

Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil

Health, minorities and inequality:
some webs of inter-relations, emphasizing
indigenous peoples in Brazil

Carlos Everaldo Alvares Coimbra Jr.¹
Ricardo Ventura Santos^{1,2}

Abstract *In Brazil, few studies have analyzed the impacts of the ethnic-racial dimension upon the expression of health issues. In their daily lives, minorities experience situations of exclusion, marginality and discrimination that make them particularly vulnerable to health problems. In this paper we primarily focus on indigenous peoples. Rates of morbidity and mortality above national levels, hunger, undernutrition, occupational hazards and social violence are some of the multiple health-disease outcomes that derive from the persistence of inequalities. It is important that conditions are created in order to revert the current situation of demographic and epidemiological “invisibility” faced by indigenous peoples in Brazil, which in part stem from the absence of information about them in national databases. This will allow for a better understanding of the genesis, determinants and ways of reproduction of health inequalities in Brazil, thus potentially informing political actions and fostering interventions.*

Key words *Ethnicity; Race; Inequality; Health; Indians; Brazil*

Resumo *No Brasil, não há uma produção sistemática acerca do peso da dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde. No cotidiano, minorias vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a agravos à saúde. Neste texto é enfocada, em particular, a situação dos povos indígenas. Coeficientes de morbi-mortalidade mais altos do que os registrados em nível nacional, fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são apenas alguns dos múltiplos reflexos sobre a saúde decorrentes da persistência de desigualdades. É importante que sejam realizados esforços no sentido de reverter uma preocupante invisibilidade demográfica e epidemiológica resultante da ausência de informações confiáveis para as populações indígenas nas bases de dados oficiais. Isso possibilitará compreender melhor a gênese, determinantes e formas de reprodução das desigualdades em saúde no Brasil. Tais conhecimentos são fundamentais para o embasamento tanto de atuações políticas, inclusive por parte de lideranças indígenas, como de intervenções com vistas à promoção da equidade em saúde.*

Palavras-chave *Etnia; Raça; Desigualdade; Saúde; Índios; Brasil*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. carlos_coimbrajr@gb.com.br

² Departamento de Antropologia, Museu Nacional/UFRJ, Quinta da Boa Vista s/n, 20940-040, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. santos@ensp.fiocruz.br

No Brasil, as pesquisas sobre os efeitos de desigualdades sociais em saúde tendem, em sua maioria, a privilegiar a análise da composição socioeconômica como um dos elementos centrais de seus modelos explicativos. Não há uma produção sistemática acerca do peso da dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde.

Há autores que chegam a afirmar que existe um certo tabu ou, como preferem alguns, uma *miopia* (Maggie, 1996) nas formas através das quais, em geral, se lida com a variável *raça* em pesquisas sobre desigualdades, o que certamente se estende para as investigações em saúde. Em parte, uma razão para tal residiria na persistência de uma elaborada doutrina de *democracia racial* marcada por um discurso francamente assimilacionista (Hasenbalg, 1996; Seyferth, 1995; Skidmore, 1974). Em muitos círculos há uma certa evitação em se tocar no tema *raça*, muito mais ainda se houver insinuação de existência de discriminação ou preconceito. Os efeitos dessa doutrina se fazem presentes também em outros países latino-americanos, se bem que, talvez, não com a mesma intensidade ou grau de elaboração teórica (e retórica) que o observado no Brasil. É o caso, por exemplo, da Colômbia (Wade, 1993), Venezuela (Wright, 1990) e países caribenhos (McGarrity, 1999).

Tanto no Brasil como na América Latina em geral, é imprescindível que os estudos sobre desigualdades socioeconômicas, e aqueles concernentes ao processo saúde-doença em particular, incorporem cada vez mais intensamente *raça/etnia* como dimensões analíticas. *Raça/etnia*, processo saúde-doença, nível socioeconômico, educação, espacialidade, entre outras, são esferas profundamente imbricadas, cujas inter-relações manifestam-se das mais variadas formas.

