



Saúde da População Negra no Estado de São Paulo

SUPLEMENTO 6 DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA

Volume 3

Dezembro / 2006

ISSN 1806-4272



Nesta edição

- 3 Raça e pobreza no Brasil - a *rationale* dos estudos de desigualdade
- 13 Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde
- 23 A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 -2001
- 33 Causas de óbitos segundo raça/cor e gênero no Estado de São Paulo
- 36 Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999-2001
- 36 Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000
- 58 Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil
- 63 Juventudes, raça e vulnerabilidades
- 84 Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do quesito cor na saúde

Saúde da População Negra no Estado de São Paulo é um suplemento do Boletim Epidemiológico Paulista - Bepa

Coordenação editorial nesta edição

Luis Eduardo Batista
Coordenadoria de Controle de Doenças
Comitê Técnico da Saúde da População Negra
do Estado de São Paulo

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Sylia Rehder
Núcleo de Comunicação da CCD
Arte:
PaniKinho
Sy Rehder (a partir de PaniKinho)

Correspondência para o Boletim Epidemiológico Paulista:

bepa@saude.sp.gov.br



Raça e pobreza no Brasil a *rationale* dos estudos de desigualdade racial¹

Antonio Sérgio Alfredo Guimarães
Departamento de Sociologia da USP

Antes de tudo, quero agradecer ao convite de Eunice Duhnan e do Nupes para participar desta mesa. Para mim é uma oportunidade ímpar porque é a primeira vez que sou convidado a discutir idéias sobre a educação superior do país com um grupo de especialistas. É uma grande oportunidade para alguém como eu que, por dever de cidadania, tenho me metido a dar opiniões e a assumir posições políticas sobre ações afirmativas no Brasil, sem ser especialista ou estudioso da educação e do sistema de ensino superior do país. Essa será a ocasião para uma frutífera troca de idéias e de informações.

Quando recebi o convite para fazer uma fala sobre “raça e pobreza no Brasil”, minha primeira reação foi dizer pra mim mesmo: convidaram a pessoa errada. Porque os estudos sobre a pobreza no Brasil e a relação entre pobreza e grupos de cor se transformaram nos últimos anos numa especialidade das Ciências Sociais, da Sociologia e da Economia. Este é um processo que começou nos anos 1980, com os estudos de desigualdades raciais feitos pelo Nelson do Valle Silva (1978) e depois pelo Carlos Hasenbalg (1979), que formaram uma “escola”, no sentido literário do termo, a partir do seu trabalho de docência IUPERJ, e de militância acadêmica e anti-racista no CEEA. Mais recentemente, tal especialidade chegou à Economia através da Economia do Mercado de Trabalho, primeiro, alastrando-se para outros campos da economia,

principalmente para aqueles que tratam de políticas públicas e de pobreza. Ora, o estudo da pobreza se tornou um campo bastante especializado, em termos de sua metodologia, algo que eu cheguei a dominar em algum momento da minha carreira, mas que depois, já há alguns anos, não faço. Então eu fiquei me sentindo pouco à vontade: o que eu vou falar sobre raça e pobreza no Brasil? Só comecei a ficar mais aliviado quando me pus a pensar sobre do que convenceria as pessoas se projetasse dados estatísticos sobre a relação entre raça e pobreza no Brasil. Certamente, estaria tentando me opor a algumas idéias consensuais. Que idéias consensuais seriam essas? E, afinal de contas, para que esses estudos são feitos? Então tomei uma decisão: vou falar sem projetar dados, mas dizendo exatamente o que os dados tentariam mostrar, ou demonstrar, e contra que idéias eles estariam se opondo.

Para fazer isso, talvez devamos começar pensando sobre as representações, ou as constelações de interesses e valores, a respeito dos negros no Brasil. Que representações sobre o negro foram formadas no Brasil? Falo em constelações porque a gente pode pensar em, pelo menos, dois sistemas de representações, nos tempos modernos, quer dizer, no século XX, contra os quais os dados produzidos por esses estudos de desigualdades raciais, e sobre a relação entre raça e pobreza,

Fala transcrita da participação do autor na mesa redonda “O Negro no Ensino Superior”, patrocinado pelo NUPES-USP. Realizado em São Paulo nos dias 3 e 4 de dezembro de 2002.



querem justamente se opor. A primeira constelação, o primeiro grupo de representações, foi muito presente no Brasil durante a Primeira República, mas perdurou até os anos 1940 e é composta de alguns consensos. O primeiro deles é da inexistência de uma linha de cor no Brasil. Eu me lembro de um texto do Paulo Duarte (1947), que foi muito discutido na época, aliás, uma série de dois artigos que Duarte publicou no Estado de São Paulo em 1947, nos quais ele argumenta basicamente o seguinte: no Brasil não há linha de cor porque aqui uma gota de sangue branco faz de alguém branco. Seria justamente o oposto do que aconteceria nos Estados Unidos. Eu queria chamar atenção para essa idéia de Duarte, porque ela pressupõe uma classificação racial e biológica. Na verdade, é a idéia de raça americana, aquela idéia de grupo de descendência, por transmissão hereditária que está por trás dessa idéia. Como aqui, se uma pessoa tem sangue branco e uma série de outros componentes sociais, ela é aceita como branco, então aqui não existe linha de cor. Essa é a idéia verbalizada por Duarte. A segunda idéia, também muito clara no texto do Paulo Duarte, mas que talvez se encontre mais bem expressa por Nabuco, pelos abolicionistas, etc., pode ser resumida da seguinte maneira: a massa negra desse país está mergulhada numa situação moral e intelectual a mais deplorável, ou seja, está submersa em vícios, em doenças, em ignorância, em superstições. O estado moral e intelectual dessa massa a transforma num lumpemproletariado, se a gente quisesse falar em termos marxistas, um grupo de pessoas quase que inaproveitável. Daí, as propostas mais progressistas serem propostas de assimilação: o famoso mandato de Nabuco, sua missão de assimilar e integrar essa massa. Existe a

consciência nacional clara de que a massa do povo negro realmente está totalmente excluída da possibilidade de civilização, de cultura, está fora do mundo da cultura. Uma terceira idéia, que também se encontra nessa época, que forma o senso comum da época, é a de que o pouco preconceito racial que se encontra no Brasil, seria um preconceito que Paulo Duarte chama de “preconceito pessoal”, ao contrário de um preconceito social como existiria nos Estados Unidos. Ou seja, existem sim casos individuais, existem indivíduos racistas, existem discriminações individuais, mas de modo nenhum o preconceito existe em termos sociais, em termos institucionais. Daí, o preconceito ou o racismo no Brasil não ser realmente um problema, posto que está sob controle. Isto é, não é que não exista problema, mas trata-se de um problema sob controle. Estas são as idéias principais, eu diria, do sistema de representações sobre o negro, que marca a Primeira República.

A Segunda República, o período que se inicia com a redemocratização de 1946, é marcado, no plano acadêmico, pela institucionalização das Ciências Sociais, com o aparecimento dos primeiros estudos propriamente sociológicos e antropológicos, ainda nos anos 1940, escritos por Donald Pierson (1942), Ruth Landes (1967), Herskowitz (1942), Frazer (1942), etc., mas cuja consolidação se dá realmente nos anos 1950.

Do lado da política, a Segunda República ostenta um forte compromisso social, um pacto étnico-racial totalmente diferente. Aliás, desde antes, com a criação por Vargas de um mercado de trabalho reservado aos brasileiros, o que significou a integração dos negros e mestiços no mundo do trabalho, desaparece de cena aquela idéia de massa,



quer dizer, a representação do negro enquanto massa disforme e inassimilável. Esta foi uma idéia completamente suplantada na Segunda República. Nessa nova constelação, as idéias principais são as seguintes: não existem raças no Brasil, existem cores, existem grupos de cor, a nossa categoria chave, realmente nativa, de classificação é a cor e não a raça. Essa idéia, que é uma continuação das idéias de Paulo Duarte sobre o “preconceito pessoal”, Oracy Nogueira (1954) brilhantemente sistematiza como “preconceito de marca”, por contraste ao “preconceito de origem”, vigente nos Estados Unidos. Marvin Harris (1964), no mesmo diapasão, vai argumentar que se trata de um sistema de classificação por aparências, por fenótipos, ao contrário do sistema de classificação por genótipos, ou por grupos de descendência. Qualquer que seja a formulação, a idéia central é essa: não existem grupos de descendência formados no Brasil a partir da idéia de raça. Thales de Azevedo (1953) e outros vão refinar esta percepção dizendo que não somente não existem grupos de descendência traçados em termos da idéia de raça, mas a própria idéia nativa de cor é mais do que um sistema de classificação baseada em fenótipos, porque certos traços sociais e culturais influenciam na definição de cor. Thales de Azevedo fala, por exemplo, em “boa educação” em duplo sentido, tanto como educação formal, quanto como boas maneiras. Segundo esses autores, o que se tem, na verdade, é um continuum de cor, uma classificação totalmente ambígua e a ausência de grupos raciais.

E se forma nesse período o consenso maior, na verdade o consenso síntese dessa época, de que é a classe o fator principal que explica as desigualdades sociais no Brasil. O termo não é tanto “classe social”,

mas é “classe”. Alguém como Pierson, em 1939, trabalhando na Bahia com as idéias que trouxe de Chicago, usa simplesmente aquela classificação weberiana de classes como grupos abertos, ou seja, fundado sobre relações sociais abertas, para caracterizar o Brasil. Ao observar a sociedade brasileira, diz: não existem grupos fechados em termos raciais. A raça, por definição, seria um grupo fechado, seria um grupo de pertença hereditária, um grupo de descendência, ora isso não existe aqui, então, o que existe aqui não são “raças”, mas classes. Não classes no sentido marxista, mas classes no sentido weberiano, grupos abertos, as pessoas passam a ser brancas, passam a ser pardas, passam a ser morenas, quer dizer, são grupos abertos. Do lado extremo está quem trabalha com um referencial teórico bastante sistemático e esquematizado, como o marxismo, e que também olha para a sociedade brasileira e diz: realmente o que está acontecendo na sociedade brasileira é um conflito de classes, nitidamente é um conflito de classes, no sentido marxista. Está em formação no Brasil um sistema capitalista, a formação de um proletariado. Dizer que essas pessoas são negras, tudo bem, é um epifenômeno, é acreditar muito na aparência que tomam os conflitos sociais, na aparência racial. Mas na verdade o que está em jogo, o que está em formação no país é a luta de classes. O exemplo típico dessa posição é o Costa Pinto, falando do Rio de Janeiro. As formações raciais no Brasil são epifenômenos, são coisas de quem realmente não entendeu completamente o espírito, a essência da história, o motor da história na sociedade brasileira. O consenso sobre as “classes” é, portanto, muito forte.



Eu queria chamar atenção também para o fato de que esse não é um movimento puramente acadêmico ou puramente ideológico. Ele tem também um componente político, prático, institucional que se consolida com o período da democracia que vai de 1945 a 1964, ou 1968. Na verdade, eu acho que esse período pode ser pensado realmente como um pacto, um compromisso social, que é nomeado como democracia racial, no sentido realmente de um pacto, ou seja, trata-se de um período da história do Brasil moderno em que realmente se fez um experimento sério de integração do negro à vida nacional. Esse negro já não é mais visto como a massa moral e intelectualmente inaproveitável, deplorável. Não, essa massa é agora o povo brasileiro, o nosso povo. Ela é integrada de diversas maneiras, ela é integrada, principalmente, através da idéia de “afro-brasileiro”, da cultura afro-brasileira. Eu vou voltar a isso um pouco depois, senão eu me perco no meu raciocínio, então eu deixo, por enquanto, somente essas marcas. Eu vou interromper aqui, porque eu quero voltar aos estudos sobre desigualdades raciais.

Porque se esses estudos sobre relações raciais, feitos por nós, cientistas sociais, nos anos 1950 e 1960, tiveram uma audiência muito maior do que a academia é porque, de certo modo, eles formaram uma ideologia para o Brasil, eles foram totalmente funcionais, se vocês quiserem assim, com o nosso projeto político-institucional daquele período. Pois bem, os estudos de desigualdades raciais vão inaugurar também, através da academia, uma outra fase, totalmente diferente. O que é que esses estudos dizem basicamente? A primeira conclusão desses estudos é que existe, sim, uma linha de cor no Brasil. Se tomarmos os dados agregados do IBGE, de 1972

até hoje, existe nitidamente um corte, uma clivagem, entre brancos e pardos e, ao contrário, não há grandes clivagens, grandes diferenças, entre pardos e pretos, de tal modo que é possível se traçar uma linha de cor em termos de posição social, oportunidades educacionais, distribuição de renda, atendimento de saúde, em termos de qualquer indicador social que se queira. Portanto, pode-se traçar no Brasil, a partir desses dados agregados, uma linha nítida que separa os brancos dos pardos e pretos, o que significa dizer que o movimento negro está totalmente correto em falar de “negros” como a soma de “pardos” e “pretos”. Este é o primeiro choque que esses estudos provocam.

O segundo choque é dizer que a discriminação não é pessoal nem individual, mas é uma discriminação realmente institucionalizada. Ou seja, a desigualdade apontada pelos dados não só mostra uma linha de cor, mas mostra que ela se reproduz com o tempo, e pior: ela se reproduz de maneira ampliada. As desigualdades raciais no Brasil não cessam de aumentar. É mais do que uma permanência, é mais do que um legado: elas crescem. E aí entra o famoso “ciclo de acumulação de desvantagens” proposto conceitualmente por Nelson do Valle Silva e Carlos Hasenbalg (1988), que, através de modelos de regressão múltipla, mostram que em cada fase do processo de socialização e de formação do indivíduo, aumentam as desigualdades entre brancos e negros. Não são as variáveis que eles chamam de “variáveis de background”, aquelas que representam a herança do passado, como a origem social dos pais, a região de nascimento, etc., que explicam a desigualdade. Quer dizer, a má sorte dos “negros” não se deve apenas ao



passado, à herança da escravidão, à essa desvantagem inicial: em cada momento do ciclo, se acumula uma desvantagem a mais. Ou seja, o sistema educacional discrimina, o sistema ocupacional discrimina, e o sistema de distribuição de rendimentos discrimina. Ao final, a renda total de um negro é produto não apenas de sua herança, mas das discriminações sofridas no sistema educacional, na competição no mercado de trabalho, na disputa, no mercado interno às empresas, por melhores salários, etc. Esse é outro resultado dessas

pesquisas totalmente anticonsensuais, que quebra o senso comum centenário através do qual se pensava o Brasil. E eu acrescentaria ainda um quarto choque, que talvez nos interesse mais aqui nesse seminário: é que a principal barreira para a

integração do negro na sociedade brasileira, para o tratamento igualitário do negro na sociedade brasileira, é a educação. Isto é, na educação reside a maior barreira. Essa é uma barreira tão forte que alguns desses autores, ao apresentarem os dados sobre as desigualdades sociais, seja entre homens e mulheres, por exemplo, ou entre brancos e negros, dizem o seguinte: a discriminação entre brancos e negros pode ser praticamente desfeita se se mudar a educação do país, ou seja, a maior parte das desigualdades está embutida no sistema educacional. Se mudarmos o sistema educacional desse país, o ganho que teremos de igualdade racial será imenso. No caso das mulheres, ocorre

totalmente oposto. As mulheres já têm melhor educação do que os homens, e a desigualdade entre homens e mulheres realmente só pode ser explicada por discriminação pura e simples, ou, alternativamente, por um sistema de valores interiorizado pelas mulheres.

Deixe eu me explicar melhor. É possível que os machistas digam: “o problema não é nosso, o problema é que as mulheres preferem a família ao trabalho”. Pode ser. Pode ser qualquer sistema de discriminação, interiorizado ou não, está certo? No

caso das mulheres, a discriminação é totalmente visível. Você pode explicá-la apelando para mecanismos de socialização e internalização, ou não.

