

ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

MÓDULO 3 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA RENAL

NATALINO SALGADO FILHO

DYEGO JOSÉ DE ARAÚJO BRITO

# NEFROLOGIA

## UNIDADE 3

DOENÇA RENAL EM GRUPOS  
MINORITÁRIOS





ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

---

MÓDULO 3 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA RENAL

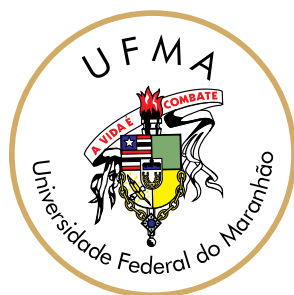
---

NATALINO SALGADO FILHO  
DYEGO JOSÉ DE ARAÚJO BRITO

# NEFROLOGIA

## UNIDADE 3

DOENÇA RENAL EM GRUPOS  
MINORITÁRIOS





# AUTOR

## *Natalino Salgado Filho*

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (1973), mestrado em Medicina (Nefrologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1987) e doutorado em Medicina (Nefrologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1994). Atualmente é professor associado da Universidade Federal do Maranhão, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, presidente da comissão Ass. Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior, membro efetivo da Kidney International Society e membro efetivo da Sociedade Brasileira de História da Medicina. Atua principalmente nos seguintes temas: hipertensão arterial, nefropatia, diabetes, envolvimento renal e diabetes mellitus.

## *Dyego José de Araújo Brito*

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em 2008. Foi médico residente dos programas de Clínica Médica e Nefrologia no HUUFMA, especialista em Nefrologia pela SBN/AMB, mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (UFMA). Atualmente é médico assistente do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (UFMA). Desenvolve atividades na área de Saúde Preventiva, atuando principalmente na prevenção das doenças renaism comunidades remanescentes de quilombo no estado do Maranhão.

## EQUIPE TÉCNICA DO CURSO

---

### **Coordenação Geral**

Natalino Salgado Filho

### **Coordenação Adjunta**

Christiana Leal Salgado

### **Coordenação Pedagógica**

Patrícia Maria Abreu Machado

### **Coordenação de Tutoria**

Maiara Monteiro Marques leite

### **Coordenação de Hiperímídia e Produção de Recursos Educativos**

Eurides Florindo de Castro Junior

### **Coordenação de EAD**

Rômulo Martins França

### **Coordenação Científica**

Francisco das Chagas Monteiro Junior

João Victor Leal Salgado

### **Coordenação Interinstitucional**

Joyce Santos Lages

### **Coordenação de Conteúdo**

Dyego J. de Araújo Brito

### **Supervisão de Conteúdo de Enfermagem**

Giselle Andrade dos Santos Silva

### **Supervisão de Avaliação, Validação e Conteúdo Médico**

Érika C. Ribeiro de Lima Carneiro

### **Supervisão de Conteúdo Multiprofissional**

Raissa Bezerra Palhano

### **Supervisão de Produção**

Priscila André Aquino

### **Secretaria Geral**

Joseane de Oliveira Santos

# O CURSO

O Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar tem como objetivo promover a capacitação de profissionais da saúde no âmbito da atenção primária visando o cuidado integral e ações de prevenção à doença renal. Busca ainda, desenvolver e aprimorar competências clínicas/gerenciais na prevenção e no tratamento do usuário do SUS que utiliza a Rede Assistencial de Saúde.

Este Curso faz parte do Projeto de Qualificação em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA, em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o apoio do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doença Renal da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Essa iniciativa pioneira no Brasil contribuirá também para a produção de materiais instrucionais em Nefrologia de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, disponibilizando-os para livre acesso por meio do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES. Esse Acervo é um repositório digital da UNA-SUS que contribui com o desenvolvimento e a disseminação de tecnologias educacionais interativas.

O modelo pedagógico enquadra-se na modalidade de Educação a Distância (EAD) que possibilita o acesso ao conhecimento, mesmo em locais mais remotos do país, e integra profissionais de nível superior que atuam nos diversos dispositivos de saúde. Estamos associando tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a você, nosso discente, materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica de ensino-aprendizagem.

Esperamos que você aproveite todos os recursos produzidos para este curso.

**Abrace esse desafio e seja bem-vindo!**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira**

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

**Prof. Dr. Natalino Salgado Filho**

Coordenador do Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA

## Produção

### Editor Geral

Christiana Leal Salgado  
Eurides Florindo de Castro Junior  
Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

### Revisão Técnica

Christiana Leal Salgado  
Patrícia Maria Abreu Machado  
Giselle Andrade dos Santos Silva

### Revisão Ortográfica

João Carlos Raposo Moreira

### Projeto Gráfico

Marcio Henrique Sá Netto Costa

## Colaboradores

Camila Santos de Castro e Lima  
Hélio Soares Vieira Junior  
Hanna Correa da Silva  
João Gabriel Bezerra de Paiva  
Luan Passos Cardoso  
Paola Trindade Garcia  
Patrícia Maria Abreu Machado  
Priscila Aquino  
Raissa Bezerra Palhano  
Douglas Brandão Júnior  
Tiago Serra

---

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz N° 41 CEP: 65.020.660 Centro São Luís-MA.  
Site: [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

#### Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva CRB 13ª Região N° Registro - 453

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Doença renal em grupos minoritários/Dyego José de Araújo Brito; Natalino Salgado Filho (Org.). - São Luís, 2014.

46f.: il.

1. Doença crônica. 2. Desigualdades Sociais. 3. Grupos minoritários. 4. UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Baesse, Deborah de Castro e Lima. IV. Silva, Giselle A dos S. V. Salgado Filho, Natalino. VI. Machado, Patrícia Maria Abreu. VII. Título.

CDU 616-036

Copyright @UFMA/UNA-SUS, 2011. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.



# APRESENTAÇÃO

Prezado (a) aluno (a).

Estamos chegando ao final de mais um módulo e nesta última unidade será abordado o impacto das desigualdades sociais sobre o processo saúde-doença, com foco nas doenças renais.

Para tanto, iremos definir e contextualizar historicamente os grupos minoritários no contexto brasileiro e suas características, incluindo os aspectos raciais, sociais e econômicos que colocam os indivíduos em situação de risco para doenças renais e comorbidades.

Bons estudos!



# OBJETIVOS

O objetivo desta unidade é apresentar o panorama da doença renal e seus fatores de risco entre grupos étnicos minoritários no Brasil e no mundo, reconhecendo as particularidades que tornam esses grupos mais susceptíveis à DRC.



# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - As dez maiores economias do mundo, segundo o Fundo Monetário Internacional .....                     | 26 |
| Quadro 2 - Os dez melhores índices de desenvolvimento humano da América Latina.....                             | 27 |
| Figura 1 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) .....                                | 29 |
| Quadro 3 - Doenças infecto-parasitárias e principais glomerulopatias associadas .....                           | 32 |
| Quadro 4 - Diferença na frequência de complicações crônicas do diabetes mellitus DM entre negros e brancos..... | 35 |
| Quadro 5 - Classificação histológica da nefrite lúpica, segundo ISN/RPS, 2003 .....                             | 37 |



# SUMÁRIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>CONTEXTO HISTÓRICO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS .....</b>              | <b>19</b> |
| <b>2</b>   | <b>GRUPOS MINORITÁRIOS.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>3</b>   | <b>DOENÇA RENAL CRÔNICA E GRUPOS MINORITÁRIOS PELO MUNDO .....</b>     | <b>23</b> |
| <b>4</b>   | <b>DESIGUALDADE SOCIAL E GRUPOS MINORITÁRIOS NO BRASIL .....</b>       | <b>26</b> |
| <b>5</b>   | <b>DESIGUALDADE EM RELAÇÃO AO ACESSO À SAÚDE .....</b>                 | <b>28</b> |
| <b>6</b>   | <b>GRUPOS MINORITÁRIOS NO BRASIL E FATORES DE RISCO PARA DRC .....</b> | <b>29</b> |
| <b>6.1</b> | <b>Indígenas .....</b>   | <b>29</b> |
| <b>6.2</b> | <b>Afrodescendentes e comunidades remanescentes de quilombo .....</b>  | <b>33</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>41</b> |



