicações dos dados, limites e potencialidades do SIH-SUS na saúde coletiva, observou-se que nas análises por área geográfica poucos estudos foram desagregados por unidades espaciais menores, predominaram os estudos voltados para os estados e as grandes regiões do país (BITTENCOURT et al., 2006).

Outrossim, na literatura constatam-se poucos dados consistentes sobre a causalidade das doenças e agravos que supostamente afetariam preferencialmente a população negra (BRASIL, 2001), bem como, são inexistentes estudos que estabeleçam diferenciais da morbidade hospitalar segundo a raça/cor da pele no estado da Bahia. Sob a perspectiva de evidenciar os diferenciais no estado de saúde, essa dissertação fundamentada em um artigo tem por objetivo analisar a associação entre a morbidade hospitalar e fatores socioeconômicos e demográficos, segundo raça/cor da pele na Bahia, durante o período 2008-2012.

2 REVISAO DE LITERATURA

O perfil de morbidade da população brasileira caracteriza-se pelo crescimento da prevalência e incidência de doenças crônicas não-transmissíveis e coexistência de doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, assim como pela continuidade de doenças transmissíveis e elevada carga de acidentes e violência (BRASIL, 2011).

Considerando-se o processo de transição epidemiológica que demarca uma mudança nos padrões de morbimortalidade, destaca-se uma dupla-carga de doenças decorrentes de uma exposição, tanto aos riscos considerados tradicionais (ausência de saneamento básico, desnutrição e poluição intradomiciliar), quanto aos riscos tidos por modernos (poluição industrial e violência), cuja justaposição converge para os segmentos mais vulneráveis, ou seja, as populações mais empobrecidas experimentam altos níveis de interação de risco provocado pelas desigualdades em saúde resultando nas piores condições de saúde (DUARTE et al, 2002).

Em comparação com estudos sobre a avaliação das necessidades de recursos para a saúde pautados em base de dados de mortalidade, os estudos que avaliam as necessidades de saúde das pessoas fundamentados nas medidas de morbidade, têm a vantagem de captar as diferenças na qualidade de vida dos indivíduos e provocar a reflexão para a gama de morbidades apresentadas no transcurso de saúde, ao invés de restringirem-se à causa de morte (NERI; SOARES, 2002). A morbidade expressa a situação de saúde de determinado grupo social. Desse modo, as estatísticas de morbidade consistem em estratégico indicador de saúde que possibilita dimensionar o processo saúde/doença nas populações, subsidiar o planejamento, programação, monitoramento e avaliação das ações de saúde (MENEGHELL et al, 1997).

A medicina baseada em evidências demonstra que algumas doenças são mais frequentes, ou manifestam-se de forma diferenciada, em determinados grupos humanos raciais ou étnicos, dadas as interações ambientais e culturais com o patrimônio genético. Todavia, cumpre considerar que “há uma produção social da doença, ou da manutenção da sanidade nas condições das sociedades de classes, da opressão racial/étnica e da opressão de gênero” (OLIVEIRA, 2004, p.59). As formas históricas através das quais os homens dividem a riqueza representam significativas variações na distribuição das doenças em populações (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Segundo Batista (2005), a forma de viver como grupos sociais está condicionada à construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros. Dessa forma, o espaço social ocupado por homens e mulheres, brancos e negros, afeta diretamente o processo saúde, doença e morte. Apesar de se postular que as desigualdades não são raciais e sim sociais (CICONELLO, 2008), essa premissa é facilmente desmitificada quando se evidenciam as condições de viver, nascer e morrer da população negra (SAMPAIO, 2012).

No Brasil, evidencia-se uma posição consensual entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra e que necessitam de uma abordagem específica, as quais podem ser agrupadas nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridas em condições desfavoráveis – desnutrição, doenças do trabalho, anemia ferropriva, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, tuberculose, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, coronariopatias, diabetes melito, insuficiência renal crônica, miomatoses, câncer. Essas doenças e agravos requerem uma abordagem específica, pois apenas dessa forma pode-se viabilizar a promoção da equidade em saúde no país desigualdade (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2001).

A literatura apresenta extensa produção dos expressivos diferenciais raciais em todas as esferas da vida (JACCOUD, 2009). No que tange a condições de vida e de saúde,

Negros nascem com peso inferior a brancos, têm maior probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade, têm menor probabilidade de frequentar uma creche e sofrem de taxas de repetência mais altas na escola, o que leva a abandonar os estudos com níveis educacionais inferiores aos dos brancos. Jovens negros morrem de forma violenta em maior número que jovens brancos e têm probabilidades menores de encontrar um emprego. Se encontrarem um emprego, recebem menos da metade do salário recebido pelos brancos, o que leva a que se aposentem mais tarde e com valores inferiores, quando o fazem. Ao longo de toda a vida, sofrem com o pior atendimento no sistema de saúde e terminam por viver menos e em maior pobreza que brancos (IPEA, 2007, p. 281).

Em 2000, a proporção de negros que viviam em aglomerados subnormais – favelas, palafitas e assemelhados – representava quase o dobro da proporção de brancos, as taxas de homicídio, por exemplo, são mais elevadas nos bairros em que a renda média é menor e os serviços urbanos são mais deficientes; os negros são os principais alvos da violência letal, tanto em estados com elevadas taxas de homicídio quanto naqueles em que os números

mostram-se inferiores à média nacional (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005).

Os dados epidemiológicos são expressivos e convincentes no que dizem respeito à redução da qualidade de vida e da expectativa de vida da população negra que geralmente apresenta níveis mais baixos de instrução, reside em áreas menos providas de serviços de infra-estrutura básica, tem menos acesso ao Sistema Único de Saúde e quando ocorre, dispõe de serviços de saúde de menor qualidade (ZAMORA; 2012).

A despeito do Sistema Único de Saúde adotar os princípios de universalidade, igualdade e equidade, com garantia constitucional conferida a todo (a) cidadão (ã), o acesso universal aos serviços de saúde não se efetiva (GOES; NASCIMENTO, 2012), e não se tem assegurado à população negra o mesmo nível de qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pela população branca (LOPES, 2005).

Estudos sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) relatam que a predisposição ao adoecimento de negros por HAS não se restringe à maior predisponibilidade fisiológica à doença por seletividade genética, e argumentam a elevada influência das condições sociais no processo de adoecimento (BROWN, 2006). Segundo Batista (2002), hipertensão, tuberculose, diabetes e alcoolismo constituem causas de morte mais comuns entre negros do que entre brancos.