Pode-se dizer o seguinte:

não somos nós que discriminamos é a imagem

do sexo feminino que institucionaliza a desigualdade social entre os sexos. É isso que eu quero dizer por interiorização. No caso dos negros, não. Ora, isso apenas mostra que o sistema de discriminação contra os negros é muito maior do que a gente pode pensar. Provavelmente, quando se resolver o problema da educação, apareça este outro fator que eu chamei de “interiorização da desigualdade”. Se isso acontecer, não teremos resolvido o problema da desigualdade racial com uma maior equidade de acesso à educação. Porque, no caso das mulheres, se resolveu o problema da educação, mas não se resolveu o problema da desigualdade. Não quero discutir as explicações que são dadas, mas mostrar

“

A má sorte dos negros não se deve apenas ao passado, à herança de escravidão, à essa desvantagem inicial, em cada momento do ciclo se acumula uma desvantagem

”



apenas os fatos. E esse é um fato muito importante para a gente que está trabalhando com educação.

Agora eu queria passar um pouco do tempo para salientar uma coisa que eu acho que nós não fizemos ainda e talvez grande parte da nossa dificuldade em lidar com as demandas dos movimentos negros, hoje, decorra daí. É que nós não temos estudos sistemáticos sobre formações raciais no Brasil. Ou seja, nós achamos que raça, em termos biológicos, não existe, mas as pessoas continuam usando raça como algo imprescindível para se

classificar, e a gente não entende bem esses processos de formações raciais. Então eu vou falar um pouco sobre isso.

Primeiro vou chamar atenção para o seguinte, a idéia de “raça”, a gente sabe, existe para denominar e oprimir um grupo de

pessoas cuja a única coisa em comum é dada realmente pela palavra “raça”, quer dizer, você precisa imaginar um conteúdo para essa idéia (são povos de etnia diferente, de línguas diferentes, etc.). Lógico que a escravidão moderna, dos povos africanos, foi o detonador dessa idéia, quer dizer, de se aproveitar “raça” para designar esse grupo de pessoas que não podia ser designado de outra forma. O que é que essas pessoas tinham em comum, se, principalmente em sistemas escravistas como o nosso, de concessão de muitas alforrias, nem todas partilhavam uma mesma posição social? Então, a idéia de raça serviu

justamente pra unificar essas pessoas.

Essa se tornou uma palavra essencial para quem escravizava ou quem conquistava. Hanna Arendt falava que “raça” era uma idéia estúpida que iria para o lixo da história, como tantas outras idéias extravagantes produzidas no século XVIII, se não fosse o imperialismo. Foucault tem também um argumento semelhante. Mas o fato é que, primeiro, a partir de justificativas teológicas, e depois a partir de justificativas científicas, “raça” foi a palavra que agrupou pessoas escravizadas ou descendentes de



A partir de justificativas teológicas, e depois a partir de justificativas científicas, “raça” foi a palavra que agrupou pessoas escravizadas ou descendentes de escravos, classificadas a partir de traços fenotípicos



escravos, classificadas a partir de traços fenotípicos: tez negra, tipo de nariz, tipo de lábio, tipo de cabelo. Essa foi a construção inicial de raça. E também, é lógico, a essa palavra se juntou uma forma específica de justificar e legitimar

sistemas de exploração econômicos.

Na verdade, depois da Abolição, “raça” era usada pelos negros quase que com um sentido puramente biológico. Na concepção dos “homens de cor” da época, no Brasil não haveria preconceito de raça, já que os mais claros da raça negra eram aceitos pelos brancos; a discriminação existente partiria geralmente de mulatos claros, que seriam aqueles que realmente discriminariam os negros. Não existiu, portanto, naquele momento uma formação racial, posto que “raça” não era usada, naquele momento, pelo menos pelos negros



paulistas, como uma forma de auto-identificação. Não, ao contrário, eles estavam procurando se integrar à sociedade brasileira usando raça para dizer: olha, nós estamos sendo discriminados por pessoas da mesma raça que a gente. Porque, afinal de contas, aqui não existe raça branca ou negra, aqui existe raça brasileira. Essa é a idéia geral. Para se referir a si mesmas enquanto coletivo, as pessoas usavam a palavra “classe”: a classe dos homens de cor, a classe dos homens pretos. Até a mesma palavra “negra” não era usada. A Lilia Schwartz (1987) tem um trabalho bem interessante em que mostra como a palavra “negro” se desgastou muito durante a luta abolicionista, ganhando um significado muito negativo. Por isso a palavra “negro” não era usada pelos negros paulistanos para se auto-identificar. Não, eles preferiam usar a palavra “preto”, “homens pretos”, nem usavam a palavra “raça” para se auto-identificar, usavam a palavra “classe”, classe dos homens pretos, assim era a retórica da identidade negra. Isso só muda realmente a partir de 1923, com a segunda leva da imprensa negra - O Clarim da Alvorada, O Progresso, etc.

Também a constelação internacional muda bastante. O Brasil está dialogando de certo modo com o que acontece na Europa, e este período corresponde ao crescimento do racismo na Europa, e a palavra “raça” passa a ser usada pela primeira vez pelos negros como uma forma de identidade, como modo de agrupar a todos, que passam a se designar como “raça negra”. O “preto” vai caindo em desuso, “classe” também vai caindo em desuso como forma de se classificar. A idéia do momento é de “raça negra”. Tem-se aí uma palavra que é a única também a unir um conjunto muito heterogêneo de pessoas,

seja em termos de cor, em termos socioeconômicos, etc., mas é a única que agrupa e que cria essa identidade entre pessoas que estão agora buscando, através da luta política, um lugar na sociedade brasileira, um lugar mais igual. Interessante é que, apesar da expressão “raça negra” ser usada no Brasil, ela não têm ainda o sentido que tinha na boca dos negros dos Estados Unidos, na virada do século. Se observarmos os Estados Unidos do final do século XIX, por exemplo, tomemos o texto do Du Bois (1986) “A conservação das raças”, de 1897, como referência, vemos que a idéia de “raça negra” sai diretamente do romantismo alemão, mas também de Franz Boas, para significar basicamente o seguinte: o que nos identifica a todos, negros americanos, é um espírito e uma alma que se expressam numa cultura (é a idéia de cultura e civilização do romantismo alemão). Essa cultura tem que expressar a nossa alma, tem que expressar certa maneira de ser no mundo para que a gente mostre a nossa civilização e a nossa contribuição para a humanidade. Ou seja, não vai ser macaqueando os anglo-saxões e a raça teutônica, os caucasianos, a cultura branca, que os negros vão se incluir nesse mundo. Para se incluir nesse mundo, os negros têm que expressar a sua alma, a sua cultura, desenvolver a sua civilização.

Então, essa idéia de “raça negra” quando nasce, e nasce nos Estados Unidos, para depois ser acolhida no Caribe, espalhar-se por Paris, de Paris passar à África, alimentar o movimento da negritude, essa idéia tem como pressuposto a crença numa cultura negra que expresse a alma negra, que revivifique uma civilização negra, ou africana que seja. Essa idéia não existe no Brasil ainda nesse momento, mesmo quando a formação racial passa



retoricamente pela afirmação da raça negra, pela definição de uma raça negra. Mas a cultura ainda é brasileira, e o povo é brasileiro, e a raça negra se acomoda sem grandes problemas com a idéia de raça brasileira. O que unifica essas idéias, aparentemente contraditórias, é justamente uma outra que diz o seguinte: o povo brasileiro é negro. Então, não tem sentido no Brasil se reivindicar uma cultura negra, no sentido americano, porque o nosso povo é negro. Foi isso que surgiu mais ou menos nos anos 1920 e que não vai ser grandemente modificado no período democrático da Segunda República. Se compararmos a atuação de intelectuais, como Guerreiro Ramos (1954), como Abdias do Nascimento (1968), o criador do Teatro Experimental do Negro, o que vai surgir aí nos 1940, em termos de identificação, difere do que existia na imprensa negra dos 1920, apenas em termos de uma reivindicação nova, digamos, da cultura afro-brasileira, ou seja, da contribuição africana, do negro, à cultura brasileira. Mas a cultura brasileira vai ser pensada como algo sincrético, mestiço, misturado, que é o que realmente dá a tônica dessa formação. A idéia central dessa formação é a idéia da mistura, da mestiçagem, do sincretismo, da diluição, digamos, das matrizes iniciais numa matriz nova.

Pois bem, vocês sabem que eu venho defendendo a tese de que esse grande consenso começa a sua trajetória final, começa a dar os seus últimos suspiros em 1968. Na verdade começa em 1964 quando, nessa casa, no Departamento de Ciências Sociais, Florestan Fernandes (1965) defende a sua tese de titular e fala em “mito da democracia racial”. Então, ele já se volta para todo esse experimento, para esse laboratório de

integração que foi a Segunda República, e o define como um fracasso, como uma grande ilusão, um grande mito, uma grande ideologia de dominação. A partir daí, começa um período de formação racial no Brasil em que a idéia de mestiçagem e sincretismo cede, paulatinamente, lugar à outra idéia. Internacionalmente em voga, já consolidada internacionalmente, essa idéia é a de uma sociedade plural, pluricultural, multirracial, na qual cada grupo racial só consegue sobreviver e aspirar à igualdade se ele, de certo modo, se mantém autêntico e se mantém fiel às suas origens, à sua tradição. Eu vejo os movimentos negros que surgem a partir dos anos 1970 basicamente como seguindo essa nova idéia, procurando desenvolvê-la e adaptá-la a um Brasil que procura os direitos da cidadania, que renega qualquer forma de política autoritária e que abraça tardiamente os ideais da democracia liberal e do radicalismo democrático. Lógico que, num primeiro momento, vai se falar, vai se lutar ainda durante algum tempo, por uma “verdadeira democracia racial”. Mas essa expressão já denota idéias envelhecidas, fora do tempo.

O que prevalecerá será a idéia de “raça” baseada na idéia de “cultura”, que não é apenas a “cultura afro-brasileira”, mas que já é “cultura negra”; o ideal de sociedade é a sociedade multirracial; a idéia de integração funde-se com a idéia de cidadania, que todos nós conhecemos, pela qual todos nós lutamos e da qual falamos o tempo todo. Cidadania, para os negros, significa a representação dos negros na vida nacional em todos os ambientes de representação. É a representação política no Parlamento, é a representação dos negros nos quadros discente e docente das universidades, é a



representação dos negros no sistema educacional, é a representação do negro na mídia. A palavra “racismo” é expandida e retrabalhada para ultrapassar a idéia do simples tratamento diferencial e chegar até as formas de interiorização que eu tinha falado no caso das mulheres, ou seja, se diz o seguinte, por exemplo, nos estudos da educação: existe uma forma de interiorização do racismo, ou seja, de criação de pessoas que se sentem inferiores. E por que se sentem inferiores? Porque foram inferiorizadas. Não conseguem desempenhar bem, competir, porque esse racismo começa a ser inculcado pelo livro didático, ou seja, começa antes que você ponha seu filho na escola, porque na hora que ele entra na escola, ele encontra o livro didático pronto. Começam a aparecer os estudos que mostram a representação estereotipada e racista do negro no livro didático. Depois vêm os estudos sobre o mau desempenho escolar dos negros nas escolas, produto de práticas, de novo, racistas, etc. Ou seja, o conceito-chave, a idéia-chave é o “racismo” e a ampliação conceitual do racismo para explicar diversas práticas sociais. Em seguida, aparecem os estudos sobre a ausência ou a presença estereotipada do negro no cinema e na televisão. Ou seja, existe, nesse âmbito dos estudos dos estereótipos, dos preconceitos, dos valores, a construção de uma agenda política anti-racista por parte dos negros. E existe a reivindicação política de representação do negro em todos os níveis. Eu acho que isso, esse movimento, culmina hoje digo “culmina” porque acho que ele ganha em maturidade com a reivindicação de ações afirmativas. A demanda por ações afirmativas se baseia num diagnóstico em que já não contam apenas as intenções ou os motivos

dos sujeitos, mas o resultado das práticas sociais. Quem advoga ações afirmativas não discute se houve ou não houve intenção de discriminar, se houve ou se não houve culpa, quer dizer, o sistema jurídico é chamado para pensar agora em termos de resultados. O importante é ser injustificável que os negros tenham tão pouco acesso às universidades públicas e ao ensino superior em geral no Brasil e ponto final. É como se dissessem: “Não me dêem explicações do porquê isso está acontecendo”. É um pouco parecido com o que acontece com a aids: “não me venham dizer que eu tive alguma culpa em contrair a aids, não me venham dizer que eu deveria fazer sexo seguro”. “Eu preciso de políticas públicas que combatam a minha doença, a minha exclusão, agora. E a minha legitimidade para reivindicar é esta: é que eu estou doente e estou excluído. Eu não estou naquele lugar, eu não estou representado naquele lugar. E é isso que eu quero e isso é legítimo, se torna cada vez mais legítimo na sociedade brasileira”. Então, o que se tem que discutir são formas de inclusão e não mais o porquê os negros não estão ali. Não se trata de dizer que o estado da massa negra é deplorável, que o ensino de nível médio e elementar é deplorável. Ninguém quer esperar. E as pessoas têm o pleito legítimo de entrar na Universidade.

Então, acho que é essa situação, na verdade, digamos assim, que serve de justificativa moral aos estudos de desigualdades raciais. Quando nós vamos a seminários como este e começamos a projetar dados na tela, mostrando as desigualdades raciais do país, estamos querendo dizer isso: olha, pouco importa aos negros o quê nós venhamos a dizer sobre as causas, se não buscamos soluções imediatas, se jogarmos nos ombros das gerações



passadas e futuras responsabilidades que são nossas. Nós, cientistas, não teríamos coragem de dizer com respeito ao câncer: olha, deixem de fumar, proibam o cigarro, com o tempo o câncer desaparecerá. Não, o importante são as pesquisas que busquem a cura do câncer de quem tem câncer agora. É como se os negros desse país estivessem a nos dizer: vocês vão fazer estudos e traçar políticas para resolver o nosso problema aqui e agora, e é isso que nós queremos.

Essas são as idéias e as inquietações que eu queria trazer para vocês. Obrigado.

Referências bibliográficas

Azevedo, Thales de. 1953. *Les Élités de Couleur dans une Ville Brésilienne* (Paris, 1953).

Du Bois, W.E.B. 1897. "The Conservation of Races", in *Writings*, New York, The Library of America. Publicado originalmente em *American Negro Academy, Occasional Papers*, n. 2, 1897.

Duarte, Paulo. 1947. "Negros do Brasil", *O Estado de São Paulo*, 16 de abril de 1947, p. 5 e 17 de abril de 1947, p. 6.

Fernandes, Florestan. 1965. *A Integração do Negro na Sociedade de Classes*, Cia Editora Nacional, São Paulo, 2 vols. Frazier, Franklin E. 1942. *Some Aspects of Race Relations in Brazil*, *Phylon*, III (Third Quarter, 1942).

Harris, Marvin. 1964. *Patterns of Race in The*

Américas, New York, (edição brasileira: *Padrões Raciais nas Américas*, Rio de Janeiro, Civilização, 1967)

Hasenbalg, Carlos e Silva, Nelson do V. 1988. *Estrutura Social, Mobilidade e Raça*, Rio de Janeiro, Vértice/IUPERJ.

Hasenbalg, Carlos. 1979. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.

Herskovits, M.J. 1942. *Pesquisas Etnológicas na Bahia*, Salvador, Museu do Estado da Bahia.

Landes, R. 1967. *A Cidade das Mulheres*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

Nascimento, Abdias. 1968. *O Negro revoltado*, Rio de Janeiro, Edições GRD.

Nogueira, O. 1954. "Preconceito Racial de Marca e Preconceito Racial de Origem - Sugestão de um Quadro de Referência para a Interpretação do Material sobre Relações Raciais no Brasil" *Anais do XXXI Congresso Internacional de Americanistas*, realizado em São Paulo em agosto de 1954, vol. I.

Pierson, Donald. 1942. *Negroes in Brazil: a study of race contact in Bahia*. Chicago, University of Chicago Press. (em português: *Branços e pretos na Bahia*, São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1971).

Ramos, A. Guerreiro. 1954. *Introdução Crítica à Sociologia Brasileira*, Rio de Janeiro, Andes.

Schwarcz, Lília M. 1987. *Retrato em branco e negro. Jornais, escravos e cidadãos em São Paulo no final do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras. Silva, Nelson do Valle. 1978. *White-Nonwhite Income Differentials: Brazil 1960*, University of Michigan, PhD Thesis.



Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde *Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health*

Fernanda Lopes

*Programa de Combate ao Racismo Institucional,
Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional Escritório Brasil, Brasília, Brasil.*

Resumo

Este artigo parte do conceito de saúde como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, sócio-econômico, cultural e ambiental. Desse modo, mostra que os estudos sobre as desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde devem ir muito além da comparação de dados estatísticos, uma vez que o racismo nem sempre se apresenta de forma explícita e mensurável nas interações sociais. É preciso analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e não-negros numa dada condição social, considerando sexo, idade, região de moradia, educação, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, filiação religiosa, suas capacidades e incapacidades, sua rede social e suas possibilidades de acesso aos serviços e bens sociais. Por fim, o artigo enumera diretrizes que possam colaborar com o grande desafio de formulação de políticas públicas que combatam e erradiquem as imensas desigualdades entre brancos e negros.

Palavras-chave: Preconceito; Iniquidade na Saúde; Equidade.

Abstract

The point of departure for this article was the concept of health as a set of comprehensive and collective living conditions, influenced by the political, socioeconomic, cultural, and environmental context. The work thus shows that studies on health inequalities, disparities, or iniquities should extend beyond statistical data, since racism is not always explicit and measurable in social interactions. It is necessary to analyze the various life experiences of blacks and non-blacks in a given social condition, considering gender, age, place of residence, schooling, family origin, occupation, income, sexual orientation, religious affiliation, capacities and incapacities, social network, and possibilities for accessing social goods and services. Finally, the article lists guidelines that can assist in the major challenge of drafting public policies to combat and eradicate the immense inequalities between whites and blacks.

Key Words : Prejudice; Health Inequity; Equity.



Ao reconhecer a saúde como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, sócio-econômico, cultural e ambiental, a comunidade acadêmica reitera a necessidade e importância dos estudos sobre o impacto das desigualdades sociais nas condições de saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo.

No entanto, excetuando-se poucas experiências, alguns fatores constitutivos dos processos de organização e hierarquização social são, continuamente, desconsiderados em estudos e pesquisas sobre desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde. O sexismo, o racismo, o etnocentrismo e outros integram a lista de fatores descartados ou descartáveis.

No Brasil e em outras sociedades modernas, as hierarquias sociais são justificadas e racionalizadas de diferentes modos, e todos eles, sem exceção, apelam à ordem “natural” de sua existência e apresentam-se como um traço constitutivo das relações sociais. Segundo Guimarães¹, o sistema de hierarquização brasileiro, e mesmo o latino-americano, interliga cor da pele, classe (ocupação e renda) e status social (sexo, origem familiar, educação formal, condições de moradia e habitação), sem, contudo, deixar de ser sustentado pela dicotomia racial branco versus preto que alicerçou a ordem escravocrata por três séculos e que, na atualidade, resiste à urbanização, à industrialização, às mudanças de sistema e regimes políticos.

Ao demarcar os espaços sociais com base na aparência e na cor da pele, as sociedades latino-americanas, e a brasileira em particular, resgatam a

natureza sócio-histórica do conceito de raça e capturam seu potencial de identificar diferentes sentidos e significados no acesso ao poder, no acesso ao repertório de direitos efetivamente disponíveis e ao conjunto de recursos socialmente desejáveis. Nesse sentido, o racismo enquanto fenômeno ideológico submete todos sem distinção; revitaliza e mantém sua dinâmica com a evolução da sociedade, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos dominantes.

Os perversos efeitos dessa programação social sobre a população negra são inúmeros (diversos e assimétricos nas várias fases do ciclo de vida) e podem ser evidenciados, direta ou indiretamente, a partir da análise de alguns aspectos das relações interpessoais e das relações que o grupo estabelece com as instituições; da análise de sua situação sócio-econômica, condições de vida e de desenvolvimento humano, participação no mercado de trabalho, acesso aos bens e equipamentos sociais e de sua morbimortalidade, como observam Cavalleiro², Martins³, Hasenbalg⁴, Cunha⁵, Jaccoud & Beghin⁶, Paixão⁷, Batista et al.⁸, Martins & Tanaka⁹, Wood & Carvalho¹⁰, dentre outros.

Algumas evidências das desigualdades sócio-raciais no Brasil

Concentração de riqueza e pobreza

No Brasil, o grau de pobreza é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar. Embora cerca de 64,0% dos países tenham renda inferior à brasileira, aqui o grau de desigualdades é um dos mais elevados do mundo¹¹.



Ao estudar os ricos brasileiros, Medeiros¹² afirma que a dimensão espaço-regional é essencial para a compreensão e redução das desigualdades sociais. Segundo o autor, são expressivas as diferenças nos níveis de renda *per capita* entre regiões, sendo maior a concentração de rendimentos nas áreas mais pobres. Em termos de renda média, nível e crescimento de renda, as regiões Sul e Sudeste são evidentemente mais ricas, Norte e Nordeste mais pobres^{12,13}.

Dados de 2001 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), destacados por Sant'Anna¹⁴, comprovam a estrutura racial de distribuição de riqueza: no Nordeste, a razão entre a renda apropriada pelos 20,0% mais ricos e aquela apropriada pelos 20,0% mais pobres foi de 34,7 para a população branca e 19,6 para a negra; no Sudeste foi de 21,0 e 15,8; e no Sul, 18,8 e 15,9, respectivamente. Observe-se que, em 2000, os negros representavam 65,7% da população nordestina. Em relação à população brasileira, o grupo correspondia a 45,0% e era responsável por apenas 27,0% do rendimento domiciliar per capita total do país, enquanto os não-negros, 54,3% da população, detinham 73,0% do total desse rendimento¹⁵.

Em 1999, a média de renda *per capita* nos domicílios com chefia negra correspondia a 42,0% dos valores observados naqueles com chefia branca¹⁶. Em 2001, vivia-se com R\$ 205,40 nos domicílios negros e pouco mais que o dobro nos domicílios brancos. Embora a média de renda *per capita* domiciliar persista baixa para o conjunto da população (R\$ 482,10), detecta-se queda na proporção de pobres: em 1992, estes eram 40,7%;

em 2001 passaram a 33,6%⁶. Ao desagregar os dados por raça/cor, também foi possível observar redução, contudo, a proporção de negros pobres manteve-se duas vezes à observada para brancos pobres: 55,3% versus 28,9% em 1992 e 46,8% versus 22,4% em 2001⁶.

É nítida a dimensão espaço-regional na concentração de riqueza e na distribuição dos pobres e inegável sua relação com raça/cor e gênero as mulheres negras encontram-se nos mais baixos patamares de renda, reiterando a literatura nacional e internacional^{17,18,19,20,21}.

Embora a sociedade brasileira não conviva com o ódio racial, com a segregação legal ou explícita, a atribuição de um significado social negativo a determinados padrões fenotípicos de diversidades justifica o tratamento desigual, impõe e intercala barreiras que impedem ou dificultam a mobilidade social negra²². A sobre-representação do negro na pobreza, com especial destaque para a situação da mulher negra, restringe suas possibilidades de consumo, de acesso aos bens sociais potencialmente disponíveis e, por conseqüência, suas liberdades individuais. Como afirmou Santos²³, aos pobres é oferecida uma cidadania abstrata, que não cabe em qualquer tempo e lugar e que, na maioria das vezes, não pode ser sequer reclamada.

Condições de moradia e habitação

Nos anos de 1990 melhoraram as condições habitacionais de toda a população. Entretanto, em 2001, a proporção de negros que vivia em aglomerados subnormais (favelas, mocambos, palafitas e similares) ainda era quase o dobro da proporção de brancos. Todavia a definição do Instituto



Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para favela deva ser revista e alterada²⁴, não deve ser ignorado o fato de que em 2001, três quartos das pessoas que viviam em favelas eram negras (autodeclaradas pretas ou pardas)⁶.

Com o passar dos anos, as disparidades entre negros e brancos, quanto às condições de moradia e habitação nos domicílios particulares permanentes urbanos, também foram reduzidas em diversos aspectos: condições físicas e de ocupação do espaço; saneamento; abastecimento público de água; coleta de lixo; energia elétrica; e presença de banheiro de uso exclusivo. Contudo, a sobre-representação dos negros entre os destituídos desses bens potencialmente disponíveis manteve-se em patamares elevados, independentemente da região geográfica considerada, com exceção do acesso à energia elétrica.

Do ponto de vista da saúde, as condições desfavoráveis de moradia e habitação propiciam a disseminação de doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias²⁵, e potencializam as situações de violência sexual, física e psicológica²⁶. Para além do incremento das vulnerabilidades às patologias ou aos agravos citados, o estresse cotidiano e a insatisfação com o meio onde vivem (espaço físico e simbólico) também alteram a qualidade de vida auto-atribuída.

Acesso à educação

As políticas públicas projetadas para diminuir os índices de analfabetismo no Brasil têm resultados incontestáveis e uma progressão mais promissora para as mulheres que para os homens: em 1940, apenas metade da população masculina e 36,0% da feminina com dez anos e mais era alfabetizada; após

quarenta anos, essa taxa era de 76,0% para homens e 74,0% para mulheres; e, em 2000, passou para 87,8% e 88,0%, respectivamente²⁷. O caráter promissor das iniciativas universalistas na área da educação passa a ser questionado quando são comparados os perfis de escolaridade de brancos e negros, especialmente nas faixas etárias de 15 a 24 anos, de 45 anos e mais, e nas regiões mais desenvolvidas. Em 1992, a taxa de analfabetismo para a população de 15 anos e mais era de 25,7% para os negros e 10,6% para os brancos; uma década depois, 18,2% dos negros continuavam analfabetos contra 7,7% dos brancos. De acordo com os dados censitários de 2000, a população branca estudava 6,9 anos e a negra, 4,7 anos. No Sudeste, onde se encontra a maior média para a população geral (6,7 anos), os negros estudavam, em média, 2,1 anos menos que os brancos⁶.

Em qualquer sociedade, o sistema educacional pode se constituir em poderoso agente de inclusão social e de promoção da igualdade. No Brasil, porém, a negligência do ensino diante das iniquidades geradas por séculos de escravidão potencializa a manutenção e ampliação das disparidades. No início do século 21, mais da metade da população negra adulta (25 anos e mais) tinha menos de quatro anos de estudo (analfabetos funcionais); 82,0% (contra menos de dois terços dos brancos) não haviam completado o primeiro grau (oito anos de estudo); 90,0% (contra três quartos dos brancos) não chegaram a terminar o ensino médio (11 anos de estudo); e apenas dois entre cem negros adultos concluíram quatro anos de ensino superior (contra cerca de dez brancos)⁶.

É preocupante a extensão e persistência da



exclusão da população negra do nível superior de ensino, dado que essa situação significa um virtual alijamento das ocupações de maior prestígio e remuneração; das posições de comando e deliberação; das camadas dirigentes dos setores público e privado; das atividades culturais e científicas que demandam educação formal.

Embora a escolaridade não seja a variável com maior poder explicativo no desencadeamento dos processos de adoecimento ela figura como elemento de suma importância ao se tratar do acesso aos serviços, da comunicação com o profissional de saúde em especial, com o médico, da conseqüente efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças, bem como no que se refere aos processos de resignificação, por parte da população, das noções de saúde e doença.

Emprego e renda

Em 1999, o índice de rendimento médio na ocupação principal de negros correspondeu a 48,0% do índice observado para a população branca 16,28. Num estudo de 2004, Martins³, ao analisar os dados sobre a renda média da ocupação principal (padronizada para quarenta horas semanais), afirma que, todavia haja pequenas variações regionais em torno da média nacional, as disparidades de renda entre negros e brancos está presente em todas as regiões do país, independentemente do nível de desenvolvimento, das condições específicas do mercado de trabalho (ainda que seja atribuído aos dois grupos o mesmo perfil educacional e sejam mantidos os diferenciais de remuneração observados para cada faixa de escolaridade). Conquanto a educação formal catalise a mobilidade

social, as possibilidades de ascensão dos brancos, obtidas com o aumento do nível de escolaridade, são potencializadas com auxílio de sua rede social; para os negros, no entanto, o leque de oportunidades apresenta-se mais restrito, uma vez que as novas gerações (geralmente mais escolarizadas) ainda não estabeleceram uma rede social que lhes ofereça o suporte necessário para mudança de *status*.

Segundo Soares²⁹, se não houvesse discriminação racial e de gênero, as mulheres negras ganhariam, em média, cerca de 60,0% mais; as brancas receberiam em torno de 40,0% e os homens negros, entre 10,0% e 25,0% mais (dependendo do lugar ocupado na distribuição de renda). As disparidades de renda observadas entre os grupos de raça/cor e sexo não derivam da heterogeneidade da distribuição racial da população ou ainda da heterogeneidade dos níveis de educação formal no território brasileiro, mas sim do próprio mercado de trabalho, que gera segmentação ocupacional e discriminação salarial baseadas em raça/cor e sexo^{3,29,30,31}.

Outras marcas visíveis e mensuráveis

Desesperança de vida ao nascer

No Brasil, a esperança de vida ao nascer, em 2000, era de 70,4 anos. A dinâmica de gênero imputada ao indicador de longevidade, diferentemente do comportamento apresentado para os demais indicadores ou demais variáveis, ocorre em detrimento dos homens, com as mulheres vivendo, em média, 7,45 anos a mais que eles. Ao serem considerados os grupos de raça/cor, tal esperança era maior para os amarelos (75,75 anos), seguida daquela apresentada para os brancos (73,99



anos). Diferenças relevantes também foram observadas entre os demais grupos: para os pardos foi estimada uma expectativa de vida de 67,87 anos; para os pretos, de 67,64; e, para os indígenas, de 66,57 anos. Quando comparados aos brancos, os pretos apresentaram uma expectativa inferior de 6,35 anos e os pardos de 5,96 (no seu conjunto, a expectativa de vida dos negros foi 6,12 anos menor que a dos brancos). Cabe assinalar que, ainda em 2000, a esperança de vida de povos indígenas ao nascer era 7,42 anos inferior à dos brancos, 1,3 ano inferior à dos negros e 9,18 inferior à dos amarelos³². As diferenças com base na pertença étnico-racial foram mantidas no interior dos grupos de sexo, com mulheres e homens brancos gozando de maior expectativa de vida quando comparados às mulheres e homens negros.

Os dados apresentados por Paixão e colaboradores, inéditos até o presente momento, reiteram as evidências descritas anteriormente no *Atlas de Desenvolvimento Humano*³³.

Causas externas de morte: uma perda superlativa de vidas negras

Desde os anos de 1980, as causas externas representam a segunda causa de morte no Brasil, fato que tem atraído a atenção de inúmeros pesquisadores interessados no assunto; e também, do ponto de vista das políticas públicas, promovido crescente demanda dos serviços de saúde.

No triênio 1998/2000, um quarto dos óbitos declarados de homens negros foi atribuído às causas externas contra 16,0% para os brancos. Quase metade das mortes de negros foi oriunda de

homicídios; para os brancos, a proporção foi de 34,4%. Também foram mais frequentes entre negros os óbitos determinados por ataque com arma de fogo (32,0% versus 21,9%)³².

Ainda que a violência figure entre os principais problemas de saúde pública da atualidade, poucos estudiosos têm se dedicado a verificar as interseções estabelecidas entre o evento (morte, traumas, lesões, incapacidades) e local de moradia, gênero, faixa etária, educação formal, condições gerais de vida, ocupação, uso ou tráfico de drogas, orientação sexual, raça ou etnia. Nesse sentido, a ampliação do leque de pesquisas sobre as causas externas de morbimortalidade e a incorporação de novas perspectivas de análise e interpretação dos dados serão instrumentos úteis para a atuação no campo das políticas públicas, tanto do ponto de vista administrativo (planejamento de serviços e alocação de recursos), da avaliação e acompanhamento da qualidade e efetividade da assistência médica prestada, como da educação permanente (envolvimento dos profissionais que prestam atendimento direto às vítimas na discussão sobre as várias dimensões do tema).

Considerações sobre universalidade, equidade e produção de conhecimento científico

Ao instituir a saúde como direito de todos(as) e dever do Estado (Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira), o Estado brasileiro assume a responsabilidade de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo a



contemplar, da melhor forma possível, as necessidades e demandas da população.