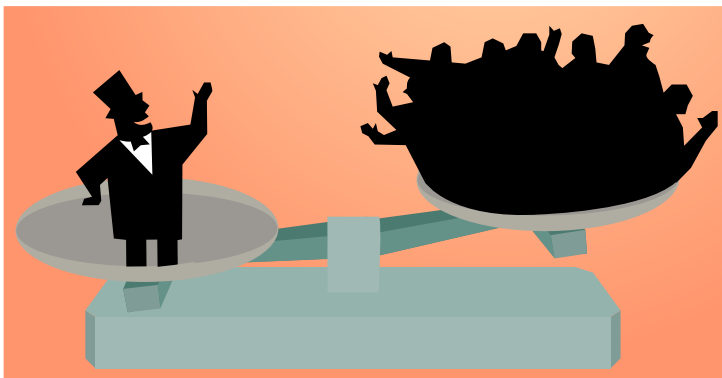


# UNIDADE 3



# 1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

A gênese da desigualdade social entre as relações humanas está diretamente ligada ao poder, estabelecida desde o princípio dos tempos, através da 'lei do mais forte'. O homem primitivo teve



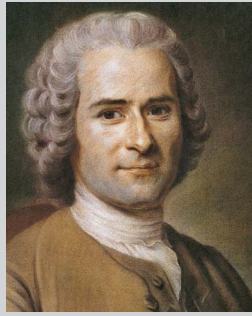
seu lugar de destaque alcançado pela força e inteligência, em que, por meio de combates e meios de ação mais elaborados, estabeleceu domínio e liderança sobre os demais, gerando, assim, as primeiras relações de desigualdade social conhecidas no mundo. Ao longo dos séculos, essas relações foram acentuadas. Na Idade Média, observou-se a relação de poderio entre senhores e vassalos, monarquia e plebe. Com a Revolução Industrial e o advento do capitalismo, aqueles que tinham posse do capital passaram a ter as melhores condições de moradia, acesso aos recursos, saúde, educação, entre outros. Enquanto isso, os trabalhadores, que constituíam a força motriz do capitalismo, amargavam a extremidade inferior na relação de poder da sociedade moderna. Dessa forma, percebe-se um contexto de desigualdade social, gerada pela diferenciação econômica entre pessoas, classes e sociedades (ELIAS, 1993).

## Jean-Jacques Rousseau

Entre os séculos XVIII e XIX, várias teorias, impulsionadas pela Revolução Industrial e a explosão do capitalismo, foram apresentadas para explicar a origem e os fatores relacionados à desigualdade social.

Na obra "O Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens" (1755), o filósofo suíço Jean Jacques Rousseau cita as bases sobre as quais se firma o processo gerador das desigualdades sociais e morais entre os seres humanos. A obra de Rousseau é dividida em duas partes. Na primeira, o homem é analisado tanto em seu estado natural como civilizado e na segunda é defendida a ideia de que as desigualdades têm sua origem nas relações estabelecidas em sociedade.

Segundo Rousseau, "o verdadeiro fundador da sociedade civil foi o primeiro homem que, tendo cercado um terreno, lembrou-se de dizer isto é meu e encontrou pessoas suficientemente simples para acreditá-lo", dessa forma as desigualdades entre os homens têm como base a noção de propriedade privada e a necessidade de um superar o outro, numa busca constante de poder e riquezas, para subjugar os seus semelhantes (ROUSSEAU, 2013).



Fonte: <http://goo.gl/YIN9B8>

**Jean-Jacques Rousseau** foi um importante filósofo, teórico político, escritor e compositor, nascido em Genebra, na Suíça, em 1712. É considerado um dos principais filósofos iluministas, sendo que suas ideias influenciaram a Revolução Francesa (1789). A filosofia de Rousseau tem como essência a crença de que o homem é naturalmente bom, embora esteja sempre sob o jugo da vida em sociedade, a qual o predispõe à corrupção.

**Principais obras:** Discurso Sobre as Ciências e as Artes (1749), Discurso Sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade Entre os Homens (1755), Do Contrato Social (1762), Emílio, ou da Educação (1762), Os Devaneios de um Caminhante Solitário (1776). Morreu em julho de 1778, na cidade de Ermenonville, na França, aos 66 anos (CASSIRER, 1999).

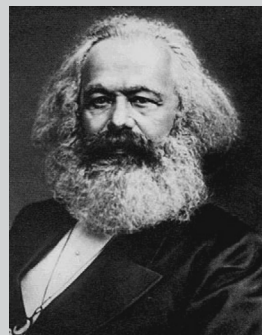
### Refleta

Você acha que na sociedade em que vivemos, o pensamento de Rousseau (século XVIII) consegue explicar a desigualdade entre os diversos segmentos sociais?

### Karl Heinrich Marx

Para o intelectual e revolucionário alemão Karl Marx, fundador da doutrina comunista moderna, em praticamente todas as sociedades a desigualdade social através de classes está relacionada ao poder aquisitivo, ao acesso à renda, à posição social, ao nível de escolaridade, ao padrão de vida, entre outros. Existe a classe dominante, que controla direta ou indiretamente o Estado, e as classes dominadas, reproduzida inexoravelmente por uma estrutura social implantada pela classe dominante. Segundo a mesma visão de mundo, a história da humanidade é a sucessão da luta de classes, de forma que sempre que uma classe dominada passa a assumir o papel de classe dominante, surge em seu lugar uma nova classe dominada e aquela impõe a sua estrutura social mais adequada para a perpetuação da exploração.

Marx acreditava que a miséria é utilizada como um instrumento pelas classes dominantes. Acreditava também que a desigualdade é causada pela divisão de classes, representadas pela burguesia (aqueles que têm os meios de produção) e pelos proletários (aqueles que contam apenas com a força de trabalho para garantir a sobrevivência) (COUTINHO, 1996).



Fonte: <http://goo.gl/SZ0Jvn>

**Karl Heinrich Marx** foi um revolucionário alemão, fundador da doutrina comunista, que atuou como economista, filósofo, historiador, político e jornalista. Nasceu em 5 de maio de 1818, na cidade de Tréveris, Alemanha. Foi o fundador da teoria marxista. No centro desta teoria encontra-se o trabalho, que seria a expressão da vida humana, por meio da qual é alterada a relação do homem com a natureza. Para Marx, através do trabalho o homem transforma a si mesmo.

Em sua obra mais importante, *O Capital* (1867), descreveu como funciona a sociedade capitalista. É nessa obra que trata o conceito de valor ou mais-valia, que é a diferença entre o que o operário recebe (salário) e o que produziu efetivamente. Morreu em Londres, na Inglaterra, em 14 de março de 1883 (EAGLETON, 1999).

### REFLITA

Você concorda com a ideia de Marx em afirmar que a miséria é utilizada como um instrumento pelas classes dominantes?

O século XX foi marcado como um momento de virada da sociedade humana a partir da revolução socialista e constituição do primeiro Estado de operários e camponeses. Mudanças nas relações sociais ainda foram geradas a partir de revoluções socialistas, derrota do nazi-fascismo, da conquista da independência por povos secularmente submetidos ao colonialismo e pela conquista de direitos e liberdades fundamentais pelos trabalhadores dos países capitalistas. Entretanto, o caminho que a humanidade precisou percorrer durante a primeira metade do século passado foi cheia de obstáculos, marcada pelos piores exemplos de intolerância já registrados na história, principalmente durante a II Guerra Mundial, na qual os direitos Humanos foram cerceados por intolerâncias políticas, culturais e religiosas. Estima-se que 60 milhões de pessoas morreram no conflito, sendo 40 milhões de civis, dos quais aproximadamente seis milhões de judeus e mais cinco milhões de ciganos, eslavos, homossexuais e outras minorias étnicas e grupos minoritários nos campos de extermínio nazista (TODD, 2001).



Ao final do período de guerra, quando os números das atrocidades realizadas entre os anos de 1939 e 1945 foram divulgados, os dirigentes das nações que emergiram como potências no período pós-guerra, liderados pela União Soviética e Estados Unidos, estabeleceram na Conferência de Yalta, na Ucrânia (1945), a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), uma organização multilateral com o objetivo de realizar negociações sobre conflitos internacionais, evitar novas guerras, promover a paz e a democracia e fortalecer os Direitos Humanos. Em 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral da ONU, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, com 48 votos a favor, nenhum contra e oito abstenções.