Em sociedades onde determinadas características fenotípicas podem estar em uma das vertentes que estruturam o sistema de classes e hierarquias sociais, pertencer a uma dada *raça/etnia* pode, por si, limitar em muito as possibilidades de mobilidade social ascendente e, conseqüentemente, restringir o acesso a serviços de saúde, educação, moradia, saneamento etc. No Brasil, *...apesar do discurso assimilacionista e de igualdade racial, existem hierarquias de classificação social com base na idéia de raça, utilizadas como desqualificadores de indivíduos ou grupos* (Seyferth, 1995). Tais sistemas classificatórios operam com base em ca-

racterísticas fenotípicas, como cor da pele, estatura e tipo de cabelo, incluindo toda uma complexa rede de associações entre tipo racial e comportamento, personalidade e/ou caráter. Conhecer essas associações é fundamental pelo fato delas servirem de referencial para o exercício de discriminação.

No caso da América Latina, as estimativas dão conta de que, aproximadamente, 35% da população vive em estado de pobreza absoluta. Dados recentes apontam para a existência de 204 milhões de pobres na região e há nítida tendência no sentido de aumento das desigualdades, particularmente no que se refere à distribuição da renda *per capita* (Briceño-León, 1993). Ainda que pouco enfatizada, a discrepância verificada na distribuição de renda na população da grande maioria dos países latino-americanos atrela-se à questão étnico-racial. Isto é, via de regra, os brancos encontram-se entre os mais ricos e são maioria dentre as classes média e alta, estando os negros e índios relegados aos extratos sociais onde há mais pobreza.

No campo da educação, análises sobre rendimento no ensino e nível de escolaridade revelam que crianças negras ou mestiças tendem a alcançar menos anos de aprendizado formal do que crianças brancas. Os dados do censo brasileiro de 1991 indicam, por exemplo, que no grupo de idade entre 15 e 19 anos, que já deveriam ter concluído o primeiro grau e estar em vias de concluir o segundo, 14,4% dos negros ainda não eram alfabetizados, enquanto que a proporção de analfabetos entre os brancos dessa mesma faixa etária era de 4,9% (Barcelos, 1992; Hasenbalg & Silva, 1990). Esse quadro se mantém mesmo após o controle para as diferenças socioeconômicas.

Há ainda que se considerar a segregação espacial, levando à formação de guetos, encaves e favelas em determinados bairros ou setores situados nas periferias dos centros urbanos. Tais espaços, via de regra, situam-se em regiões menos valorizadas do ponto de vista urbanístico, caracterizadas por insuficiência de serviços, tais como transportes, lazer, saneamento, policiamento e saúde. Também não raramente situam-se em setores sujeitos à pesada poluição industrial, desencadeando, portanto, riscos imediatos à saúde (Brown, 1995). Ao caracterizarem essas situações, certos autores chegam a utilizar o termo racismo ambiental (Grossman, 1993). É o caso, por exemplo, dos guetos negros, chicanos ou porto-ri-

quinhos nas grandes cidades norte-americanas onde vários estudos sócio-epidemiológicos têm demonstrado níveis mais elevados de morbi-mortalidade (Cooper et al., 1981; Lillie-Blanton et al., 1996). O estudo de Telles (1993) demonstra que, também no Brasil, há segregação espacial/residencial associada à raça. Se entre os mais pobres há maior interação inter-racial nos espaços peri-domiciliares, percebe-se um aumento nos níveis de segregação residencial nas áreas habitadas por grupos de maior renda. Daí porque os bairros classe média serem tipicamente brancos e as favelas tipicamente negras e mestiças (na Amazônia, o elemento negro é, em grande parte, substituído pelo índio ou *caboclo* nas favelas das grandes cidades da região, como Manaus e Belém).

A migração indígena para as cidades brasileiras, fenômeno ainda pouco estudado, parece estar se tornando cada vez mais freqüente como decorrência, dentre outros fatores, da absorção do indígena nos mercados regionais, de deslocamentos devido a conflitos por terra e da insuficiente infra-estrutura e disponibilidade de serviços essenciais (como saúde e educação) nas terras indígenas. Atualmente, segundo estimativa do Instituto Socioambiental, *40% da população indígena do país vive nas regiões mais ocupadas do Nordeste, Leste e Sul do Brasil, confinada a 2% da extensão das terras indígenas* (Ricardo, 1996). A presença indígena nas cidades brasileiras é, em geral, caracterizada por uma inserção marcadamente periférica, vivendo em grupos de tamanho variável, situados nas favelas mais pobres, onde são alvo de forte discriminação.