Embora seja um avanço inegável como direito do cidadão, não o é quando trata do dever do Estado, pois este não tem assegurado a todos a mesma qualidade de atenção ou perfil de saúde, seja do ponto de vista regional e/ou étnico-racial³⁴.

Mulheres e homens; populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Diante de tal constatação, é essencial que, no campo das políticas públicas ou institucionais, o processo de definição de diretrizes e metas não restrinja o conceito de igualdade ao seu aspecto formal e que seja considerado o impacto de preposições e ações sobre grupos populacionais específicos.

O combate e a erradicação das desigualdades tornam-se um grande desafio no campo das políticas públicas, especialmente quando tais desigualdades são oriundas da expressão indireta de discriminação. Poder público e sociedade civil precisam ser imparciais no enfrentamento de práticas, procedimentos ou leis que, explicitamente, desfavorecem pessoas ou grupos característicos e devem ter em vista que, para eliminar as formas indiretas de discriminação, é necessário: (1) mensurar e interpretar de forma correta a magnitude e a evolução das disparidades entre os grupos hegemônicos e não-hegemônicos; (2) revisar as práticas institucionais, de modo que as novas ações, programas e políticas sejam orientadas pela noção de equidade; (3) assumir o compromisso e a responsabilidade de oferecer tratamento diferente àqueles que estão inseridos de forma desigual,

contemplando assim suas necessidades e promovendo ou efetivando o direito à igualdade de fato.

Do ponto de vista da pesquisa acadêmica, é preciso considerar que o racismo nem sempre se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações. Desse modo, não basta que os estudiosos apresentem aos seus pares análises das diferenças numéricas com significância estatística. Seus estudos devem considerar o conjunto de fatores históricos, sócio-políticos, econômicos e culturais que contribuem para existência, manutenção ou ampliação dos diferenciais no interior dos grupos ou intergrupos. É preciso analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e não-negros numa dada condição social, considerando sexo, idade, região de moradia, educação formal, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, denominação religiosa, capacidades e incapacidades, rede social e comunitária, possibilidades de acesso aos serviços e aos bens sociais.

Nesse sentido, a ausência de relevância estatística na distribuição e comportamento das variáveis por raça/cor não isenta o pesquisador da responsabilidade de reiterar tanto a natureza perversa do racismo, como sua capacidade e aptidão em criar e/ou perpetuar diferenciais nas condições gerais de vida nos grupos e intergrupos. É de sua responsabilidade indicar brechas a serem exploradas por outros estudos que adotem abordagens qualitativas ou quantitativas.

Artigo publicado originalmente na revista Cadernos de Saúde Pública. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública 2005;21(5): 1595-1601.



Referências bibliográficas

1. Guimarães ASA. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. *Estud Afro-Asiát* 1995; 27:45-63.
2. Cavalleiro E. Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola. São Paulo: Summus; 2001.
3. Martins RB. Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente. Santiago do Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2004. (Serie Políticas Sociales 82). http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/2/LCL2082PP/Serie82_P.pdf (acessado em 10/Set/2004).
4. Hasenbalg C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: Maio MC, Santos RV, organizadores. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro Cultural Banco do Brasil; 1996. p. 235-49.
5. Cunha EMGP. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: Hogan DJ, editor. Population change in Brazil: contemporary perspectives. Campinas: Núcleo de Estudos da População, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 333-6.
6. Jaccoud LB, Beghin N. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002.
7. Paixão M. Desenvolvimento humano e relações raciais. Rio de Janeiro: DP&A; 2003.
8. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Ver Saúde Pública* 2004; 38:630-6.
9. Martins AL, Tanaka ACD. Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2000; 10:27-38.
10. Wood CH, Carvalho JAM. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 1994; 11:3-15.
11. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev Bras Ciênc Soc* 2000; 15: 127-41.
12. Medeiros M. A geografia dos ricos no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. (Texto para Discussão 1029). http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1029.pdf (acessado em 10/Set/2004).
13. Azzoni C, Menezes Filho N, Menezes T, Silveira Neto R. Geografia e convergência da renda entre os estados brasileiros. In: Henriques R, organizador. Desigualdade e pobreza no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000. p. 299-343.
14. Sant'Anna W. Dossiê assimetrias raciais no Brasil: alerta para a elaboração de políticas. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2003. <http://www.redesaude.gov.br> (Acessado em 10/Set/2004).



15. Kilsztajn S, Carmo MSN, Sugahara GTL, Lopes ES. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, 2000. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia [CD-ROM]. Recife: ABRASCO; 2004.
16. Martins RB. Desigualdades raciais no Brasil. http://www.ipea.gov.br/pub/desigualdades_raciais.ppt (acessado em 15/Dez/2001).
17. Williams D. Race and health: basic questions, emerging directions. *Ann Epidemiol* 1997; 7:322-33.
18. Krieger N, Rowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and wellbeing. *Am J Prev Med* 1993; 9 (2 Suppl):82-122.
19. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas* 2002; 1: 171-88.
20. Beddola LG. Studying inequality: race, class, gender and sexuality. In: Consulado Geral dos Estados Unidos da América no Rio de Janeiro, organizador. A intersecção das desigualdades de raça e gênero: implicações para as políticas públicas e os direitos humanos. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher/Consulado Geral dos Estados Unidos da América no Rio de Janeiro; 2004. p. 1-22.
21. Bairros L. Lembrando Lélia Gonzalez. In: Consulado Geral dos Estados Unidos da América no Rio de Janeiro, organizador. A intersecção das desigualdades de raça e gênero: implicações para as políticas públicas e os direitos humanos. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher/Consulado Geral dos Estados Unidos da América no Rio de Janeiro; 2004. p. 31-46.
22. Silva NV. Uma nota sobre “raça social” no Brasil. *Estud Afro-Asiát* 1994; 26:67-80.
23. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 4a Ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.
24. Petreicelli E, Valladares I. A desigualdade entre os pobres favela, favelas. In: Henriques R, organizador. Desigualdade e pobreza no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000. p. 459-85.
25. Rosemberg F, Pinto RP. Saneamento básico e raça. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 1995; 5:23-38.
26. Krieger J, Higgins D. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health* 2002; 92:758-68.
27. Beltrão KI. Alfabetização por sexo e raça no Brasil: um modelo linear generalizado para explicar a evolução no período 1940-2000. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. (Texto para Discussão 1003).
http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1003.pdf (acessado em 10/Set/2004).
28. Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade



Racial. Mapa da população negra no mercado de trabalho: regiões metropolitanas de São Paulo, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre e
 DESIGUALDADES RACIAIS E SAÚDE 1601 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005 Distrito Federal. São Paulo: American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations; 1999.

29. Soares S. Discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho. Boletim de Mercado de Trabalho Conjuntura e Análise 2000; 13:45-51.

30. Ramos LR, Vieira ML. Determinantes da desigualdade de rendimentos no Brasil, nos anos 90: discriminação, segmentação e heterogeneidade dos trabalhadores. In: Henriques R, organizador. Desigualdade e pobreza no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000. p. 159-76.

31. Ferranti D, Perry GE, Ferreira FHG, Walton M, Coady D, Cunningham W, et al., editors. Group based inequalities: the roles of race, ethnicity and gender. In: Advance Conference Edition of Inequality in Latin America and the Caribbean breaking with History? Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/ World Bank; 2003. p. 81-126.

32. Paixão MJP, Carvano LMF, Oliveira, JC, Ervatti, LR. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: Lopes F, organizador. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação

Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2004. (mimeo.).

33. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento. Atlas de desenvolvimento humano no Brasil. <http://www.pnud.org.br/atlas> (acessado em 10/Set/2004).

34. Ministério da Saúde. Caderno de Textos Básicos Seminário Nacional de Saúde da População Negra 2004 ago 18-20; Brasília: Ministério da Saúde; 2004. <http://www.dtr2002.saude.gov.br/saudenegra/> (acessado em 10/Set/2004).

Correspondência para a autora:

F. Lopes Programa de Combate ao Racismo Institucional, Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional Escritório Brasil. Edifício Centro Empresarial VARIG, SCN Quadra 4, Bloco B, Torre Oeste, Sala 202, Brasília, DF 70714-900, Brasil. f-lopes@dfid.gov.uk lopesf@usp.br





A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001

The color of death: causes of death according to race in the State of Sao Paulo, 1999 to 2001

Luís Eduardo Batista¹, Maria Mercedes Loureiro Escuder² e Julio Cesar Rodrigues Pereira³

¹Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança. Instituto de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

²Núcleo de Investigação em Epidemiologia. Instituto de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

³Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Objetivo

Sob a premissa de que há diferenças sociais segundo a etnia e que essas diferenças se constituem vulnerabilidade para doença, realizou-se estudo para averiguar se a raça/ cor condiciona padrões característicos de óbito.

Métodos

Pelos registros de óbitos do Estado de São Paulo dos anos de 1999 a 2001, analisou-se a mortalidade proporcional por causa básica, segundo os capítulos da CID-10, entre as categorias de raça ou cor: branca, preta, parda e outras. A tabela de contingência permitiu, além do teste de χ^2 , a análise de resíduo, que aponta o excesso de óbitos estatisticamente significativo, em cada categoria de causa básica e cor. Usou-se a análise de correspondência para a representação gráfica das relações multidimensionais das distâncias χ^2 entre as categorias das variáveis estudadas.

Resultados

Foram analisados 647.321 registros válidos, sendo 77,7% de brancos, 5,4% de pretos, 14,3% de pardos e 2,6% de outros. Foi encontrada associação significativa entre causas de óbito e raça/cor. Observou-se no mapa multidimensional apresentado que pretos e pardos aparecem distantes, ainda que apresentem um perfil de óbito semelhante, ao contrário de brancos e outros que poderiam ser agrupados numa única categoria. À parte as causas mal definidas que caracterizam apenas os óbitos de pretos, as outras causas de óbito desse grupo são comuns a pretos e pardos, variando, no entanto, em ordem de relação e intensidade.

Conclusões

Foi encontrado na análise da mortalidade segundo a raça/cor, que a morte tem cor. Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças. Há uma morte negra que não tem causa em doenças: são as causas externas, complicações da gravidez e parto, os transtornos mentais e as causas mal definidas.

Palavras-chave: Mortalidade; Iniquidade social; Raça/cor; Análise de correspondência.



Abstract

Objective

Assuming that ethnicity might be a basis for social differentiation and that such differences might represent vulnerability to sickness, this study attempts to verify whether race or ethnic origin have an effect on mortality patterns.

Methods

The Sao Paulo State death register was examined from 1999 to 2001 in a contingency table of causes according to the 10th ICD and race or skin-color categories (White, Black, Mulatto and others). Chi-square test was used to check the association between skin-color and cause of death; residual analysis was used to elicit statistically significant excessive occurrences when each category of cause of death and skin color was combined; and correspondence analysis was used to examine overall relations among all categories considered.

Results

A total of 647,321 valid death registers were analyzed, among which 77.7% were of Whites, 5.4% of Blacks, 14.3% of Mulattoes and 2.6% of others. A significant association between skin color or race and cause of death was found. It may be observed that, although Blacks and Mulattoes present a similar death profile, on the contrary of Whites and others, which could be aggregated into a single category, the former appear in distinct positions on the multidimensional map presented. Except for mal defined causes, which characterize only the deaths of Blacks, the other causes of death within this group are common to both Blacks and Mulattoes, varying however, in intensity and as to the order in which they appear death.

Conclusions

Analysis of mortality according to race or color revealed that death has a color. There is a White death, which has, among its causes, sicknesses, which, although variable, are nothing more than sicknesses. There's a Black death, which is not caused by sicknesses but by external causes, complications in labor and delivery, mental disorders and ill-defined causes.

Key words: Mortality; Social inequity; Race/color; Correspondence analysis.



Introdução

Embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de grupos de pessoas.

Batista,³ em 2002, analisando os resultados da pesquisa de condições de vida (PCV-98) conduzida pela Fundação Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados) em 1998, revela diferenças entre famílias brancas e negras no Estado de São Paulo. As primeiras têm em média dois filhos sob a chefia de um homem, enquanto que as últimas caracterizam-se por maior número de filhos e com maior frequência são chefiadas por mulheres. Famílias negras têm menor escolaridade e menor renda familiar.

Esta adversidade, revelada pela PCV-98, para as condições de vida dos negros no Estado de São Paulo, apenas confirma o que já havia sido encontrado em estudos de abrangência nacional. De fato, Soares,⁸ em análise das PNADs (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios) 1987-98, realizada em 2000, para o Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas (IPEA), mostra diferenças de salário e inserção no mercado de trabalho entre homens brancos e negros, a estes sendo reservados os piores salários, as piores funções e as atividades menos qualificadas. De forma análoga, Henriques,⁵ que estudou a evolução das condições de vida na década de 90, verificou que 63% da população pobre é de negros e que 61,2% da população negra é de pobres ou indigentes, concluindo: *“A constatação incontornável que se apresenta é que nascer de cor*

parda ou cor negra aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre”.

Para dar conta da situação adversa de vida como componente social do processo saúde-doença, Ayres¹ recupera o conceito de vulnerabilidade que, à semelhança do conceito epidemiológico de risco, busca aferir objetivamente como as características individuais ou de grupo podem implicar chances aumentadas de doença ou oportunidades diminuídas de proteção contra a doença. Turner et al⁹ definem vulnerabilidade como o grau ao qual um sistema está inclinado a experimentar dano por exposição a uma agressão, seja esta uma perturbação ou um fator de stress. De acordo com estes autores, a utilidade de uma análise de vulnerabilidade aumenta, entre outros fatores, quando ela facilita a identificação de interações críticas no sistema humano meio ambiente (social) que sugiram oportunidades de resposta para tomadores de decisão e quando ela esteja aberta à combinação de dados quantitativos e qualitativos em seus métodos de análise. Estes dois aspectos particulares do conceito de vulnerabilidade aconselharam as definições de análise no presente estudo.

Considerando que nos últimos anos os registros de óbitos vêm agregando informações sobre a raça/cor (preto, pardo, branco, amarelo, indígena), sob o referencial teórico discutido acima, ou seja, sob a premissa de que há diferenças sociais segundo a raça/cor e que estas diferenças se constituem em vulnerabilidade para doença, o presente estudo foi concebido para averiguar se a raça/cor condiciona padrões característicos de óbito. Ou por outra, se a morte tem cor.



Métodos

Os registros de óbitos da população residente no Estado de São Paulo para os anos de 1999, 2000 e 2001 foram fornecidos pelo Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CIS-SES). Os dados relativos à causa básica foram processados como mortalidade proporcional segundo capítulos da CID-10 e organizados em categorias de raça/cor de pessoas numa tabela de contingência. A análise de mortalidade proporcional foi preferida em relação à análise de coeficientes de mortalidade tanto para se limitar o universo de discurso aos registros de óbitos sem emprestar denominadores de outras fontes para o cálculo de coeficientes, como também com vistas a enfatizar prioritariamente as relações entre categorias de cor e causa de óbito, uma abordagem qualitativa que se considerou talvez mais apta para um esforço descritivo do que seriam testes quantitativos de diferenças de coeficientes de mortalidade.

Foram desprezados registros cuja informação sobre a raça/cor estava ausente, bem como aqueles cuja causa básica de óbito pertencesse ao capítulo VII (Doenças do olho e anexos H00 a H59) ou ao capítulo VIII (Doenças do ouvido e da apófise mastóide H60 a H95) da CID-10. Os primeiros porque a contingência causa/cor resultava nula e os últimos porque a contingência, embora possível, era praticamente nula dada a baixa ocorrência de óbitos com tais causas básicas 0,013% do total de óbitos analisados.

As categorias de raça/cor 'amarela' e 'indígena' foram reunidas numa única categoria 'outros', que ainda assim representou apenas 2,6% do total de óbitos analisados.

A análise da tabela de contingência seguiu as

sugestões de Pereira⁷. Primeiro avaliou-se a associação entre as variáveis 'causa básica' e 'raça/cor' pelo teste do χ^2 , em seguida examinou-se a associação entre pares de categorias dessas variáveis pela análise de resíduos e finalmente estudaram-se as relações entre todas as categorias de ambas as variáveis em uma análise de correspondência.