### IMPORTANTE

A Declaração se abre com a afirmação solene de que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos; são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (LAFER, 2008).

Em pleno século XXI ainda se observa uma violenta contradição entre as imensas potencialidades de progresso social (trabalho, ação e luta de grupos sociais, revolução científica e tecnológica) e a persistência, quando não o agravamento, de grandes problemas globais, como é o caso da desigualdade social e suas consequências (fome, violência, desemprego e falta de acesso à saúde e à educação).

## 2 GRUPOS MINORITÁRIOS

Para o sociólogo Louis Wirth, grupo minoritário é “um grupo de pessoas que, por suas características físicas ou culturais, se diferenciam dos outros na sociedade em que vivem para tratamento diferenciado e desigual e, portanto, são considerados como objetos de discriminação coletiva” (WIRTH, 1949).

### REFLITA

Baseando-se na definição de Louis Wirth, você consegue identificar a presença de grupos minoritários na sua área de atuação? Quais são eles?

Dessa forma, grupo minoritário pode ser compreendido como um subgrupo social dentro de um aglomerado demográfico maior. O termo se refere a uma categoria que é diferente e é definida pela maioria social, ou seja, aqueles com o maior número de posições de poder dentro da sociedade.

A diferenciação pode ser baseada em uma ou mais características humanas observáveis, como:



O que promove, em algumas situações, uma associação estatística errônea com uma minoria numérica. Nas ciências sociais, o termo “minoridade” é usado em referência a categorias de pessoas que têm poucas posições de poder social (GREEN; TRINDADE, 2005).

Em contraste com os grupos sociais dominantes, membros dos grupos minoritários encontram barreiras a direitos sociais coletivos, como:

Emprego

Saúde

Educação

Dessa forma, tornam-se socialmente isolados, adotando uma posição subordinada que se manifesta pelo acesso desigual a oportunidades e avanços dentro da sociedade em que vivem.

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano - Liberdade Cultural num Mundo Diversificado, lançado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2004, uma em cada sete pessoas no planeta (aproximadamente 900 milhões de pessoas) faz parte de grupos que enfrentam algum tipo de discriminação ou exclusão na participação política, social e econômica ou sofrem discriminação no exercício de seu modo de vida, tanto na sua religião como no uso de sua língua (PNUD, 2004).

Apesar de a discriminação ser um problema antigo, ela vem sendo potencializada pelo fenômeno da globalização e não está restrita aos países em desenvolvimento. Em todo o mundo, há aproximadamente cinco mil grupos étnicos distintos. Dois em cada três países têm ao menos um grupo minoritário que responde por no mínimo 10% de sua população (PNUD, 2004).

Saiba mais

Para ampliar sua leitura sobre as políticas públicas para grupos minoritários, acesse o link: <http://goo.gl/49B1YF>

### 3 DOENÇA RENAL CRÔNICA E GRUPOS MINORITÁRIOS PELO MUNDO

Em todo o mundo, o número exato de pacientes com DRC e em terapia de substituição renal (TRS) é desconhecido em virtude da ausência de registros em todas as nações que possam alimentar um banco global de informações sobre a doença. Porém, no ano de 2001, registros feitos em 120 países que possuem programas de hemodiálise estimaram em 1,5 milhão o número de pessoas com DRC estágio V em TRS, com aproximadamente 70% em hemodiálise (MOELLER; GIOBERGE; BROWN, 2002). Os números sugerem ainda uma disparidade em relação ao acesso das pessoas aos programas de tratamento da DRC, com cerca de 56% de todos os pacientes em diálise vivendo em apenas cinco países:



Juntos representam apenas 12% da população mundial. Os custos com as diversas formas de TRS limitam a escolha das modalidades terapêuticas e influenciam na forma de acesso ao tratamento (FRESENIUS MEDICAL CARE, 2004).

Em países com sociedades multiculturais, que apresentam elevadas taxas de imigrantes e que possuem excelentes programas de registro de dados na área da saúde, é possível identificar diferenças em relação à prevalência da doença renal entre grupos sociais diferentes.



No Reino Unido, observam-se dois grupos principais de imigrantes: os afrocaribenhos (oriundos das colônias britânicas) e os provenientes da região ao sul do continente asiático (Índia, Paquistão, Bangladesh). Esses grupos étnicos possuem susceptibilidade diferente em relação ao aparecimento

de doenças. Os grupos do sul da Ásia apresentam uma maior prevalência de diabetes mellitus tipo 2, doença arterial coronariana e doença renal, enquanto os afrocaribenhos apresentam-se mais hipertensos e com lesões em órgãos-alvo (RODERICK et al., 1996). Em comparação com estes dois grupos, os indivíduos caucasianos possuem baixo risco para doença renal, o que pode ser explicado por fatores genéticos ou pela ausência de mudanças no ambiente em que vivem, pelo fato de não terem vivenciado o processo migratório com mudanças no estilo de vida (FEEHALLY; IGHSTONE, 2005).



Dados epidemiológicos mostram que as taxas de DRC estágio 5 são 3-5 vezes maiores entre os grupos de não caucasianos no Reino Unido, sendo a nefropatia diabética e a nefroesclerose hipertensiva as principais etiologias da doença renal nesses pacientes (PAZIANAS, 1991). Outras formas de doença renal, como nefrite lúpica e glomerulopatias primárias, como a lesão mínima, também são mais frequentes entre afrocaribenhos e sul-asiáticos (SAMANTA et al., 1991; MCKINNEY et al., 2001).

Ao contrário do que ocorre no Reino Unido, onde é observada uma maior prevalência da DRC entre imigrantes, estudo realizado na Austrália e Nova Zelândia mostrou uma incidência dez vezes maior de DRC entre aborígenes quando comparados a outros grupos étnicos (MCDONALD; RUSS, 2003). Observa-se, neste grupo nativo, uma predominância da doença entre pessoas mais jovens e do sexo feminino (CASS et al., 2002).

Destaca-se ainda o fato de haver uma maior incidência de DRC entre aborígenes que vivem nas regiões mais ao norte da Austrália; isso é explicado, principalmente, por diferenças no status socioeconômico observado entre as diferentes regiões do País. Além disso, registra-se uma maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde e às modalidades de terapia de substituição renal, especialmente o transplante, para os nativos residentes em comunidades mais afastadas dos grandes centros (CASS et al., 2002). Segundo McDonald; Russ (2003), as taxas de mortalidade são 70% maiores entre aborígenes, que registram, ainda, uma baixa sobrevida em diálise, com média de 3,3 anos (SPENCER; SILVA; HOY, 1998).





Os nativos aborígenes com DRC frequentemente exibem níveis elevados de proteinúria, associados, em alguns casos, com hematúria e/ou hipertensão arterial. Também apresentam com certa frequência diabetes mellitus e história familiar de doença renal, além de cursar com rápida progressão para falência renal (HOY et al., 2005). Avaliação histopatológica renal de aborígenes sem DRC submetidos à necropsia tende a mostrar rins de tamanho pequeno, com menor número de néfrons e com glomérulos de maior diâmetro, quando comparados a não aborígenes (DOUGLAS et al., 2003).

Estudos epidemiológicos sugerem que cerca de um em cada oito adultos americanos apresentam evidência de doença renal crônica (CORESH et al., 2007). Levantamentos populacionais, realizados há várias décadas, apontam que a DRC é mais comum em certos grupos étnicos. O estudo NHANES III (1988-1994) mostrou uma incidência maior da doença entre afroamericanos (JONES et al., 1998).

Contudo, a ocorrência aumentada da doença renal não se restringe apenas a este grupo étnico, sendo também observadas disparidades em grupos de indígenas norte-americanos, nativos do Alasca, do Havaí e de outras ilhas do Pacífico (AGODOA, 2005).

Desde o final da década de 80, o United States Renal Disease System (USRDS) tem reportado que minorias étnicas, em especial os afroamericanos, são afetados de forma desproporcional pela DRC. No ano de 2009, a incidência da DRC, por raça, era 3,5 vezes maior entre os afrodescentes, correspondendo a 277 ppm entre caucasianos e 976 ppm entre afroamericanos (US RENAL DATA SYSTEM, 2011).

