

Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional

DAVID R. WILLIAMS*
NAOMI PRIEST**

Resumo

Este artigo resenha um crescente corpus de investigação empírica, o qual indica que o racismo, em suas variantes institucional e interpessoal, persiste nas sociedades contemporâneas racializadas de todo o mundo, e pode ter impactos adversos importantes sobre a saúde. Após um breve apanhado das desigualdades étnico-raciais na saúde da população, em vários contextos nacionais, o artigo concentra-se na pesquisa empírica sobre a natureza e persistência do racismo e as múltiplas maneiras em que esse pode impactar negativamente a saúde de grupos étnico-raciais não dominantes e estigmatizados. Primeiramente, através de políticas e práticas que limitam o acesso a recursos e oportunidades na sociedade, o racismo institucional produz consequências patogênicas, por restringir a mobilidade social, e criar diferenciações raciais no status socioeconômico e nas condições de vida e trabalho, prejudiciais ao bem-estar. Em segundo lugar, o racismo cultural, no âmbito da sociedade, provoca e sustenta o racismo institucional e interpessoal, criando um ambiente político hostil a políticas igualitárias. No nível individual, estereótipos negativos, sustentados pelo racismo cultural, fomentam respostas psicológicas prejudiciais à saúde, tais como a “ameaça de estereótipo” e o racismo internalizado. Terceiro, a experiência subjetiva de discriminação racial é um tipo de experiência de vida estressante, mas historicamente negligenciado

* Universidade Harvard (Estados Unidos). Universidade de Cape Town (África do Sul)

** Universidade Nacional Australiana.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

na literatura, que pode levar a mudanças adversas nas condições de saúde e a padrões alterados de comportamento que aumentam os riscos à saúde.

Palavras-chave: Raça. Etnicidade. Racismo. Discriminação racial. Status socioeconômico. Saúde.

Racism and Health: A Growing Body of International Evidence^{***}

Abstract

This article will provide an overview of the rapidly growing body of empirical research which indicates that racism, in its institutional and interpersonal forms, persists in contemporary racialized societies throughout the world and can have marked adverse effects on health. After a brief overview of racial and ethnic inequalities in population health in multiple national contexts, the article focuses on the empirical research on the nature and persistence of racism and the multiple ways in which it can have negative effects on the health of non-dominant, stigmatized racial and ethnic populations. First, through policies and procedures that lead to reduced access to desirable resources and opportunities in society, institutional racism has pathogenic health consequences by constraining social mobility, creating racial differences in socioeconomic status and in living and working conditions that are hostile to wellbeing. Second, cultural racism at the societal level, triggers and sustains institutional and interpersonal racism and creates a policy environment hostile to egalitarian policies. At the individual level, negative stereotypes, supported by cultural racism, fosters health damaging psychological responses such as stereotype threat and internalized racism. Third, the subjective experience of racial discrimination is a historically neglected, but important type of stressful life experience that can lead to adverse changes in health status and altered behavioural patterns that increase health risks.

Keywords: Race. Ethnicity. Racism. Racial discrimination. Socioeconomic status. Health.

^{***} Tradução: Luna Traduções e Comunicação. Revisão Técnica: Karl Monsma

N

o mundo inteiro, populações racialmente estigmatizadas e privadas de direitos apresentam saúde pior do que a de seus concidadãos mais privilegiados (Williams, 2012). A saúde mais precária desses grupos étnico-raciais vulnerabilizados registra-se no surgimento precoce de enfermidades, na maior gravidade e progressão das doenças, nos altos índices de comorbidades e de incapacitações no decurso da vida, além de elevados índices de mortalidade. Grupos étnico-raciais socialmente estigmatizados também enfrentam déficits de acesso a serviços de saúde e de qualidade da atenção médica. Nos dados populacionais dos EUA, esses padrões têm sido registrados para os afro-americanos (ou negros), os havaianos nativos e outros povos das ilhas do Pacífico, os ameríndios e os nativos do Alaska (ou Povos Nativos), e para os imigrantes socioeconomicamente vulneráveis, especialmente os hispânicos (ou latinos) e os de descendência asiática nascidos nos EUA ou que vivem há longo tempo no país (Williams 2012). Essas desigualdades étnico-raciais são ubíquas e persistentes e, embora se reduzam, são evidentes em todos os níveis educacionais e de renda da população (Braveman et al., 2010; Williams, 2012).

Padrões similares de saúde desigual e de problemas na atenção à saúde entre grupos minoritários étnico-raciais são encontrados em outros países desenvolvidos e pós-coloniais, incluindo Reino Unido, Austrália, Canadá e Nova Zelândia e toda União Europeia (UE). Como nos EUA, os povos indígenas de Austrália, Canadá e Nova Zelândia (Bramley et al., 2004; 2005; Freemantle et al., 2007; Gracey; King, 2009; King et al., 2009), assim como dos países escandinavos, como os lapões da Noruega (Hansen et al., 2010; Hansen; Sørli, 2012), estão entre os mais vulneráveis frente a diversas morbidades e taxas de mortalidade, e com acesso mais precário a serviços de atenção à saúde e atendimento de pior qualidade, do período pré-natal até a idade avançada. Também como nos

EUA, em muitos desses países, como no Canadá (Kim et al., 2013; Levy et al., 2013; Public Health, 2013; Wang; Hu, 2013), Reino Unido (Nazroo, 2003), União Europeia (Nielsen; Krasnik 2010), Austrália (Sevoyan; Hugo, 2013) e Nova Zelândia (Jatrana; Blakely, 2008; Richardson et al., 2013), persistem desigualdades de saúde para as populações imigrantes, especialmente entre as segunda e terceira gerações, e para a população roma (ciganos) na Europa (Matrix share our insight, 2014).

No entanto, a escassez de dados nos sistemas nacionais de informações, inclusive o registro inadequado de etnicidade e de status socioeconômico, ainda dificulta investigações detalhadas sobre desigualdades étnico-raciais em saúde (Nazroo, 2003). Faltam, em vários países, dados qualificados sobre a saúde de imigrantes, inclusive na maior parte dos estados membros da UE (Rechel et al., 2012), na Austrália, onde o país de nascimento e/ou a língua falada em casa são utilizados como indicadores da raça/etnicidade, ao invés da autodeclaração (Sevoyan; Hugo, 2013), e no Canadá, onde informação sobre raça/etnicidade não consta nos dados de nascimentos e de mortalidade (Levy et al., 2013). No Reino Unido, onde estão disponíveis dados mais completos, as disparidades para negros, árabes, bengaleses, paquistaneses e indianos são evidentes, e incluem menos satisfação com a vida e menos bem-estar subjetivo, assim como maiores taxas de morbidade e desfechos de mortalidade em todas as fases da vida, com tais disparidades presentes em todas as camadas sociais (Nazroo, 2003; Kelly et al., 2006; Kelly et al., 2009; Stevenson; Rao, 2014).

As disparidades étnico-raciais de saúde em países de baixa e média renda têm recebido muito menos atenção na literatura empírica, em comparação aos contextos de alta renda. Contudo, quando existem dados, disparidades étnico-raciais também são registradas entre grupos minoritários de países como África do Sul (Burgard; Treiman, 2006), China (Wang et al., 2013), Índia (Subramanian et al., 2006) e Brasil (Coimbra

et al., 2013). Novamente, pessoas de origem indígena, negras e mestiças mostram os piores resultados para vários indicadores de saúde.

Nos últimos anos, o papel do racismo como determinante desses padrões de desigualdades étnico-raciais em saúde vem sendo reconhecido de forma crescente na literatura empírica sobre saúde, com o surgimento, nos anos 1990, de pesquisas quantitativas em saúde com foco no racismo. Que o racismo é prejudicial à saúde tanto de indivíduos como das sociedades pode parecer óbvio para muitos. Um vasto repertório de literatura teórica discute o quanto o racismo está profundamente arraigado no tecido social, com consequências perniciosas para todas as dimensões da vida. Esse repertório abarca desde os trabalhos clássicos de DuBois (1961 [1903]) e Fanon (1963), até aqueles de pesquisadores como Hall (1983), Gilroy(1998) e Miles(2003) e, mais recentemente, o trabalho de autoras negras feministas como Hooks (2006), Lorde (1984), Davis (1997), entre vários outros. Uma revisão detalhada dessa vasta e rica literatura que atravessa múltiplas disciplinas, apesar de proveitosa, é tarefa hercúlea que ultrapassa os limites deste artigo.

Não obstante a importância crítica desse trabalho teórico, assim como de estudos empíricos qualitativos nesse campo, a pesquisa quantitativa examinada aqui tem sido fundamental para elucidar o modo como experiências de racismo se manifestam em padrões específicos de desigualdade em saúde de grupos específicos, e também a natureza e os mecanismos das vias etiológicas entre o racismo, os múltiplos problemas de saúde, física e mental, e comportamentos relativos à saúde. Nesse contexto, o presente artigo descreve a natureza complexa do racismo contemporâneo e delinea as múltiplas formas como esse pode afetar a saúde, visando a identificar possibilidades de intervenção. Em seguida, examina evidências empíricas de que o racismo institucional enceta e dá sustentação ao status socioeconômico (SSE) e ao acesso às oportunidades

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

sociais de várias formas. Em terceiro lugar, descreve como o racismo cultural, com suas respectivas imagens negativas, estereótipos e preconceitos, pode prejudicar a saúde. Finalmente, traz a sinopse de um notável corpus de pesquisas evidenciando que experiências subjetivas de discriminação, largamente negligenciadas, constituem importantes estressores com impactos negativos generalizados sobre a saúde. Portanto, o foco principal deste trabalho são as consequências do racismo sobre a saúde e os mecanismos subjacentes às mesmas. Uma análise detalhada dos processos históricos, políticos ou sociais que influenciam e perpetuam o racismo nas sociedades, embora pertinente, extrapola o escopo deste trabalho.

Sinopse sobre a natureza do racismo e sua persistência

O racismo é definido aqui como um sistema organizado, constituído pela categorização e estratificação de grupos sociais em raças/etnias, que desvaloriza e enfraquece aqueles grupos considerados inferiores, e distribui de forma diferenciada entre os grupos as oportunidades e recursos sociais valorizados (Bonilla-Silva, 1996; Williams, 2004). O racismo pode manifestar-se, através de indivíduos ou instituições sociais, como preconceito (atitudes negativas) e estereótipos (concepções categóricas) em relação a grupos étnico-raciais estigmatizados e como discriminação (tratamento desigual) desses grupos. Não necessariamente todas essas dimensões do racismo ocorrem sempre simultaneamente. Por exemplo, na ausência de preconceito racial em nível individual, o racismo pode persistir nas instituições e políticas sociais.

O racismo segue sendo um impulsor da exclusão, do conflito e da privação em todo o mundo (United Nations, 2009). Embora alguns dados apontem avanços na redução do apoio público explícito ao racismo, este também pode estar aumentando em muitos contextos. Nos EUA, os da-

dos nacionais sobre atitudes de pessoas brancas diante de questões raciais revelam mudanças positivas importantes nos últimos 60 anos, no apoio ao princípio da igualdade racial. Entretanto, pesquisadores também têm registrado o que denominam de “lacuna entre princípio e implementação”, que traduz um apoio maior ao princípio da igualdade do que para leis e políticas que promovem a igualdade (Schuman et al., 1997). Os dados nacionais indicam, também, que mudanças positivas nas atitudes relacionadas a questões raciais coexistem com propensão de pessoas brancas a sentirem-se socialmente distantes das negras, com estereótipos negativos dos negros, e com ressentimento baseado na percepção de que os negros fazem exigências injustas à sociedade (Bobo et al., 2012). Na Europa, entre 1988 e 2000, as atitudes racistas aumentaram significativamente em doze países, e permanecem estáveis nos últimos anos (Brika; Lemaine, 1997; Mansouri; Jenkins, 2010). Além disso, análise recente da sondagem “Atitudes Sociais Britânicas” (*British Social Attitudes Survey*) indica um declínio, entre 1983 e 2001, de 38% para 25% de pessoas que declaram ter preconceitos raciais contra imigrantes, seguido de um acentuado aumento, de volta aos 38%, entre 2002 e 2011 (Taylor; Muir, 2014). Na Austrália, testemunhos de experiências com atitudes racistas cresceram de 11% em 2007, para 19% em 2013 (Markus, 2014).