Num dos primeiros estudos sobre urbanização indígena realizado no Brasil, entre os Terena de Mato Grosso do Sul, Oliveira (1968) concluiu que *sempre que manifestada sua etnia [ou sua condição de índio], o que é muito freqüente, graças ao fenótipo aliado a um comportamento característico (postura, vestimenta pobre e, principalmente, modo de falar), as relações com o branco tendem a assumir aspectos paternalistas ou agressivos*. Em Manaus, Fígoli (1985) estudou o processo migratório de etnias indígenas do Alto Rio Negro (Tukáno, Desána, Baniwa, Baraçana) para a cidade e chamou a atenção para a emergência de uma *nova* etnicidade, a do índio *genérico* ou a do *caboclo* em oposição ao *branco*. Também no Nordeste brasileiro, a urbanização dos grupos indígenas tem se intensificado nos últimos anos.

Nesses casos, a migração para as cidades não se restringe aos centros urbanos regionais, mas se estende até cidades bem mais distantes, no sul do país. É o caso, por exemplo, dos Pankararú, originalmente do Estado de Pernambuco, e que hoje têm cerca de metade de sua população (em torno de 1.500 pessoas) vivendo em uma favela na periferia da cidade de São Paulo (Oliveira, 1996; Paiva, 1997).

Minorias, saúde e enfermidade

Apesar de vários autores apontarem para a relevância de etnia/raça na produção de enfermidade, poucos de fato demonstraram empiricamente a existência de tal associação. No Brasil em particular, os estudos médicos ou epidemiológicos que empregam as categorias *raça* ou *etnia*, em geral, dão a essas variáveis um tratamento essencialmente tipológico. Essa abordagem é fácil de ser identificada, por exemplo, em trabalhos que estratificam as casuísticas de uma determinada doença ou suas diferentes formas clínicas segundo a tipologia racial clássica – branco, pardo, negro – tão em voga na medicina e antropologia do início do século XX. As limitações dessa tipologia são muitas e têm sido apontadas por vários autores (Goodman, 1997; Santos, 1996). Por sua vez, a adoção do conceito de *etnia* nos estudos médico-epidemiológicos tende a ser também problemática pois, na prática, o que se verifica com freqüência é a simples equiparação entre *raça* e *etnia* (situação semelhante ocorre nos estudos sobre *gênero*, cujos autores, em grande número dos casos, estão na realidade trabalhando com a variável *sexo*). A discussão sobre essas questões está longe de ser resolvida e não pretendemos nos alongar sobre tal tema na presente contribuição (vide Coimbra Jr., 1998; Cooper, 1984; Cooper & David, 1986; Crews & Bindon, 1991, dentre outros).

A relação entre saúde/enfermidade e minorias étnico-raciais pode ser abordada sob duas vertentes que, a nosso ver, são complementares: 1) saúde e enfermidade como resultante de desigualdades sociais e/ou discriminação étnico-racial e 2) saúde e enfermidade como resultante de fatores biogenéticos. Aqui estamos particularmente interessados na primeira.

A discriminação étnico-racial experimentada por membros de minorias pode ter grande impacto sobre o indivíduo e/ou grupo, ge-

rando estresse e enfermidades relacionadas (Griffith & Griffith, 1986). Vivenciar situações de discriminação pode ser, por si, um elemento desencadeador de doenças. Tal fato é ainda mais grave quando a experiência se passa no contexto de um serviço destinado à atenção em saúde. Essas situações podem gerar fortes emoções, que vão do medo e desconfiança à raiva e frustração, comprometendo, portanto, não somente a qualidade e a credibilidade dos serviços prestados, mas a própria saúde do indivíduo (Broman, 1996; Krieger, 1990). É importante que se diga, contudo, que as modalidades através das quais a discriminação se expressa nem sempre são tão diretas e evidentes. Não raro, está imiscuída subliminarmente nas teias de relações sociais e econômicas que estruturam e determinam a expressão do processo saúde-doença, seja de seus determinantes diretos como dos indiretos.

Do ponto de vista epidemiológico, um estudo particularmente importante realizado no Brasil é o de Wood & Carvalho (1994), no qual os autores analisam dados sobre mortalidade no período de 1950 a 1980. É patente a persistência de desigualdades raciais nas estatísticas de mortalidade. Por exemplo, quanto à esperança de vida ao nascer, os autores demonstram que, a despeito das melhorias experimentadas tanto por crianças brancas como pelas não-brancas, manteve-se uma diferença da ordem de 6,5-7,5 anos de vida a mais das primeiras em relação às crianças não-brancas (Wood & Carvalho, 1994). Ainda durante os anos 80, a mortalidade infantil por mil nascidos vivos era de 77 para brancos e 105 para o conjunto de não-brancos (Hasenbalg, 1996).