No estudo NHANES III, a prevalência de diabetes mellitus, que é a principal causa de DRC no mundo (especialmente nas nações mais desenvolvidas), no subgrupo de afroamericanos do sexo masculino foi aproximadamente 50% maior quando comparado aos homens brancos.

Da mesma forma, a prevalência de DM entre afroamericanas foi 100% maior que o observado entre mulheres caucasianas (HARRIS et al., 1998). A hipertensão arterial sistêmica, que aparece como segunda causa de DRC, em todo o mundo, configura-se como principal etiologia entre afroamericanos, sugerindo que a nefroesclerose hipertensiva é mais comum nesta população.

Em geral, a hipertensão ocorre mais precocemente e é mais grave entre afrodescentes. A incidência de DRC por nefroesclerose é cerca de 20 vezes mais comum entre jovens afroamericanos quando comparado aos caucasianos na faixa etária de 20-44 anos (US RENAL DATA SYSTEM, 2004).

Disparidades também podem ser observadas quando se analisam a qualidade da assistência e a oportunidade de tratamento da DRC para

afrodescendentes. Comparados com caucasianos, Schmidt (1998) afirma que “os afroamericanos têm menos acesso a especialistas e com mais frequência apresentam hipoalbuminemia e anemia grave no início do tratamento hemodialítico”, começando esta modalidade de tratamento, na maioria dos casos com cateter (STEHMAN-BREEN et al., 2000).

## 4 DESIGUALDADE SOCIAL E GRUPOS MINORITÁRIOS NO BRASIL

Desde o início do processo de formação da nação brasileira, o crescimento econômico tem gerado condições extremas de desigualdades sociais, observadas nas diferentes regiões, estados, municípios, entre centro e periferia das grandes e médias cidades e entre grupos sociais. A disparidade econômica reflete-se especialmente sobre a qualidade de vida da população, trazendo impacto na expectativa de vida, mortalidade infantil e analfabetismo, dentre outros aspectos.

Atualmente, o Brasil é a sétima economia do mundo, segundo o FMI e Banco Mundial, e a segunda maior das Américas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. As estimativas apontam que até o ano de 2050 o Brasil estará entre os quatro países com maior PIB no planeta (INTERNATIONAL MONETARY FUND, 2012).

Quadro 1 - As 10 maiores economias do mundo, segundo o Fundo Monetário Internacional.

| POSIÇÃO | PAÍS   | PIB*<br>(em milhões de dólares) |
|---------|--|---------------------------------|
| 1       |  Estados Unidos | 15.094.025                      |
| 2       |  China          | 11.299.967                      |
| 3       |  Índia          | 4.457.784                       |
| 4       |  Japão          | 4.440.376                       |
| 5       |  Alemanha       | 3.099.080                       |
| 6       |  Rússia         | 2.383.402                       |
| 7       |  Brasil         | 2.294.243                       |
| 8       |  Reino Unido    | 2.260.803                       |
| 9       |  França         | 2.217.900                       |
| 10      |  Itália         | 1.846.950                       |

\* PIB - Produto Interno Bruto

Fonte: INTERNATIONAL MONETARY FUND. **World economic outlook database**. 2012.

Disponível em: <http://goo.gl/4urvbn>.

Mesmo estando entre os países mais ricos e contando com programas governamentais de transferência de renda, o Brasil não consegue obter o êxito esperado nos projetos para atenuar as desigualdades sociais e

regionais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil, em 2012, foi de 0,730, o que colocou o país na 85ª posição entre 187 países e em 10º lugar na América Latina. Dados do PNUD sobre a América Latina e Caribe mostram que o Brasil tem o terceiro pior índice de desigualdade no mundo e, apesar do aumento dos gastos sociais, apresenta uma baixa mobilidade social e educacional entre gerações (PNUD, 2012).

Quadro 2 - Os dez melhores índices de desenvolvimento humano da América Latina.

| Novas estimativas para 2012 |  |       |
|-----------------------------|--|-------|
| POSIÇÃO                     | PAÍS   | IDH*  |
| 1                           |  Chile      | 0,819 |
| 2                           |  Argentina  | 0,811 |
| 3                           |  Uruguai    | 0,792 |
| 4                           |  Cuba       | 0,780 |
| 5                           |  Panamá     | 0,780 |
| 6                           |  México     | 0,775 |
| 7                           |  Costa Rica | 0,773 |
| 8                           |  Venezuela | 0,748 |
| 9                           |  Peru     | 0,741 |
| 10                          |  Brasil   | 0,730 |

\* IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

Fonte: INTERNATIONAL MONETARY FUND. **World economic outlook database**. 2012.  
Disponível em: <http://goo.gl/MLJGmX>.

Frente a estes dados, verifica-se que o Brasil não é um país pobre, mas um país desigual, com uma elevada concentração de renda e com sérios problemas de inclusão econômica e social. A desigualdade agravada pelo processo de globalização e dependência econômica fez surgir grupos populacionais com alto grau de discriminação, sem acesso ao trabalho e ao consumo, cujos direitos sociais e humanos foram suprimidos.

#### REFLITA

Os dados apresentados confirmam a existência de desigualdade social no Brasil, uma das piores do mundo, porém não aponta as suas causas. Na sua opinião, quais os possíveis fatores associados ao processo de desigualdade social no país e especificamente em sua região?

## 5 DESIGUALDADE EM RELAÇÃO AO ACESSO À SAÚDE

Dados do Ministério da Saúde apontam para uma realidade de desigualdade social no acesso aos serviços de saúde. O Nordeste permanece com menor expectativa de vida do país. A diferença de IDH entre negros e brancos chega a ser 16%, sendo que a educação parece ser a principal responsável pela diferença, pelo fato de a população negra possui menor escolaridade. Em 2005, 5% da população com 15 anos ou mais dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro era analfabeta funcional. No Nordeste e Norte as proporções são ainda maiores, chegando a 30% no estado de Alagoas. Além disso, as maiores taxas de analfabetismo concentram-se nos pequenos municípios de até 100 mil habitantes (BRASIL, 2006). A população de etnia negra apresentou maior risco de morte por:

1. Doenças infecciosas e parasitárias

2. Condições relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério

3. Causas externas

4. Causas mal definidas

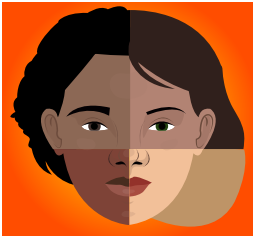
Assim, grupos socialmente mais vulneráveis foram os que receberam menor atenção pré-natal neste período.

Nos últimos anos, tem-se observado uma redução importante nas taxas de mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil. Contudo, as condições de adoecimento e morte atingem maior número de crianças entre grupos sociais mais desfavorecidos. As maiores taxas puderam ser observadas entre os indígenas, sendo que a desnutrição foi a causa de 12% dos óbitos de crianças menores de um ano nessa população (BRASIL, 2006).

As pesquisas sobre os efeitos de desigualdades sociais em saúde no País tendem a privilegiar a análise da composição socioeconômica como um dos elementos centrais de seus modelos explicativos. É imprescindível que, no Brasil, estudos sobre o processo saúde-doença incorporem cada vez mais intensamente aspectos socioeconômicos em suas 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 (COTTA et al., 2007).

Para o enfrentamento das mais variadas condições adversas, é necessária a identificação e definição não só das prioridades e demandas em saúde, mas também das condições para que sejam viabilizadas essas ações, como é o caso da formação de recursos humanos para atuar nos diferentes níveis de atenção do SUS, incluindo a atenção básica, tornando os profissionais de saúde capazes de enfrentar os problemas resultantes da desigualdade social no Brasil.