Há muitas evidências da persistência do racismo nas sociedades contemporâneas. Nos EUA, muitos americanos ainda consideram o racismo como um problema em seu país. Em 2012, uma sondagem nacional apontou que 67% das pessoas brancas e 90% das negras partilham a percepção de que negros e hispânicos sofrem discriminação no país atualmente. Ademais, três em cada quatro pessoas negras e uma em cada três brancas relataram ter vivenciado pessoalmente discriminação racial (Schoen, 2012). Na Austrália, igualmente, 84% de respondentes de uma sondagem nacional admitiram a existência de preconceito racial no país,

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

e 86% afirmaram ser preciso fazer algo para combater o preconceito racial (Dunn et al., 2011). Ao mesmo tempo, um estudo nacional recente nos EUA apurou que os brancos acreditam ser mais provável eles próprios serem vítimas de racismo hoje, do que os negros (Norton; Sommers, 2011).

Pesquisas sugerem ainda que o racismo se manifesta de maneiras diversas e complexas, dificultando seu reconhecimento por muitos na sociedade. Ao navegar seu mundo social, os humanos participam de processos cognitivos intencionais, conscientes. Mas envolvem-se, também, em processos avaliativos espontâneos, automáticos, implícitos (inconscientes) nos quais respondem a estímulos de seu mundo social, baseados em imagens armazenadas na memória (Dovidio; Gaertner, 2004). Pesquisas revelam, por exemplo, que os americanos manifestam altos graus de sentimentos e opiniões negativas em relação a negros, latinos, pessoas obesas e homossexuais (Nosek et al., 2007). Além disso, é possível que indivíduos conscientemente comprometidos com valores igualitários guardem, frequentemente de modo inconsciente, estereótipos negativos sobre grupos estigmatizados. Racismo aversivo é um dos termos utilizados para caracterizar este racismo contemporâneo (Dovidio; Gaertner, 2004). Um racista aversivo não exhibe preconceito racial explícito. Isto é, este indivíduo tem uma simpatia genuína pelas vítimas de injustiças e está comprometido com os princípios da igualdade racial. Ao mesmo tempo, ele/ela tem inclinações implícitas que favorecem os brancos em detrimento dos negros (Nosek et al., 2007). O padrão é mais pronunciado entre brancos, mas é também evidente entre asiáticos, hispânicos e indígenas dos Estados Unidos, e entre grupos profissionais como médicos e advogados.

Outro estudo nos EUA, sobre atitudes implícitas de estudantes universitários, encontrou fortes associações automáticas da categoria “nacionalidade americana” com “brancos americanos” em comparação com americanos asiáticos e negros, sendo resumido pelos autores como “Ame-

ricano = Branco” (Devos; Banaji, 2005). Estudos similares conduzidos na Austrália também evidenciam a associação automática “australiano = branco” em comparação com os aborígenes, embora menos pronunciada que nos EUA. Na Nova Zelândia, tanto os neozelandeses brancos quanto os maoris são implicitamente associados à identidade nacional em níveis similares, e ambos são vistos como mais representativos do que os neozelandeses asiáticos (Harding et al., 2011). Esses fortes vieses, em distintos contextos e construtos, sugerem que a discriminação seja comum na sociedade contemporânea, boa parte dela ocorrendo através de posturas não intencionais (Dovidio; Gaertner, 2004).

Discriminação

Em segundo lugar, a discriminação racial persiste na sociedade contemporânea, com pessoas brancas ainda declarando discriminar minorias (Pager; Shepherd, 2008; Dunn et al., 2011; Taylor; Muir, 2014). Além disso, evidências científicas rigorosas documentam a persistência da discriminação racial. Algumas das melhores evidências provêm de estudos de auditoria, em que os sujeitos de pesquisa são criteriosamente selecionados, igualados e qualificados de modo a serem iguais em todos os aspectos, exceto com relação à raça. Um balanço recente desses estudos fornece exemplos surpreendentes da discriminação racial contemporânea (Pager; Shepherd, 2008). Estudos de auditoria do acesso a emprego nos EUA, por exemplo, têm apontado que um homem branco com registro criminal tem maior probabilidade de receber uma oferta de emprego do que um homem negro sem registro criminal cujo currículo era idêntico em outros aspectos. Outro estudo apurou que candidatos a emprego com nomes característicos de negros (p.ex. Latisha e Jamal) têm menos probabilidade de serem chamados para entrevistas do que candidatos com currículos idênticos que têm nomes característicos das pessoas brancas (p.ex.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

Emily e Greg). Outros estudos revelaram discriminação racial em locação de apartamentos, compra de casa ou carro, solicitação de empréstimos bancários e contratação de seguros, busca de assistência médica e tentativa de conseguir um taxi. Até mesmo o preço de refeições *fast food* tende a subir com a percentagem de pessoas negras vivendo em uma determinada área (Pager; Shepherd, 2008).

Estudos de auditoria têm fornecido evidência dessa discriminação étnico-racial também em outros países. Na Austrália, por exemplo, um estudo sobre emprego enviou 4000 currículos fictícios em resposta a anúncios de emprego e apurou que, para conseguir o mesmo número de entrevistas que os candidatos de origem britânica, os candidatos indígenas e os de origem chinesa e do Oriente Médio tinham de submeter 35%, 68% e 64% mais currículos, respectivamente (Booth et al., 2012). Outro recente estudo de auditoria australiano enviou agentes de pesquisa treinados, que diferiam apenas no fenótipo étnico, para paradas de ônibus, onde pediam carona ao motorista, porque seu cartão de passagens não estava funcionando. Em 1.552 observações, conseguiram carona 72% dos agentes brancos, 73% dos asiáticos, 51% dos indianos e apenas 36% dos negros (Mujcic; Frijters, 2013). Na Itália, um estudo de auditoria também encontrou evidência de discriminação étnica no mercado de locação residencial em 41 cidades, com 44% das pessoas com nomes árabes/muçulmanos tendo recebido respostas positivas a solicitações por e-mail, em comparação a 50% daquelas com nomes característicos da Europa oriental e 62% das com nome italiano (Baldini; Federici, 2011). O estudo também apurou que esta discriminação tinha um viés de gênero, sendo maior para os nomes masculinos não italianos, especialmente para o grupo árabe/muçulmano.

Racismo Institucional

Há consideráveis evidências de que a discriminação racial persiste também nos mecanismos e processos institucionais. No contexto americano, a segregação residencial por raça é um exemplo (Massey; Denton, 1993). A segregação refere-se à separação física das raças em áreas residenciais e comunidades racialmente distintas que se desenvolveram nos EUA, para assegurar que os brancos ficassem resguardados da proximidade residencial com negros (Cell, 1982). Essa separação forçada de áreas habitacionais desenvolveu-se no final do século 19 e início do século 20, e permaneceu estável desde então, mas com alguma redução mais recentemente (Lieberson, 1980; Massey; Denton, 1993; Glaeser; Vigdor, 2001). Em 1968, a legislação sobre direitos civis tornou ilegal a segregação, mas essa se mantém ainda hoje através de uma trama de ações individuais, práticas institucionais e políticas governamentais. No Censo de 2010, a segregação residencial estava em seu nível mais baixo em 100 anos e a redução da segregação era evidente em todas as grandes áreas metropolitanas do país (Glaeser; Vigdor, 2012). No entanto, tal redução nas últimas décadas foi produzida pela mudança de algumas pessoas negras para áreas antes habitadas exclusivamente por brancos, sendo insignificante o impacto sobre os bairros de população majoritariamente negra, sobre o isolamento residencial da maioria dos afro-americanos e sobre a concentração geográfica da pobreza urbana (Glaeser; Vigdor, 2001). A remoção e mudança forçadas de povos indígenas para reservas, em contextos diversos como EUA, Canadá, Nova Zelândia, Austrália e América do Sul, é outro exemplo de isolamento institucionalizado de grupos étnico-raciais marginalizados. Além disso, o Censo britânico de 2011 revelou que, nas áreas urbanas da Inglaterra e do País de Gales, as autoridades locais e distritos que receberam grandes contingentes de minorias

étnicas ao longo do período 2001-2011 tenderam a perder a maior parte de seus residentes brancos (Sagger, 2014).

As taxas de prisão de negros e de outras minorias é outro exemplo do racismo institucional. Os EUA condenam à prisão uma proporção muito maior de sua população do que qualquer outro país no mundo. Disparidades raciais na criminalização e investigação de determinados comportamentos, combinadas à discriminação no processo penal e na condenação têm levado a índices desmesuradamente mais altos de prisão de minorias nos EUA (Alexander, 2010). Embora não existam diferenças raciais no uso de drogas na América, comparados aos brancos, os negros são muito mais abordados, detidos, julgados, condenados e encarcerados por crimes relacionados a drogas do que os brancos. Na Austrália, os indígenas representam 27% do total da população prisional, apesar de totalizarem apenas 2,9% da população australiana (Australian Bureau of Statistics, 2013), com uma taxa de encarceramento 18% mais alta do que aquela para a população australiana não aborígene. Na Nova Zelândia, 51% dos presos são maoris, apesar desse grupo étnico representar apenas 15% da população neozelandesa (Statistics New Zealand Tatauranga Aotearoa, 2012). As políticas de imigração e o tratamento a refugiados e solicitantes de asilo humanitário, em muitos países ricos como EUA, Austrália e Reino Unido, têm constituído, historicamente, outra forma de racismo institucional (Berman; Paradies, 2010; Ivarsflaten et al., 2010; Louis et al., 2010; Gee; Ford, 2011). Essas políticas costumam ranquear grupos sociais, excluir, segregar e encarcerar algumas populações étnico-raciais, limitando os direitos e privilégios daqueles considerados perigosos ou indesejáveis.

Racismo Cultural

A persistência da discriminação institucional e interpessoal é impulsionada pelo racismo que permanece profundamente arraigado em

muitas culturas e sociedades no mundo todo. Ideias de inferioridade das pessoas negras e superioridade das brancas têm estado historicamente encravadas em várias dimensões da cultura no Reino Unido, na Europa, nos EUA, bem como em nações pós-coloniais como Austrália, Nova Zelândia, e na América do Sul. Muitas imagens e ideias da cultura popular contemporânea continuam a desvalorizar, marginalizar e subordinar populações não-brancas (Dirks; Mueller, 2007). Além disso, a ideologia e as representações antinegitude são peculiares, porque em todos esses contextos nacionais elas constituem, geralmente, o referencial contra o qual outros grupos são comparados. Achados de *survey* e de estudos de natureza experimental ou quase-experimental indicam que, nos EUA, a maior exposição a programas de TV retratando pessoas negras de forma negativa estava associada a maiores níveis de preconceito racial em relação aos negros (Mutz; Goldman, 2010). E, embora nos EUA afro-americanos e outras minorias apareçam hoje na TV com mais frequência do que no passado, um estudo recente dos personagens em onze programas populares da televisão revelou mais atitudes não verbais negativas (expressões faciais e linguagem do corpo) direcionadas a personagens negros do que aos brancos com igual status (Weisbuch et al., 2009). E, embora os expectadores não tivessem consciência dos padrões de comportamento não verbal, a exposição a atitudes tendenciosas não verbais aumentou o preconceito dos mesmos. Na Austrália, estudos recentes detectaram a crescente representação de pessoas não brancas na televisão popular e no cinema, embora as relações interétnicas no ambiente familiar ou doméstico raramente fossem retratadas e as histórias presumissem a assimilação das minorias étnicas (Klocker; Stanes, 2012 ; Klocker, 2014).

Um estudo dos EUA identificou a existência de um viés desumanizador que associa negros a macacos e que essa desumanização tem consequências reais (Goff et al., 2008). Nesse estudo, os pesquisadores

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

examinaram matérias de jornal sobre todos os réus condenados por crimes capitais ao longo de um período de 20 anos. Descobriram que essas matérias tendiam a descrever os sentenciados negros, mais do que os brancos, com palavras desumanizadoras como besta, bruto, monstro, sorrateiro*. Ademais, após ajustar por gravidade do crime, circunstâncias agravantes, circunstâncias atenuantes, status socioeconômico do réu e da vítima, os negros implicitamente retratados como mais simiescos tinham maior probabilidade que outros réus negros de serem executados (Goff et al., 2008). Tendência similar evidenciou-se para os brancos. As representações pela mídia dos povos indígenas (Simmons; Lecouteur, 2008; Barnes et al., 2012), de imigrantes ou refugiados, e dos muçulmanos também têm sido documentadas como perpetuadoras de estereótipos negativos e de preconceitos nas democracias ocidentais de Europa, Austrália e Nova Zelândia (Nacos; Torres-Reyna, 2006; Saeed, 2007).