No Relatório Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde que apresenta informações segundo raça, cor da pele e etnia, destacam-se que o risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% superior em comparação com o risco de uma criança branca. Outrossim, o risco de morte por desnutrição revelou um dado impactante, no qual, as crianças pretas e pardas tem 90% maior risco de morte do que as crianças brancas (BRASIL, 2005).

Em 2000, a esperança de vida ao nascer para as mulheres brancas era de 73,8 anos, ao passo que as negras registravam 69,5 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/Cedeplar, 2004). Nas últimas décadas, constatou-se uma redução nas taxas de mortalidade infantil, por outro lado registrou-se um crescimento de mortes por causas violentas, principalmente nos grandes centros: ser preto, jovem, de sexo masculino e solteiro representa o perfil preferencial da violência letal no Brasil. Com relação aos óbitos segundo o sexo feminino, as causas mal definidas e externas ocupavam o quarto lugar de importância entre as mulheres brancas, ao passo que no grupo de mulheres negras, representam a segunda

maior causa de óbito (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005).

Diferenciais são também observados no acesso ao atendimento ginecológico preventivo, um dos procedimentos essenciais para assegurar boas condições de saúde sexual e reprodutiva. De acordo com dados referentes ao ano de 2000, observou-se que 7,7% das gestantes negras não fizeram nenhum exame pré-natal, em comparação com 2,8% das gestantes brancas. Considerando-se o percentual de mulheres que realizaram mais de seis consultas pré-natais, registrou-se 55% entre as brancas, e 34% entre as negras. Outrossim, o número de mulheres negras que tiveram o parto em casa superou o dobro do número correspondente às mulheres brancas (CUNHA, 2001).

As evidências, sistematicamente sinalizam para uma situação de iniquidade racial em saúde, conforme os dados de morbimortalidade (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2005). Os perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros revelam-se tanto na prevalência quanto na invisibilidade de doenças e agravos na população negra e potencializam-se pela não inclusão da questão racial em processos de formação, pela dificuldade de acesso em serviços de saúde, insumos e pela baixa qualidade da atenção à saúde (KALCKMANN et al, 2007).

Nessa perspectiva, proporcionar visibilidade política aos dados da morbidade segundo raça/etnia é incomensurável, assim como é de grande valia a classificação racial, pois através dela é possível delimitar as causas de adoecimento e morte na população negra (OLIVEIRA, 2004). O recorte racial na saúde é um dado epidemiológico fundamental, pois possibilita proporcionar visibilidade às doenças e agravos mais prevalentes ou exclusivos de determinados grupos populacionais, de maneira que se possa intervir na realidade e reduzir as desigualdades sociais (OLIVEIRA, 2003). No Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, os dados com a incorporação da variável raça/cor da pele estão disponíveis desde 2008 (BRASIL, 2013). Para Soares Filho (2012), a incorporação da variável raça/cor da pele nos sistemas de informação possibilita evidenciar através de constatações empíricas diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença os perfis de morbimortalidade da população brasileira.

A determinação dos agravos à saúde é complexa e multidimensional. Os indicadores sociais passaram a ter grande importância no conjunto de variáveis dos estudos epidemiológicos e a desigualdade social inseriu-se como importante fator explicativo das condições de saúde das populações (FERREIRA; LATORRE, 2012). Importa reconhecer que

o direito à saúde tem base constitucional e impõe-se como condição imprescindível para o exercício pleno da cidadania e garantia de promoção da igualdade racial, estabelecendo-se como eixo estratégico para o combate e superação do racismo, desenvolvimento e fortalecimento da democracia (BRASIL, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Analisar a associação entre a morbidade hospitalar e fatores socioeconômicos e demográficos, segundo raça/cor da pele na Bahia, durante o período 2008-2012.

3.1.1 Objetivos Específicos:

- Descrever as morbidades hospitalares mais prevalentes segundo raça/cor da pele no estado da Bahia, durante o período 2008-2012.
- Descrever os diferenciais na morbidade hospitalar segundo raça/cor da pele no estado da Bahia, durante o período 2008-2012.
- Avaliar a evolução anual do coeficiente de morbidade hospitalar segundo raça/cor da pele na Bahia, durante o período 2008-2012.
- Verificar a associação entre as principais morbidades hospitalares, raça/cor da pele e fatores socioeconômicos e demográficos no estado da Bahia, durante o período 2008-2012.

ARTIGO CIENTÍFICO:

Revista: Ciência e Saúde Coletiva

Souza IM, Araújo EM, Oliveira NF. Morbidade Hospitalar: diferenciais segundo a raça/cor da pele na Bahia, 2008-2012. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. 2014.

Morbidade hospitalar e fatores associados segundo a raça/cor da pele na Bahia, 2008-2012

Ionara Magalhães de Souza
Edna Maria de Araújo
Nelson Fernandes de Oliveira

RESUMO:

As estatísticas hospitalares correspondem ao único registro sistemático de informações sobre morbidade e possibilitam dimensionar as desigualdades em saúde. Objetivo: analisar a associação entre a morbidade hospitalar e fatores socioeconômicos e demográficos, segundo a raça/cor da pele na Bahia, durante o período 2008-2012. Trata-se de estudo ecológico, exploratório, constituído de várias observações de corte transversal mensuradas em diferentes momentos no tempo. Foram utilizados dados secundários das cinco causas de internações hospitalares mais prevalentes do Capítulo CID 10, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares/SUS. Procedeu-se à análise descritiva dos dados por meio do aplicativo Microsoft Office Excel 2007. A análise estatística foi realizada através do modelo de regressão com dados em painel, executado o teste Hausman, adotado o modelo de regressão binomial negativa e nível de significância de 5%. Os dados foram processados e analisados por meio do aplicativo Stata[®], versão 11.0. Para todos os grupos de diagnósticos observou-se prevalência de internação hospitalar entre a população negra. A renda *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e taxa de coleta de lixo corresponderam relativamente ao aumento de 50,0% na proporção de população negra de morbidade hospitalar, dado que reflete os diferenciais expressos nas desigualdades em saúde.

Palavras-chave: internação hospitalar; raça e saúde; sistemas de informação.

SCIENTIFIC ARTICLE:

Magazine: Science and Public Health

Souza IM, Araújo EM, Oliveira NF. Hospital Morbidity and fatores associated according to race/skin color in Bahia, 2008-2012. 2014. Dissertation (Masters in Public Health) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana. 2014.