## 6 GRUPOS MINORITÁRIOS NO BRASIL E FATORES DE RISCO PARA DRC



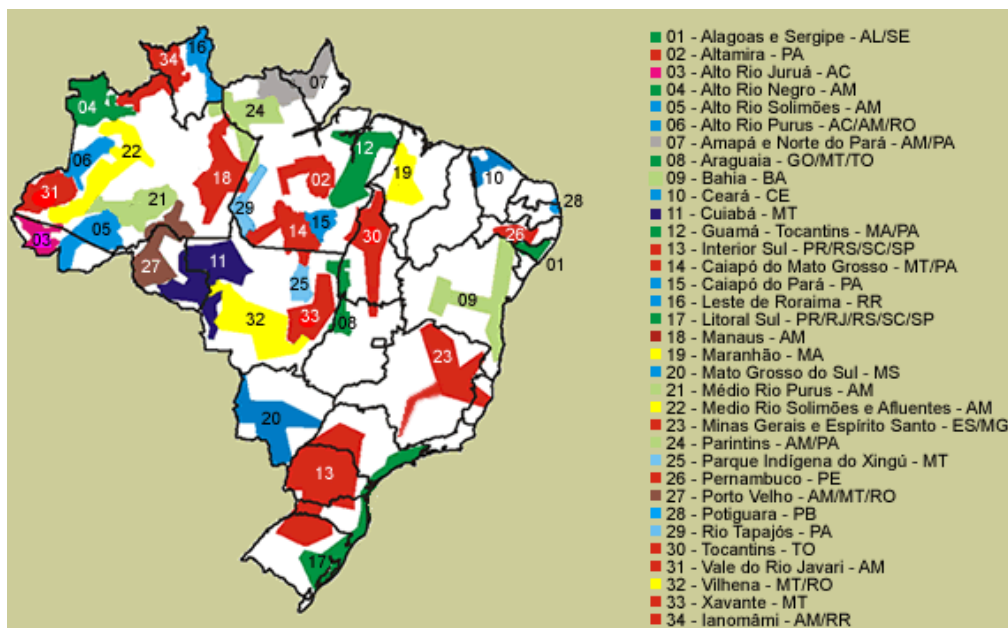
As desigualdades raciais, na condição de saúde das populações, permanecem como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, inclusive no Brasil, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica (KRIEGER, 2003).

Iremos apresentar, a seguir, as principais características socioculturais e os principais fatores de risco para doença renal crônica de dois grupos minoritários de destaque na sociedade brasileira, os indígenas e os remanescentes de quilombo.

### 6.1 Indígenas

A maioria das comunidades indígenas brasileiras se localiza na Amazônia e no Centro-Oeste, com aldeias mais ou menos esparsas e de baixa densidade demográfica. Isto implica dificuldades de acesso que, aliadas à deficiência da infraestrutura local e recursos, contribuem para a descontinuidade na execução das ações e programas sociais (CONFALONIERI, 1989).

Figura 1 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).



Fonte: <http://goo.gl/yW3eYW>.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das leis orgânicas da saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto N.º 3.156/99, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória N.º 1911-8/99, que trata da organização da Presidência da República e dos ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais associadas à expansão demográfica da sociedade brasileira nas diversas regiões do país. Ao longo dos anos, o contato dos povos indígenas com membros de outros grupos sociais determinou importante influência sobre o perfil da saúde dos índios, com o surgimento de graves epidemias, invasão dos territórios, perseguição e, às vezes, extermínio de comunidades inteiras. Atualmente, emergem outros desafios à saúde indígena, incluindo doenças crônicas não transmissíveis, contaminação ambiental e dificuldades de sustentabilidade alimentar (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

A constatação destas rápidas mudanças nos perfis de morbimortalidade que se seguiram aos processos de transformação sociocultural, bem como a expectativa de continuidade deste processo, colocam os planejadores e administradores de serviços de saúde em situação de poderem se preparar para reduzir o impacto destes fenômenos nos níveis de saúde da comunidade (CONFALONIERI, 1989).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

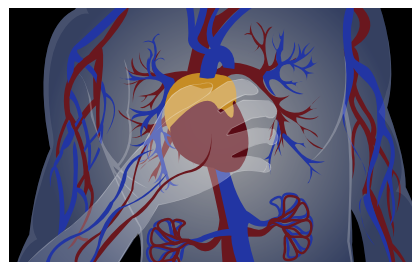
O processo da transição epidemiológica observada nos últimos anos, associada ao significativo aumento do número de idosos e a mudanças do estilo de vida decorrentes da intensificação de contato com outras sociedades, tem exigido atenção especial para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, dislipidemia, obesidade e diabetes (BARUZZI, 2007). O surgimento desse grupo de doenças como elementos importantes no perfil de morbidade e mortalidade indígena está estreitamente associado a modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, decorrentes de mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com outros grupos sociais.

Saiba mais

- Sobre saúde indígena, acesse: <http://goo.gl/A9hyrh>
- Sobre Epidemiologia e saúde povos indígenas, acesse: <http://goo.gl/5FkbCR>
- Sobre a Política de Saúde Indígena, acesse: <http://goo.gl/ZUlgla>

### **A) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

São escassas as informações sobre a epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em populações indígenas brasileiras. A maioria dos estudos que avaliaram os níveis pressóricos foi realizado em grupos que ainda se mantinham relativamente "isolados". Poucos trabalhos foram conduzidos sobre o



tema visando avaliar os impactos das mudanças socioculturais e ambientais em curso sobre os níveis tensionais (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

Estudando índios xavantes na década de 60, Neel et al (1964) identificaram que as pressões sistólicas e diastólicas estavam na faixa de 94-126 e 48-80 mmHg, respectivamente, e não foram observados casos de HAS. Cerca de 30 anos depois, o mesmo grupo foi reestudado e os resultados apontam claramente para uma tendência de aumento dos níveis tensionais sistólicos e diastólicos em ambos os sexos e foram detectados casos de hipertensão. O consumo diário de sal e o tabagismo passaram a ser praticados por boa parcela da comunidade. Além disso, notou-se também uma correlação positiva entre pressão sistólica e idade, inexistente anteriormente (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

## B) Diabetes mellitus (DM)



Não há informações epidemiológicas detalhadas e consistentes que permitam mapear a ocorrência de diabetes mellitus (DM) em indígenas no Brasil. Contudo, os poucos relatos e estudos de caso disponíveis na literatura sugerem fortemente tratar-se de problema emergente e de gravidade nessas populações (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

A primeira referência à DM em grupos indígenas no Brasil é dos anos 1970, entre os índios caripunas e palikures, no Amapá. Esse estudo realizou 192 glicemias de jejum em participantes acima de 12 anos; dois indivíduos apresentaram nível acima de 200 mg/dL e sintomatologia clássica de DM (VIEIRA FILHO, 1977). Um estudo realizado na comunidade ianomâmi com 72 indígenas com idade acima de 18 anos encontrou apenas uma glicemia capilar pós-prandial maior do que 200 mg/dL (BLOCH; COUTINHO; LOBO, 1993). Alguns estudos relataram o aumento da prevalência de DM tipo 2, obesidade e doença cardiovascular em vários grupos indígenas (VIEIRA FILHO, 1996; ROCHA et al., 2011).

## C) Doenças infecto-parasitárias

Historicamente, o perfil de morbimortalidade indígena no Brasil tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias. Até em um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indivíduos num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

A tuberculose se destaca como uma das principais endemias nessas populações, com incidência superior à média nacional. A malária constitui outra endemia amplamente presente nas terras indígenas, sobretudo na Amazônia, onde tem ocasionado surtos que resultam em elevadas taxas de mortalidade. Concomitantemente, parasitose intestinal, leishmanioses, hepatites virais, HIV/AIDS têm sido relatados em diversos levantamentos realizados em comunidades indígenas (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

As doenças infecto-parasitárias podem participar da gênese de lesões renais, com destaque para as doenças glomerulares.

### VOCÊ SABIA?

As lesões glomerulares podem ser decorrentes de vários fatores: doenças metabólicas, doenças vasculares, distúrbios imunológicos, entre outros. Quando aparecem isoladamente, as glomerulopatias são classificadas como primárias e quando estão associadas a doenças sistêmicas (diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico, doenças infecciosas etc.) são classificadas como secundárias (TOLEDO, 2006).