O teste do χ^2 esclarece se a distribuição dos óbitos segundo a causa e a raça/cor é aleatória ou se há um padrão determinado por dependência entre essas variáveis. A análise de resíduos revela os padrões característicos de cada categoria de cada variável segundo o excesso ou falta de ocorrências de sua combinação com cada categoria da outra variável. No presente estudo buscou-se caracterizar as categorias de raça/cor segundo o excesso de ocorrências em combinações com categorias de causa básica de óbito: de quê, de forma estatisticamente significativa, mais morrem pessoas de uma dada raça/cor. Tanto para a associação entre as variáveis no teste do χ^2 quanto para a associação entre categorias de variáveis na análise de resíduos, adotou-se o nível de significância de 5%. Este nível de significância para o excesso de ocorrências corresponde a resíduo com valor positivo superior a 1,96.

A análise de correspondência é uma técnica de representação gráfica em projeção plana das relações multidimensionais das distâncias χ^2 entre as categorias das variáveis estudadas. Utilizou-se a projeção simétrica, que permite examinar simultaneamente as relações entre linhas e colunas da tabela de contingência, ou seja, as relações entre todas as categorias de ambas as variáveis. Categorias com localização próxima na projeção



plana têm relação mais forte do que categorias separadas por distâncias maiores. Qualquer categoria, representada como um ponto na projeção plana, pode ser analisada em separado e caracterizada segundo a proximidade das projeções de todas as outras categorias sobre uma reta que ligue seu ponto característico à origem dos eixos do plano de projeção. Quando categorias de uma mesma variável encontram-se em posições próximas no mapa da análise de correspondência, isto sugere que, independentemente de seus conteúdos semânticos, elas podem ser consideradas iguais no que tange a distribuição de massas do total das observações realizadas.

No presente estudo, as categorias cor amarela e indígena, a despeito de seus significados étnicos distintos, foram reunidas numa única categoria 'outras' com base numa análise preliminar que mostrava projeções congruentes no mapa da análise de correspondência.

Quando categorias das duas variáveis contingenciadas são projetadas próximas, isto sugere associação entre os eventos que representam, embora nada se cogite sobre significância estatística. Esta pode ser analisada para pares de categorias na análise de resíduos, como já descrito.

Para boa interpretação dos resultados, deve-se ter em mente que este plano de análise tem natureza essencialmente descritiva, não comportando inferências de causa e efeito e como corolário interpretações de risco. O teste do qui-quadrado e a análise de resíduos aferem o distanciamento entre as observações realizadas e esperadas por simples aleatoriedade. A análise de correspondência oferece informações de contraste entre relações de categorias

de variáveis contingenciadas, de modo que uma relação mais forte entre duas categorias em comparação com outras relações não pressupõe efeitos de uma sobre a outra.

Resultados

Para o período estudado (1999 a 2001), obteve-se 647.321 registros válidos, sendo 77,7% de brancos, 5,4% de pretos, 14,3% de pardos e 2,6% de outros. A proporção de registros sem anotação para raça/cor diminuiu progressivamente no período, tendo sido de 13,6% em 1999, 6,8% em 2000 e 5,1% em 2001.

O contingenciamento entre causa básica de óbito e raça/cor (Tabela 1), testado pelo χ^2 , revela que essas variáveis não são independentes ($p=0,000$), ou seja, raça/cor e causa não se combinam aleatoriamente. A Tabela 2 apresenta a análise de resíduos que permite caracterizar os óbitos de cada raça/cor segundo a causa básica:

- Brancos, óbitos cujas causas características são em ordem decrescente de importância, neoplasias, aparelho circulatório, aparelho respiratório, sistema nervoso, congênitas, perinatal, aparelho geniturinário, aparelho digestivo, endócrinas e nutricionais, ossos, pele, doenças do sangue;
- Pretos, óbitos cujas causas características são em ordem decrescente de importância, causas externas, infecciosas, mal definidas, transtornos mentais, gravidez e parto, endócrinas e nutricionais;
- Pardos, óbitos cujas causas características são em ordem decrescente de importância, causas externas, infecciosas, transtornos mentais, gravidez e parto, perinatal;



• Outros, óbitos cujas causas características são em ordem decrescente de importância, neoplasias, aparelho circulatório, aparelho geniturinário, aparelho respiratório, endócrinas e nutricionais.

A análise de correspondência derivou duas dimensões para a projeção plana das categorias das variáveis, sendo que juntas essas dimensões

conseguiram representar 99,4% das variações das distâncias ² originais. A maior parte das categorias de causas básicas de óbito guardam pequenas distâncias entre si, como que se fossem mais ou menos equivalentes, sugerindo que talvez pudessem ser reunidas para uma categoria comum genérica, como óbito por doença. Essas causas formam uma nuvem no espaço intermediário direito do mapa

Tabela 1 - Número de óbitos segundo categorias de causa básica e cor no Estado de São Paulo, de 1999 a 2001.

| Causa básica | Cor | | | | Total |
|---------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | Branca | Preta | Parda | Outras | |
| Infeciosas | 21.728 | 2.259 | 5.541 | 689 | 30.217 |
| Neoplasias | 79.681 | 4.074 | 9.771 | 3.143 | 96.669 |
| Doenças do sangue | 1.961 | 125 | 314 | 71 | 2.471 |
| Endócrinas e nutricionais | 23.548 | 1.759 | 3.601 | 903 | 29.811 |
| Transtornos mentais | 3.499 | 437 | 917 | 103 | 4.956 |
| Sistema Nervoso | 7.552 | 370 | 1.028 | 207 | 9.157 |
| Aparelho circulatório | 157.227 | 10.637 | 23.510 | 5.475 | 196.849 |
| Aparelho respiratório | 55.196 | 2.785 | 7.550 | 1.945 | 67.476 |
| Aparelho digestivo | 27.968 | 1.710 | 4.822 | 832 | 35.332 |
| Pele | 909 | 63 | 125 | 32 | 1.129 |
| Ossos | 1.367 | 88 | 186 | 47 | 1.688 |
| Aparelho geniturinário | 8.362 | 515 | 1.115 | 352 | 10.344 |
| Gravidez, parto | 526 | 75 | 194 | 8 | 803 |
| Perinatal | 13.833 | 314 | 2.625 | 379 | 17.151 |
| Congênitas | 5.184 | 126 | 800 | 132 | 6.242 |
| Mal definidas | 31.692 | 2.728 | 5.418 | 931 | 40.769 |
| Causas externas | 62.895 | 6.754 | 25.223 | 1.385 | 96.257 |
| Total | 503.128 | 34.819 | 92.740 | 16.634 | 647.321 |
| χ^2 : 18296,5 | | GL: 48 | | p: 0,000 | |

GL: Grau de liberdade
p: Significância estatística

Tabela 2 - Resíduos padronizados das ocorrências de óbitos segundo causa básica e cor no Estado de São Paulo, de 1999 a 2001.

| Causa básica | Cor | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| | Branca | Preta | Parda | Outras |
| Infeciosas | -24,9 | 16,5 | 20,4 | -3,3 |
| Neoplasias | 38,1 | -17,4 | -40,6 | 14,5 |
| Doenças do sangue | 2,0 | -0,7 | -2,3 | 1,0 |
| Endócrinas e nutricionais | 5,4 | 4,1 | -11,3 | 5,1 |
| Transtornos mentais | -12,1 | 10,8 | 8,4 | -2,2 |
| Sistema Nervoso | 11,0 | -5,7 | -8,5 | -1,9 |
| Aparelho circulatório | 27,4 | 0,6 | -36,2 | 7,1 |
| Aparelho respiratório | 26,9 | -15,2 | -24,6 | 5,4 |
| Aparelho digestivo | 6,7 | -4,6 | -3,7 | -2,6 |
| Pele | 2,3 | 0,3 | -3,1 | 0,6 |
| Ossos | 3,2 | -0,3 | -3,9 | 0,6 |
| Aparelho geniturinário | 7,7 | -1,8 | -10,4 | 5,4 |
| Gravidez, parto | -8,3 | 5,0 | 8,0 | -2,8 |
| Perinatal | 9,3 | -20,9 | 3,7 | -3,0 |
| Congênitas | 10,2 | -11,8 | -3,4 | -2,3 |
| Mal definidas | 0,1 | 12,1 | -6,2 | -3,8 |
| Causas externas | -100,1 | 24,4 | 114,0 | -24,0 |

Em negrito estão os resíduos com valor positivo superior a 1,96, que corresponde ao nível de significância para o excesso de ocorrências.



(Figura), onde também se localizam as categorias de raça/cor 'branca' e 'outras', também elas com uma proximidade que pode sugerir ao invés de duas, uma única categoria de pessoas: não negros (Figura).

Fora da nuvem de doenças em geral, destacam-se como causas básicas de óbito algumas causas de especificidade própria (localização isolada), causas como gravidez e parto, transtornos mentais, infecciosas, mal definidas, endócrinas e nutricionais, causas externas, congênitas e perinatais. Essas seriam as causas não banais, que

não podem ser reunidas numa única categoria de óbito. Talvez, em oposição à classe anterior sugerida pela nuvem de causas no leste do mapa, essas causas possam ser interpretadas pela negação da classe anterior. Se aquela é a classe dos óbitos por doença, talvez esta seja a classe dos óbitos não por doença. De fato, gravidez e parto, transtornos mentais, doenças infecciosas, doenças mal definidas, doenças nutricionais e causas externas, embora causas de doenças, elas não deveriam ser causa de óbito são doenças para as quais o

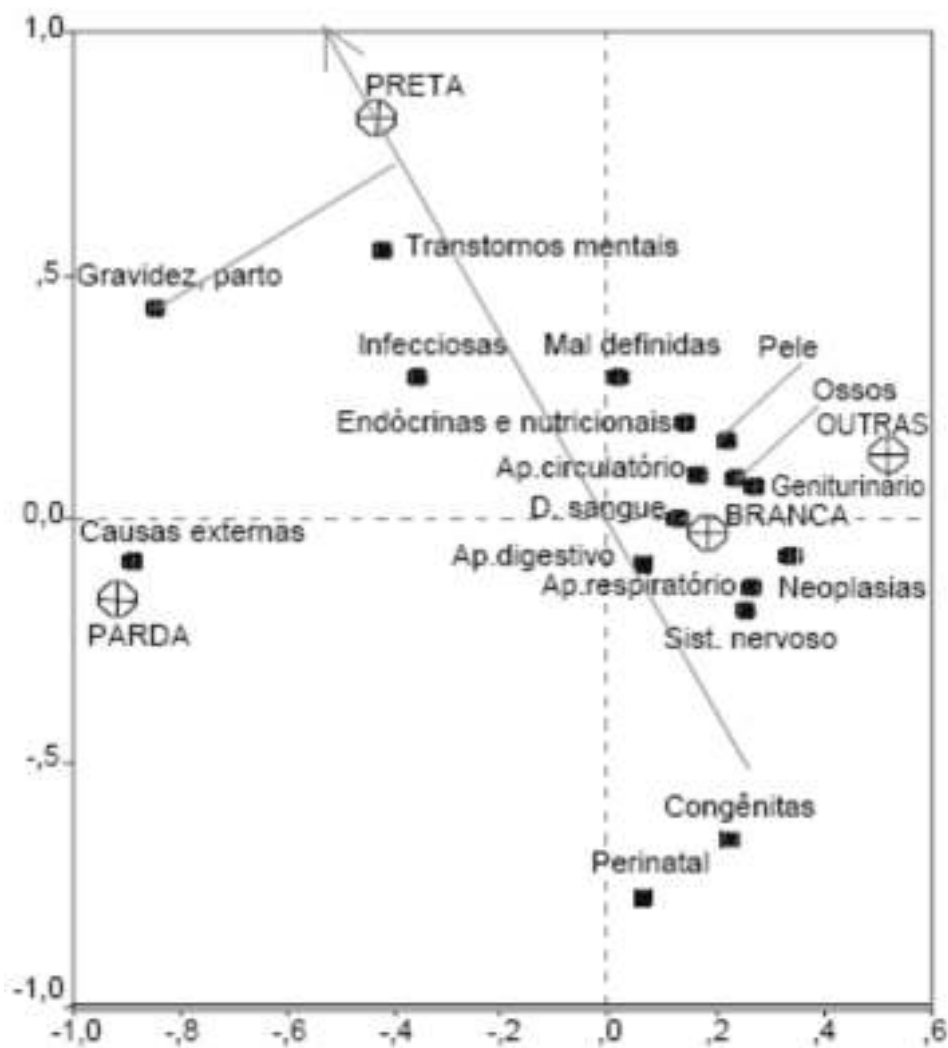


Figura - Mapa das relações entre categorias de causa básica de óbito e cor entre os óbitos registrados para o Estado de São Paulo no período de 1999 e 2001.



desfecho em óbito é estranho, senão repugnante. À exceção das congênitas, que melhor se associam com a raça/cor branca, este grupo de causas de óbitos vai associar-se mais fortemente com as categorias preta e parda.

Sobre as categorias de raça/cor preta e parda, a análise de correspondência agrega informação importante, não aparente na análise de resíduos que examina relações par a par. Pretos e pardos são distintos e, ao contrário de brancos e outros que poderiam ser agrupados numa única categoria, devem permanecer separados ainda que dividam um perfil de óbito semelhante. À parte as causas mal definidas que caracterizam apenas os óbitos de pretos, as outras causas de óbito desse grupo são comuns a pretos e pardos, variando, no entanto, em ordem de relação e intensidade. Isso, que fica claramente dimensionado nos valores dos resíduos padronizados, na análise de correspondência aparece como projeções distintas nas linhas de projeção das categorias de raça/cor. Para auxiliar a interpretação do mapa, a linha de projeção para a caracterização da cor preta é desenhada (da origem do mapa em direção à cor preta), nela se projetando como primeira categoria de causa básica a gravidez e parto. Pode-se repetir o exercício imaginando linhas de projeção para quaisquer categorias de causa básica ou raça/cor. As diferenças de ordem entre as projeções sobre linhas para categorias específicas e as informações da análise de resíduos devem ser debitadas à distorção da projeção de um espaço tetradimensional original (as quatro categorias de raça/cor) para o espaço plano das dimensões derivadas pela análise de correspondência. Nessa análise as categorias de cor preta e parda são

separadas por um espaço preenchido pelas categorias de causa básica que lhe são comuns.

Discussão

Estudos sobre a influência da condição racial na organização da sociedade devem muito aos movimentos sociais. De fato, raça e cor tornam-se objeto de investigação na medida em que são reificados pelo movimento negro.

Paradoxalmente, no entanto, as categorias de raça/cor, que para esse movimento são apenas uma expressão da coisa definida ontologicamente na etnia, na herança de uma cultura africana, no presente estudo assumem identidades distintas entre pretos e pardos.

A contradição, entretanto, talvez inexista. Como sugerem os estudos comentados na introdução do presente artigo, a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade. Nas categorias de raça/cor, enquanto preto e branco, são classificações indisputáveis, pardo é uma categoria que se define socialmente. Meio branco, meio preto, o pardo se reconhece ora como um ora como outro na dependência de como sua imagem é construída socialmente. A identidade do pardo depende mais do ambiente social onde vive do que de qualquer atavismo cultural. A distinção entre preto e pardo é de natureza social, a vulnerabilidade de pretos e pardos é igualmente de natureza social. Dessa forma, se o processo saúde-doença, e por via de consequência a morte, é também fenômeno de natureza social, não deve restar surpresa quando as relações entre



raça/cor e morte se expressam em categorias socialmente definidas, ou seja, morte se relaciona com a raça/cor por via de suas categorias de expressão social; a morte dos negros se expressa nas cores preta e parda.

A inclusão de informação sobre raça/cor nos registros de óbitos respondeu a antigas reivindicações do movimento negro e criou uma oportunidade efetiva de caracterização empírica do conceito teórico de vulnerabilidade aplicado a esse grupo racial/étnico. É surpreendente como a aplicação de estratégias metodológicas adequadas a simples tabela de contingência permite deslindar o que seja a morte segundo a raça/cor no Estado de São Paulo. Brancos morrem de tudo, como que aleatoriamente visitados por qualquer doença fatal. Que a leitura rápida não iluda o desavisado: o polimorfismo da morte entre brancos não pode ser atribuído à superioridade numérica dos óbitos entre brancos porque os resíduos padronizados são uma distância entre o número observado e o número esperado segundo as frequências marginais de causa básica e raça/cor.