**HOSPITAL MORBIDITY AND ASSOCIATED FACTORS BY RACE/SKIN COLOR
IN BAHIA, 2008-2012**

Ionara Magalhães de Souza
Edna Maria de Araújo
Nelson Fernandes de Oliveira

ABSTRACT:

Hospital statistics correspond to the only systematic recording of information on morbidity and allow the assessment of the complexity of the inequalities in health. Objective: To examine the association between morbidity and socioeconomic and demographic factors, according to race/skin color in Bahia, during the period 2008-2012. It is an ecological, exploratory study, consisting of several cross-sectional observations measured at different points in time. Five of the most prevalent causes of hospitalizations of ICD Chapter 10, available in the Hospital Information System/DATASUS were used. The descriptive analysis of the data was done using Microsoft Office Excel 2007. Statistical analysis was performed using the regression model with panel data. The Hausman specification test was used and the fixed effects, negative binomial regression model adopted, with a significance level of 5%. Data were processed and analyzed using Stata ® software, version 11.0. For each cause it was observed a greater prevalence of hospitalization among the black population. For some causes, an increase in the proportion of black population, adjusted for covariables, resulted in increase on the prevalence of the morbidity.

Keywords: hospitalization, race and health, information systems.

INTRODUÇÃO

As estatísticas hospitalares correspondem ao único registro sistemático de informações sobre morbidade¹⁴. Os indicadores da morbidade hospitalar possibilitam dimensionar a complexidade e particularidade da assistência prestada¹⁵.

Sob perspectiva epidemiológica, os indicadores de mortalidade, isoladamente, não informam de maneira adequada sobre a situação de saúde de uma determinada população. Nesse sentido, as estatísticas de morbidade oportunizam compreender a dinâmica do processo saúde-adoecimento e a necessidade de expansão e avaliação dos serviços de saúde²¹. As informações diagnósticas, demográficas e geográficas geradas a partir das internações hospitalares, potencializam as possibilidades de produção de conhecimento em saúde coletiva³⁶ e uma análise valorosa das desigualdades em saúde.

As desigualdades quanto à acessibilidade e uso de serviços de saúde, traduzem as desigualdades individuais e sociais mediante o risco de adoecer e morrer, as diferentes respostas comportamentais do indivíduo face à doença e as características da oferta de serviços de cada sociedade³⁵.

Nessa direção, as informações desagregadas por raça/cor da pele têm um sentido estratégico incalculável, pois oportunizam realizar um diagnóstico epidemiológico, evidenciar como e do que adoecem os grupos raciais ou étnicos e delimitar de maneira mais precisa a negligência, a omissão, a dificuldade de acesso e a institucionalização do racismo em práticas políticas e sociais²³.

A análise das internações hospitalares por raça/cor da pele proporciona, portanto, uma dupla compreensão: por um lado, avaliar o perfil de morbidade entre as populações e, por outro, os diferenciais no acesso em serviços de saúde. Nesse sentido, esse estudo tem por objetivo analisar a associação entre morbidade hospitalar e fatores socioeconômicos e demográficos, segundo a raça/cor da pele na Bahia, durante o período 2008-2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo ecológico, exploratório, constituído de várias observações de corte transversal mensuradas em diferentes momentos no tempo. Foram considerados os dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Para efeito do estudo, foram convencionalmente selecionadas as cinco categorias de internações hospitalares mais prevalentes do Capítulo CID 10, durante o período 2008-2012, no estado da Bahia.

Foram incluídos todos os municípios que constituem o estado da Bahia e para os quais houve registros de internações hospitalares do SIH-SUS e dados socioeconômicos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O quantitativo populacional por raça-cor da pele na Bahia no período foi obtido por meio do método de estimativa geométrica, considerando-se como base os dados populacionais intercensitários (2000-2010), disponibilizados pelo IBGE. No estudo, optou-se por adotar o padrão utilizado pelo IBGE, que considera como população negra o somatório dos indivíduos autodeclarados como pretos e pardos. Essa classificação possibilita minimizar possíveis vieses relacionados à classificação racial autodeclarada da cor da pele, bem como, à pequena proporção de população preta por município do estado da Bahia.

Foram utilizados como unidade de análise os municípios do estado da Bahia; variáveis desfecho: número de internações hospitalares das cinco principais causas de adoecimento, no respectivo período; variável de exposição: proporção da população negra por município no estado da Bahia, 2008-2012. Co-variáveis: coeficiente de Gini; Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM); renda *per capita*; densidade demográfica; taxa de coleta de lixo; taxa de esgotamento sanitário.

Foram calculadas as proporções das populações de internações hospitalares de grupos por raça/cor da pele de cada município a partir da estimativa anual, bem como, o percentual de registros sem informação para a variável raça/cor da pele de todas as internações hospitalares elencadas e anos de ocorrência.

A avaliação da associação entre as variáveis de exposição e a variável desfecho foi realizada através do Modelo de Regressão com Dados em Painel, executado o teste de Hausman para especificação do modelo e adotado o modelo de efeito fixo. O nível de significância foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$). No processo de modelagem, em função da elevada dispersibilidade entre os dados utilizou-se o modelo de regressão binomial negativa. Os dados foram processados e analisados com a utilização do pacote estatístico Stata[®], versão 11.0.

Por tratar-se de uma pesquisa que utilizou dados secundários, de domínio público, e por não infringir os preceitos éticos e científicos fundamentais, conforme preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, não se fez necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

2008	124.401	20,0	115.894	20,5	77.072	19,7	66.177	18,4	58.965	20,0
2009	138.012	22,1	125.594	22,2	76.727	19,7	70.735	19,6	57.653	19,6
2010	129.950	20,8	120.284	21,3	80.202	20,5	72.591	20,2	61.299	20,9
2011	122.782	19,6	102.919	18,2	79.112	20,3	75.218	20,9	59.076	20,0
2012	109.124	17,5	100.264	17,8	77.086	19,8	74.739	20,8	57.424	19,5
Total	624.269	100,0	564.955	100,0	390.199	100,0	359.460	100,0	294.417	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na análise por grupos de diagnósticos, pontuando-se os anos 2008 e 2012, evidenciou-se uma redução no número de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho geniturinário, ao passo que houve um aumento no número de internações por doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório.

Categoricamente, em todos os anos e para as cinco causas de internações elencadas, observou-se maior prevalência de internações hospitalares entre a população negra quando comparada com a população branca. A maior discrepância entre os dados foi observada entre algumas doenças infecciosas e parasitárias correspondendo a 5,6 vezes mais prevalentes na população negra (Gráfico 1).