Os negros e outras minorias também são estereotipados de forma negativa em vários contextos. Em 1990, uma conceituada sondagem de indicadores sociais nos EUA, a *General Social Survey* (GSS), identificou que 29% dos brancos consideravam os negros pouco inteligentes, 51% acreditavam que eles são propensos à violência, 45% os viam como preguiçosos, e 57% acreditavam que eles preferem viver da assistência social (Davis; Smith, 1990). Foram apresentadas questões com uma escala de sete pontos para cada estereótipo, da visão positiva à negativa, sendo o ponto 4 o neutro. Igualmente surpreendentes foram os baixos níveis de visões positivas em relação à população negra. Um ou menos em cada cinco pessoas brancas viam as negras como trabalhadoras (17%), que desejavam autossustentar-se (13%), inteligentes (21%) e não inclinadas à violência (14%). Na escala de estereótipos, evidenciou-se uma hierarquia,

* No original em inglês, *prowl* que significa rondar, espreitar, como animais que rondam a presa [NT].

com os brancos vendo negros, hispânicos e asiáticos de forma mais negativa do que a si próprios, sendo as pessoas negras alvo das percepções mais negativas entre todos, e os hispânicos vistos de maneira duas vezes mais negativa que os asiáticos.

Os dados disponíveis da GSS para dois dos estereótipos, desde 1990, mostram pouca mudança na percepção positiva dos negros ao longo do tempo (Smith et al., 2011). Em 2010, 32% dos brancos indicaram que os negros eram preguiçosos, em comparação a 45% em 1990. No entanto, a percentagem de brancos que percebe as pessoas negras como trabalhadoras passou de 17% em 1990 para 16% em 2010, com mais brancos endossando a escala 4, “nem um, nem outro” (49% versus 34%). Observou-se algum avanço no estereótipo da inteligência, com uma queda na proporção de pessoas brancas que veem as negras como pouco inteligentes, de 29% em 1990, para 13% em 2010. Houve uma mudança positiva modesta na proporção de brancos que consideram inteligentes as pessoas negras, de 21% em 1990, para 27% em 2010, mas um aumento maior daquelas que escolhem a resposta neutra, de 44% para 56%.

A maior parte das pesquisas sobre a evolução ao longo do tempo das atitudes em relação a minorias étnicas e imigrantes tem sido conduzida nos EUA, sendo raros em outros contextos os dados longitudinais. Dados disponíveis na Europa sugerem que em 12 países europeus o preconceito étnico cresceu de modo razoavelmente uniforme entre 1988 e 1994, embora as tendências sejam menos pronunciadas e difiram fortemente entre países a partir de 1994. Em alguns países, como Irlanda e Luxemburgo, atitudes xenofóbicas cresceram muito entre 1994 e 2000, enquanto em outros países, como Bélgica e Espanha, as atitudes negativas em relação a estrangeiros esmoreceram (Semyonov et al., 2006). Uma pesquisa de 2013, envolvendo 1.250 australianos, apurou que, para 40% das pessoas entrevistadas, ao menos um grupo étnico “não se enquadrava” na Austrá-

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

lia – um aumento de 17% em relação a 2006 – e 41% identificavam um grupo com o qual não tinham empatia, sendo os de origem muçulmana, médio-oriental, africana e os refugiados os mais frequentemente percebidos como párias. Um terço dos respondentes acreditava que grupos étnicos minoritários constituíam uma ameaça para o modo de vida australiano e, embora a maioria (83%) considerasse que os aborígenes australianos ocupavam um lugar especial como os primeiros povos do país, quase um terço (30%) também considerava que os atuais recursos governamentais destinados a esses eram excessivamente altos. Apesar desses índices de preconceito explícito e sutil, a grande maioria dos entrevistados declarou ser importante tratar com justiça as pessoas pertencentes a minorias étnico-raciais (95%) e que a comunidade espera que as pessoas o façam (84%) (VicHealth, 2014).

Um estudo recente sugere que estereótipos negativos dos negros são comuns e normativos na cultura americana. O estudo analisou dados do projeto BEAGLE (*Bound Encoding of the Aggregate Language Environment*). BEAGLE é um banco de dados que contém cerca de 10 milhões de palavras, construído por meio de uma amostra de livros, jornais e outros materiais, com o objetivo de representar a cultura americana e ser comparável ao que uma pessoa americana média, com educação universitária leria ao longo de sua vida (Verhaeghen et al., 2011). A análise estatística sobre a força associativa entre pares de palavras revelou que a palavra ‘negro/a’ estava mais frequentemente associada com, em ordem de frequência, pobre, violento/a, religioso/a, preguiçoso/a, alegre, perigoso/a. Em comparação, a palavra ‘branco/a’ estava com mais frequência associada a rico/a, progressista, convencional, teimoso/a, bem-sucedido/a e educado/a. Portanto, os estereótipos negativos associados às pessoas negras que aparecem na GSS (violento, preguiçoso, perigoso e pouco inteligente) refletem, em grande parte, a frequência com que os americanos

têm visto ou ouvido essas palavras associadas àquela 'negro/a' ao longo de suas vidas. Dada a natureza altamente globalizada da cultura popular e o vasto alcance da mídia e dos programas de entretenimento americanos em todo o mundo, seja na televisão, no cinema, ou na internet e nas mídias sociais, é muito provável que esses achados se apliquem a vários contextos internacionais.

Mecanismos pelos quais o racismo pode afetar a saúde e evidências de impactos sobre a saúde

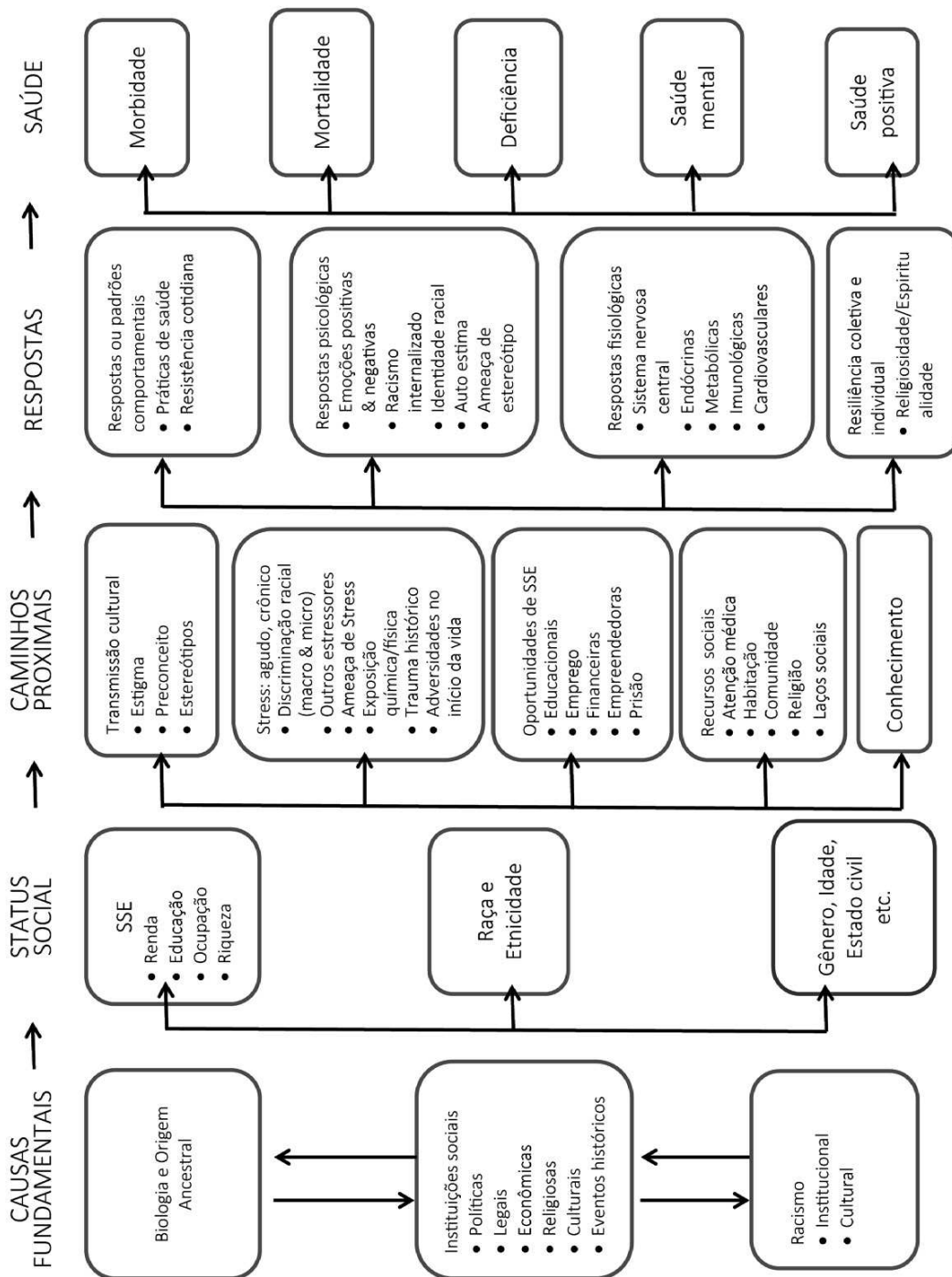
A figura 1, adaptada de modelos anteriores, descreve as múltiplas vias pelas quais o racismo pode impactar a saúde (Williams; 1997; Williams; Mohammed 2013a). Os fatores citados sob cada título são meros exemplos e o modelo não mostra a totalidade das complexas relações bidirecionais. Alguns pesquisadores, apoiando-se na noção de causas fundamentais de Lieberman (1985) argumentam que o status socioeconômico (House et al., 1990; Williams, 1990; Link; Phelan, 1995) e o racismo (Williams, 1997) constituem causas fundamentais da saúde. O modelo toma o racismo como um dos determinantes básicos da saúde, enfatizando, assim, a centralidade dos racismos institucional e cultural. Esse modelo destaca a importância de distinguir-se as causas primeiras ou fundamentais daquelas aparentes ou intervenientes (causas próximas). Enquanto mudanças nas causas fundamentais podem conduzir a mudanças proporcionais nos desfechos, as intervenções voltadas apenas às causas intermediárias ou próximas, na ausência de mudanças naquelas fundamentais, têm poucas possibilidades de produzirem melhorias substantivas na saúde da população. O modelo sugere que a raça e outras categorias de condição social como status socioeconômico, gênero, idade

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

e estado civil são criadas por forças macrossociais e vinculam-se à saúde através de diversos mecanismos intervenientes.

O racismo, assim como outras causas fundamentais, opera sobre a saúde através de múltiplos mecanismos e as vias através das quais essas causas distais impactam a saúde podem mudar com o tempo. Por exemplo, o racismo institucional e cultural pode afetar adversamente a saúde através de estigma, estereótipos, preconceito e discriminação racial. Essas dimensões do racismo podem levar a diferenças no acesso a recursos econômicos e vários outros recursos e oportunidades sociais. O racismo não é o único determinante dos mecanismos intervenientes, mas sua presença como causa fundamental em uma sociedade pode modificar e transformar outros fatores causais e pode exacerbar os impactos negativos de outros fatores de risco para a saúde. Por exemplo, o estresse é visto como uma das vias intervenientes. O racismo dispara e sustenta alguns tipos de estressores como a discriminação e trauma histórico, mas pode também afetar os níveis, a conjunção e o impacto de estressores como o desemprego, dificuldades financeiras, violência de vizinhos, ou exposição a agentes físicos e químicos nos ambientes residenciais e de trabalho.

Figura 1. Um modelo para o estudo de racismo e saúde.



Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

O modelo indica que tem sido subestimado o impacto das desigualdades sociais associadas ao conhecimento e à comunicação no agravamento das desigualdades em saúde (Viswanath, 2006). Boa parte da carga de morbidade contemporânea está associada a comportamentos potencialmente modificáveis por meio de oportunidades adequadas e de acesso a cuidados preventivos e a informação em saúde. As desigualdades sociais do contexto envolvente muitas vezes levam à distribuição desigual do acesso aos recursos que moldam o conhecimento, as atitudes e os comportamentos com respeito à saúde. Assim, o acesso e utilização de diversas fontes de informação, a atenção às informações sobre saúde, a confiança nas fontes de informação e a apropriação dessa informação variam de acordo com a raça/etnicidade e o status socioeconômico da pessoa. Além disso, os membros de grupos étnico/raciais estigmatizados têm menos condições de aproveitar e de beneficiarem-se do pouco conhecimento em saúde que possuem, porque muitas vezes carecem dos recursos necessários para isso.

Muitas das pesquisas sobre determinantes da saúde focam sua atenção nas respostas (comportamentais, psicológicas e fisiológicas) às causas proximais. A figura 1 relembra-nos que essas respostas podem ser mais bem compreendidas e contextualizadas à luz dos fatores distais que induzem e sustentam as condições influenciando os grupos populacionais. Também indica que se deve ter em conta a resistência e resiliência, tanto individual como coletiva. Por exemplo, algumas pesquisas recentes sugerem que determinados comportamentos prejudiciais à saúde, por parte de minorias, podem refletir uma resistência cotidiana – um esforço para confrontar a sociedade dominante, afirmar a independência e rejeitar as normas daquela (Factor et al., 2013).