O quadro seguinte apresenta as principais formas de lesões glomerulares relacionadas a doenças infecto-parasitárias (KIRSZTAJN et al., 2005):

Quadro 3 - Doenças infecto-parasitárias e principais glomerulopatias associadas.

| Doenças Infecto-parasitárias | Glomerulopatias associadas   |
|------------------------------|--|
| Hepatite C                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glomerulonefrite membranoproliferativa tipo I crioglobulinêmica</li> <li>- Glomerulonefrite membranoproliferativa tipo I</li> <li>- Glomerulonefrite membranosa</li> <li>- Glomerulonefrite fibrilar</li> <li>- Glomerulonefrite imunotactoide</li> </ul> |
| Hepatite B                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glomerulonefrite membranosa</li> <li>- Glomerulonefrite membranoproliferativa tipo I</li> <li>- Nefropatia por IgA</li> <li>- Poliarterite nodosa</li> </ul>  |
| HIV                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glomeruloesclerose segmentar e focal</li> </ul>   |
| Esquistossomose              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glomerulonefrite proliferativa mesangial</li> <li>- Glomerulonefrite membranoproliferativa tipo I</li> <li>- Glomeruloesclerose segmentar e focal</li> <li>- Glomerulopatia membranosa</li> <li>- Doença de lesões mínimas</li> </ul>                     |
| Malária                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glomerulonefrite membranoproliferativa</li> <li>- Glomerulopatia membranosa (malária quartã)</li> </ul>   |
| Leishmaniose                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glomerulonefrite membranoproliferativa</li> <li>- Glomerulonefrite proliferativa mesangial</li> <li>- Glomeruloesclerose segmentar e focal</li> </ul>   |

Fonte: BARROS, R. T. et al. Glomerulopatias: patogenia, clínica e tratamento. São Paulo: Sarvier, 2006.



O conhecimento do perfil epidemiológico em transição das populações indígenas, considerando a grande diversidade étnica e regional nas quais se inserem, reveste-se de suma importância para orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

## 6.2 Afrodescendentes e comunidades remanescentes de quilombo

Cerca de 40% da população brasileira é composta por afrodescendentes, o que faz do Brasil o segundo país do mundo com maior população negra (atrás apenas da Nigéria). Em geral, esta parcela da população, sob a óptica econômica e social, é mais pobre e com menos escolaridade (BRASIL, 2001).

As comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. São comunidades que se constituíram a partir de uma grande diversidade de processos, tanto durante a vigência do sistema escravocrata, quanto após sua abolição no século XIX, enfrentando as desigualdades que se arrastam até o nosso século.



O conceito de remanescentes das comunidades de quilombo, à luz do Art. 68º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, da Constituição Federal, refere-se:

[...] aos indivíduos, agrupados em maior ou menor número, que pertençam ou pertenciam a comunidades, que, portanto, viveram, vivam ou pretendam ter vivido na condição de integrantes delas como repositório das suas tradições, cultura, língua e valores, historicamente relacionados ou culturalmente ligados ao fenômeno sociocultural quilombola (BRASIL, 1988).

O Estado brasileiro reconhece a existência de 2.197 comunidades, com uma estimativa de 214 mil famílias, totalizando 1,17 milhão de indivíduos (BRASIL, 2013).

Para o Ministério da Saúde, a política de inclusão da população quilombola inicia-se, efetivamente, em 2004 com a Portaria N.º 1.434, de 14/7/2004, que criou um incentivo para a ampliação de equipes de estratégia da saúde para as comunidades quilombolas, estabelecendo um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com menos de 30.000 habitantes (menos de 50.000 na Amazônia Legal) e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Também foi implementado este diferencial no valor para as equipes que atuam em

áreas de assentamentos rurais e de quilombolas em municípios que não se enquadravam nos critérios anteriores (BRASIL, 2004).

Em 13 de maio de 2009, através da Portaria N.º 992, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Entre as diretrizes da portaria, estão a inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social da saúde; e o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas (BRASIL, 2009).

Os afrodescendentes parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído ao maior influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HAS (BARRETO, 1993).



Associados ao fator de herança da própria etnia encontram-se os fatores ambientais, que irão se unir ao primeiro e potencializar os riscos para o desenvolvimento da HAS.

### **A) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e risco cardiovascular**

A etnia parece desempenhar um importante papel na prevalência e gravidade da HAS, aterosclerose e doença cardiovascular. A raça negra é um forte fator predisponente à HAS, deixando as pessoas afrodescendentes expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais grave, como também a um maior risco de angina, infarto e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos étnicos têm demonstrado que afrodescendentes com doença arterial coronariana (DAC) apresentam alta taxa de eventos cardiovasculares adversos (YANCY et al., 2005; THOM et al., 2006). As razões para a ocorrência aumentada destes eventos continuam a ser intensamente investigadas e a hipertensão arterial configura-se como uma das possíveis respostas para esta questão. Fatores sociais podem estar relacionados, em parte, à diminuição do acesso aos serviços de saúde e subutilização de medidas terapêuticas preventivas. Além disso, pesquisadores têm demonstrado uma alta prevalência de disfunção endotelial, evento chave no início da aterosclerose, nesse grupo étnico (HUTCHINSON et al., 1997; CAMPBELL et al., 2002).

O tratamento não farmacológico inclui modificações no estilo de vida (atividade física, controle do peso, restrição do sal, abandono de hábitos nocivos como tabagismo e etilismo), conforme orientado para os demais grupos sociais. No que diz respeito ao tratamento farmacológico, os diuréticos são a primeira opção, seguidos dos antagonistas de canais de cálcio. Os betabloqueadores são particularmente indicados na presença de angina, pós-infarto agudo do miocárdio, prolapso da válvula mitral, arritmias e hipertensão portal. Os inibidores da ECA são úteis na presença de nefropatia diabética e disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (LESSA, 2001).

## B) Diabetes mellitus (DM)

No Brasil, em estudo populacional realizado no final da década de 80, não foram observadas diferenças na prevalência de diabetes entre negros e brancos (MALERBI; FRANCO, 1992). Nesse estudo, observou-se que a população negra tinha menor escolaridade e menor frequência de diagnóstico prévio de diabetes, possivelmente traduzindo diferenças socioeconômicas importantes entre os negros e os brancos, que reflete no acesso a serviços de saúde. Além disso, foi observado que a obesidade era mais frequente entre os negros do que nos brancos (40% vs. 36%,  $p < 0,05$ ), evidenciando a maior frequência de um importante fator de risco para o diabetes e doença cardiovascular (FRANCO, 1996). Outro fator que diferenciou o diabetes da população negra do da branca foi a menor frequência de história familiar de diabetes entre os negros do que entre os brancos.



Dados sobre frequência de complicações crônicas do diabetes, comparando a população negra com a branca, são limitados e as informações existentes apontam para uma maior frequência na população negra. Este excesso tem sido atribuído a maior coeficiente de hipertensão e maior frequência de controle metabólico inadequado.

Quadro 4 - Diferença na frequência de complicações crônicas do DM entre negros e brancos.

| COMPLICAÇÕES                     | FREQUÊNCIA  |
|----------------------------------|---|
| Retinopatia diabética            | Duas vezes mais prevalente em negros.   |
| Nefropatia diabética             | Quatro vezes mais frequente em negros, porém a sobrevivência de pacientes negros com doença renal terminal é maior do que a dos pacientes diabéticos brancos.                     |
| Amputações de membros inferiores | Cerca de 20% maior entre os negros.   |
| Doença cardiovascular            | Embora se observe que a frequência de fatores de risco cardiovascular é maior entre os negros com diabetes, a prevalência de doença cardiovascular é maior nos pacientes brancos. |

Fonte: FRANCO, Laercio Joel. Diabetes Mellitus. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123). Disponível em: <http://goo.gl/b4K8XM>.

Muito dos fatores que influenciam a frequência de complicações do diabetes em negros e contribuem para o excesso de morbidade são passíveis de intervenção. O atraso no diagnóstico e tratamento das complicações pode aumentar a chance de formas mais severas de morbidade e de incapacitações. A hipertensão arterial é um fator de risco de grande importância para o surgimento das complicações micro e macrovasculares do diabetes e parece ser mais frequente em negros do que em brancos com diabetes (HORAN; LENFANT, 1992).