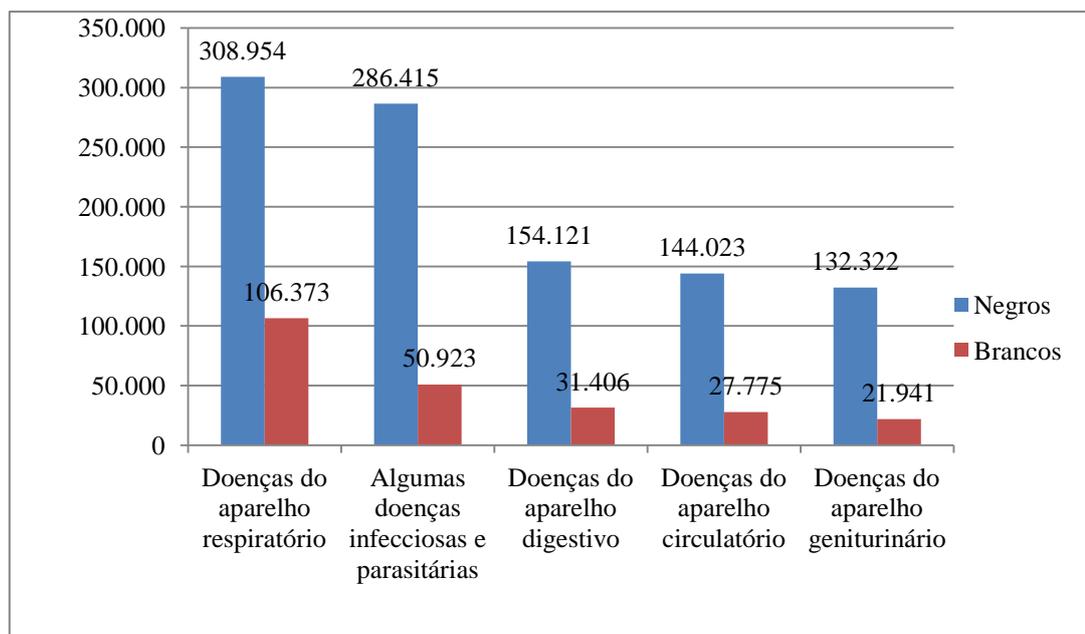


Gráfico 1. Proporções entre população negra e população branca, segundo os registros das internações hospitalares do SIH-SUS, 2008-2012, Bahia, Brasil.

Em todo o período, o número de internações hospitalares para todos os grupos de diagnósticos entre a população negra correspondeu a 1.056.945 (46,0%) das internações. Esses dados desagregados corresponderam a 80.314 (7,5%) indivíduos de raça/cor da pele preta e 976.631 (92,4%) em indivíduos de raça/cor da pele parda. Entre a população branca foram registradas 192.589 (8,3%) internações hospitalares.

Para todos os grupos de diagnósticos de internação hospitalar observou-se um aumento percentual do total de registros sem informação para a variável raça/cor da pele. A média dos dados subnotificados correspondeu a quase metade das internações hospitalares 1.040.187 (46,5%) nos anos investigados (Tabela 2).

Tabela 2. Proporção das internações segundo a raça/cor da pele por grupos de diagnósticos mais prevalentes do Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS, 2008-2012, Bahia, Brasil

Morbidades	Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena		Sem informação		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
X. Doenças do aparelho respiratório	56.433	9,0	21.991	3,5	286.963	45,9	940	0,15	211	0,03	257.731	41,2	624.269
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	50.923	8,8	16.807	2,9	269.608	47,7	639	0,11	198	0,03	226.780	40,1	564.955
XI. Doenças do aparelho digestivo	31.406	8,0	13.114	3,3	141.007	36,1	363	0,09	56	0,01	204.253	52,3	390.199
IX. Doenças do aparelho circulatório	27.775	7,7	16.748	4,6	127.275	35,4	387	0,10	70	0,01	187.205	52,0	359.460
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	21.941	7,4	10.373	3,5	121.949	41,4	297	0,10	52	0,01	139.805	47,4	294.417
Total	192.589	8,4*	80.314	3,5*	976.631	42,3*	2733	0,11*	600	0,02*	1040187	45,4*	2.233.300

* Média percentual de internações hospitalares no período 2008-2012.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Considerando-se os registros do período, observou-se uma redução percentual das internações hospitalares entre a população branca para todos os grupos de diagnósticos analisadas: 3,5% para doenças do aparelho respiratório; 5,2% para algumas doenças parasitárias e infecciosas; 4,5% para doenças do aparelho digestivo; 4,4% para doenças do aparelho circulatório e 4,6% para doenças do aparelho geniturinário. Em contrapartida, entre a população negra foi registrado um aumento percentual das internações para algumas doenças parasitárias e infecciosas (2,9%) e em doenças do aparelho circulatório (2,0%). Em tempo, as reduções observadas entre as internações na população negra, foram expressivamente menores do que as reduções observadas para a população branca, representadas em 1,0% para doenças do aparelho digestivo e 2,8% para doenças do aparelho geniturinário.

CAPÍTULO CID-10: X. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

As internações por doenças do aparelho respiratório foram as de maior ocorrência durante o período. As maiores proporções das populações de internações foram registradas no município de Wagner (mesorregião do centro-sul baiano) em todos os anos do período. Nesse município ocorreram aproximadamente 10,0% de internações entre a população total por afecções respiratórias por ano. Os municípios de Piripá (0,03%), Itaeté (0,04%) (localizados na mesorregião do centro-sul baiano) e Itanagra (0,01%) (mesorregião metropolitana de Salvador) apresentaram as menores proporções das populações analisadas com valores \leq a 6 internações hospitalares em cada ano.

As médias das internações hospitalares (por 100.000) por doenças do aparelho respiratório no período totalizaram 10,5 na população preta; média de 137,6 na população parda e média de 27,0 na população branca.

Na análise de associação, ajustado por renda *per capita*, a taxa de morbidade por doenças do aparelho respiratório foi 3,66% maior em municípios com 50% a mais na proporção de população negra (Tabela 4).

CAPÍTULO CID-10: I. ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

O município de Ibirataia (mesorregião do sul do Bahia) esteve entre os três municípios de maiores proporções das populações de internações por algumas doenças infecciosas e parasitárias em todos os anos da série. Maiores proporções foram também registradas no município de Ichu 358 (6,8%) e Capela do Alto Alegre 574 (4,9%) ambos localizados na mesorregião do nordeste baiano. O município de São Domingos (mesorregião do nordeste baiano), 552 (5,9%) manteve elevadas proporções de internações durante quatro anos da série.

As menores proporções das populações foram evidenciadas entre os municípios de Cordeiros 1(0,01%), Abaíra 1(0,01%) e Presidente Jânio Quadros 2(0,01%) (todos pertencentes à mesorregião do centro-sul baiano).

As médias das internações hospitalares (por 100.000) por algumas doenças infecciosas e parasitárias no período corresponderam a 8,0 na população preta; média de 129,3 na população parda e média de 24,4 na população branca.

Na análise de associação não se observou significância estatística.