Duas observações são importantes aqui com relação ao foco sobre raça e racismo neste artigo. Primeiro, reconhecemos que as categoriza-

ções de “raça” serviram historicamente para justificar opressão, exploração e desigualdades sociais (American Sociological Association, 2003) e foram erroneamente vistas como indicadores de diferenças biológicas e genéticas (Krieger 1987). Além disso, as categorias “raça”, “etnicidade”, “cor”, “cultura” e “língua” são com frequência confundidas na coleta de dados, nas políticas públicas e nas práticas cotidianas, como resultado de fatores históricos, contextuais e políticos, com sentidos e conteúdos que variam de acordo com os contextos e ao longo do tempo (Nobles, 2000). Consideramos “raça” como uma categoria fundamentalmente social, a qual abarca o que usualmente é referido como etnicidade – origem geográfica comum, ascendência, modelos familiares, normas culturais e tradições, e a história social de grupos específicos (Williams et al., 2010). Em segundo lugar, vale notar que categorias sociais como raça e etnicidade, e os respectivos processos sociais de opressão como o racismo, não existem nem operam de forma isolada. Reconhecemos a importância fundamental de ir além do exame de categorias sociais isoladas, tendo em consideração o modo como diferentes dimensões da identidade social interagem simultaneamente, e como os sistemas e processos de opressão e dominação (p.ex. racismo, sexismo, estrutura de classes, discriminação de pessoas com deficiências) operam nos níveis macro e micro influenciando a saúde (Bauer, 2014). Ao focar nas consequências do racismo sobre a saúde, não pretendemos reificar a raça e tampouco construir o racismo como um fenômeno isolado, imutável, distinto de outros processos sociais. Nosso foco sobre raça e racismo não se pretende essencialista, nem quer negar a complexidade das interseções ente raça e outras categorias socialmente construídas como gênero e classe. Em vez disso, em conformidade com a teoria crítica da raça, nosso foco em raça e racismo pode ser visto como um ponto de partida para lutar contra múltiplas formas de opressão (Hylton, 2012). São ainda escassas as pesquisas quantitativas

em saúde que buscam identificar como as múltiplas formas de opressão, nas várias dimensões da identidade social (p.ex. raça/etnicidade, gênero, classe, deficiência), relacionam-se entre si e como se conjugam a outros riscos e recursos, de modo cumulativo ou interativo, para impactar a saúde (Bauer, 2014). Este é um campo importante para futuras pesquisas.

Racismo institucional e saúde

A segregação residencial constitui um dos mecanismos institucionais do racismo que tem criado e alimentado a desigualdade econômica racial e, conseqüentemente, desigualdades étnico-raciais em saúde (Williams; Collins, 2001). Isso é particularmente visível nos EUA, onde a segregação foi uma das políticas públicas mais efetivas do século 20 (Cell, 1982), e também em países colonizados, em todo o mundo, onde os povos indígenas foram transferidos forçosamente para reservas ou outras localidades marginalizadas. A segregação racial também pode ocorrer em razão do status de imigrante em muitos contextos nacionais, e é um tema preocupante em vários países desenvolvidos (Dill; Jirjahn, 2011; Gee; Ford, 2011). Tal segregação pode afetar a saúde através de múltiplas vias (Williams; Collins, 2001). Primeiro, ela restringe o êxito socioeconômico, limitando o acesso à educação de qualidade, da pré-escola ao nível médio, e à preparação para o ensino superior, além de restringir o acesso a oportunidades de emprego. Não há nada inerentemente negativo no fato de pessoas da mesma raça viverem próximas. O problema da segregação é a concentração de pobreza e de males sociais e a ausência de caminhos para oportunidades, situações observadas em muitos contextos de segregação. Em Chicago, por exemplo, a correlação entre o percentual de pobres e o percentual de negros e hispânicos em escolas fundamentais era de 0,9 (Orfield, 1996). Outros dados dos EUA mostram que escolas segregadas são desiguais em várias dimensões, incluindo a qualidade dos

professores, os recursos educacionais, os dispêndios por estudante e violência, criminalidade e pobreza no entorno (Orfield et al., 2008).

Na Austrália, uma análise recente sobre a segregação e a separação de indígenas australianos na escola revela que, embora razoavelmente alta, a categorização dos indígenas é mais baixa do que aquela de muitos grupos minoritários em vários outros países e mais baixa do que a categorização residencial por bairros. No entanto, áreas com os maiores índices de separação escolar tendem a ser aquelas com os grupos indígenas mais desfavorecidos (Biddle; Heyes 2014). Em segundo lugar, a segregação também reduz o acesso a oportunidades de emprego. No contexto americano, ela tem promovido o êxodo de postos de trabalho não qualificado mas bem pago das áreas de concentração de minorias para os subúrbios com menor diversidade racial, e também possibilita a discriminação baseada no local de moradia (Wilson, 1987; Pager; Shepherd, 2008). Um estudo de abrangência nacional, nos EUA, apurou que a erradicação da segregação eliminaria as diferenças de renda, de índices de conclusão do ensino médio e de desemprego entre brancos e negros, e reduziria em dois terços as diferenças raciais na proporção de mães solteiras (Cutler; Glaeser 1997).

Segregação leva, com frequência, as minorias a residirem em habitações de qualidade precária e em cercanias carentes de múltiplos recursos e serviços que melhorariam as condições de saúde e bem-estar, incluindo a atenção médica. A concentração de pobreza nas áreas de segregação também pode levar à exposição a altos níveis de estressores graves e crônicos. Não é de surpreender que, comparados aos brancos, os negros e os latinos nascidos nos EUA estejam mais expostos a diversos estressores psicológicos e experimentem maior acúmulo de fatores de estresse (Sternthal et al., 2011). A segregação também coloca as minorias sob riscos mais elevados de exposição a agentes químicos tóxicos, tanto no nível indivi-

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

dual como no doméstico e da localidade de moradia (Morello-Frosch; Jesdale, 2006). Contribui, ainda, direta e indiretamente, para reduzir o acesso a serviços de atenção à saúde e para piorar a qualidade de todo o leque desses serviços, da prevenção ao cuidado da saúde do idoso (White et al., 2012). É preciso mais investigação para avaliar os impactos da segregação racial e do conceito estreitamente associado a esta de densidade étnica (a proporção da população de determinada área composta de minorias étnicas) em outros países e em diversos contextos e populações étnico-raciais. São necessários, especialmente, trabalhos que examinem a complexidade das associações entre densidade étnica, segregação racial, concentração geográfica da privação, e saúde (Bécares et al., 2012). Para melhor compreender-se como a segregação residencial impacta a saúde e as disparidades em saúde, é recomendável que essas investigações utilizem a perspectiva de curso de vida, incluindo modelagem de transições de risco cumulativo, de processos e mecanismos dinâmicos e de desenvolvimento, bem como o reconhecimento dos prováveis efeitos contextuais sobre diferentes grupos sociais (Osypuk, 2013).

A segregação nos EUA é também uma causa fundamental dos elevados índices de crime violento e de homicídios entre afro-americanos. Segundo pesquisas, diferenças originárias da segregação em nível do bairro na disponibilidade de empregos (especialmente para homens), na concentração da pobreza, nas oportunidades de casamento, na estrutura familiar e na supervisão de adolescentes do sexo masculino são os principais fatores de risco aumentando as taxas de crime violento e homicídio, tanto para brancos como para negros (Sampson, 1987). Os índices de crimes violentos são mais altos para os negros, porque uma proporção maior da população negra está exposta a essas condições. Também fora dos EUA identificou-se a segregação étnico/racial como causa importante da sobrerrepresentação das minorias étnicas nos registros criminais. Na

Suécia, um estudo longitudinal com 63.462 indivíduos que completaram a educação compulsória entre 1990 e 1993, em Estocolmo, acompanhou esses indivíduos até os seus 30 anos, e apurou que os recursos socioeconômicos dos pais e a segregação por bairros na adolescência respondiam por 50% a 75% da diferença entre a incidência de atos infracionais praticados por adolescentes filhos de imigrantes e por filhos de suecos naturais; os mesmos fatores respondiam também por praticamente toda a diferença no caso das filhas (Hällsten et al. 2013).

A prisão traz uma série de impactos negativos para a saúde das pessoas encarceradas e para as comunidades para as quais elas retornam depois de libertadas (Dumont et al., 2012). Nos EUA, quando indivíduos retornam da prisão para suas comunidades, as políticas governamentais restringem seu acesso à habitação pública e privada, ao direito de voto, a oportunidades de emprego, a programas de assistência social, serviços de saúde e apoio financeiro para educação superior (Williams 2006). A maioria dos prisioneiros adultos tem filhos com menos de 18 anos e essas crianças e adolescentes correm um risco maior de passarem por problemas sociais e emocionais e de envolverem-se em práticas infracionais no futuro (Travis; Waul, 2003). A prisão do pai ou da mãe pode afetar adversamente a família inteira, porque muitas vezes leva a problemas financeiros e ao estigma social, com os membros da família sendo privados do apoio social e do cuidado da pessoa encarcerada (Travis; Waul 2003). Altos índices de encarceramento também afetam adversamente as comunidades, pela limitação do número de homens disponíveis para casamento e do número de homens adultos que possam servir como bons exemplos de emprego estável para os jovens.

Embora o racismo institucional constitua um mecanismo fundamental pelo qual o racismo prejudica a saúde, é difícil de mensurar com as estratégias tradicionais de pesquisa epidemiológica, e ainda não conse-

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

guimos quantificar bem seu impacto sobre a saúde. Vários estudos têm apontado uma associação positiva entre índices de segregação residencial e taxas de mortalidade e outros desfechos de saúde nas mesmas áreas geográficas, mesmo após ajustes por fatores demográficos e socioeconômicos (Kramer; Hogue, 2009). Um estudo estimou que a segregação é responsável por 176.000 mortes a cada ano nos EUA (Galea et al., 2011). Algumas tentativas pouco exitosas buscaram mensurar também outros aspectos do racismo institucional em estudos epidemiológicos (Gee, 2002; Wallace, 2011; Mendez et al., 2013) e esta é uma área merecedora de atenção em futuras pesquisas. Algumas discussões da literatura esboçaram caminhos para melhores conceitualização e mensuração dos complexos modos pelos quais a segregação pode afetar a saúde e a atenção à saúde (Kramer et al., 2010; Osypuk; Acevedo-Garcia, 2010; White; Borrell, 2011; White et al., 2012). Mais pesquisa internacional comparada também seria útil. Atenção similar deveria ser dada ainda a outros aspectos do racismo institucional.

Racismo cultural e saúde

As representações de raça na cultura popular podem, direta ou indiretamente, afetar a saúde das pessoas que estão expostas a elas, pois tendem a impactar o modo de pensar, os sentimentos e o comportamento tanto dos grupos dominantes como dos subordinados. O racismo cultural é provavelmente a maior fonte de estereótipos raciais negativos e da falta de empatia para com grupos raciais estigmatizados, podendo determinar as preferências por políticas públicas nas sociedades contemporâneas e contribuir para a pouca vontade política em apoiar aquelas que de fato incidiriam na redução das desigualdades raciais, inclusive as que determinam os níveis de saúde. A falta de empatia foi definida como uma dimensão importante do preconceito sutil (Pettigrew; Meertens, 1995).

Algumas pesquisas revelam que as emoções podem influenciar fortemente a tomada de decisões em geral e, particularmente, as atitudes e preferências quanto a políticas públicas relacionadas à raça. Por exemplo, uma meta-análise apurou que o preconceito de ordem emocional era um preditor duas vezes mais forte do comportamento discriminatório do que os estereótipos e as crenças raciais (Talaska et al., 2008). Um estudo que utilizou amostras de Alemanha, França, Holanda e Reino Unido apurou que a ausência de empatia era um forte preditor da oposição a políticas direcionadas a certos grupos de imigrantes em cada país (Pettigrew; Meertens, 1995). Nos EUA, igualmente, um estudo apurou que uma medida composta de dois itens que verificava a falta de simpatia e admiração em relação aos negros foi o preditor mais forte para a oposição dos brancos a ações afirmativas no emprego e a um papel ativo do governo na redução das desigualdades raciais (Williams et al., 1999). Outra pesquisa americana indica que o preconceito racial foi um determinante crucial da oposição política ao projeto legislativo de reforma da saúde do Presidente Obama, com a brecha racial nas atitudes em relação ao projeto de reforma sendo vinte por cento maior durante a gestão de Obama do que fora para o projeto de saúde do Presidente Clinton, no início dos anos 1990 (Tesler, 2012). Segundo uma pesquisa australiana recente, pessoas que relataram frieza em relação a imigrantes tinham maior probabilidade de adotar perspectivas assimilacionistas, ou seja, considerar que os imigrantes deveriam comportar-se de modo mais afinado ao dos australianos em geral (VicHealth, 2014).