Saiba mais

- Acesse os links para mais informações:

Manual de doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendentes. Disponível em: <http://goo.gl/fA23GH>

Saúde nos quilombos. Disponível em: <http://goo.gl/dd4RDA>

### C) Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune, de etiologia desconhecida, que afeta o tecido conjuntivo, com repercussões clínicas sistêmicas. A agressão tecidual pelas células que compõem o sistema imune resulta em inflamação e fibrose (VON FELDT, 1995). A prevalência da doença na população é de 20 a 150 casos por 100.000 (PONS-ESTEL et al., 2010). Nas mulheres, as taxas variam de 164 (branco) a 406 (africano americano) por 100.000 (CHAKRAVARTY et al., 2007). Dados sobre a influência de fatores étnicos/raciais na epidemiologia do LES em populações afrodescendentes no Brasil são inexistentes, as informações disponíveis sobre o tema são provenientes da literatura internacional.



Fatores geográficos e raciais afetam a prevalência de LES e a gravidade das manifestações clínicas e laboratoriais. A doença parece ser mais comum em áreas urbanas do que nas áreas rurais (PETRI, 2002). A prevalência é mais elevada entre os asiáticos, afroamericanos, afrocaribenhos e hispano-americanos em comparação com os americanos de ascendência europeia nos Estados Unidos e entre os índios asiáticos comparados com caucasianos na Grã-Bretanha. O LES ocorre com pouca frequência em negros residentes no continente africano (RUS; MAURY; HOCHBERG, 2002).

Diferentes subgrupos epidemiológicos tendem a ter graus variados de atividade do LES, afetando a evolução da doença. Afroamericanos e hispânicos mexicanos nos Estados Unidos têm pior prognóstico renal do que os brancos. Os afroamericanos são mais propensos a ter anti-Sm, anti-RNP, lesões discóides cutâneas, proteinúria, psicose e serosite (FERNÁNDEZ et al., 2007). Afroamericanos e latino-americanos com nefrite lúpica também são menos propensos a responder ao tratamento com ciclofosfamida do que os brancos (APPEL et al., 2009).

Apesar da melhor sobrevida dos pacientes, o comprometimento renal associado ao LES (nefrite lúpica) ainda constitui um dos fatores de maior morbidade e mortalidade da doença.

O envolvimento renal é comum. A maioria dos pacientes com LES apresenta depósitos de imunocomplexos no tecido renal. Porém, a doença renal se apresenta clinicamente em cerca de 50% dos pacientes (KOTZIN; ACHENBACH; WEST, 1996). Hematúria e proteinúria glomerulares e alterações na filtração glomerular são os sinais, isolados ou em conjunto, que alertam

para o comprometimento renal mais relevante da doença. A presença de proteinúria é o sinal mais comum na nefrite lúpica, cuja lesão predominante é glomerular, podendo em vários casos estar associado ao comprometimento túbulo-intersticial (ALVES, 1997). A nefrite lúpica caracteriza-se pelo seu polimorfismo histológico, sendo classificados seis estágios da doença de acordo com a International Society of Nephrology (ISN) e Renal Pathology Society (RPS).

Quadro 5 - Classificação histológica da nefrite lúpica, segundo ISN/RPS, 2003.

| Classe | Descrição   |
|--------|---|
| I      | GN mesangial mínima: aspecto normal à microscopia óptica; depósitos mesangiais à IF.  |
| II     | GN proliferativa mesangial: expansão de matriz ou celularidade mesangial de qualquer grau à microscopia óptica; esparsos depósitos subepiteliais ou subendoteliais à IF/ME.   |
| III    | (A) GN proliferativa focal com lesões ativas;<br>(A/C) GN proliferativa focal com lesões ativas e crônicas;<br>(C) GN proliferativa focal com lesões crônicas.  |
| IV     | (S-A) GN proliferativa segmentar difusa, lesões ativas e necrotizantes;<br>(G-A) GN proliferativa global difusa, lesões ativas e necrotizantes;<br>(S-A/C) GN proliferativa segmentar difusa, lesões ativas e crônicas;<br>(G-A/C) GN proliferativa global difusa, lesões ativas e crônicas;<br>(S-C) GN proliferativa segmentar difusa, lesões crônicas com cicatrizes;<br>(C-C) GN proliferativa global difusa, lesões crônicas com cicatrizes. |
| V      | GN membranosa - depósitos subepiteliais globais ou segmentares ou suas sequelas a MO, IF ou ME, combinada ou não às classes III e IV.   |
| VI     | Nefrite lúpica esclerosante avançada - mais de 90% de glomérulos escleróticos sem lesões ativas residuais.  |

Fonte: WEENING, J.J. et al. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *Kidney Int*, v. 65, n. 2, p. 521-30, 2004.

Saiba mais

Acesse os links para mais informações:

Manual de doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendentes. Disponível em: <http://goo.gl/EF4gMh>

Saúde nos quilombos. Disponível em: <http://goo.gl/IP4NAi>



# SÍNTESE DA UNIDADE

- A gênese da desigualdade social entre as relações humanas está diretamente ligada ao poder e vem se acentuando ao longo dos séculos;
- Várias teorias foram apresentadas para explicar a origem e os fatores relacionados à desigualdade social, destacando-se as obras de Jean-Jacques Rousseau e Karl Marx;
- Entende-se grupo minoritário como uma categoria que é diferente e definida pela maioria social, ou seja, aqueles com o maior número de posições de poder dentro da sociedade;
- Em países com sociedades multiculturais é possível identificar diferenças em relação à prevalência da doença renal entre grupos sociais diferentes;
- No Brasil, o crescimento econômico tem gerado condições extremas de desigualdades sociais, afetando a qualidade de vida da população, trazendo impacto na expectativa de vida, mortalidade infantil e analfabetismo;
- Dados do Ministério da Saúde apontam para uma realidade de desigualdade social no acesso aos serviços de saúde, dando-se destaque aos aspectos socioeconômicos e raciais;
- As desigualdades raciais, na condição de saúde das populações, permanecem como um grande problema de saúde pública brasileira, acometendo grupos étnicos minoritários, como indígenas e quilombolas.





# REFERÊNCIAS

AGODOA, L. End-Stage renal failure in African Americans. In: NAHAS, M.E. et al. **Kidney Disease in the Developing World and Ethnic Minorities**. New York: Informa Healthcare, Taylor & Francis, 2005.

APPEL, G.B. et al. Mycophenolate mofetil versus cyclophosphamide for induction treatment of lupus nephritis. **J Am Soc Nephrol**, v. 20, n. 5, p.1103, mayo. 2009.

BARRETO, N.D.M. et al. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v. 67, n. 6, p. 449-51, 1993.

BARROS, R. T. et al. **Glomerulopatias: patogenia, clínica e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 2006.

BARUZZI, R.G. A Universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.182-186, 2007.

BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F.; LOBO, M.S.C. Pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas em uma população Yanomámi. **Cad Saude Publica**, v. 9, n. 4, p. 428-38, 1993.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://goo.gl/67ExOH>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.434/GM, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <http://goo.gl/H6pa2h>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria N° 992/GM, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/3mUkiO>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123). Disponível em: <http://goo.gl/1rydXD>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Comunidades quilombolas serão priorizadas no "Programa Mais Médicos". In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL, 3., 2013, Brasília. Disponível em: <http://goo.gl/Jsgkgk>. Acesso em: 21 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 622 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/kek7hz>. Acesso em: 21 jul. 2014.

CAMPPIA, U. et al. Reduced endothelium-dependent and independent dilation of conductance arteries in African Americans. **J Am Coll Cardiol**, v. 40, p. 754-60, 2002.

CASS, A. et al. End-stage renal disease in indigenous Australians: a disease of disadvantage. **Ethnicity Dis**, v. 12, n. 3, p. 373-378, 2002.

CASSIRER, Ernst. **Questão Jean-Jacques Rousseau**. Unesp, 1999.

CHAKRAVARTY, E.F. et al. Prevalence of adult systemic lupus erythematosus in California and Pennsylvania in 2000: estimates obtained using hospitalization data. **Arthritis Rheum**, v. 56, n. 6, p. 2092, 2007.

COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p.

CONFALONIERI, U.E.C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, dec. 1989.

CORESH, J. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. **Journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 17, p. 2038-2047, 2007.

COTTA, R.M.M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 2007.