Pretos e pardos têm um padrão semelhante de morte, mas distinguem-se entre si pela ordem e, principalmente, pela intensidade de como essas causas de morte se organizam. A especificidade da morte entre negros tem reunido evidências sucessivas em vários estudos sobre a mortalidade nos últimos anos. Martins & Tanaka,⁶ em 2000, identificaram taxas de mortalidade materna mais elevadas entre negras. Em 2001, Barbosa² mostrou que os coeficientes de mortalidade geral são mais altos entre negros, Cunha⁴ encontrou maior

mortalidade infantil e Werneck¹⁰ maior mortalidade por HIV-Aids.

A principal conclusão do presente trabalho é a de que há diferenças entre óbitos de pessoas de diferentes origens étnicas e que essas diferenças podem ser caracterizadas. No Estado de São Paulo, para o período estudado, os negros pretos e pardos concentram as ocorrências de óbito mais ignominiosas. Constata-se que nesse Estado ocorreram 803 óbitos por gravidez, parto e puerpério. Ainda que sejam apenas 803 em três anos (0,12% do total, Tabela 1). Além disso, constata-se que o grupo de pessoas que concentram essas ocorrências é o de negras ($Z_{res}=5$ e 8 para pretos e pardos, Tabela 2). De fato, embora em números absolutos o óbito por gravidez e parto seja duas vezes maior entre os brancos (526 contra 269 dos negros), os brancos são quatro vezes maiores que os negros em óbitos totais (503.128 contra 127.559).

No presente estudo, escapou ao controle da análise das relações entre cor e causa de óbito a caracterização da condição socioeconômica das pessoas. Há que se considerar que uma não improvável relação entre inserção social e cor e inserção social e óbito faça desta variável um fator de confusão nas relações encontradas.

Talvez a característica da morte não seja a cor, mas a condição socioeconômica. No entanto, dentro do escopo deste estudo, o que foi encontrado na análise da mortalidade no Estado de São Paulo segundo a raça/cor, é que a morte tem cor. Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças, essas coisas que se opõem à saúde até um



dia sobrepujá-la num fim inexorável: a morte que encerra a vida. A morte branca é uma “morte morrida”. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada.

Artigo publicado originalmente na Revista de Saúde Pública. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev. Saúde Pública 2004;38(5): 630--636.

Referências bibliográficas

1. Ayres JRJM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34 IMS-UERJ; 1999. p. 49-72.
2. Barbosa MI da S. Racismo e saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
3. Batista LE. Mulheres e homens pretos: saúde doença e morte [tese de doutorado]. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista; 2002.
4. Cunha EMG de P da. Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998 [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Medicina da Unicamp; 2001.
5. Henriques R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Brasília (DF): IPEA; 2001. p. 52. (Texto para discussão, n. 807).
6. Martins AL, Tanaka AC d'A. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum 2000;10:27-38.
7. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. São Paulo: EDUSP; 1997.
8. Soares SSD. O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. Brasília (DF): IPEA; 2000. p. 26. (Texto para discussão, n. 769).
9. Turner BL, Kasperson RE, Matson PA, McCarthy JJ, Corell RW, Christensen L, et al. A framework for vulnerability analysis in sustainability science. Proc Natl Acad Sci 2003;100:8074-79.
10. Werneck J. A vulnerabilidade das mulheres negras. J Redesaúde 2001;23:31.

Correspondência para o autor:

Coordenadoria de Controle de Doenças

Av. Dr. Arnaldo, 355, 1o andar

01246-902

Email: lebatista@sude.sp.gov.br



Causas de óbito segundo raça/cor no Estado de São Paulo

*Coordenadoria de Controle de Doenças e Instituto de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde*

As estatísticas de morbidade e mortalidade são utilizadas para avaliar a situação da saúde da população e desenvolver políticas públicas de saúde. Na análise dos dados de mortalidade, apontam-se as causas de morte que assolam a população, discutem-se os dados segundo a idade, o sexo e grupo social ou frações de classe, mas não se discutem as diferentes construções socioculturais existentes na sociedade e seus reflexos no perfil da mortalidade. Por exemplo, não se contempla a raça/cor como categoria de análise e apenas em 1996 que se inseriu a variável raça/cor nos atestados de óbitos. O quesito cor é o mesmo que o utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que trabalha com cinco variáveis de raça/cor, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena; quando o IBGE utiliza a categoria negro está se referindo a preto mais pardo (negro=preto+pardo).

Em estudo sobre a mortalidade da população negra realizado em 1998, a assistente social Maria Inês da Silva Barbosa analisou os óbitos ocorridos durante seis meses na cidade de São Paulo. Todavia, nenhum estudo foi realizado para o Estado de São Paulo.

Em 1996, do total de óbitos ocorridos no Estado, 87% não tinham indicação de qual era a raça/cor dos indivíduos. Já, em 1997, o percentual caiu para 61%; 21% em 1998; 13% em 1999 e 6,5% em 2000, possibilitando o uso da variável raça/cor nos estudos.

Na tese de doutorado “Mulheres e homens

negros: saúde, doença e morte”, o sociólogo Luis Eduardo Batista apresenta estudo com os óbitos ocorridos no Estado de São Paulo no período de 1996-2000. Como os dados populacionais do censo 2000, segundo município, raça/cor e idade não estavam disponíveis, não foi possível atingir o objetivo. As diferenças no perfil da mortalidade de brancos e pretos do Estado de São Paulo, foram analisadas então para o ano de 1999.

O estudo de Luís Eduardo Batista, Maria Mercedes L. Escuder e Júlio César R. Pereira realizado no período de 1999 a 2001 e publicado na Revista de Saúde Pública 38(5) 2004, analisou as causas de mortalidade segundo características de raça/cor no Estado de São Paulo, revelando associações importantes entre óbitos e raça/cor. Pretos e pardos têm padrões semelhantes de morte, mas distinguem-se principalmente, pela intensidade de como essas causas de óbitos se organizam, estando associados às causas externas (mortes violentas), complicações da gravidez e parto (geralmente relacionadas ao acesso e qualidade da assistência), os transtornos mentais e as causas mal definidas (indicador da qualidade da assistência). Os brancos têm como causas de morte diferentes doenças. Nessa pesquisa fica evidente que “há diferença no perfil da mortalidade segundo raça/cor, que pretos e pardos apresentam perfil de óbito semelhante, mas a intensidade difere: brancos e amarelos morrem das mesmas causas e a intensidade difere muito pouco, por fim, a morte tem cor”.



Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte

O estudo “Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte” analisou dados do ano de 1999 evidencia que ocorreram 236.025 óbitos no Estado de São Paulo: 141.446 eram homens e 94.579, mulheres; 93 mil eram homens brancos (perfazendo uma taxa de 750 óbitos para cada 100 mil homens brancos), 6.921 homens pretos (954 por 100 mil homens pretos), 23.073 para “outros”: pardos, amarelos e indígenas (528 por 100 mil homens pardos, amarelos e indígenas) e em 18.452 óbitos masculinos a raça/cor foi ignorada.

Quando comparadas as taxas de óbitos dos homens pretos e brancos, verifica-se entre os pretos a maior taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e metabólicas,

transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório e causas externas (Tabela).

Entre as doenças infecciosas e parasitárias se destaca a maior mortalidade dos homens pretos por tuberculose e HIV/Aids. Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a Diabetes Mellitus é a principal causa de morte. Numa visão comparativa, entre os óbitos dos homens pretos e brancos por doenças do aparelho circulatório, nota-se que prevalece entre os pretos o óbito por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Proporcionalmente, os pretos morrem duas vezes mais que os brancos por causas externas. Enquanto os brancos morrem por acidente de veículo a motor, os pretos morrem por agressões com arma de fogo, objetos contundentes, agressões não especificadas, atropelamentos e por homicídio.

Tabela - Taxa de mortalidade dos residentes no Estado de São Paulo (por 100 mil), segundo sexo, raça/cor e grupos de causas da CID-10, 1999.

| Capítulos da CID | Mulheres | | Razão entre os coeficientes Pretos/Brancos | Homens | | Razão entre os coeficientes Pretos/Brancos |
|--|------------------|----------------|--|------------------|----------------|--|
| | Brancas Taxa* | Pretas Taxa | | Brancos Taxa* | Pretos Taxa | |
| Total | 481,31 | 517,01 | 1,07 | 750,60 | 954,23 | 1,27 |
| I Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 19,30 | 31,01 | 1,61 | 36,25 | 67,28 | 1,86 |
| II Neoplasias | 81,72 | 74,80 | 0,92 | 108,55 | 87,00 | 0,80 |
| III Doenças de sangue, hematopoiéticos e transtornos imunitários | 2,10 | 1,29 | 0,66 | 2,28 | 2,21 | 0,97 |
| IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 29,78 | 39,74 | 1,33 | 25,92 | 30,75 | 1,19 |
| V Transtornos mentais e comportamentais | 1,92 | 3,29 | 1,71 | 6,38 | 19,58 | 3,07 |
| VI Doenças do sistema nervoso | 7,41 | 5,44 | 0,73 | 9,80 | 11,44 | 1,17 |
| IX Doenças do aparelho circulatório | 174,48 | 199,59 | 1,14 | 212,93 | 244,45 | 1,15 |
| X Doenças do aparelho respiratório | 56,34 | 43,79 | 0,78 | 77,37 | 72,52 | 0,94 |
| XI Doenças do aparelho digestivo | 20,94 | 21,90 | 1,05 | 46,41 | 44,40 | 0,96 |
| XIV Doenças do aparelho geniturinário | 8,77 | 9,75 | 1,11 | 10,68 | 11,03 | 1,03 |
| XV Morte materna** | 37,90 | 245,54 | 6,4 | | | |
| XVII Malformação congênita e deformidades... | 5,54 | 2,28 | 0,41 | 7,01 | 3,45 | 0,49 |
| XX Causas externas | 23,26 | 30,37 | 1,31 | 136,23 | 274,37 | 2,01 |
| Total (N) | 64.512 | 4.085 | | 93.000 | 6.921 | |

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica/ Centro de Controle de Doenças/ Secretaria Estadual de Saúde - São Paulo

*A taxa foi calculada pela razão= número de óbitos, dividida pela população, segundo sexo e cor, multiplicado por 100 mil
 **A mortalidade materna foi calculada pela razão= número de óbitos por causas maternas segundo cor, dividido pelo número de nascidos vivos e cor, multiplicado por 100 mil



Dos 94.579 óbitos femininos ocorridos no Estado de São Paulo em 1999, 64.512 mil mulheres eram brancas (perfazendo uma taxa de 481 por 100 mil mulheres brancas), 4.085 pretas (517 por 100 mil mulheres pretas), 12.155 pardas, amarelas e indígenas (285 por 100 mil mulheres pardas, amarelas e indígenas) e em 13.827, a raça/cor foi ignorada. Quando se comparam os coeficientes, constata-se maior taxa de mortalidade das mulheres pretas, principalmente por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e o HIV/Aids), doenças endócrinas e metabólicas (diabetes), transtornos mentais (alcoolismo e “drogadição”), doenças do aparelho circulatório (insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral), gravidez, parto, puerpério e causas externas. As mulheres brancas são mais vulneráveis às neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, doenças do sistema nervoso, aparelho respiratório e as afecções originárias do período perinatal (Tabela).

A taxa de mortalidade materna das mulheres pretas supera em 6,4 vezes a das brancas. A taxa de óbitos por morte materna é de 245,54 entre as mulheres pretas e 37,90 entre as brancas. O estudo pôde constatar que o óbito das mulheres pretas supera em 5,9 vezes a taxa oficial, fornecida pela Secretaria de Estado da Saúde (41,4/100 nascidos vivos).

A análise das taxas de mortalidade desagregadas por três dígitos da CID-10 mostra a maior mortalidade de homens e mulheres pretos por tuberculose, HIV/Aids, Diabetes Mellitus, câncer do

esôfago, colo de útero e próstata, acidente vascular cerebral em ambos os sexos.

Se os estudos de mortalidade servem para diagnosticar problemas de saúde e sugerir políticas, ainda não foi possível sensibilizar os gestores de saúde a desagregar os dados oficiais por raça/cor; realizar ações para promover a equidade racial em saúde e transformar os estudos produzidos pela academia e movimentos sociais em políticas públicas.

Entretanto, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde deve lançar em novembro o livro “Saúde Brasil, 2005” com todos os dados desagregados segundo a raça/cor, idade, sexo, escolaridade e região. A Rede Internacional de Informações para Saúde (RIPSA), também vai lançar o Indicador de Desenvolvimento Básico “IDB Brasil, 2005” com indicadores de saúde por grandes regiões, unidades federadas, sexo e raça/cor. A RIPSA é uma parceria do Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde, congrega várias instituições de pesquisa e tem por objetivo disponibilizar dados básicos e indicadores sobre condições de saúde e suas tendências, possibilitando assim aperfeiçoar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas.

Texto publicado originalmente na Revista de Saúde Pública. Causas de óbito segundo raça/cor e gênero no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2005;39(6): 987 - 988.



Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001

Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001

Maria do Carmo Leal, Silvana Granado Nogueira da Gama e Cynthia Braga da Cunha

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Objetivo

Analisar as desigualdades sociais e no acesso e utilização dos serviços de saúde em relação à cor da pele em amostra representativa de puérperas que demandaram atenção hospitalar ao parto.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado no Município do Rio de Janeiro, no qual foram amostradas 9.633 puérperas, sendo 5.002 brancas (51,9%), 2.796 pardas (29,0%) e 1.835 negras (19,0%), oriundas de maternidades públicas, conveniadas com o Sistema Único de Saúde e particulares no período de 1999 a 2001. Os dados foram coletados de prontuários médicos e por entrevistas com as mães no pós-parto imediato, aplicando questionários padronizados. Foram utilizados os testes de χ^2 para analisar a homogeneidade das proporções e t de Student para comparação de médias. A análise foi estratificada segundo o grau de instrução materna.

Resultados

Observou-se persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Nas mulheres pretas e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foram mais frequentes nas negras seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade. O grupo de elevado nível de escolaridade tem melhores indicadores, mas repete o mesmo padrão. Esse gradiente se mantém, em sentido inverso, quanto à satisfação com a assistência prestada no pré-natal e no parto. Constatou-se a existência de duas formas de discriminação, por nível educacional e cor da pele.

Conclusões

Verificaram-se dois níveis de discriminação, a educacional e a racial, que perpassam a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas do Município do Rio de Janeiro

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Cuidado pós-natal; Iniquidade social; Acesso aos serviços de saúde; Equidade no acesso.



Abstract

Objective

To analyze social inequalities and inequalities in access to and utilization of health care services according to skin color in a representative sample of postpartum women receiving hospital childbirth care.

Methods

A cross-sectional study was carried out in a sample of 9,633 postpartum women, of whom 5,002 were white (51.9%), 2,796 mulatto (29.0%), and 1,835 black skin color (19.0%), seen in public maternity hospitals, hospitals contracted out by the Unified National Health System, and private hospitals in the period 1999-2001. Data were collected from medical records and through interviews with the mothers in the immediate postpartum period using standardized questionnaires. Statistical analyses were performed using χ^2 tests to assess homogeneity of proportions and Student's t-test for comparison of measures. The analysis was stratified by maternal schooling.

Results

A persistent unfavorable situation was seen for mulatto and black women as compared to white women. Mulatto and black women had the highest rates of adolescent mothers, low schooling, unpaid occupation, and not having a partner. History of physical violence, smoking, attempts to interrupt pregnancy, and visits to several hospitals before being admitted were more frequent among black women, followed by mulatto and then white women of low schooling. High schooling group of women showed better indicators but the same pattern was seen. This variability is also seen in the opposite direction in terms of the level of satisfaction with prenatal and childbirth care.

Conclusions

It was distinguished two forms of discrimination, by educational level and skin color, in care delivered by health services to postpartum women in Rio de Janeiro.

Key words: Prenatal care; Postnatal care. Social inequity; Health services accessibility; Equity in access.



Introdução

As desigualdades raciais nas condições de saúde das populações permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica.