Para Wood & Carvalho, a difusão de novas tecnologias médicas, aliada à melhoria do padrão de vida, explicaria a queda acelerada da mortalidade verificada no Brasil, principalmente a partir da década de 1970. Contudo, já que tanto o acesso às tecnologias como a melhoria relativa das condições de vida não se deram por igual, há de se considerar, no plano macro, o efeito do desenvolvimento desigual segundo a região do país e, no micro, também da marginalização e discriminação étnico-racial na determinação das diferenças observadas entre brancos e não-brancos. Com relação a este último nível de análise, a observação de indicadores selecionados (nível educacional de mulheres e disponibilidade de água encanada nos domicílios) mostra a existência de forte desigualdade, revelando que... *a raça*

da mãe continua associada à mortalidade infanto-juvenil, [mesmo] após removerem-se os efeitos dos determinantes socioeconômicos tais como renda, nível educacional e acesso à água potável (Wood & Carvalho, 1994). Por exemplo, a constatação de que, segundo o censo de 1980, 78% das famílias brancas vivendo nas áreas metropolitanas possuíam água encanada, contra 53% entre as famílias não-brancas, revela a existência de importante segregação residencial (Wood & Carvalho, 1994).

Em sua quase totalidade, os poucos estudos sobre saúde e raça/etnia na América Latina tratam de populações urbanas. No caso brasileiro, isto significa que as populações indígenas são, em raríssimos casos, incluídas nas análises haja vista que, apesar de uma tendência à urbanização indígena, essas se mantêm predominantemente rurais. Resulta deste viés que, via de regra, quando falamos de análises sobre raça/etnia e saúde estamos nos referindo a negros e/ou mestiços. No entanto, os poucos trabalhos publicados sobre populações indígenas no Brasil demonstram de maneira contundente uma situação de enorme desvantagem e marginalização (vide CIMI, 1996; Coimbra Jr. & Santos, 1991; Santos & Coimbra Jr., 1994). Isso se reflete em má qualidade de vida, enorme dificuldade de acesso aos serviços em geral e indicadores de saúde abaixo das médias nacionais e regionais (OPAS, 1998).

Uma criança indígena no Panamá, por exemplo, tem probabilidade 3,5 vezes maior de morrer antes do primeiro ano de vida do que uma criança não-indígena (OPAS, 1998). Segundo Douglas (1991), *la pobreza indígena posee características muy similares entre los distintos grupos representativos en Panamá...alta incidencia de desnutrición, niveles elevados de fecundidad, elevada morbilidad por enfermedades infecto contagiosas y como colofón elevadísimas tasas de mortalidad infantil*. No México, *...la población indígena [...] vive en condiciones notablemente más precarias que el resto de la sociedad nacional [caracterizada por] alta mortalidad (8.5% de los hijos de mujeres de 25 a 29 años habían fallecido al momento del censo, casi el doble que el promedio nacional de 4.7% (Sepúlveda, 1993)*. Entre os ianomamis, na região de fronteira entre o Brasil e a Venezuela, a esperança de vida ao nascer é de 38,5 anos para os homens e 40,5 anos para as mulheres (Early & Peters, 1990), muito abaixo, portanto, das médias verificadas em ambos os países.

Desigualdade, saúde e os povos indígenas

Para evidenciar as inter-relações entre desigualdades sociais, processo saúde-doença e raça/etnia, faz-se necessário, obviamente, que se disponham de informações confiáveis na forma de parâmetros qualitativos e quantitativos para essas diversas dimensões. Ao longo dos próximos parágrafos chamamos a atenção para uma dificuldade primordial envolvida na consecução de análises dessas inter-relações no Brasil, qual seja, a inexistência de informações sociodemográficas segundo raça/etnia em importantes bases de dados demográficas e de morbi-mortalidade. A título de exemplo, enfocaremos as populações indígenas pois, como será indicado, a carência de informações para esse segmento social é particularmente gritante.