O racismo internalizado e autoestereotipagem são termos usados para descrever a resposta de alguns membros de grupos étnico/raciais estigmatizados aos estereótipos negativos disseminados na sociedade. Referem-se à aceitação como verdadeiras das concepções prevalentes na sociedade sobre sua inferioridade biológica e/ou cultural (Paradies; Cun-

ningham, 2009; Williams; Mohammed, 2013a). O racismo internalizado pode afetar adversamente a saúde ao fomentar a aceitação e a adesão pessoal a noções sobre defeitos inerentes ao próprio indivíduo e a seu grupo. Pesquisas revelam que o racismo internalizado pode conduzir a baixa autoestima e mal-estar psicológico, e ter impactos amplos e negativos sobre a saúde, ao afetar adversamente a identidade, a autocompetência e os comportamentos relacionados à saúde (Kwate; Meyer, 2011). Estereótipos internalizados também podem afetar indiretamente a saúde, ao reduzirem a motivação para busca de melhores condições socioeconômicas. Uma revisão de pesquisas sobre essa questão identificou que o racismo internalizado associa-se positivamente com consumo de álcool, sofrimento psíquico, sobrepeso, obesidade abdominal, hipertensão e nível de glucose (Williams; Mohammed, 2009).

Pesquisas futuras devem concentrar-se mais em identificar quais grupos são mais vulneráveis, o alcance dos desfechos, e como o racismo internalizado pode combinar-se a outros aspectos do racismo impactando a saúde. Alguns estudos identificaram associação do racismo internalizado com doenças cardiovasculares em mulheres, mas não em homens – não se sabe ainda quais são os determinantes dessas diferenças de gênero (Chambers et al., 2004; Tull et al., 2007). Um estudo recente observou associação positiva entre racismo internalizado e violência e comportamento delituoso entre adolescentes (Bryant 2011), sugerindo que aquele pode ser um fator de risco para vários desfechos. Outro estudo apurou que o racismo internalizado interagia com a discriminação percebida, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (Chae et al., 2010). Outro, ainda, demonstrou que o racismo internalizado interagia com a discriminação percebida, afetando o comprimento dos telômeros (Chae et al., 2014).

A ameaça de estereótipo é outro mecanismo. O termo refere-se à ativação de estereótipos negativos entre grupos estigmatizados, criando

ansiedade, expectativa e reações que podem afetar adversamente o desempenho psicológico e educacional (Fischer et al., 1996); Steele, 1997). Pesquisas nos EUA revelam que a ativação de um estigma de inferioridade, sob condições experimentais, conduz à queda no desempenho de afro-americanos em um teste (Steel, 1997). Em estudos experimentais, tanto mulheres às quais foi dito terem desempenho em geral inferior ao dos homens, quanto homens brancos a quem se disse que seu desempenho em geral é inferior ao dos asiáticos tiveram escores menores em um exame do que os grupos de controle (Fischer et al., 1996; Steele, 1997). Este fenômeno de ameaça de estereótipo só ocorre quando um grupo é vulnerável a estereótipos em razão de presença anterior de estereótipos culturais de seu grupo. Por exemplo, pesquisas demonstram que enfatizar o gênero entre mulheres americanas de origem asiática reduz seu desempenho acadêmico, mas destacar sua raça faz com que este melhore (Shih et al., 1999). Outras pesquisas nos EUA revelam que a ativação do estigma da inferioridade negra melhora o desempenho acadêmico dos imigrantes negros caribenhos que não foram socializados na cultura racista americana, mas reduz o rendimento acadêmico entre os filhos de imigrantes negros caribenhos que foram criados nos EUA (Deaux et al., 2007).

A ameaça de estereótipo pode prejudicar a saúde de forma indireta através de seu impacto negativo no rendimento educacional e, também, de outras duas formas mais diretas. Primeiro, a ameaça de estereótipo pode levar à ativação do processo de estresse com todas as suas consequências psicológicas. Um estudo experimental identificou que a ativação da ameaça de estereótipo produzia aumento da pressão sanguínea em estudantes negros, mas não em brancos (Blascovitch et al., 2001). Outra evidência indica que a ativação do estigma de inferioridade pode aumentar a ansiedade, reduzir a autorregulação e prejudicar os processos de decisão conduzindo a comportamentos de risco como compulsão

alimentar e agressividade (Inzlicht; Kang, 2010). Segundo, a ameaça de estereótipo pode prejudicar a qualidade da relação médico-paciente, por afetar a capacidade de um indivíduo de comunicar-se, podendo levar à falta de atenção às informações fornecidas pelo profissional de saúde, baixa adesão a tratamentos e demora ou dificuldade em obter a atenção médica necessária (Burgess et al., 2010; Aronson et al., 2013).

O racismo cultural pode disparar preconceitos inconscientes que resultam em acesso desigual a oportunidades e recursos para aprimorar a saúde por parte de grupos étnico-raciais não dominantes. As pesquisas indicam que, quando um indivíduo traz internalizado certo preconceito ou estereótipo negativo sobre um grupo e encontra alguém daquele grupo, tenderá a discriminar essa pessoa (van Ryn et al., 2011). Preconceitos inconscientes ou impensados são ativados automaticamente (sem intenção) e ocorrem mesmo entre pessoas que não são preconceituosas e que normalmente não percebem sua ativação e os efeitos dessa sobre seu comportamento (van Ryn et al., 2011). Assim, o racismo cultural é provavelmente o que fundamenta os achados dos estudos de auditoria antes revisados, os quais revelaram a discriminação disseminada, responsável por reduzidas oportunidades de avanço socioeconômico, maiores custos de bens e serviços e menor qualidade de vida. Por exemplo, entre 2005 e 2009, nos EUA, a riqueza média dos domicílios caiu 16% para brancos, enquanto para negros a queda foi de 53% e, para hispânicos, de 66% (Pew Research Center, 2011). A riqueza média da população branca é hoje 20 vezes maior do que a da negra e 18 vezes a da população hispânica. A riqueza é um elemento fundamental do status socioeconômico e, como está demonstrado nas pesquisas, afeta a saúde independentemente da renda e da educação (Pollack et al., 2007). Portanto, o declínio da riqueza das minorias raciais provavelmente terá impactos negativos sobre a saúde das mesmas. Por que razão se observou diferença entre grupos raciais na

redução da riqueza? Estereótipos culturais difundidos sobre aquisição de imóveis por grupos minoritários e sobre as áreas residenciais com alta concentração desses grupos levaram as instituições financeiras a visá-los para financiamentos hipotecários de alto risco e empréstimos a taxas abusivas (Pager; Shepherd, 2008). Assim, durante a crise imobiliária, pessoas com financiamentos hipotecários de alto risco sofreram as maiores perdas nos valores de seus imóveis. De forma similar, no Reino Unido, o racismo cultural provavelmente produz impactos negativos sobre a riqueza e a saúde de grupos étnico-raciais minoritários. Achados recentes no país indicam que homens negros de origem africana, assim como os de origem paquistanesa e bengalesa têm de sete a nove pontos percentuais a menos de probabilidade de alcançar altas posições “profissionais” ou “gerenciais” no emprego. Além disso, o estudo apurou que mais de um em cada cinco homens negros africanos que estavam empregados em 2009/2010 ficaram desempregados no decorrer dos dois anos seguintes (Sagger, 2014).

Preconceito inconsciente (assim como o consciente) também pode contribuir para prejudicar a saúde de grupos étnico-raciais minoritários vulneráveis, ao produzir uma atenção à saúde deficitária tanto em qualidade quanto em intensidade. Um relatório de 2003, do Instituto de Medicina, a principal agência médica independente nos EUA, concluiu que, considerando-se desde os mais simples até os tecnologicamente mais avançados diagnósticos e intervenções terapêuticas, negros e outras minorias recebem menos procedimentos, e cuidados médicos de pior qualidade do que os brancos (Smedley et al., 2003). Surpreendentemente, essas diferenças persistiram mesmo depois de ajustes estatísticos para variações em planos de saúde, estágio e gravidade das doenças, status socioeconômico, comorbidades e tipo de serviço de saúde. O preconceito inconsciente por parte de profissionais da saúde contribui para esses padrões. As pesquisas revelam que os médicos, assim como o público em

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

geral e outros grupos profissionais na sociedade americana, têm uma preferência implícita por pessoas brancas em detrimento das negras (Sabin et al., 2009). Altos índices de preconceito implícito entre médicos também têm sido diretamente associados a recomendações médicas preconceituosas no tratamento de pacientes negros (van Ryn et al., 2011), embora o padrão não seja uniforme (Haider et al., 2011). Isso evidencia a necessidade de pesquisas para esclarecer as condições sob as quais tais preconceitos têm maior ou menor probabilidade de ocorrerem. Preconceito implícito por parte de profissionais da saúde também tem sido associado à menor qualidade da comunicação entre profissional e paciente (inclusive comportamento não verbal do profissional) e a baixa avaliação pelos pacientes da qualidade da consulta médica (van Ryn, Burgess et al. 2011; Cooper, Roter et al. 2012). Uma discussão recente de estudos sobre o racismo de profissionais da saúde concluiu que, até o momento, a pesquisa nesse campo foi conduzida predominantemente entre médicos baseados nos EUA, e salientou a necessidade de novos trabalhos nessa área sobre outros países e outros grupos de profissionais da saúde (Paradies et al. 2014). Também é preciso identificar estratégias efetivas para conscientizar os profissionais da saúde da discriminação sutil, inconsciente e dotá-los de instrumentos para minimizar a ocorrência desta.

Experiências de discriminação

A pesquisa também tem documentado que experiências de discriminação vividas, muitas delas geradas pelo racismo institucional e cultural, constituem estressores psicológicos que provocam uma série de problemas de saúde e de comportamentos de risco para a saúde (Pascoe; Richman, 2009; Williams; Mohammed, 2009; Lewis et al., 2014; Lewi, et al., 2015). Pesquisas anteriores evidenciaram uma forte e consistente associação entre discriminação e riscos elevados de transtornos mentais

e sofrimentos psíquicos. Pesquisas recentes observaram que a discriminação está associada também com um risco maior de vários problemas de saúde, inclusive mortalidade, hipertensão, incidência de câncer de mama e incidência de asma. Além disso, a experiência de discriminação foi associada a vários indicadores pré-clínicos de doenças como aterosclerose, gordura visceral, hipertensão noturna, carga alostática, espessamento médio-intimal da carótida, stress oxidativo, encurtamento dos telômeros, cortisol desregulado e inflamação. Embora boa parte do trabalho anterior sobre discriminação e saúde tenha sido realizada nos EUA, hoje há estudos vinculando discriminação à saúde precária em vários países da Europa, Ásia, África, América do Sul, além de Austrália e Nova Zelândia. Pesquisas anteriores também encontraram níveis mais baixos de procura por atenção à saúde e menor adesão a tratamentos entre minorias étnico-raciais. A investigação atual sobre discriminação identifica o preconceito racial como um dos fatores que contribui para esses padrões. Além disso, pesquisas nos EUA, África do Sul, Austrália e Nova Zelândia revelam que a discriminação se soma ao status socioeconômico para explicar as disparidades raciais em saúde (Williams et al., 2008; Williams; Mohammed, 2009).

Crianças e jovens são consideradas particularmente vulneráveis aos efeitos deletérios da discriminação. Efeitos prejudiciais das experiências subjetivas de discriminação racial para a saúde também foram observados para esse grupo etário em vários contextos nacionais e diversos grupos étnico-raciais (Priest et al., 2013). Este é o caso tanto de experiências diretas, em que as próprias crianças e jovens são alvos de discriminação, bem como de experiências indiretas como ouvir a respeito ou testemunhar experiências de discriminação de outras pessoas (Harrell 2000; Mansouri; Jenkins, 2010), ou ter responsáveis ou membros da família que sofrem a discriminação testemunhada ou não pelas crianças (Priest et al., 2012; Kelly et al., 2013). Experiências diretas de discriminação racial na

infância têm sido associadas a saúde mental e bem-estar mais precárias e maiores problemas de comportamento em crianças em idade escolar; e, em adolescentes, com saúde mental mais precária e maior incidência de comportamento delituoso, como também o uso de fumo, álcool e outras substâncias (Priest et al., 2013). Associações entre discriminação racial e problemas de saúde na infância têm sido menos consistentes, provavelmente em razão da combinação de poucos estudos sobre o tema até o momento e certa defasagem de tempo entre a exposição à discriminação e o surgimento de desfechos como obesidade, doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas. É importante que as pesquisas futuras sobre esta questão usem biomarcadores mais sensíveis (Priest et al., 2013).