A medição dessas desigualdades se depara com problemas metodológicos para distinguir o quanto é inerente à questão racial, independente de outros aspectos como o acesso à informação, emprego, bens materiais, serviços de saúde ou mesmo da percepção do racismo. Todos esses fatores agem sinergicamente, amplificando os resultados negativos sobre a saúde e, simultaneamente, alimentando as desigualdades nas condições de vida.^{3,7}

Krieger¹⁰ (2003) distingue o conceito de racismo do de raça ou etnicidade. O primeiro, refere-se às práticas institucionais e individuais que criam e reforçam a discriminação contra aqueles a quem discriminam. Os termos raça e etnicidade são categorias sociais, mais do que biológica, referente a grupos que têm em comum uma herança cultural. Segundo a citada autora, a cor da pele pode ser considerada uma expressão biológica da raça, mas pode também ser uma expressão racializada da biologia, quando exposta ao racismo. Krieger¹⁰ comenta que o impacto do racismo sobre a saúde vem sendo abordado em estudos, tanto de forma direta, identificando experiências auto-reportadas, quanto indiretamente, pela descrição das disparidades raciais que apontam o racismo como subjacente a elas.

No Brasil, o debate político sobre as desigualdades raciais e suas conseqüências sobre a

saúde é recente e, portanto, há pouca literatura nacional sobre o tema. As poucas publicações sobre racismo devem-se, em parte, à ausência de dados para descrevê-las. Nem mesmo os sistemas de informação oficiais da saúde contemplavam dados que permitissem uma apreciação. Somente no final dos anos 90 iniciou-se a coleta de informação sobre a cor da pele na declaração de óbito e de nascido vivo.

No presente artigo, pretende-se comparar as características sociodemográficas de mulheres brancas, negras e pardas, analisar as diferenças no acesso aos serviços de saúde e na percepção da qualidade do atendimento recebido.

Métodos

Os dados do estudo são provenientes do projeto de pesquisa “Estudo da morbi-mortalidade e da atenção peri e neonatal no Município do Rio de Janeiro, 1999- 2001”, parcialmente publicado em 2004.¹¹ Em amostra estratificada proporcional, os estabelecimentos de saúde foram agrupados em três estratos: 1) estabelecimentos municipais e federais; 2) estabelecimentos privados conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), militares, estaduais e filantrópicos e; 3) estabelecimentos privados.

Em todos os hospitais de cada estrato foi selecionada uma amostra de, aproximadamente, 10% de parturientes do número previsto de partos, exceto naqueles com menos de 200 partos por ano, que foram excluídos por corresponderem a 3,7% do total de partos. O tamanho da amostra, 3.282 mulheres, em cada estrato, foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5%. No total, foram entrevistadas 10.072 mulheres selecionadas em 47



instituições, sendo 12 no primeiro estrato amostral, correspondendo a 34,8% dos partos; 10 no segundo estrato, correspondendo a 34,4%; e 25 no terceiro, com 30,8% dos partos.

As perdas foram de 4,5% para o total da amostra, sendo 2,6% para o primeiro estrato, 1,9% para o segundo e 9,3% para o terceiro. Os principais motivos para as perdas foram a alta precoce da mãe, para os dois primeiros estratos, e a recusa em participar, no terceiro.

Para esta análise foram incluídas 9.633 mulheres, sendo 5.002 brancas (51,9%), 2.796 pardas (29,0%) e 1.835 negras (19,0%). Foram excluídas 225 mulheres que se auto denominaram amarelas, 2,2% da amostra inicial, bem como 214 mães de partos gemelares (2,1%).

A coleta de dados foi feita por três questionários padronizados. O primeiro deles foi aplicado às mães no pós-parto imediato, o outro foi preenchido a partir de informações contidas nos prontuários e o terceiro, com questões acerca das condições da mãe e do bebê no momento da alta hospitalar. Tanto as entrevistas com as puérperas, quanto a consulta aos prontuários, foram realizadas por acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina. Os estudantes foram devidamente treinados para essa tarefa e contaram com a assistência de três supervisores de campo. As entrevistas eram realizadas diariamente, inclusive nos feriados e finais de semana. A equipe de campo permanecia nas instituições durante o tempo necessário para completar o número de puérperas amostrado.

Na análise bivariada a “instrução materna” foi categorizada em até o ensino médio incompleto e

ensino médio completo e mais.

A cor da pele foi definida pela puérpera ao responder a pergunta “qual a sua cor?” Foram oferecidas as alternativas fechadas: branca, preta, parda e amarela.

O índice de Kotelchuck avalia a adequação de uso dos serviços pré-natais, considerando o número de consultas e o mês do início ponderado pela idade gestacional. Leal et al¹² (2004) utilizaram este escore, adequando-o às características da população de puérperas do Município do Rio de Janeiro.

A ocorrência de patologias na gestação foi informada pela puérpera no momento da entrevista. Considerou-se como portadora de hipertensão arterial toda gestante com diagnóstico anterior à gestação, as que desenvolveram a doença durante a gravidez e que referiram um quadro de eclampsia. Da mesma maneira, o diabetes mellitus congregou os casos pré-gestacionais e gestacionais.

A análise estatística consistiu em utilizar testes de qui-quadrado (χ^2) para testar a homogeneidade de proporções e χ^2 de tendência linear para comparar os grupos de mães segundo a cor da pele, estratificada pelo nível de instrução. Para comparação de médias utilizou-se o teste *t* de Student.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Para cada puérpera amostrada para participar do estudo ou seu responsável, em caso de menores de idade, foi entregue termo de consentimento livre e esclarecido, expondo o objetivo da pesquisa e solicitando sua autorização por escrito.



Resultados

Na Tabela 1 observa-se uma persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Há maior concentração de puérperas adolescentes entre as negras (24,5%), seguidas pelas pardas (22,3%). As puérperas pardas e negras apresentam menor grau de escolaridade, apenas 1,3% das negras e 2,8% das pardas completaram o ensino superior, em contraste com 13,1% alcançado pelas brancas. Analisado pela ótica da falta de instrução, os resultados se invertem e o grupo das negras tem uma proporção de mulheres com menos de quatro anos de estudo, duas vezes maior do que o das pardas e brancas. Da mesma forma, as disparidades se estendem para a área

profissional, sendo maior, 44,3%, o percentual das que possuem trabalho remunerado entre as brancas em relação às pardas e negras, ambas, com cerca de 32,0%.

Quanto à situação conjugal, observa-se maior percentual de mulheres brancas e pardas vivendo com os pais de seus bebês, 86,6% e 83,1%, em relação às negras, 75,6%. Embora não sejam elevados os percentuais de mulheres que declararam ter tentado interromper a gestação e ter sofrido agressão física durante a gravidez, o valor encontrado entre as negras foi de 9,1% e 5,1% respectivamente, mais que o dobro do observado entre as brancas. A categorização pelo número de filhos tidos anteriormente revela um gradiente na

Tabela 1 - Características sociocomportamentais, gestacionais e de acesso das puérperas segundo a cor. Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.

| Variáveis | Cor branca % | Cor parda % | Cor preta % | % | Total N | p valor |
|--|-----------------|----------------|----------------|------|------------|---------|
| Faixa etária | | | | | | |
| <20 anos | 16,3 | 22,3 | 24,5 | 19,6 | 1.891 | 0,000 |
| 20 a 34 anos | 70,6 | 67,5 | 65,3 | 68,7 | 6.612 | |
| 35 anos e mais | 13,1 | 10,2 | 10,1 | 11,7 | 1.126 | |
| Instrução materna | | | | | | |
| <4ª série fundamental | 5,8 | 10,6 | 13,9 | 8,7 | 839 | 0,000 |
| 4ª série fundamental | 22,9 | 39,4 | 42,4 | 31,4 | 3.019 | |
| 6ª série fundamental | 20,6 | 25,4 | 25,4 | 22,9 | 2.202 | |
| Ensino médio | 37,4 | 21,8 | 17,1 | 29,0 | 2.787 | |
| Nível superior | 13,1 | 2,6 | 1,3 | 7,9 | 756 | |
| Tem trabalho remunerado | 44,3 | 31,9 | 32,5 | 38,5 | 3.706 | 0,000 |
| Vive com o pai do bebê | 86,6 | 83,1 | 75,6 | 83,5 | 8.033 | 0,000 |
| Tentou interromper a gestação | 3,5 | 5,9 | 9,1 | 5,3 | 506 | 0,000 |
| Sofreu agressão física na gestação | 2,0 | 3,1 | 5,1 | 2,9 | 277 | 0,000 |
| Paridade | | | | | | |
| Nenhum filho anterior | 45,1 | 37,5 | 33,6 | 40,7 | 3.918 | 0,000 |
| 1 a 2 filhos anteriores | 43,6 | 45,5 | 44,1 | 44,2 | 4.260 | |
| 3 e mais filhos anteriores | 11,3 | 17,0 | 22,3 | 15,1 | 1.450 | |
| Fumou na gestação | 10,3 | 14,9 | 18,5 | 13,2 | 1.271 | 0,000 |
| Hipertensão arterial na gestação | 8,3 | 10,7 | 14,1 | 10,1 | 960 | 0,000 |
| Diabetes mellitus na gestação | 1,6 | 1,8 | 2,2 | 1,7 | 165 | 0,100 |
| Sífilis na gestação | 0,8 | 1,9 | 3,0 | 1,5 | 143 | 0,000 |
| Índice de Kotelchuck modificado | | | | | | |
| Sem pré-natal | 2,5 | 4,7 | 6,7 | 3,9 | 356 | 0,000 |
| Inadequado | 19,7 | 29,5 | 36,3 | 25,6 | 2.331 | |
| Intermediário | 28,1 | 36,1 | 34,8 | 31,6 | 2.893 | |
| Adequado | 38,5 | 23,5 | 19,8 | 30,5 | 2.782 | |
| Mais do que adequado | 11,3 | 6,2 | 3,4 | 8,4 | 762 | |
| Chegou só a maternidade | 3,1 | 3,7 | 4,9 | 3,6 | 346 | 0,000 |
| Procurou mais de uma maternidade para o parto | 18,5 | 28,8 | 31,8 | 24,1 | 2.313 | 0,000 |
| Não recebeu anestesia no parto* | 13,5 | 16,4 | 21,8 | 16,4 | 784 | 0,000 |
| Tipo de prestador | | | | | | |
| Público | 35,9 | 46,9 | 58,9 | 43,5 | 4.189 | 0,000 |
| Convênio com o SUS | 20,3 | 32,0 | 29,6 | 25,5 | 2.455 | |
| Privado | 43,7 | 21,1 | 11,6 | 31,0 | 2.989 | |

*Excluídos os partos cesáreos



paridade, crescente das brancas para as negras, com as pardas em situação intermediária. Similarmente, o hábito de fumar durante a gestação mais presente entre as mulheres pardas, 14,9% e negras, 18,5%, do que entre as brancas, 10,3%.

Das enfermidades declaradas por elas durante a gestação, identificou-se que, para a doença hipertensiva e a sífilis, as brancas foram menos acometidas. Já para o diabetes mellitus a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa.

O índice de Kotelchuck modificado avalia a adequação quantitativa do pré-natal e mostrou, nas categorias “adequado” e “mais que adequado”, valores bem mais elevados entre as brancas comparadas às pardas e negras.

Poucas mulheres declararam ter chegado sozinhas à maternidade, mas ainda assim, foi maior o percentual nas pardas e negras. Foi elevada a proporção de mulheres que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada. A peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as negras, 28,8% nas pardas e 18,5% nas brancas.

A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal nos dois grupos, porém a proporção de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior entre as pardas, 16,4% e negras, 21,8%.

Em relação a estar com o companheiro ou familiar na ida para a maternidade, as gestantes pardas se assemelham às brancas, ficando as de cor preta em condição desfavorável, tendo 4,9% delas chegado desacompanhadas. A variável “tipo de prestador” reforça a desigualdade no acesso ao serviço de saúde entre brancas, pardas e negras. As

mulheres de cor preta e parda são majoritariamente atendidas em estabelecimentos públicos, 58,9% e 46,9%, e nas maternidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), 29,6 e 32,0%. As brancas, ao contrário, quase a metade, 43,7%, tiveram seus partos realizados em maternidades privadas.

A Tabela 2, apresenta as características maternas segundo a cor da pele e o nível de instrução, as diferenças observadas na Tabela 1 são mantidas em praticamente todas as variáveis.

É baixa a proporção de mães com trabalho remunerado entre as puérperas com nível fundamental de ensino, não diferindo entre brancas, pardas e negras. Porém, entre aquelas que finalizaram o ensino médio ou mais, as negras e pardas permanecem exercendo menos funções remuneradas. Viver em companhia do pai do bebê é menos freqüente entre as puérperas de cor preta, mesmo quando estratificado pela escolaridade materna. O mesmo se observa sobre ter sofrido agressão física no período pré-natal e haver tentado interromper a gestação. Quanto ao hábito de fumar durante gestação, as proporções de negras, pardas e brancas se tornam homogêneas no grupo com ensino médio completo e mais, por outro lado, persistem as diferenças entre os grupos de cor naquelas com menos instrução. As negras e pardas também utilizaram menos os serviços pré-natais, estiveram mais expostas à perambulação em busca de assistência médica para o parto e a não utilização de anestésico, independente do grau de escolaridade. A média do peso ao nascer foi significativamente diferente entre as raças para aquelas com menos que



o ensino médio completo. Entretanto, essa diferença deixa de existir quando se compara as mulheres com nível médio completo ou mais de escolaridade.

A avaliação da satisfação materna com a atenção recebida nos serviços de saúde, segundo a cor da pele, estratificada pelo nível de instrução, pode ser observada na Tabela 3. As mulheres de cor preta e

parda referiram menor grau de satisfação do que as brancas, para o atendimento recebido no pré-natal, parto e ao recém-nascido. Quanto ao nível de instrução, verifica-se que a satisfação cresce com os anos de estudo. Tanto nos níveis de instrução mais baixos, quanto nos mais elevados, as brancas mostram mais satisfação que as pardas e negras.