CAPÍTULO CID-10: XI. DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

Os municípios de Wagner 174 (1,9%) (mesorregião do centro-sul baiano), Itamari (mesorregião do sul baiano) 233 (2,9%) e Valente (mesorregião do nordeste baiano) 530 (2,1%) apresentaram as maiores proporções das populações de internações por doenças do aparelho digestivo, correspondendo a Barra do Mendes (mesorregião do centro-norte baiano) 16 (0,01%), Macururé (mesorregião do Vale São Franciscano da Bahia) 3(0,03%) e Itagimirim (mesorregião do sul baiano) 6(0,08%), os menores percentuais registrados no período.

As médias das internações hospitalares (por 100.000) por doenças do aparelho digestivo no período corresponderam a 6,28 na população preta; média de 67,6 na população parda e média de 15,0 na população branca.

De acordo com o modelo de regressão, ajustado por renda *per capita*, taxa de coleta de lixo e IDHM o coeficiente de morbidade por doenças do aparelho digestivo foi 1,2% maior em municípios com 50% a mais na proporção de população negra (Tabela 4).

CAPÍTULO CID-10: IX. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

Para as doenças do aparelho circulatório, destacaram-se os municípios de Ibirataia (mesorregião do sul da Bahia) 554 (2,9%), Aiquara (mesorregião do centro-sul baiano) 146 (3,1%) e Wagner (mesorregião do centro-sul baiano) 227 (2,5%) com os maiores percentuais de notificação. Dentre os menores percentuais registrados, destacaram-se o município de Caetano (mesorregião do centro-sul baiano) 4(0,03%); Muquém do São Francisco (mesorregião do vale são franciscano da Bahia) 4(0,04%) e Itanagra (mesorregião metropolitana de Salvador) 2(0,02%).

As médias das internações hospitalares (por 100.000) por doenças do aparelho respiratório no período corresponderam a 14,0 na população preta, na população parda a média situou-se em 13,3, e na população branca, a média foi estimada em 8,0.

Ajustado por taxa de coleta de lixo e IDHM, um aumento de 50,0% na proporção de população negra representou uma elevação de 4,2% na taxa de morbidade (Tabela 4).

CAPÍTULO CID-10: XIV. DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO

Com relação às internações por doenças do aparelho geniturinário, os municípios de Caém (mesorregião do centro-norte baiano) 219 (2,0%), Barro Preto/Lomanto Júnior (mesorregião sul baiano) 130 (1,9%) e Sapeaçu (Mesorregião metropolitana de Salvador) 301 (1,8%) apresentaram as maiores proporções de internações hospitalares; as menores proporções de internações hospitalares por esse grupo de diagnóstico foram observadas em Barra do Mendes 2(0,01%) (mesorregião do centro-norte baiano), Iuiu 4(0,03%) (mesorregião do centro-sul baiano) e Brejolândia 4(0,03%) (mesorregião do extremo oeste baiano).

As médias das internações hospitalares (por 100.000) por doenças do aparelho geniturinário no período corresponderam a 6,2 na população preta; 67,6 na população parda; e na população branca média de 15,0.

Na análise de associação, ajustado por renda *per capita* e IDHM, a taxa de morbidade por doenças do aparelho geniturinário foi 1,9% maior em municípios com 50% a mais na proporção na população negra (Tabela 4).

Não se observou associação estatisticamente significativa para nenhuma das cinco causas de diagnósticos relacionadas às internações hospitalares (Tabela 3).

Tabela 3. Resultado do Modelo de Regressão Binomial Negativa para os principais grupos de diagnósticos do Sistema de Informações Hospitalares dos 417 municípios do estado da Bahia, 2008-2012.

Internações Hospitalares	Coefficiente	p-valor	Intervalo de Confiança (95%)	
X. Doenças do aparelho respiratório	0.0719215*	0.865	-0.757319	0.9011621
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-0.02928957	0.506	-1.156826	0.5710345
XI. Doenças do aparelho digestivo	0.02379126 ****	0.586	-0.6182255	1.094051
IX. Doenças do aparelho circulatório	0.0823697***	0.855	-0.8038794	0.9686189
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0.03912306**	0.385	-0.4905274	1.272989

*Ajustado por renda *per capita*

**Ajustado por renda *per capita* e IDHM

***Ajustado por taxa de coleta de lixo e IDHM

**** Ajustado por renda *per capita*, taxa de coleta de lixo e IDHM

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS SIH-SUS/IBGE

A seguir, dados dos municípios que apresentaram maiores proporções de internações hospitalares dos grupos de diagnósticos segundo a raça/cor da pele. Entre a população branca, os municípios concentraram-se na região sul e centro sul baiano. Entre a população negra, concentraram-se na região sul, centro-sul, centro-norte e nordeste baiano.

Tabela 4. Municípios de maiores proporções de internações hospitalares segundo a raça/cor da pele e grupos de diagnósticos registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, entre 2008-2012, Bahia, Brasil

		Municípios					
		Proporção por raça/cor da pele branca			Proporção por raça/cor da pele negra		
			n	(%)		n	(%)
X. Doenças do Aparelho Respiratório	Aiquara	192	28,5	Ibirataia	5246	32,8	
	Ibirataia	739	26,2	Itamari	1950	30,3	
	Rio do Pires	1377	24,1	Wagner	2313	30,8	
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	Canavieiras	1362	24,3	Ichu	1139	31,8	
	Ibirataia	527	18,7	Ibirataia	4996	31,2	
	Aiquara	122	18,1	São Domingos	1901	26,8	
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	Aurelino Leal	219	13,6	Itamari	660	10,2	
	Guaratinga	561	12,5	Caém	707	8,2	
	Mortugaba	385	9,7	Barra da Estiva	1022	8,1	
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	Canavieiras	688	12,2	Ibirataia	1956	12,2	
	Aiquara	75	11,1	Caém	927	10,7	
	Conceição do Almeida	171	9,8	Morro do Chapéu	2597	9,6	
XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	Guaratinga	536	11,9	Caém	799	9,2	
	Mortugaba	374	9,4	Ichu	288	8,0	
	Aurelino Leal	127	7,9	Sapeçu	1122	7,8	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS SIH-SUS/IBGE

DISCUSSÃO

Um estudo sobre a evolução das causas de internação no Brasil entre 1995-2005 revelou que, à exceção de gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho respiratório, seguida das doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do

aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário foram consideradas as causas mais prevalentes de internações hospitalares. Em 2003, as doenças do aparelho geniturinário foram superadas pelas causas externas²⁹. Ressalvadas as devidas proporções, esses dados são similares com os achados do presente estudo.