Com base nas informações demográficas e epidemiológicas disponíveis atualmente no Brasil, não é possível traçar um panorama minimamente confiável acerca das condições de saúde das populações indígenas e, muito menos, conduzir discussões produtivas quanto às interfaces entre saúde e desigualdades sociais. Não obstante, ainda que estejam ausentes os elementos quantitativos que nos permitam substanciar tais questões, restam poucas dúvidas que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-as em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional.

É importante salientar que a questão da saúde das populações indígenas no Brasil faz parte de um quadro que extrapola fronteiras nacionais específicas. É um tema que se insere e resulta do capítulo mais amplo das relações sócio-históricas entre povos autóctones e os colonizadores que, em diversas levas, chegaram às Américas ao longo dos últimos 500 anos. Se no Brasil ainda engatinham as análises sobre saúde e desigualdade (ou talvez uma metáfora mais apropriada seja indicar que a preocupação ainda está sendo gestada), em alguns outros países das Américas, como México, EUA e Canadá, estão melhor amparadas em resultados de pesquisas que evidenciam a situação de marginalidade socioeconômica e epidemiológica dos povos indígenas (Sanderfur et al., 1996; Sepúlveda, 1993; Waldram et al., 1997; Young, 1994, entre outros). Esses estudos apontam como o contraste de perfis de saúde podem ser reveladores para compreen-

der as dinâmicas de produção e reprodução de diferenças. Ainda que os perfis de saúde de povos indígenas na América do Norte sejam amplamente distintos, há um elemento em comum que os une, qual seja, a grande distância que separa a qualidade de vida e os perfis epidemiológicos dos povos indígenas de cada um desses países em relação aos não-indígenas.

Várias questões sobre o contexto brasileiro emergem a partir dos pontos indicados acima. Que fatores explicam a extrema penúria de dados necessários para caracterizar o perfil de saúde/doença das populações indígenas? Por que ainda se encontram tão incipientes as discussões sobre desigualdade e saúde tomando os povos indígenas como foco? Qual seria a importância de efetuar análises que contraponham os povos indígenas com outros segmentos da sociedade brasileira? Que estratégias devem ser utilizadas para, a médio e a longo prazo, tornar possível uma maior disponibilidade de dados que permitam essas análises?

Não está distante no passado a época quando eram correntes vaticínios algo sombrios sobre o futuro dos povos indígenas no Brasil, em alguns casos prevendo-se a possibilidade de extinção biológica (Davis, 1978; Ribeiro, 1977, entre outros). Diante disso, não é de surpreender que o tamanho populacional tenha sido uma das variáveis mais correntes nas discussões sobre demografia de populações indígenas durante décadas. Os dados centrais para monitoramento diziam respeito ao tamanho dos contingentes populacionais indígenas, isto é, saber quantos eram e se estavam diminuindo ou crescendo.

Ao longo das últimas duas décadas, modificaram-se as previsões. Nos anos 80 já ressoavam vozes com timbres mais otimistas quanto ao futuro demográfico dos povos indígenas. Segundo o antropólogo Mércio Gomes (1988), *o que surge como mais surpreendente e extraordinário nas relações entre os índios e o Brasil é a possível reversão histórica na demografia indígena. Certamente seria temerário afirmar que os índios, afinal, sobreviveram, e que esta é uma realidade concreta e permanente... Mas o fato é que há fortes indícios de que as populações indígenas sobreviventes vêm crescendo nas últimas três décadas, surpreendendo as expectativas alarmantes ... de tempos atrás.*

Na década de 1990, a percepção já se pautava em um outro plano. Nas palavras de Ricardo (1996), *foi afastada a hipótese de desaparecimento físico dos índios no Brasil e que,*

portanto, não estamos diante de uma 'causa perdida' como se chegou a dizer anos atrás. A reversão do quadro de pessimismo quanto ao futuro dos povos indígenas fundamentou-se na constatação de contínuo crescimento populacional ao longo de um período amplo de tempo.