Um estudo recente identificou que experiências de discriminação racial estavam associadas a alterações do ritmo diurno de cortisol para jovens de minorias étnico-raciais (Zeiders et al., 2014). Discriminação indireta, sofrida pelos pais ou outros responsáveis por crianças, tem sido associada a desfechos na saúde física, tais como nascimento prematuro e baixo peso ao nascer entre crianças afro-americanas nos EUA (Mustillo et al., 2004), maior incidência de enfermidades comuns entre crianças indígenas australianas menores de sete anos (Priest et al., 2012), problemas relacionados à saúde mental entre pré-escolares afro-americanos (Caughy, O'Campo et al. 2004), entre crianças de cinco anos pertencentes a minorias étnicas no Reino Unido (Kelly et al., 2013), bem como entre adolescentes de minorias étnico-raciais nos EUA (Gibbons et al. 2004; Ford et al., 2013; Tran, 2014).

Pesquisas indicam que, em diversos contextos sociais, as percepções de tratamento injusto, independentemente do fato de serem atribuídas à raça ou a outras razões sociais, estão adversamente associadas à saúde tanto para minorias raciais como para brancos (Williams; Mohammed, 2009). No entanto, não está determinado se as experiências de discriminação

minação vivenciadas por brancos são equivalentes às aquelas insidiosas e sistemáticas relatadas por grupos minoritários estigmatizados. A investigação futura precisa aprofundar a compreensão das condições sob as quais determinados aspectos da discriminação têm impactos sobre a saúde de grupos sociais específicos. Há um reconhecimento crescente de que para compreender plenamente os efeitos da discriminação será necessário atentar não apenas para a efetiva exposição a essa, como também para a ameaça de exposição (Williams; Mohammed, 2009). A ameaça de discriminação é um aspecto subinvestigado do estresse discriminatório. Pesquisa recente revela que o pressentimento da experiência de ser alvo de discriminação tem impactos negativos no sono, na saúde mental e na pressão arterial (Lewis et al., 2015)

Eventos negativos envolvendo questões raciais, especialmente aqueles que atraem grande publicidade, também podem funcionar como macroestressores que impactam adversamente a saúde. A publicidade dada ao incidente racial com o time masculino do esporte lacrosse, da Duke University, nos EUA, é um exemplo (Richman; Jonassaint, 2008). Em 2006, uma mulher negra denunciou ter sofrido ofensas raciais, estupro e abusos por parte de homens brancos, membros desse time universitário. O incidente foi acompanhado de muita polêmica racial na mídia. Os estudantes negros daquela universidade passaram por estresse e preocupação com sua segurança. Um estudo experimental conduzido na Duke University apurou que, após a cobertura midiática do incidente, estudantes negros em geral, e especialmente as mulheres, apresentavam altos níveis de cortisol e mostravam-se insensíveis a uma atividade experimental, em comparação com estudantes que haviam participado do experimento antes do referido incidente (Richman; Jonassaint, 2008). Igualmente, um estudo sobre nascidos vivos na Califórnia revelou que crianças nascidas de mulheres americanas de origem árabe, nos seis meses que se seguiram

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

ao 11 de setembro de 2001 (um período de intensificação da discriminação contra árabes-americanos) apresentavam maior risco de baixo peso ao nascer e de nascimento prematuro em comparação àquelas nascidas nos seis meses antes (Lauderdale, 2006). Mulheres de outros grupos étnico-raciais na Califórnia não apresentaram mudanças nos padrões de nascimentos depois do 11 de setembro. Um estudo recente nos EUA também apurou que residir em comunidades com elevada incidência de preconceito racial está associado ao risco maior de mortalidade tanto para negros como para brancos (Lee et al. 2015). Pesquisas demonstram também que o trauma histórico, isto é, experiências traumáticas vivenciadas pelas comunidades americanas indígenas no passado, podem atravessar gerações e afetar adversamente a saúde física e mental dos americanos indígenas hoje (Walters et al., 2011).

Os esforços de avaliação abrangente da discriminação também deveriam tentar medir a exposição a preconceito racial ao longo da vida. Ainda não existe uma boa base de evidências a respeito da primeira infância e pré-adolescência e para trajetórias de exposição à discriminação e os efeitos dela ao longo da infância e da vida adulta (Priest et al., 2013). Atualmente, não se entende bem como a idade da criança quando das primeiras experiências de discriminação e sua acumulação dessas ao longo da vida impactam o surgimento e o desenvolvimento de enfermidades. Gee e colegas (2012) delinearam uma ampla agenda para avaliação empírica de como o racismo pode afetar a saúde, através da perspectiva do curso de vida. Eles destacam a importância de dar atenção a períodos críticos, à interdependência das pessoas, no que diz respeito à sua exposição à discriminação, a períodos de latência, a processos de proliferação do estresse e às consequências do período histórico e da coortes de nascimento, como já corroborado por achados empíricos da recente revisão sistemática conduzida por Priest et al. (2013) sobre racismo e saúde de crianças e adolescentes.

Conclusão

Desigualdades étnico-raciais em saúde têm sido vistas historicamente como decorrentes de fatores genéticos e, mais recentemente, de diferenças culturais entre grupos. A investigação revisada neste artigo indica que o racismo, em suas formas institucional e cultural, tem sido e continua sendo um forte fator determinante do estabelecimento e manutenção de desigualdades raciais em vários tipos de resultados sociais, as quais se combinam para produzir desigualdades em saúde. A investigação tem dado destaque insuficiente às formas como os múltiplos aspectos do racismo relacionam-se umas com as outras, podendo interagir e somar-se a outros riscos e recursos ambientais para influenciar a saúde. Urge construir-se novos modelos analíticos capazes de refletir a complexidade desses determinantes sociais da saúde, sua combinação e acumulação e os processos biológicos através dos quais impactam a saúde (Adler et al. 2012).

No entanto, mais necessário ainda será repensar radicalmente o que é preciso fazer para melhorar as condições de saúde da população e erradicar os grandes déficits de saúde decorrentes de fatores sociais como raça/etnicidade. As pesquisas discutidas aqui sugerem ser improvável avançar de modo significativo na redução das desigualdades étnico-raciais em saúde, sem iniciativas intensivas, abrangentes e continuadas para eliminação das desigualdades raciais em uma ampla variedade de indicadores sociais, políticos e econômicos. Portanto, são necessários esforços mais deliberados e coordenados para desenvolver uma base científica que possibilite intervir efetivamente para reduzir e finalmente eliminar os efeitos patogênicos do racismo sobre a saúde. Paradies (2005) forneceu um panorama muito útil das oportunidades e desafios que se apresentam aos esforços para reduzir o racismo de modo a promover a saúde das populações indígenas e migrantes da Austrália. Mais recentemente, Williams e Mohammed (2013b) produziram uma extensa revisão de evidências

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

empíricas da possibilidade de redução das desigualdades em saúde, através da ampliação do acesso a oportunidades e recursos socioeconômicos, redução do racismo cultural e imagens negativas, estereótipos, preconceito e discriminação a ele associados, e minimização dos efeitos adversos do racismo, pela promoção da capacidade de indivíduos e comunidades de melhorarem a própria saúde. Urge dedicar maior atenção científica e especialmente política para melhorar a saúde de todos, com o reconhecimento explícito de que derribar o racismo em todas as suas formas constitui provavelmente um potente mecanismo de intervenção na saúde.

David R. Williams: é PhD em Sociologia, Professor de Ciências Sociais na Faculdade de Saúde Pública T. H. Chan, da Universidade Harvard (EUA), Professor Sociologia e de Estudos Africanos e Afro-Americanos nessa mesma universidade. É também Professor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade de Cape Town, da África do Sul. ✉dwilliam@hsph.harvard.edu

Naomi Priest: é PhD em Saúde Populacional e Pesquisadora do Centro de Métodos e Pesquisa Social e da Universidade Nacional Australiana – ANU, Austrália. ✉npriest@unimelb.edu.au

A preparação deste artigo foi apoiada por recursos concedidos pelo Instituto Nacional do Câncer, Grant P50 CA 148596. Maria Simoneau e Zhaozhong Zhu contribuíram na preparação do manuscrito.

Referências

1. ADLER, N. et al. Rigor, vigor, and the study of health disparities. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. 16 Out 2012; 109 (Supplement 2): 17154-17159. doi: 10.1073/pnas.1121399109
2. ALEXANDER, M. **The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness**. New York, NY, The New Press, 2010.
3. AMERICAN SOCIOLOGICAL ASSOCIATION. **The Importance of Collecting Data and Doing Social Scientific Research on Race**. Washington, D.C., American Sociological Association, 2003.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

4. ARONSON, J. et al. (2013). Unhealthy Interactions: The Role of Stereotype Threat in Health Disparities. **American Journal of Public Health**, 103(1): 50-56, 2013.
5. AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. [site] Prisoners in Australia. Disponível em: <<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/4517.0main+features62013>>.
6. BALDINI, M; FEDERICI, M. Ethnic discrimination in the Italian rental housing market. **Journal of Housing Economics**, 20(1): 1-14, 2011.
7. BARNES, A.M. et al. Anti-Maori themes in New Zealand journalism - toward alternative practice. **Pacific Journalism Review** 18(1), 2012.
8. BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. **Social Science and Medicine**, 110: 10-17, 2014.
9. BÉCARES, L. et al. Ethnic Density Effects on Physical Morbidity, Mortality, and Health Behaviors: A Systematic Review of the Literature. **American Journal of Public Health**, 102(12): e33-e66, 2012.
10. BERMAN, G.; PARADIES, Y. Racism, disadvantage and multiculturalism: towards effective anti-racist praxis. **Ethnic & Racial Studies**, 33(2): 214-232, 2010.
11. BIDDLE, N.; HEYES, S. Education Segregation in Australia: the History, Patterns and Potential Effects for Indigenous Australians. Econometric Society Australasian Meeting and Australian Conference of Economists (**ESAMACE**) 2014 conference, Hobart, Tasmania, Australia.
12. BLASCOVITCH, J. et al. African Americans and high blood pressure: the role of stereotype threat. **Psychological Science**, 12(3): 225-229, 2001.
13. BOBO, L.D. et al. (2012). The *Real* Record on Racial Attitudes. In: MARDEN, P.V. (Ed.) **Social Trends in American Life: Findings from the General Social Survey since 1972**. New Jersey: Princeton University Press: 38-83.
14. BONILLA-SILVA, E. Rethinking racism: toward a structural interpretation. **American Sociological Review**, 62(3): 465-480, 1996.
15. BOOTH, A.L. et al. Does Ethnic Discrimination Vary Across Minority Groups? Evidence from a Field Experiment. **Oxford Bulletin of Economics and Statistics**, 74(4): 547-573, 2012.
16. BRAMLEY, D. et al. Disparities in Indigenous Health: a Cross-Country Comparison between New Zealand and the United States. **Am J Public Health**, 95: 844-850, 2005.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

17. BRAMLEY, D. et al. (2004). Indigenous disparities in disease-specific mortality, a cross-country comparison: New Zealand, Australia, Canada, and the United States. **New Zealand Medical Journal**, 117(1207), 2004.
18. BRAVEMAN, P.A. et al. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. **American Journal of Public Health**, 100: S186-196, 2010.
19. BRIKA, J.B.; LEMAINÉ, G. Racism and xenophobia in Europe, **Eurobarometer Opinion Poll no 47.1**, Employment, Industrial Relations and Social Affairs Directorate (DGV), the European Commission, 1997.
20. BRYANT, W.W. Internalized Racism's Association with African American Male Youth's Propensity for Violence. **Journal of Black Studies**, 42(4): 690-707, 2011.
21. BURGARD, S.A.; TREIMAN, D.J. Trends and racial differences in infant mortality in South Africa. **Social Science and Medicine** 62(5): 1126-1137, 2006.
22. BURGESS, D. et al. Stereotype Threat and Health Disparities: What Medical Educators and Future Physicians Need to Know. **Journal of General Internal Medicine** 25(Suppl2): S169-177, 2010.
23. CAUGHY, M.O. et al. Experiences of racism among African American parents and the mental health of their preschool-aged children. **Am J Public Health** 94(12): 2118-2124, 2004.
24. CELL, J.W. **The Highest Stage of White Supremacy: The Origin of Segregation in South Africa and the American South**. New York: Cambridge University Press, 1982.
25. CHAE, D.H. et al. Do experiences of racial discrimination predict cardiovascular disease among African American men? The moderating role of internalized negative racial group attitudes. **Social Science and Medicine**, 71(6): 1182-1188, 2010.
26. CHAE, D.H. et al. Discrimination, racial bias, and telomere length in African-American men. **Am J Prev Med**, 46(2): 103-111, 2014.
27. CHAMBERS, E.C. et al. The relationship of internalized racism to body fat distribution and insulin resistance among African adolescent youth. **Journal of the National Medical Association**, 96(12): 1594-1598, 2004.
28. COIMBRA, C.E. et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, 13(1): 52, 2013.
29. COOPER, L.A. et al. The Associations of Clinicians' Implicit Attitudes About Race with Medical Visit Communication and Patient Ratings of Interpersonal Care. **American Journal of Public Health**, 102(5): 979-987, 2012.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