As doenças do aparelho geniturinário destacaram-se como as menos prevalentes. Em 2010, o percentual de internação por doenças do aparelho geniturinário na Bahia (43,7%) ocupou a terceira posição entre os estados do nordeste, superado apenas pelo Maranhão (51,1%) e Piauí (46,2%)⁵. As internações por doenças do aparelho digestivo, por sua vez, representaram a terceira causa de internação hospitalar na Bahia. Uma análise das morbidades hospitalares em Cubatão, estado de São Paulo, as doenças do aparelho digestivo representaram 7,2% das hospitalizações, ocupando a sétima classificação e sexta posição no estado³⁰.

Em termos absolutos, as doenças do aparelho respiratório representaram a maior queda de internação hospitalar na Bahia dentre as morbidades elencadas. Estudo realizado no município de Salvador, entre os anos de 2001 e 2007 revelou uma redução das taxas de hospitalização por doenças do aparelho respiratório em todos os estratos de condições de vida analisados. Nesse período, a taxa média de hospitalização passou de 34,4 internações por 10 mil habitantes, em 2001, para 29,2, em 2007. O maior registro de queda foi evidenciado no estrato de condições de vida intermediárias (24,4%) e o menor, no estrato de condições de vida consideradas baixas (5,7%). Nas conclusões do estudo, reforça-se a existência de uma grande variabilidade na distribuição das taxas entre as zonas que compõe o município de Salvador, além de fortalecer a hipótese de que aspectos socioeconômicos podem ser configurados como elementos determinantes das hospitalizações por doenças do aparelho respiratório¹.

As doenças do aparelho circulatório apresentaram maior concentração na mesorregião sul e centro-sul baiano. Estudo realizado em Salvador-BA, no qual se objetivou estimar a prevalência da hipercreatininemia em segmento da população adulta do município e avaliar a sua associação com fatores de risco cardiovascular e delinear os grupos de maior risco para doença renal crônica, a população negra foi considerada como grupo de maior risco¹⁷. Em outro estudo em que se objetivou estimar a frequência da simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis, com e sem inclusão da hipertensão arterial, em uma população miscigenada da capital baiana, observou-se uma elevada proporção de múltiplos fatores de risco cardiovascular, especialmente na população de baixa escolaridade e negra¹⁶.

Durante o período observou-se um aumento das internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias na população negra. Dentre as conclusões de um estudo sobre carga parasitária na esquistossomose e grupos raciais reforçou-se a hipótese do efeito do nível socioeconômico na população negra brasileira, a qual apresentou maior carga parasitária³³.

De modo geral, considerando-se a proporção de registros de indivíduos brancos entre brancos e de negros entre negros, as proporções entre a população negra foram expressivamente maiores para todos os grupos de diagnósticos. Apesar da raça/cor da pele ser reconhecida como determinante e marca das desigualdades em saúde no Brasil, no estudo que analisou as desigualdades sociais nas internações hospitalares no Brasil entre 1998 e 2003 não se observou efeito de raça no uso das internações hospitalares e necessidades de saúde¹⁰. Embora não se tenha denotado significância estatística nesse estudo, observou-se na análise estatística a correspondência entre a renda *per capita*, IDHM e taxa de coleta de lixo e a maior prevalência de morbidade hospitalar em municípios com 50% a mais na população negra.

Os municípios que apresentaram maiores proporções de internações hospitalares nos grupos de diagnósticos na população branca concentraram-se na região sul e principalmente centro-sul baiano; correspondem a municípios com população inferior a 34.000 hab.; com IDHM estimado entre médio e baixo. Com relação às internações na população negra, os municípios de maior destaque concentraram-se em regiões heterogêneas (centro-norte, nordeste baiano, centro-sul, sul-baiano, região metropolitana de Salvador, Vale São-Franciscano da Bahia), com média populacional estimada em 25.000hab. e IDHM situado entre médio e baixo¹³.

Uma desagregação do IDH por etnia proposta para a compreensão do processo de desigualdades raciais no Brasil concluiu que em nenhum Estado brasileiro a população negra apresenta um IDH maior que o dos brancos e não existe Estado em que o contingente branco situe-se no escalão do IDH quase-baixo. Na análise por Estados da federação, a população branca na Bahia (23,0%) apresentou um IDH considerado médio, ao passo que o contingente da população negra (76,6% da população baiana) apresentou um IDH situado em médio-baixo²⁶.

Em todo o mundo, fundamenta-se que a estratificação da população em níveis socioeconômicos determina, entre outros aspectos, estratos diferenciados nos níveis de saúde²⁴. Travassos et al (1995)³⁴, destacam que há um proeminente componente social envolvendo tanto os indicadores de morbidade quanto o uso de serviços de saúde. A multiplicidade de fatores sociais quanto à utilização de serviços de saúde evidenciam que

condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de uso de serviços. Em estudo que analisou as desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil constatou-se, entre outros fatores, que as chances de adoecer reduzem à medida que a renda aumenta, e que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber atendimento. Os grupos de mais alta renda consomem mais serviços ambulatoriais, e o consumo de serviços hospitalares tende a aumentar à medida que a renda decresce³⁵.

O aumento da desigualdade na utilização de serviços hospitalares no Brasil expresso nas diferenças segundo o grupo de renda foi apontado em resultados de estudos comparativos da PNAD de 1998 e 2003. Representariam esses dados piora no acesso às internações hospitalares para as pessoas de menor renda? Em decorrência da falta de acessibilidade a serviços ambulatoriais e atenção primária as pessoas de baixo nível socioeconômico recorreriam ao hospital, possivelmente de forma tardia e em condições mais graves. Desse modo, as desigualdades sociais podem sugerir distorções no modelo assistencial que se traduzem na dificuldade de acesso¹⁰.

Sagar (1994)³¹ destaca parecer lógico que os pobres sejam menos saudáveis que os ricos, e que o ambiente físico decorra do ambiente social. As populações expostas a condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde estabelecendo uma direta e linear relação entre desigualdades sociais e desigualdades em saúde. Com efeito, os determinantes estruturais produzem diferenciados perfis epidemiológicos e padrões de consumo de bens e serviços de saúde traduzidos nas condições de vida dos grupos populacionais e indicadores de saúde⁸.

As desigualdades em saúde revelam uma tendência compreendida como a lei dos cuidados inversos de Tudor Hart (1971)¹², na qual, a disponibilidade de uma boa assistência em saúde tende a variar inversamente com as demandas da população, de modo que a população que apresenta maior necessidade de cuidados de saúde é, paradoxalmente, geralmente aquela que dispõe de menos acessibilidade à saúde. E nesse aspecto, circunscreve-se a população negra que se concentra em regiões mais pobres do país², dispõe de baixa qualidade e reduzida expectativa de vida, apresenta níveis inferiores de instrução, reside em áreas com insuficiente provimento de serviços de infra-estrutura básica, tem menos acessibilidade e dispõe de menor qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde³⁸.