Nos dias atuais, ainda mais em um contexto no qual já não pairam dúvidas sobre a permanência dos povos indígenas no Brasil, a questão das bases de dados assume uma nova configuração. O tamanho dos contingentes populacionais ocupa, é claro, e possivelmente sempre ocupará um espaço privilegiado nas discussões, inclusive porque é tópico central nas sempre acaloradas discussões sobre densidade populacional indígena e questão fundiária (vide Silva, 1994). Em nossa opinião, uma lacuna que precisa ser preenchida de imediato diz respeito à coleta e à análise de informações demográficas e epidemiológicas acerca dos povos indígenas, dados esses passíveis de serem contrastados com aqueles relativos a outros segmentos da sociedade nacional. Ou seja, o estabelecimento de um sistema de estatísticas contínuas e confiáveis integrado aos sistemas e bases existentes para o restante da população brasileira. O exercício de evidenciar contrastes e desigualdades é sempre uma ferramenta potencialmente poderosa para municiar segmentos sociais marginalizados na busca de políticas e práticas que pressionem em direção a uma maior equidade em saúde.

Mas há dados para tal? No contexto atual, infelizmente não. Na introdução do importante volume *Povos indígenas no Brasil 1991/95*, recentemente publicado pelo Instituto Socioambiental, e que traz o conjunto de informações demográficas mais abrangente sobre as populações indígenas segundo etnia, Carlos Alberto Ricardo (1996) escreve: *...no capítulo da demografia, o que se sabe sobre a situação contemporânea dos índios no Brasil é muito pouco. Os dados demográficos... são bastante heterogêneos, quanto à sua origem, data e procedimento de coleta. Reuni-los foi um verdadeiro quebra-cabeça para juntar informações dispersas, muitas das quais são resultado de estimativas e não de contagem direta. Mesmo quando são dados resultantes de contagem direta, via de regra os recenseadores não dominam a língua, não entendem a organização social nem a dinâmica espacial e sazonal das sociedades indígenas, produzindo, portanto, informações inconsistentes e totais errados, para mais ou para menos.*

É importante indicar como tem sido produzida a ausência de dados demográficos para as populações indígenas. Ainda que seja uma atribuição institucional da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) coletar e sistematizar dados demográficos, na prática, os bancos de dados, desde longa data, inexistem por completo ou não se revestem de confiabilidade, por não serem atualizados de forma periódica e sistemática.

A carência de dados pertinentes aos povos indígenas está longe de ser remediada, mesmo após a introdução de um item de classificação específico para os índios no quesito *cor* do censo de 1991. Nos censos anteriormente realizados no Brasil, quando levados em conta, os índios eram contabilizados em categorias como *pardo* ou *amarelo* (Azevedo, 1997; Oliveira, 1997). Além da confiabilidade dos princípios de classificação [como apontado por Silva (1994),... *'índio' não é 'cor' nem aqui nem na China...*], vários outros problemas têm sido apontados em relação aos dados censitários de 1991 para as populações indígenas (Azevedo, 1997; Silva, 1994). Por exemplo, somente foram recenseadas as pessoas vivendo próximas dos postos da FUNAI ou em missões religiosas, excluindo da contagem um contingente desconhecido, mas certamente significativo, de indivíduos residentes em aldeias sem a presença de agentes governamentais ou de missionários. Além disso, no censo predomina um *conceito de índio genérico*, haja vista que não são coletadas informações sobre categorias étnicas específicas (Xavante, Kaiapó etc.). Insatisfeitos com os resultados do censo de 1991, algumas associações indígenas se mobilizaram com o objetivo de realizar levantamentos censitários independentes, visando inclusive revelar as falhas do levantamento oficial (vide Azevedo, 1994).

Infelizmente, outras fontes de dados importantes e que permitiriam a construção de indicadores sociais e de saúde, como as bases de morbidade, internações hospitalares e mortalidade disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS (<http://www.datasus.gov.br>) tampouco permitem a desagregação por raça e/ou etnia.

Como resultado do conjunto de deficiências acima, não é de surpreender que, para os povos indígenas situados no Brasil, não se disponham de informações relativas aos mais básicos indicadores sociodemográficos, como taxa de mortalidade infantil, esperança de vida

ao nascer ou principais causas de morbidade e mortalidade. Obviamente que são muitas as implicações de ordem prática decorrentes dessa carência de dados. Como direcionar políticas e planos de ação social para grupos que vivem situações de isolamento e marginalidade no contexto regional? Como avaliar o impacto de programas nacionais como, por exemplo, controle de endemias e vacinação, em grupos étnicos minoritários a partir de indicadores macro-regionais ou nacionais que não têm sensibilidade para detectar a dinâmica dos processos saúde/enfermidade em nível micro? Somente com a estruturação de um sistema de estatísticas contínuas e com um maior refinamento metodológico do censo decenal e de outros mecanismos de coleta de dados no que tange aos povos indígenas será possível reverter uma danosa *invisibilidade*, demográfica e epidemiológica, cujo um dos efeitos mais adversos é o de impedir que se disponham de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando dirimir situações de desigualdade em saúde.