30. CUTLER, D.M.; GLAESER, E.L. Are ghettos good or bad? **Quarterly Journal of Economics**, 112: 827-872, 1997.
31. DAVIS, A.Y. (1997). Race and Criminalization. In: LUBIANO, W. **The House That Race Built**. New York: Vintage Books, 1997, pp. 264-279.
32. DAVIS, J.A.; SMITH, T.W. General Social Surveys, 1972-1990. NORC ed. Chicago: National Opinion Research Center, 1990.
33. DEAUX, K. et al. Becoming American: Stereotype Threat Effects in Afro-Caribbean Immigrant Groups. **Social Psychology Quarterly**, 70(4): 384-404, 2007.
34. DEVOS, T.; BANAJI, M.R. American = White? **Journal of Personality and Social Psychology**, 88(3): 447-466, 2005.
35. DILL, V.; JIRJAHN, U. Ethnic Residential Segregation and Immigrants' Perceptions of Discrimination in West Germany. **Research Papers in Economics**, No. 10/11, 2011. Trier, Germany, University of Trier, Department of Economics.
36. DIRKS, D.; MUELLER, J.C. (2007). Racism and Popular Culture. In: FEAGIN, J.; VERA, H. **Handbook of Racial and Ethnic Relations**. New York, NY: Springer, 2007, pp. 115-129.
37. DOVIDIO, J.F.; GAERTNER, S. L. Aversive Racism. **Advances in Experimental Social Psychology**. v. 36: 1-51, 2004.
38. DUBOIS, W.E.B. **The Souls of Black Folk**. New York: Fawcett Pubs, 1961 [1903].
39. DUMONT, D.M. et al. Public Health and the Epidemic of Incarceration. **Annual Review of Public Health**, 33(1): 325-339, 2012.
40. DUNN, K. et al. (2011). **Challenging Racism: The Anti-Racism Research Project, National Level Findings**. Challenging Racism Project. Penrith NSW, Australia: Western Sydney University.
41. FACTOR, R. et al. The Social Resistance Framework for Understanding High-Risk Behavior among Non-Dominant Minorities: Preliminary Evidence. **American Journal of Public Health**, 103(12): 2245-2251, 2013.
42. FANON, F. **The Wretched of the Earth**. New York: Grove Press, 1963.
43. FISCHER, C.S. et al. Race, Ethnicity and Intelligence. In: FISCHER, C.S.. et al. **Inequality by Design: Cracking the Bell Curve Myth**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1996, pp.171-203.
44. FORD, K.R. et al. Caregiver Experiences of Discrimination and African American Adolescents' Psychological Health Over Time. **Child Development**, 84(2): 485-499, 2013.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

45. FREEMANTLE, J. et al. **Australian Indigenous Health-Within an International Context**. Darwin, Cooperative Research Centre for Aboriginal Health, 2007.
46. GALEA, S. et al. Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States. **American Journal of Public Health**, 101(8): 1456-1465, 2011.
47. GEE, G.C. A multilevel analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status. **American Journal of Public Health**, 92(4): 615-623, 2002.
48. GEE, G.C.; FORD, C.L. Structural Racism and Health Inequities, Old Issues, New Directions. *Du Bois Review*, 8(1): 115-132, 2011.
49. GEE, G.C. et al. A Life Course Perspective on How Racism May Be Related to Health Inequities. **American Journal of Public Health**, 102(5): 967-974, 2012.
50. GIBBONS, F.X. et al. Perceived Discrimination and Substance Use in African American Parents and Their Children: A Panel Study. **J Pers.Soc Psychol**, 86(4): 517-529, 2004.
51. GILROY, P. Race ends here. **Ethnic and Racial Studies**, 21(5): 838-847, 1998.
52. GLAESER, E.L.; VIGDOR, J. The End of the Segregated Century: Racial Separation in America's Neighborhoods, 1890-2010. **Civic Report** 66, 2012.
53. GLAESER, E.L.; VIGDOR, J. **Racial segregation in the 2000 Census**: Promising news. The Brookings Institution, Survey Series Report. Washington, DC: The Brookings Institution, 2001, pp. 1-16.
54. GOFF, P. A. et al. Not yet human: Implicit knowledge, historical dehumanization, and contemporary consequences. **Journal of Personality and Social Psychology**, 94(2): 292-306, 2008.
55. GRACEY, M.; KING, M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. **Lancet**, 374 (9683): 65-75, 2009.
56. HAIDER, A.H. et al. Association of unconscious race and social class bias with vignette-based clinical assessments by medical students. **Journal of the American Medical Association**, 306(9): 942-951, 2011.
57. HALL, S. Teaching race. **Early Child Development and Care**, 10(4): 259-274, 1983.
58. HÄLLSTEN, M. et al. Crime As A Price Of Inequality? The Gap in Registered Crime between Childhood Immigrants, Children of Immigrants and Children of Native Swedes. **British Journal of Criminology**, 53 (3): 456-481, 2013.

59. HANSEN, K.L. et al. Ethnicity, self-reported health, discrimination and socio-economic status: a study of Sami and non-Sami Norwegian populations. **International Journal of Circumpolar Health**, 69(2): 111-128, 2010.
60. HANSEN, K.L.; SØRLIE, T. Ethnic discrimination and psychological distress: A study of Sami and non-Sami populations in Norway. **Transcultural Psychiatry**, 49(1): 26-50, 2012.
61. HARDING, J.F. et al. (2011). New Zealand = Māori, New Zealand = bi-cultural: Ethnic group differences in a national sample of Māori and Europeans. **Social Indicators Research**, 100(1): 137-148, 2011.
62. HARRELL, S.P. A multidimensional conceptualization of racism-related stress: implications for the well-being of people of color. **American Journal of Orthopsychiatry**, 70(1): 42-57, 2000.
63. HOOKS, B. **Black Looks: Race and Representation**. New York: Routledge, 2006.
64. HOUSE, J.S. et al. Age, socioeconomic status, and health. **Milbank Quarterly**, 68: 383-411, 1990.
65. HYLTON, K. Talk the talk, walk the walk: defining Critical Race Theory in research. **Race Ethnicity and Education**, 15(1): 23-41, 2012.
66. INZLICHT, M.; KANG, S.K. Stereotype threat spillover: How coping with threats to social identity affects aggression, eating, decision making, and attention. **Journal of Personality and Social Psychology**, 99 (3): 467-481, 2010.
67. IVARSFLATEN, E. et al. The Anti-Racism Norm in Western European Immigration Politics: Why we Need to Consider it and How to Measure it. **Journal of Elections, Public Opinion & Parties**, 20 (4): 421-445, 2010.
68. JATRANA, S.; BLAKELY, T. Ethnic inequalities in mortality among the elderly in New Zealand. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, 32(5): 437-443, 2008.
69. KELLY, Y. et al. Associations between maternal experiences of racism and early child health and development: findings from the UK Millennium Cohort Study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 67(1): 35-34, 2013.
70. KELLY, Y. et al. Why does birthweight vary among ethnic groups in the UK? Findings from the Millennium Cohort Study. **J Public Health (Oxf)**, 31(1): 131-137, 2009.
71. KELLY, Y.J. et al. Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. **Pediatrics**, 118(5): e1428-1435, 2006.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

72. KIM, I.-H. et al. Ethnicity and Postmigration Health Trajectory in New Immigrants to Canada. **American Journal of Public Health**, 103(4): e96-e104, 2013.
73. KING, M. et al. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. **Lancet**, 374 (9683): 76-85, 2009.
74. KLOCKER, N. Ethnic Diversity within Australian Homes: Has Television Caught up to Social Reality? **Journal of Intercultural Studies**, 35(1): 34-52, 2014.
75. KLOCKER, N.; STANES, E. 'Reel love' across ethnic boundaries? The extent and significance of inter-ethnic intimacy in Australian cinema. **Ethnic and Racial Studies**, 36(12): 2035-2054, 2012.
76. KRAMER, M.R. et al. Do measures matter? Comparing surface-density-derived and census-tract-derived measures of racial residential segregation. **International Journal of Health Geographics**, 9 (29): 1-15, 2010.
77. KRAMER, M.R.; HOGUE, C.R. Is Segregation Bad for Your Health?" *Epidemiologic Reviews*, 31 (1): 178-194, 2009.
78. KRIEGER, N. Shades of difference: Theoretical underpinnings of the medical controversy on black/white differences in the United States, 1830-1870. **International Journal of Health Services**, 17: 259-278, 1987.
79. KWATE, N.O.A.; MEYER, I.H. On sticks and stones and broken bones: Stereotypes and African American Health. **Du Bois Review: Social Science Research on Race**, 8(1): 191-198, 2011.
80. LAUDERDALE, D.S. Birth Outcomes for Arabic-Named Women in California before and after September 11. **Demography**, 43(1): 185-201, 2006.
81. LEE, Y. et al. Effects of Racial Prejudice on the Health of Communities: A Multilevel Survival Analysis. **American Journal of Public Health**, e1-e7, 2015.
82. LEVY, J.; ANSARA, D.; STOVER, A. **Racialization and Health Inequities in Toronto**. Toronto, Canada: Toronto Public Health, 2013.
83. LEWIS, T.T. et al. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. **Annual Review of Clinical Psychology**, 11: 407-440, 2015.
84. LEWIS, T.T. et al. Self-Reported Experiences of Discrimination and Cardiovascular Disease. **Current Cardiovascular Risk Reports**, 8(1): 1-15, 2014.
85. LIEBERSON, S. **A Piece of the Pie: Black and White Immigrants Since 1880**. Berkeley, CA: University of California Press, 1980.
86. LIEBERSON, S. **Making it Count: The Improvement of Social Research and Theory**. Berkeley: University of California Press, 1985.

87. LINK, B.G.; PHELAN, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. **Journal of Health and Social Behavior**, Spec. no.: 80-94, 1995.
88. LORDE, A. **Sister Outsider**. New York: Crossing Press, 1984.
89. LOUIS, W.R. et al. Speaking Out on Immigration Policy in Australia: Identity Threat and the Interplay of Own Opinion and Public Opinion. **Journal of Social Issues**, 66 (4): 653-672, 2010.
90. MANSOURI, F.; JENKINS, L. Schools as Sites of Race Relations and Intercultural Tension. **Australian Journal of Teacher Education**, 35 (7): 93-108, 2010.
91. MARKUS, A. Attitudes to immigration and cultural diversity in Australia. **Journal of Sociology**, 50(1): 10-22, 2014.
92. MASSEY, D.S.; Denton, N.A. **American Apartheid: Segregation and the Making of the Underclass**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
93. MATRIX SHARE OUR INSIGHT. **Roma Health Report: Health status of the Roma population Data collection in the Member States of the European Union**. Brussels EU, European Commission, 2014. < http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf >
94. MENDEZ, D.D.; HOGAN, V.K.; CULHANE, J.F. Stress during Pregnancy: The Role of Institutional Racism. **Stress and Health**, 29(4): 266-274, 2013.
95. MILES, R.; BROWN, M. **Racism: 2nd Edition**, London: Taylor & Francis, Inc., 2003
96. MORELLO-FROSCH, R.; JESDALE, B.M. Separate and unequal: Residential Segregation and Estimated Cancer Risks Associated with Ambient Air Toxics in US Metropolitan Areas. **Environmental Health Perspectives**, 114(3): 386-393, 2006.
97. MUJICIC, R.; FRIJTERS, P. **Still Not Allowed on the Bus: It Matters If You're Black or White!** Bonn, The Institute for the Study of Labor (IZA). DP No. 7300, 2013.
98. MUSTILLO, S. et al. Self-Reported Experiences of Racial Discrimination and Black-White Differences in Preterm and Low-Birthweight Deliveries: The CARDIA Study. **American Journal of Public Health**, 94(12): 2125-2131, 2004.
99. MUTZ, D.C.; GOLDMAN, S.K. (2010). Mass Media. In: DOVIDIO, J.F. et al.(Eds.) **The Sage Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010, pp. 241-257.
100. NACOS, B.L.; TORRES-REYNA, O. **Fueling Our Fears: Stereotyping, Media Coverage, and Public Opinion of Muslim Americans**. Landham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, 2006.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