A análise adequada das condições sociais e de saúde da população negra requer considerar a grave e persistente questão do racismo no Brasil⁶. O descaso com relação à saúde da população negra denuncia uma das faces mais perversas do racismo que, sistematicamente,

viola a possibilidade de promoção e manutenção de condições dignas de saúde expondo a população negra a um ciclo de desvantagens e piores índices populacionais em termos de preservação da saúde e adoecimento²³. Nessa seara, fundamenta-se o racismo institucional que vulnerabiliza pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados colocando-os em detrimento no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações⁶.

O racismo esforça-se por negar ou desvirtuar a relação entre problemas sociais vivenciados por determinados grupos e a discriminação étnico-racial. Dessa forma, as desvantagens de um contingente perante os demais são naturalizadas, reproduzidas e configuradas supostamente como inevitáveis. A invisibilidade dos problemas enfrentados por grupos discriminados, sua crônica restrição e dificuldade de expressão em espaço público e a naturalização das convergências entre as linhas de classe e étnico-raciais, por vezes, traduzem em graves e severas sequelas para a população negra²⁷.

A elevada proporção de dados ignorados por raça/cor da pele representa um aspecto deveras relevante e preocupante e constitui a maior limitação do estudo. As subnotificações constatadas nos registros de internações hospitalares reafirmam a fragilidade do sistema de informação face ao planejamento de ações direcionadas ao enfrentamento das desigualdades em saúde. Para Magalhães (2007)²⁰, o investimento na qualidade da informação seguramente pode contribuir para o alcance da equidade em saúde. Os registros de informações vitais constituem uma fonte privilegiada de monitoramento e acompanhamento das desigualdades em saúde¹¹, sem os quais não é possível traçar um diagnóstico de situações de saúde, tomar decisões, priorizar ações e intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população²², especialmente das populações mais vulneráveis.

O SIH-SUS restringe-se às internações ocorridas no âmbito do SUS, desse modo não compreende a totalidade de internações. A subrepresentação da população economicamente mais favorecida torna-se um fator limitante às análises sobre as desigualdades inter-raciais quanto ao acesso e morbidade hospitalar³². Da mesma forma, nesse sistema não é possível categorizar as reinternações de um mesmo indivíduo, dado que pode resultar em contagem cumulativa e possibilitaria avaliar o impacto da qualidade da assistência à saúde nessas condições. Considera-se, também, a impossibilidade de se individualizar o risco de internação hospitalar, decorrente da falácia ecológica inerente aos estudos ecológicos³.

As ações de planejamento e programação em saúde de viés normativo tendem a considerar a distribuição populacional configurada em grupos homogêneos, ignorando as expressivas diferenciações no que diz respeito aos poderes econômicos, político, cultural e

simbólico²⁵. Nessa perspectiva, sem o reconhecimento e o detalhamento das desigualdades sociais em saúde, aqui realçados os diferenciais na morbidade hospitalar por raça/cor da pele, nenhum planejamento alcançará a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde¹⁸. Nessa perspectiva, sugerem-se estudos que se proponham a avaliar o impacto das desigualdades em saúde entre as populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo possibilitou-se identificar os municípios onde se concentram maiores proporções de adoecimento e populações mais vulneráveis. A renda *per capita*, taxa de coleta de lixo e IDHM representaram influência na maior incidência de morbidade hospitalar em municípios com 50% a mais na população negra. Esses dados refletem a necessidade local de maiores investimentos na atenção primária e em serviços diagnósticos, hospitais e clínicas especializadas, bem como sinalizam para a efetividade de políticas públicas que, em suas ações, reconheçam o racismo como estruturante das condições de saúde impostas à população negra.

A inexistência de associação estatística significativa não invalida a relação estabelecida entre os determinantes do processo saúde-doença e as vulnerabilidades sofridas pela população negra.

REFERÊNCIAS

1. Antunes FP, Costa MCN, Paim JS, Vieira-da-Silva LM, Cruz AA, Natividade M, et al. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. *Cad Saude Publica* 2013;29(7):1346-1356.
2. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
3. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saude Publica* 2012, 46 (1) São Paulo.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>. Acesso em: 20 dez 2013a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS. DATASUS. /disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrba.def> . Acesso em: 20 dez 2013b.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
7. Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2003; 12(2): 63-75.
8. Carmo LO, Sterman HL, Cristina BR, Galvão PA, Catarino PU, César IB et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Rev Saude Publica* 2009, 43(1): 115-122.
9. Carvalho MS, Pina MF, Santos SM Org. Rede interagencial de informações para a Saúde (RIPSA). Conceitos básicos de sistema de informação geográfica e cartográfica aplicado à saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde: Ministério da Saúde, 2000.
10. Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Cienc Saude Colet* 2006; 11(4):987-998.
11. Fiorio NM, Smarzaró DC, Barbosa GC, Molin MCB. Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade Vitória/ES de 1996 a 2005. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(1): 19-26.
12. Hart T.1971. The inverse care law. *Lancet* 1: p. 405-412.
13. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=29&search=bahia> Acesso em: 27 nov 2013.

14. Lebrao ML. Estudos de morbidade: usos e limites. *Saude soc.* 1995; 4(1-2):51-57.
15. LEBRÃO, M.L. Morbidade hospitalar no Vale do Paraíba, 1975. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
16. Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004b;16(2).
17. Lessa I. Níveis séricos de creatinina: hipercreatininemia em segmento da população adulta de Salvador, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2004a; 7(2): 176-186.
18. Luiz OC. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq Med ABC.* 2005;30(2):69-75
19. Luna E. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2002; 5(3).
20. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Rev C S Col* 2007; 12(3):667-673.
21. Mathias TAI, Soboll MLM. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. *Rev Saude Publica*1996;30(3): 224-232.
22. Medeiros KR et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Rev C S Col* 2005;10(2):433-440.
23. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
24. Omran AR. The Epidemiologic transition in the Americas. Washington DC: Pan-American Health Organization; 1996.
25. Paim JS. Gestão da Atenção Básica nas cidades. In: Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3):183-212.
26. Paixão M. Desenvolvimento Humano e as Desigualdades Étnicas no Brasil: um retrato de final de século. Proposta No 86 Setembro/Novembro de 2000.
27. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM. Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. Disponível em:http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf. Acesso em 16 de nov de 2013.
28. Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