Comentários finais

Raça e etnia são categorias que ainda ocupam um espaço muito restrito na agenda de investigação sobre desigualdade e saúde no Brasil, em particular e na América Latina, em geral. Entre as razões para tal, pode-se mencionar a

tendência de, refletindo certas ideologias nacionais (por exemplo, o mito da democracia racial), não considerar raça/etnia como variáveis de importância na construção de modelos sobre desigualdades, além da constante referência às dificuldades encontradas para operacionalizar tais conceitos.

Enfatizando questões relativas aos povos indígenas, procuramos, neste texto, chamar a atenção para o fato de que minorias étnicas e raciais no Brasil vivem situações de exclusão, marginalidade e discriminação que, em última instância, as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos. Coeficientes de morbi-mortalidade mais altos do que os registrados em nível nacional; fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são apenas alguns dos múltiplos reflexos sobre a saúde decorrentes da persistência de desigualdades. É fundamental, portanto, que investigadores em ciências sociais e nas ciências da saúde somem esforços no sentido de aprofundarem os conhecimentos sobre as múltiplas interfaces dos efeitos da dimensão étnico-racial sobre a saúde. Com base nesses conhecimentos, tornar-se-á possível melhor compreender a gênese, determinantes e formas de reprodução das desigualdades em saúde. Tais conhecimentos são fundamentais para o embasamento de atuações políticas, inclusive por parte de lideranças indígenas, e de intervenções com vistas à promoção da equidade em saúde.

Referências bibliográficas

- Azevedo MM 1994. Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 11:235-244.
- Azevedo MM 1997. Fontes de dados sobre as populações indígenas brasileiras da Amazônia. *Cadernos de Estudos Sociais* 13:163-177.
- Barcelos LC 1992. Educação: um quadro das desigualdades raciais. *Estudos Afro-Asiáticos* 23:37-95.
- Briceño-León R. 1993. Población, salud y ambiente en el desarrollo latinoamericano. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología* 3:90-104.
- Broman CL 1996. The health consequences of racial discrimination: a study of African Americans. *Ethnicity and Disease* 6:148-153.
- Brown P 1995. Race, class, and environmental health: a review and systematization of the literature. *Environmental Research* 69:15-30.
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário) 1996. *A Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. 1994-1995*. CIMI, Brasília.
- Coimbra Jr. CEA 1998. Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares pp. 151-161. In MN Bronfman & R. Castro (eds.), *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. EDAMEX, México, DF.
- Coimbra Jr. CEA & Santos RV 1991. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudanças socioeconômicas: o grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia. *Cadernos de Saúde Pública* 7:538-562.
- Cooper RS 1984. A note on the biologic concept of race and its application in epidemiologic research. *American Heart Journal* 108:715-723.
- Cooper RS & David R 1986. The biological concept of race and its application to public health and epi-