101. NAZROO, J. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. **Am J Public Health**, 93(2): 277, 2003.
102. NIELSEN, S.; KRASNIK, A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. **International Journal of Public Health**, 55(5): 357-371, 2010.
103. NOBLES, M. History counts: a comparative analysis, of racial/color categorization in US and Brazilian censuses. **American Journal of Public Health**, 50 (11): 1738-1745, 2000.
104. NORTON, M.I.; SOMMERS, S.R. Whites See Racism as a Zero-Sum Game That They Are Now Losing. **Perspectives on Psychological Science** 6(3): 215-218, 2011.
105. NOSEK, B.A. et al. (2007). Pervasiveness and Correlates of Implicit Attitudes and Stereotypes. **European Review of Social Psychology**, 18: 36-88, 2007.
106. ORFIELD, G. The growth of segregation: African Americans, Latinos, and unequal education. In: ORFIELD, G.; EATON, S.E. **Dismantling desegregation: The quiet reversal of Brown v. Board of Education**. New York: The New Press, 1996, pp. 53-71.
107. ORFIELD, G. et al. Statement of American Social Scientists of Research on School Desegregation to the U.S. Supreme Court in Parents v. Seattle School District and Meredith v. Jefferson County. **The Urban Review**, 40(1): 96-136, 2008.
108. OSYPUK, T.L. Invited Commentary: Integrating a Life-Course Perspective and Social Theory to Advance Research on Residential Segregation and Health. **American Journal of Epidemiology**, 177 (4): 310-315, 2013.
109. OSYPUK, T.L.; ACEVEDO-GARCIA, D. Beyond individual neighborhoods: A geography of opportunity perspective for understanding racial/ethnic health disparities. **Health Place**, 16(6): 1113-1123, 2010.
110. PAGER, D.; SHEPHERD, H. The Sociology of Discrimination: Racial Discrimination in Employment, Housing, Credit, and Consumer Markets. **Annual Review of Sociology**, 34: 181-209, 2008.
111. PARADIES, Y. Anti-Racism and Indigenous Australians. **Analyses of Social Issues and Public Policy**, 5(1): 1-28, 2005.
112. PARADIES, Y.; CUNNINGHAM, J. Experiences of racism among urban Indigenous Australians: Findings from the DRUID study. **Ethnic & Racial Studies**, 32(3): 548-573, 2009.
113. PARADIES, Y. et al. A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. **Journal of General Internal Medicine**, 29(2): 364-387, 2014.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

114. PASCOE, E.A.; RICHMAN, L.S. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. **Psychological Bulletin**, 135(4): 531-554, 2009.
115. PETTIGREW, T.F; MEERTENS, R.W. Subtle and blatant prejudice in Western Europe. **European Journal of Social Psychology**, 25: 57-75, 1995.
116. PEW RESEARCH CENTER. **Wealth Gaps Rise to Record Highs Between Whites, Blacks and Hispanics**. Washington, D.C.: Pew Research Center, 2011.
117. POLLACK, C.E. et al. Should Health Studies Measure Wealth? A Systematic Review. **American Journal of Preventive Medicine**, 33(3): 250-264, 2007.
118. PRIEST, N. et al. Exploring relationships between racism, housing and child illness in remote Aboriginal communities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 66(5): 440-447, 2012.
119. PRIEST, N. et al. A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. **Social Science and Medicine**, 95: 115-127, 2013.
120. RECHEL, B. et al. Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. **Health Policy**, 105(1): 10-16, 2012.
121. RICHARDSON, K. et al. Migration and Pacific Mortality: Estimating Migration Effects on Pacific Mortality Rates Using Bayesian Models. **Demography**, 50(6): 2053-2073, 2013.
122. RICHMAN, L.S.; JONASSAINT, C. The effects of race-related stress on cortisol reactivity in the laboratory: implications of the Duke lacrosse scandal. **Annals of Behavioral Medicine**, 35(1): 105-110, 2008.
123. RYN, M. et al. The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. **Du Bois Review**, 8(1): 199-218, 2011.
124. SABIN, J.A. et al. Physicians' Implicit and Explicit Attitudes About Race by MD Race, Ethnicity, and Gender. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 20(3): 896-913, 2009.
125. SAEED, A. Media, Racism and Islamophobia: The Representation of Islam and Muslims in the Media. **Sociology Compass**, 1(2): 443-462, 2007.
126. SAGGER, S. **Insights 2014** Findings from the largest longitudinal study of UK Households Understanding Society. London, UK, 2014.
127. SAMPSON, R.J. Urban black violence: the effect of male joblessness and family disruption. **American Journal of Sociology**, 93(2): 348-382, 1987.
128. SCHEMER, C. Media Effects on Racial Attitudes: Evidence from a Three-Wave Panel Survey in a Political Campaign. **International Journal of Public Opinion Research**, 26(4): 531-542, 2013.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

129. SCHOEN, D.E. **Race in America**. Daily Beast Poll NY: Newsweek, 2012. <http://www.thedailybeast.com/articles/2012/04/07/newsweek-daily-beast-poll-finds-majorities-of-americans-think-country-divided-by-race.html>. Accessed 10/1/12
130. SCHUMAN, H. et al. **Racial Attitudes in America: Trends and Interpretations**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.
131. SEMYONOV, M. et al. The Rise of Anti-foreigner Sentiment in European Societies, 1988-2000. **American Sociological Review**, 71(3): 426-449, 2006.
132. SEVOYAN, A.; HUGO, G. Exploring Migrant Health in Australia. XXVII IUSSP **International Population Conference**, 2013, Busan, Korea.
133. SHIH, M. et al. Stereotype Susceptibility: Identity Salience and Shifts in Quantitative Performance. **Psychological Science**, 10(1): 80-83, 1999.
134. SIMMONS, K.; LECOUTEUR, A. Modern racism in the media: constructions of 'the possibility of change' in accounts of two Australian 'riots'." **Discourse & Society**, 19(5): 667-687, 2008.
135. SMEDLEY, B.D. et al. **Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care**. Washington, DC: National Academy Press, 2003.
136. SMITH, T.W. et al. **General Social Survey, 1972-2010**. Ann Arbor, Michigan, Inter-university Consortium for Political and Social Research. V1, 2011.
137. STATISTICS NEW ZEALAND Tauranga Aotearoa. New Zealand's prison population, 2012. from http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/snapshots-of-nz/yearbook/society/crime/corrections.aspx.
138. STEELE, C.M. A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. **American Psychologist**, 52(6): 613-629, 1997.
139. STERNTHAL, M.J. et al. Racial disparities in health: how much does stress really matter? **Du Bois Review**, 8(1): 95-113, 2011.
140. STEVENSON, J.; RAO, M. **Explaining levels of wellbeing in Black and Minority Ethnic populations in England**. London: University of East London, Institute of Health and Human Development, 2014. <<http://hdl.handle.net/10552/3867>>.
141. SUBRAMANIAN, S.V. et al. Indigenous Health and Socioeconomic Status in India. **PLoS Medicine**, 3(10): e421, 2006.
142. TALASKA, C. et al. (2008). Legitimizing Racial Discrimination: Emotions, Not Beliefs, Best Predict Discrimination in a Meta-Analysis. **Social Justice Research**, 21(3): 263-296, 2008.
143. TAYLOR, M.; MUIR, H. Racism on the rise in Britain. **The Guardian**. May 27, 2014.

144. TESLER, M. The Spillover of Racialization into Health Care: How President Obama Polarized Public Opinion by Racial Attitudes and Race. **American Journal of Political Science**, 56(3): 690-704, 2012.
145. TRAN, A.G.T.T. Family Contexts: Parental Experiences of Discrimination and Child Mental Health. **American Journal of Community Psychology**, 53 (1-2): 37-46, 2014.
146. TRAVIS, J.; WAUL, M. (2003). Prisoners once removed: The children and families of prisoners. In: TRAVIS, J.; WAUL, M. **Prisoners once removed: The impact of incarceration and reentry on children, families and communities**. Washington D.C.: Urban Institute Press, 2003, pp. 1-32.
147. TULL, E.S. et al. Internalized racism is associated with elevated fasting glucose in a sample of adult women but not men in Zimbabwe. **Ethnicity & Disease**, 17(4): 731-735, 2007.
148. UNITED NATIONS World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Declaration and Programme of Action. Durban, South Africa, 2009, pp. 5-76.
149. VERHAEGHEN, P. et al. Prime and prejudice: Co-occurrence in the culture as a source of automatic stereotype priming. **British Journal of Social Psychology**, 50(3): 501-518, 2011.
150. VICHEALTH. **Findings from the 2013 survey of Victorians' attitudes to race and cultural diversity**. Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne, Australia, 2014.
151. VISWANATH, K. Public communications and its role in reducing and elimination health disparities. In: THOMSON, G.E.; MITCHELL, F.; WILLIAMS, M.B. **Examining the health disparities research plan of the National Institutes of Health: Unfinished Business**. Washington D.C.: Institute of Medicine: 215-253, 2006.
152. WALLACE, D. Discriminatory Mass De-housing and Low-Weight Births: Scales of Geography, Time, and Level. **Journal of Urban Health**, 88(3): 454-468, 2011.
153. WALTERS, K.L. et al. Bodies Don't Just Tell Stories, They Tell Histories: Embodiment of Historical Trauma Among American Indians and Alaska Natives. **Du Bois Review: Social Science Research on Race**, 8 (01): 179-189, 2011.
154. WANG, C. et al. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. **Health and Quality of Life Outcomes**, 11(1): 153, 2013.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

155. WANG, L.; HU, W. Immigrant health, place effect and regional disparities in Canada. **Social Science and Medicine**, 98 (0): 8-17, 2013.
156. WEISBUCH, M. et al. The Subtle Transmission of Race Bias via Televised Nonverbal Behavior. **Science**, 326 (5960): 1711-1714, 2009.
157. WHITE, K.; BORRELL, L.N. Racial/ethnic residential segregation: Framing the context of health risk and health disparities. **Health & Place**, 17(2): 438-448, 2011.
158. WHITE, K. et al. Elucidating the Role of Place in Health Care Disparities: The Example of Racial/Ethnic Residential Segregation. **Health Services Research**, 47(3 Pt 2): 1278-1299, 2012.
159. WILLIAMS, D.R. Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. **Social Psychology Quarterly**, 53(2): 81-99, 1990.
160. WILLIAMS, D.R. Race and health: Basic questions, emerging directions. **Annals of Epidemiology**, 7(5): 322-333, 1997.
161. WILLIAMS, D.R. Racism and Health. In: WHITFIELD, K.E. **Closing the Gap: Improving the Health of Minority Elders in the New Millennium**. Washington, D.C.: Gerontological Society of America, 2004, pp. 69-80.
162. WILLIAMS, D.R. Miles to Go before We Sleep: Racial Inequities in Health. **Journal of Health and Social Behavior**, 53(3): 279-295, 2012.
163. WILLIAMS, D.R.; COLLINS, C. Racial Residential Segregation: A Fundamental Cause of Racial Disparities in Health. **Public Health Reports**, 116(5): 404-416, 2001.
164. WILLIAMS, D.R. et al. Perceived discrimination, race and health in South Africa: Findings from the South Africa Stress and Health Study. **Social Science and Medicine**, 67(3): 441-452, 2008.
165. WILLIAMS, D.R. et al. Traditional and contemporary prejudice and urban Whites' support for affirmative action and government help. **Social Problems**, 46(4): 503-527, 1999.
166. WILLIAMS, D.R.; MOHAMMED, S.A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **Journal of Behavioral Medicine**, 32(1): 20-47, 2009.
167. WILLIAMS, D.R.; MOHAMMED, S.A. Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. **American Behavioral Scientist**, 57(8): 1152-1173, 2013a.
168. WILLIAMS, D.R.; MOHAMMED, S.A. Racism and Health II: A Needed Research Agenda for Effective Interventions. **American Behavioral Scientist**, 57(8): 1200-1226, 2013b.

Sociologias, Porto Alegre, ano 17, nº 40, set/dez 2015, p. 124-174

169. WILLIAMS, D.R. et al. Race, socioeconomic status, and health: Complexities, ongoing challenges, and research opportunities. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 1186(1): 69-101, 2010.
170. WILLIAMS N. H. **Where are the men?** The impact of incarceration and re-entry African-American men and their children and families. (Community Voices Policy Brief) Community Voices, National Center for Primary Care, 2006.
171. WILSON, W.J. **The Truly Disadvantaged**. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
172. ZEIDERS, K.H. et al. **Associations between self-reported discrimination and diurnal cortisol rhythms among young adults:** The moderating role of racial–ethnic minority status. *Psychoneuroendocrinology*, 50: 280-288.

Recebido: 17.01.2015

Aceite final: 15.04.2015