COUTINHO, C.N. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

DOUGLAS, D.R. et al. Kidney mass, glomerular number, mean glomerular corpuscle volume and total renal corpuscle volume in Aboriginal and non-Aboriginal Australians at autopsy. **Nephrology**, v. 8, p. 20A59, 2003.

ELIAS, Norbert. **O Processo civilizador**: formação do Estado e civilização: apresentação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. v. 2.

EAGLETON, Terry. **Marx e a liberdade**. Unesp, 1999.

FEEHALLY, J.; LIGHTSTONE, L. Kidney disease in ethnic minority populations of the United Kingdom. In: NAHAS, M.E. et al. **Kidney disease in the developing world and ethnic minorities**. New York: Informa Healthcare, Taylor & Francis, 2005.

FERNÁNDEZ, M. et al. A Multiethnic, multicenter cohort of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) as a model for the study of ethnic disparities in SLE. **Arthritis Rheum**, v. 57, n. 4, p. 576, 2007.

\_\_\_\_\_. Diabetes in Japanese-Brazilians: influence of the acculturation process. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 34, p. S51-S57, 1996.

FRANCO, Laercio Joel. Diabetes Mellitus. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123). Disponível em: <http://goo.gl/Pxb83n>. Acesso em: 22 jul. 2014.

FRESENIUS MEDICAL CARE. **ESRD patients in 2003**: a global perspective. Bad Homburg, Germany: Fresenius Medical Care Internal Survey, 2004. p. 1-10.

GREEN, J.N.; TRINDADE, R. (Org.). **Homossexualismo em São Paulo e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2005.

HARRIS, M.I. et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance in US adults: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **Diabetes Care**, v. 21, n. 4, p. 518-524, 1998.

HORAN, M.J.; LENFANT, C.J.M. Hypertension in blacks: future research direction. **Ethnicity & Disease**, v. 2, p. 115-19, 1992.

HOY, W.E. et al. Chronic Kidney Disease in Aboriginal Australians. In: NAHAS, M.E. et al. **Kidney disease in the developing world and ethnic minorities**. New York: Inform Healthcare, Taylor & Francis, 2005.

HUTCHINSON, R.G. et al. Racial differences in risk factors for atherosclerosis: the ARIC Study: Atherosclerosis risk in communities. **Angiology**, v. 48, p. 279-90, 1997.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. **World economic outlook database**. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/6N0Mr0>. Acesso em: 21 jul. 2014.

JONES, C.A. et al. Serum creatinine levels in the US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Am J Kidney Dis**, v. 32, p. 992-999, 1998.

KIRSZTAJN, G.M. et al. Glomerulopatias secundárias. **J Bras Nefrol**, v. 27, n. 2, supl. 1, jun. 2005.

KOTZIN, B.L.; ACHENBACH, G.A.; WEST, S.G. Renal involvement in systemic lupus erythematosus. In: SCHRIER, R.W.; GOTTSCHALK, C.W. **Diseases of the kidney**. 6. ed. 1996. p.1781-1800.

KRIEGER, N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science and current controversies: an ecosocial perspective. **Am J Public Health**, v. 93, p.194-9, 2003.

LAFER, C. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). In: MAGNOLI, Demétrio. **A história da paz**. São Paulo: Contexto, 2008. p. 297-330.

LESSA, Ines. Hipertensão arterial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123). Disponível em: <http://goo.gl/QCgzaz>. Acesso em: 22 jul. 2014.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. On behalf of the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence: multicenter study on the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. **Diabetes Care**, v. 15, 11, p.1509-16, 1992.

- MCDONALD, S.P. RUSS, G.R. The burden of end stage renal disease among indigenous people in Australia and New Zealand. **Kidney Int**, v. 63S, p. S123-S127, 2003.
- MCKINNEY, P.A. et al. Time trends and ethnic patterns of childhood nephrotic syndrome in Yorkshire, UK. **Pediatr Nephrol**, v.16, n.12, p. 1040-1044, 2001.
- MOELLER, S.; GIOBERGE, S.; BROWN, G. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends. **Nephrol Dial Transplant**, v. 17, p. 2071-2076, 2002.
- NEEL, J.V. et al. Studies on the Xavante Indians of Brazilian Mato Grosso. **American Journal of Human Genetics**, v. 16, p. 52-140, 1964.
- PAZIANAS, M. Racial origin and primary renal diagnosis in 771 patients with end-stage renal disease. **Nephrol Dial Transplant**, v. 6, p. 931-935, 1991.
- PETRI, M. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v.16, n. 5, p. 847, 2002.
- PNUD. **Relatório do desenvolvimento humano 2004**: liberdade cultural num mundo diversificado. Lisboa: Mensagem, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Relatório do desenvolvimento humano 2012**: o futuro sustentável que queremos. Lisboa: Mensagem, 2012.
- PONS-ESTEL, G.J. et al. Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. **Semin Arthritis Rheum**, v. 39, n. 4, p.257, 2010.
- ROCHA, A.K.S. et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n.1, p. 41-5, 2011.
- RODERICK, P.J. et al. The need and demand for renal replacement therapy in ethnic minorities in England. **J Epidemiol Community Health**, v. 50, p. 334-339, 1996.
- ROUSSEAU, J.J. **Discurso sobre a origem da desigualdade**. Centaur, 2013.
- RUS, V. MAURY, E.E.; HOCHBERG, M.C. The epidemiology of systemic lupus erythematosus. In: WALLACE, D.J.; HAHN, B.H. (Ed.). **Dubois' Lupus Erythematosus**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
- SAMANTA, A. et al. High prevalence of systemic disease and mortality in Asian subjects with systemic lúpus erythematosus. **Ann Rheum Dis**, v. 50, p. 490-492, 1991.

SCHMIDT, R.J. Early referral and its impact on emergency first dialyses, health care costs and outcomes. **Am J Kidney Dis**, v. 32, p. 278-283, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n.1, supl.1, p. 1-51, 2010.

SPENCER, J.S.; SILVA, D.; HOY, W.E. An epidemic of renal failure among Australian Aborigines. **Med J Aust**, v. 168, p. 537-541, 1998.

STEHMAN-BREEN, C.O. et al. Determinants of type and timing of initial permanent hemodialysis vascular access. **Kidney Int**, v. 57, p. 639-645, 2000.

THOM, T. et al. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, v.113, p. e85-151, 2006.

TODD, A. **The Modern World**. Oxford University Press, 2001. p.121.

US RENAL DATA SYSTEM. **USRDS 2004 Annual Data Report**. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2004.

\_\_\_\_\_. **USRDS 2011 Annual Data Report**. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2011.

VIEIRA FILHO, J.P.B. Emergência do diabetes melito tipo 2 entre os Xavântes. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 42, n. 1, p. 61-5,1996.

\_\_\_\_\_. O Diabetes mellitus e as glicemias de jejum dos índios Caripuna e Palikur. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 23, n. 5, p.175-8, 1977.

VON FELDT, J.M. Systemic lupus erythematosus: recognizing its various presentations. **Postgrad Med.**, v. 97, n. 4, p.79-86, 1995.

WEENING, J.J. et al. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. **Kidney Int**, v. 65, n. 2, p. 521-30, 2004.

WIRTH, L. The problem of minorities groups. In: LINTON, Ralph (Ed.) **The Science of man in the world crisis**. New York: Columbia University Press, 1949.

YANCY, C.W. et al. Discovering the full spectrum of cardiovascular disease: minority health summit 2003: executive summary. **Circulation**, v. 111, p.1339-49, 2005.

**GOVERNO FEDERAL**

**Presidenta da República**

*Dilma Rousseff*

**Ministro da Saúde**

*Ademar Arthur Chioro dos Reis*

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

*Hêider Aurélio Pinto*

**Secretário de Atenção à Saúde (SAS)**

*Fausto Pereira dos Santos*

**Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

*Alexandre Medeiros de Figueiredo*

**Secretário Executivo da UNA-SUS**

*Francisco Eduardo de Campos*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**Reitor**

*Natalino Salgado Filho*

**Vice-Reitor**

*Antônio José Silva Oliveira*

**Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**

*Fernando Carvalho Silva*

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

**Diretora** - *Nair Portela Silva Coutinho*

**COORDENAÇÃO GERAL DA UNA-SUS/UFMA**

*Ana Emília Figueiredo de Oliveira*