- demology. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 11:97-116.
- Cooper RS, Steinhauer M, Miller W, David R & Schatzkin A 1981. Racism, society, and disease: an exploration of the social and biological mechanisms of differential mortality. *International Journal of Health Services* 11:389-413.
- Crews DE & Bindon JR 1991. Ethnicity as a taxonomic tool in biomedical and biosocial research. *Ethnicity and Disease* 1:42-49.
- Davis SH 1978. *Vítimas do Milagre: o Desenvolvimento e os Índios do Brasil*. Zahar Editores, Rio de Janeiro.
- Douglas LM 1991. *Hombre-Espacio-Salud. Análisis Geográfico de la Mortalidad Infantil en Panamá*. Centro de Investigaciones Antropológicas, Universidad de Panamá, Panamá.
- Early JD & Peters JF 1990. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. Academic Press, San Diego.
- Fígoli LHG 1985. Identidad regional y "cabocismo": índios del Alto Rio Negro en Manaos. *Anuário Antropológico* 83:119-154.
- Gomes MP 1988. *Os Índios e o Brasil: Ensaio sobre um Holocausto e sobre uma Nova Possibilidade de Convivência*. Editora Vozes, Petrópolis.
- Goodman AH 1997. Bred in the bone? *The Sciences* 37:20-25
- Griffith EEH & Griffith EJ 1986. Racism, psychological injury, and compensatory damages. *Hospital and Community Psychiatry* 37:71-75.
- Grossman K 1993. Environmental racism pp. 326-334. In S Harding (ed.). *The "Racial" Economy of Science: Toward a Democratic Future*. Indiana University Press, Bloomington.
- Hasenbalg CA 1996. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil, pp. 235-249. In MC Maio & RV Santos (orgs.), *Raça, Ciência e Sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Hasenbalg CA & Silva NV 1990. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos* 18:73-101.
- Krieger N 1990. Racial and gender discrimination: risk factors for high blood pressure? *Social Science and Medicine* 30:1273-1281.
- Lillie-Blanton M, Parsons PE, Gayle H. & Dievler A. 1996. Racial differences in health: not just black and white, but shades of gray. *Annual Review of Public Health* 17:411-448.
- Maggie Y 1996. "Aqueles a quem foi negada a cor do dia": as categorias cor e raça na cultura brasileira, pp. 225-234. In MC Maio & RV Santos (orgs.), *Raça, Ciência e Sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- McGarrity G 1999. El círculo vicioso: racismo, violencia y salud en Jamaica y Cuba, pp. 215-222. In R Briceño-León (org.), *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: un Balance*. Fundación Polar/Laboratorio de Ciencias Sociales. Caracas.
- Oliveira JP 1996. Fronteiras étnicas e identidades emergentes, pp. 477-512. In CA Ricardo (org.), *Povos Indígenas no Brasil. 1991/1995*. Instituto Socioambiental, São Paulo.
- Oliveira JP 1997. Pardos, mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). *Horizontes Antropológicos*, 3:60-83.
- Oliveira RC 1968. *Urbanização e Tribalismo: A Integração dos Índios Terêna numa Sociedade de Classes*. Zahar Editores, Rio de Janeiro.
- OPAS (Organización Panamericana de la Salud), 1998. Salud de los pueblos indígenas de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3:278-284.
- Paiva MR 1997. Índios se agrupam em favela de São Paulo. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Caderno 3, p. 5, 2 de março.
- Ribeiro D 1977. *Os Índios e a Civilização: A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno*. (2ª ed.). Editora Vozes, Petrópolis.
- Ricardo CA. 1996. A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil, pp. i-xii. In CA Ricardo (org.), *Povos Indígenas no Brasil. 1991/1995*. Instituto Socioambiental, São Paulo.
- Sandefur GD, Rindfuss RR., Cohen B 1996 (eds.). *Changing Numbers, Changing Needs: American Indian Demography and Public Health*. National Academy Press, Washington.
- Santos RV & Coimbra Jr. CEA. 1994. Contato, mudanças socioeconômicas e a bioantropologia dos Tupi-Mondé da Amazônia brasileira, pp. 189-211. In RV Santos & CEA Coimbra Jr. (orgs.), *Saúde e Povos Indígenas*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Santos RV 1996. Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX, pp. 125-144. In MC Maio & RV Santos (orgs.), *Raça, Ciência e Sociedade*, Editora Fiocruz.. Rio de Janeiro.
- Sepúlveda J (coord.) 1993. *La Salud de los Pueblos Indígenas en México*. Secretaría de Salud/Instituto Nacional Indigenista, México, D.F.
- Seyferth G 1995. A invenção da raça e o poder discriminatório dos estereótipos. *Anuário Antropológico* 93:175-203.
- Silva MF 1994. A demografia e os povos indígenas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 11:261-264.
- Skidmore TE 1974. *Black into White, Race and Nationality in Brazilian Thought*. Oxford University Press, Nova York.
- Telles EE 1993. Cor de pele e segregação residencial no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos* vol. 24.
- Wade P 1993. *Blackness and Race Mixture. The Dynamics of Racial Identity in Colombia*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Waldrum JB, Herring DA, Young KT 1997. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. University of Toronto Press, Toronto.
- Wood CH & Carvalho JAM 1994. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Rio de Janeiro.
- Wright WR 1990. *Café con Leche. Race, Class, and National Image in Venezuela*. University of Texas Press, Austin.
- Young KT 1994. *The Health of Native Americans: Towards a Biocultural Epidemiology*. Oxford University Press, Nova York.