29. Rede Interagencial de Informações para a saúde – RIPSa. Comentários sobre os Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco até 2006. Disponível em: http://ccs.infospace.com/ClickHandler.ashx?du=tabnet.datasus.gov.br%2ftabdata%2flivroidb%2fCom2007%2fCom_D13.pdf&ru=http%3a%2f%2ftabnet.datasus.gov.br%2ftabdata%2flivroidb%2fCom2007%2fCom_D13.pdf&ld=20140228&ap=3&app=1&c=snapdov8&s=snapdov8&coi=771&cop=main-title&eup=189.105.84.240&npp=3&p=0&pp=0&pvaid=de3110317a5049ecbca95da1fe13ec6a&ep=3&mid=9&en=yZ%2bM9KjE30nghpLF3F4riyogk2lzUoSwCLGwKeM61ko%3d&has h=05E50EEA1EE6A4A953BCDF3EAA55F077. Acesso em: 2 jan 2014
30. Rocha LE, Freitas CU, Ferreira JMN, Faria CG, Kumagai MFU. Dados comparativos de morbidade hospitalar do Município de Cubatão e do Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1988, 22 (2): 118-131.
31. Sagar R. Health and social environment. Environment Impact Assessment. *Review* 1994; 14: 359-375.
32. Santos AC. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
33. Tavares-Neto J, Santos SB, Prata A. Schistosomiasis-infection and race of carriers. *Rev Latinoam Microbiol.* 1991; 33(1):49-54.
34. Travassos C.; Fernandes C. e Perez M. *Desigualdade Social, Morbidade e Uso de Serviços de Saúde no Brasil*; Série Estudos N° 4 -"Política) Planejamento e Gestão em Saúde". Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSp, 1995.
35. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet* 2000, 5(1):133-149.
36. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Rev C S Col* 2002; 7: 607-22.
37. Yazlle Rocha JS, Simoes BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saude Publica* 1997; 31(5): 479-487.
38. Zamora MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Frac. Rev. Psicol.* 2012; 24(3): 563-578.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da morbidade hospitalar segundo os diferenciais por raça/cor da pele no estado Bahia representa um diferencial nos estudos sobre a temática. Os indicadores de morbidade estabelecem uma relação direta com a qualidade estrutural dos serviços de saúde, as mudanças nos padrões de morbimortalidade, as condições de vida e saúde das populações e a epidemiologia das desigualdades.

Essa dissertação cumpre a função de revelar sob perspectiva racial as assimetrias populacionais face ao processo saúde-doença. As disparidades identificadas entre as populações, municípios e regiões revelam a necessidade de efetividade política, investimentos e melhoria das condições de saúde nesses segmentos com vistas à universalidade, integralidade e equidade em saúde.

A precariedade do preenchimento do sistema de informação com relação à raça/cor da pele evidenciada nesse estudo concorre para a distorção dos diferenciais encontrados, a persistência da invisibilidade das doenças e agravos que incidem em acentuado grau sobre a população negra do estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BATISTA, L.E. **Homens e mulheres negros: saúde, doença e morte**. Araraquara, SP: Universidade Estadual Paulista, 2002.

BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 71-80, 2005.

BITTENCOURT, A.S.; Camacho, L.A.B; Leal, M.C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 19-30, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf Acesso em: 20 de fev. de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. DATASUS. Informações de Saúde. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 7 de dez de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015**. Série B. Textos Básicos de Saúde: Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BROWN, M.J. Hypertension and ethnic group. **British Medical Journal**, v.332, p. 833-836, 2006.

- CICONELLO, A. **O desafio de eliminar o racismo no Brasil:** a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial, setembro de 2007. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/Racismo%20-%20texto%20do%20Peck.pdf>> Acesso em 20 jan. 2013.
- CUNHA, E.G.P. da. 2001. Condicionantes da Mortalidade Infantil Segundo Raça/cor no Estado de São Paulo – 1997-1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- DUARTE, E.C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil:** um estudo exploratório. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- GOES, F.E.; NASCIMENTO, E.R. **Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia.** In: Werneck, J; Batista, L.E.; Lopes, F. (Org.). Saúde da população negra. Petrópolis, RJ: DP; Brasília, DF: ABPN, 2012.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características da População e dos Domicílios:** Resultados do Universo. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm Acesso em: 10 jan. 2014.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** Brasília, DF: Edição Especial, n. 13, 2007.
- JACCOUD L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial:** uma análise dos últimos 20 anos. Brasília, DF: IPEA, 2009.
- KALCKMANN, S. et al. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, 16(2):146-55, 2007.
- LAST, J.M. The iceberg: "Completing the Clinical Picture" in general practice. **Lancet**, v. 2, p.28-31, 1963.
- LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer:** Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: Funasa, 2005.
- MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v.3, p.667-673, 2007.
- MAIO, M.C. Monteiro S, Chor C, FAerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autotaxonomia no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2005.
- MENEGHELL, S.N. et al. Internações Hospitalares no Rio Grande do Sul. **Iesus** 2007; VI(2).
- NERI, M; Soares, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, p. 77-87, 2002.
- OLIVEIRA F. **Saúde da população negra:** Brasil ano 2001. Brasília, DF: OPAS, 2003.

OLIVEIRA F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**2004;18(50): 57-60.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).

Disponível em

<http://www.pnud.org.br/IDH/AtlasSalvador.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasRegioesMetropolitanas>. Acesso em: 30 mar. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Política nacional de saúde da população negra**: uma questão de equidade. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 2001. Brasília, DF: PNUD; OPAS; DFID; NFPA; UNICEF; UNESCO; UNDCP; UNAIDS; UNIFEM, 2001.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).

Relatório de desenvolvimento humano. Racismo, pobreza e violência. Brasília, DF: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD)/Cedeplar Atlas Racial Brasileiro. Brasília: PNUD/Cedeplar), 2004.

SACRAMENTO, A.N.; NASCIMENTO, E.R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**; v. 45, n. 5, p.1142-1149,2011.

SAMPAIO, A.S. Ecos do Silêncio: algumas reflexões sobre uma vivência de racismo. In: Werneck J, Batista LE, Lopes F. (Org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: ABPN, 2012.

SOARES FILHO, A.M. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: Werneck J, Batista LE, Lopes F. (Org.). **Saúde da população negra**. Brasília: ABPN, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L.G.; Almeida Filho, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Caderno de Saúde Pública**, 25, sup 2, S217-S226, 2009.

YAZLLE ROCHA, J.S. Padrões de morbidade hospitalar: considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, 14, p. 58-64,1980.

YAZLLE ROCHA, J.S. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**; v.9, p. 477-93, 1975.

ZAMORA, M.H.R.N. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. **Fractal Revista de Psicologia**, v.24, n.3, p.563-578, 2012.