Tabela 2 - Características sociocomportamentais, gestacionais e de acesso das puérperas segundo a cor e grau de escolaridade. Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.

| Variáveis | Cor branca % | Cor parda % | Cor preta % | % | Total N | p valor |
|--|-----------------|----------------|----------------|-------|------------|---------|
| Idade materna | | | | | | |
| <20 anos de idade | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 14,6 | 20,9 | 23,5 | 18,1 | 1.741 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 1,7 | 1,4 | 1,1 | 1,5 | 146 | |
| 35 e mais anos de idade | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 3,8 | 6,3 | 7,3 | 5,2 | 503 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 9,2 | 3,8 | 2,8 | 6,4 | 615 | |
| Tem trabalho remunerado | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 25,9 | 24,0 | 27,1 | 25,5 | 1.548 | 0,582 |
| Ensino médio completo e mais | 62,3 | 56,1 | 56,7 | 60,6 | 2.145 | 0,003 |
| Vive com o pai do bebê | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 81,5 | 80,7 | 73,3 | 79,2 | 4.798 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 91,5 | 90,1 | 85,7 | 90,7 | 3.207 | 0,001 |
| Tentou interromper a gestação | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 6,0 | 7,1 | 10,4 | 7,5 | 451 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 1,0 | 2,3 | 3,0 | 1,5 | 52 | 0,001 |
| Sofreu agressão física na gestação | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 3,2 | 3,8 | 5,7 | 4,0 | 242 | 0,014 |
| Ensino médio completo e mais | 0,8 | 0,7 | 2,1 | 0,9 | 33 | 0,143 |
| Fumo na gestação | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 14,5 | 17,3 | 21,3 | 17,2 | 1.039 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 6,1 | 6,9 | 6,3 | 6,3 | 221 | 0,643 |
| Índice de Kotelchuck (adequado e mais que adequado) | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 24,4 | 20,6 | 16,5 | 21,2 | 1.188 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 73,4 | 55,8 | 46,0 | 67,4 | 2.348 | 0,000 |
| Procurou mais de uma maternidade | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 27,8 | 33,8 | 33,9 | 31,4 | 1.901 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 9,4 | 13,6 | 22,7 | 11,5 | 404 | 0,000 |
| Não recebeu anestesia no parto* | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 16,0 | 17,4 | 23,0 | 18,1 | 699 | 0,000 |
| Ensino médio completo e mais | 6,7 | 9,0 | 12,9 | 8,2 | 78 | 0,012 |
| Média de peso ao nascer (g) | | | | | | |
| Até o ensino médio incompleto | 3.184 | 3.155 | 3.121 | 3.158 | 5.856 | 0,007 |
| Ensino médio completo e mais | 3.220 | 3.218 | 3.185 | 3.216 | 3.439 | 0,564 |

*Excluídos os partos cesáreos



Tabela 3 – Avaliação das mães quanto à qualidade da assistência prestada no pré-natal, parto e ao recém-nascido, segundo a cor e o grau de escolaridade. Município do Rio de Janeiro, 999-2001.

| Variáveis | Branca | Parda | Preta | p valor |
|---------------------------------------|--------|-------|-------|---------|
| Assistência ao pré-natal* | | | | |
| Ragular ou ruim | | | | 0,000 |
| Até o ensino médio incompleto | 13,8 | 15,7 | 17,1 | |
| Ensino médio completo e mais | 3,5 | 7,1 | 7,9 | |
| Boa | | | 0,000 | |
| Até o ensino médio incompleto | 47,8 | 49,2 | 49,7 | |
| Ensino médio completo e mais | 19,6 | 30,5 | 36,2 | |
| Otima | | | | 0,000 |
| Até o ensino médio incompleto | 38,4 | 35,0 | 33,2 | |
| Ensino médio completo e mais | 76,9 | 62,4 | 55,9 | |
| Assistência ao parto | | | | |
| Ragular ou ruim | | | | 0,003 |
| Até o ensino médio incompleto | 7,8 | 10,1 | 8,5 | |
| Ensino médio completo e mais | 2,7 | 5,5 | 7,9 | |
| Boa | | | 0,000 | |
| Até o ensino médio incompleto | 47,8 | 49,8 | 54,7 | |
| Ensino médio completo e mais | 18,8 | 29,3 | 32,9 | |
| Otima | | | | 0,000 |
| Até o ensino médio incompleto | 44,5 | 40,1 | 36,8 | |
| Ensino médio completo e mais | 78,5 | 65,2 | 55,9 | |
| Assistência ao recém-nascido** | | | | |
| Ragular ou ruim | | | | 0,005 |
| Até o ensino médio incompleto | 2,3 | 2,7 | 2,7 | |
| Ensino médio completo e mais | 1,3 | 1,5 | 2,8 | |
| Boa | | | 0,000 | |
| Até o ensino médio incompleto | 53,5 | 55,0 | 59,5 | |
| Ensino médio completo e mais | 20,9 | 33,7 | 42,0 | |
| Otima | | | | 0,000 |
| Até o ensino médio incompleto | 44,2 | 42,2 | 37,8 | |
| Ensino médio completo e mais | 77,8 | 64,8 | 55,2 | |

*Excluídas da análise as mulheres que não haviam feito pré-natal (N=320)

**Excluídos da análise as mães de natimortos (N=80)

Discussão

Constatou-se que as desvantagens observadas para as mulheres pretas e pardas extrapolaram os indicadores socioeconômicos e se estenderam para a assistência à sua saúde e do concepto. Tendo em vista que a cobertura da assistência hospitalar ao parto no Município do Rio de Janeiro é universal (estima-se que 99% dos partos ocorrem em hospitais), os resultados aqui apresentados podem ser aplicados ao restante da população de puérperas da cidade.

Verificou-se que pioraram os indicadores socioeconômicos dessa população à medida que se verifica o escurecimento da cor da pele, concordando

com os achados de Olinto & Olinto¹⁵ (2000), estudando mulheres em idade reprodutiva no Sul do Brasil.

Começando pela idade materna atual, verifica-se, no presente estudo, uma maior proporção de gestações em idades mais avançadas nas mulheres brancas, em contraposição à maior prevalência na adolescência nas negras. O prejuízo da gravidez precoce não se restringe aos efeitos adversos sobre o recém-nascido, mas se estende a outras esferas da vida social da mãe, tais como a evasão escolar, pior qualificação profissional, levando a baixa colocação no mercado de trabalho, como mostraram Gama et al⁶ (2002). O aumento do tamanho da prole, determinada, em grande parte, pelo início precoce da vida



reprodutiva, é outra dimensão desse mesmo fenômeno, que reforça a exclusão social dessas mulheres.

O mais baixo grau de escolaridade da mulher negra retrata a maior desigualdade no acesso e permanência no sistema educacional. Da mesma forma, contribui para pior desempenho no mercado de trabalho. Dentro do nível de instrução mais elevado manteve-se menor a proporção de mulheres pardas e negras com emprego formal em relação às brancas, evidenciando a possível existência de preconceito no mercado de trabalho. As proporções de negras e brancas se tornam homogêneas no grupo com até ensino fundamental completo, revelando baixo percentual de mulheres com trabalho remunerado nesse grupo. Sansone¹⁶ (1998), descreve a dificuldade na entrada no mercado de trabalho verificado em Salvador, BA, como uma das formas mais duras de racismo desfavorecidos socialmente, acrescidos de uma distinção negativa para as mulheres de pele escura.

Concluindo, constata-se que as brancas com mais instrução detêm maiores percentuais de mulheres com trabalho remunerado e vivendo com o pai do bebê, enquanto no outro extremo encontram-se as negras com baixa escolaridade. Já em relação às variáveis negativas, o comportamento se inverte. Sofrer agressão física, fumar e tentar interromper a gravidez foram mais freqüentes nas negras com baixa escolaridade, seguidas pelas pardas e pelas brancas, depois pelas negras com melhor instrução, pardas e por fim, pelas brancas com elevado grau de escolaridade. Nos serviços de saúde as mulheres também se diferenciaram segundo o grau de instrução e cor da pele. No pré-natal tiveram menor

acesso a atenção adequada em acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No momento do parto, foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. Essas diferenças no tratamento oferecido foram apreendidas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas. Novamente o mesmo padrão se estabelece na relação com os serviços de saúde, por instrução e por cor da pele.

Não há como deixar de constatar que há dois níveis de discriminação na sociedade, a educacional e a racial, e que elas invadem a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas do Município do Rio de Janeiro. Esses resultados deverão ser divulgados aos planejadores das políticas públicas para que sejam incorporados nos treinamentos dos profissionais de saúde sobre a humanização do atendimento às gestantes. Como limitação do presente estudo, identifica-se a auto-classificação da cor da pele, que detém um grau de subjetividade e depende da inserção social das pessoas.

Artigo publicado originalmente na Revista Saúde Pública. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev. Saúde Pública 2005;39(1): 100 - 107..

*Correspondência para a autora: Maria do Carmo Leal
Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos
em Saúde - Fiocruz R. Leopoldo Bulhões, 1480 8º andar
Manguinhos 21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil E-mail:
duca@ensp.fiocruz.br*



Referências bibliográficas

1. Anderson AD, Lichorad A. Hypertensive disorders, diabetes mellitus and anemia: three common medical complication of pregnancy. *Prim Care* 2000;27:185-201.
2. Andreski P, Breslau N. Maternal smoking among Blacks and Whites. *Soc Sci Med* 1995;41:227-33.
3. Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ* 1997;314:1751-6.
4. Brown MA, Halonen M. Perinatal events in the development of asthma. *Curr Opin Pulm Med* 1999;5:4-9.
5. Collins JW Jr, David RJ, Symons R, Handler A, Wall SN, Dwyer L. Low-income African-American mother's perception of exposure to racial discrimination and infant birth weight. *Epidemiol* 2000;11:337-9.
6. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002;18:153-61.
7. Guest AM, Almgren G, Hussey JM. The ecology of race and socioeconomic distress: infant and working age mortality in Chicago. *Demography* 1998;35:23-34.
8. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:623-4.
9. Hueston WJ, McClaffin RR, Mansfield CJ, Rudy M. Factors associated with the use of intrapartum epidural analgesia. *Obstet Gynecol* 1994;84:579-82.
10. Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2003;93:194-9.
11. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 1):20-33.
12. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Supl 1):63-72.
13. Morgan B, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Effectiveness of pain relief in labor: survey of 1000 mothers. *BMJ* 1982;285:689-90.
14. Ministério da Saúde. Assistência Institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Brasília (DF); 1991.
15. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: em exemplo no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2000;16:1137-42.
16. Sansone L. As relações raciais em Casa-Grande & Senzala revisitadas à luz do processo de internacionalização e globalização. In: Maio MC, Santos RV, organizadores. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 207-18.
17. Rittenhouse DR, Braveman P, Marchi K. Improvements in prenatal insurance coverage and utilization of care in California: an unsung public health victory. *Matern Child Health J* 2003;7:75-86.
18. [WHO] World Health Organization. Maternal and newborn health, safe motherhood unit, family and reproductive health. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
19. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1999;13:35-57.



Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000

Victims of color: homicides in Greater Metropolitan São Paulo, Brazil, 2000

Samuel Kilsztajn, Manuela Santos Nunes do Carmo, Gustavo Toshiaki Lopes Sugahara, Erika de Souza Lopes
Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política, Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resumo

O trabalho analisa a taxa de homicídio na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, por raça, controladas as variáveis de ordem sócio-econômica (escolaridade) e demográfica (sexo e idade da vítima). Com base nas estatísticas vitais da Fundação Seade e do Censo Demográfico do IBGE, foram calculadas as taxas de homicídio em 2000 para a raça negra e para a população não-negra, em 134 unidades da Região Metropolitana de São Paulo (38 municípios e 96 distritos da capital). Para o agregado da mesma região, foram construídas duas categorias (de referência e de exposição) para as variáveis raça, escolaridade, sexo e idade. A pesquisa utiliza análise descritiva e regressão logística múltipla. Embora a taxa bruta de homicídio de negros fosse invariavelmente superior à taxa para não-negros, a variável raça resultou ser não significativa quando controladas as variáveis anos de estudo, sexo e idade. A taxa de homicídio calculada para negros na Região Metropolitana de São Paulo em 2000 é maior que a taxa calculada para não-negros, em decorrência da sobre-representação de negros tanto na população com baixa escolaridade como na população masculina e jovem, principais categorias de exposição para homicídios.

Palavras-chave: Homicídio; Coeficiente de Mortalidade; Causa da Morte; Negros

Abstract

The objective of this paper was to analyze the homicide rate by racial/ethnic origin in Greater Metropolitan São Paulo, Brazil, after controlling for schooling, gender, and age. Based on available vital statistics for São Paulo and from the National Census, the homicide rates for blacks and non-blacks in Greater Metropolitan São Paulo in 2000 were calculated for 134 units (38 municipalities and 96 capital districts). In addition, two categories (reference and exposure) were created for each of the following death certificate socio-demographic data: race, schooling, gender, and age. The research used descriptive and logistic regression analyses. Although homicide rates were invariably higher for blacks than for non-blacks, the race variable was not statistically significant when schooling, gender, and age were controlled. The higher homicide rate for blacks in Greater Metropolitan São Paulo results from overrepresentation of blacks both among individuals with low schooling and in the young male population, the principal exposure categories for homicide.

Key words: Homicide; Mortality Rate; Cause of Death; Blacks



Introdução

Nas três últimas décadas, as causas externas de mortalidade, e os homicídios em particular, têm ocupado lugar de destaque no quadro nacional de saúde¹. Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde² registram uma taxa de mortalidade específica por homicídio de 27,8 por 100 mil habitantes no Brasil em 2001, inferior somente à da Colômbia, 60,8 por 100 mil habitantes em 1995³. Por 100 mil habitantes, os Estados Unidos registram uma taxa de homicídio de 6,6 e a Alemanha, Áustria, Espanha, França, Reino Unido, Austrália, China e Japão taxas inferiores a 1,0 (dados relativos a 1998 ou 1999)³.

No Brasil, os homicídios atingem principalmente as regiões metropolitanas, que apresentaram uma taxa de homicídio de 40,7 por 100 mil habitantes em 2001; e São Paulo, a maior área metropolitana brasileira, ostentava uma taxa de homicídio de 58,2 por 100 mil habitantes em 2001².

A evolução e os determinantes da taxa de homicídio têm sido abordados com destaque na literatura nacional e internacional em várias áreas do conhecimento^{1,4,5,6}. A relação entre mortalidade por homicídio e raça, especificamente, tem também constituído objeto de estudo de várias pesquisas^{7,8,9,10}.

No contexto das relações raciais, o Brasil é freqüentemente confundido com uma democracia racial porque o preconceito aqui aparece muitas vezes como um objeto invisível e o país não apresenta tensões abertas e conflitos permanentes¹¹. Na aparente inconsistência das estatísticas, a quase totalidade dos brancos, quando entrevistada, afirma que não se julga racista; mas diz conhecer pessoas próximas que têm preconceitos. Da mesma forma, a

maioria dos negros entrevistados nega ter sido vítima de discriminação; mas confirma casos de racismo envolvendo familiares e conhecidos próximos. Neste sentido, racista e vítima de racismo, no Brasil, é sempre o outro¹².

A questão negra não se resume à questão social. Os negros estão sobre-representados nas camadas pobres, de baixa escolaridade, no trabalho infantil, no trabalho informal, nos empregos domésticos (de lavadeira/passador, lixeiro, varredor etc.); por outro lado, estão excluídos ou sub-representados entre advogados, juízes, médicos, dentistas, engenheiros, professores universitários etc.¹³. E o valor do rendimento pessoal do trabalho de negros é sempre inferior ao das demais categorias de raça/cor, mesmo quando se controla o nível de escolaridade^{14,15}.

O presente estudo tem por objetivo analisar as taxas de homicídio por raça, controladas as variáveis escolaridade, sexo e idade da vítima em 2000, na Região Metropolitana de São Paulo, que possui uma identidade econômico-social que se sobrepõe à divisão política da região em municípios.

Métodos

Até 1999, a Fundação Seade¹⁶ registrava os homicídios ocorridos no Estado de São Paulo com município de residência da vítima ignorado como residentes no município de ocorrência. A partir de 2000, entretanto, a Fundação Seade passou a registrar esses homicídios como residentes no Estado de São Paulo com município de residência ignorado. O Programa de Aprimoramento de Dados sobre a Mortalidade no Município de São Paulo



(PRO-AIM)¹⁷, por sua vez, considerando que a maior parte das vítimas de homicídio reside no município de ocorrência, continua registrando os homicídios ocorridos na capital com município de residência da vítima ignorado como homicídios de residentes no Município de São Paulo. De acordo com a Fundação Seade¹⁶, em 2000, 99,1% dos homicídios de residentes na Região Metropolitana de São Paulo ocorreram na própria região, onde 98,8% das vítimas de homicídio com município de residência da vítima informado residiam na Região Metropolitana de São Paulo. Para a presente pesquisa, optou-se, portanto, por manter os homicídios ocorridos na Região Metropolitana de São Paulo com município de residência da vítima ignorado como homicídios de residentes na Região Metropolitana de São Paulo.

Com base nas estatísticas vitais da Fundação Seade¹⁶ e nos microdados da amostra do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸, foram calculadas as taxas de homicídio em 2000 para a raça negra e para os não-negros em 134 unidades da Região Metropolitana de São Paulo (38 municípios e a capital subdividida em 96 distritos).

Para a população, de acordo com o critério do IBGE, a raça/cor é autodenominada pelo entrevistado entre cinco categorias pré-codificadas (branca, preta, amarela, parda e indígena); para a vítima de homicídio, por sua vez, a raça/cor é atribuída pelo médico legista entre as cinco categorias acima citadas.

O termo negro foi utilizado para designar pessoas pretas e pardas. A análise conjunta de pretos e pardos é utilizada por Silva¹⁵, Henriques¹³ e

Jacooud & Beghin¹⁹, entre outros autores, porque o padrão de renda média por escolaridade, experiência e outras variáveis socioeconômicas é extraordinariamente semelhante entre pretos e pardos e substancialmente diferente entre estes e as demais categorias de raça/cor.

Para o agregado da Região Metropolitana de São Paulo, foram construídas duas categorias (de referência e de exposição) para cada uma das quatro variáveis sócio-demográficas da Declaração de Óbito: sexo, anos de estudo, idade e raça (dada a qualidade da informação, a variável ocupação não foi utilizada no modelo). As categorias consideradas de exposição foram sexo masculino, até sete anos de estudo (fundamental incompleto), de 15 a 34 anos de idade e negra (referência: sexo feminino, 8 e mais anos de estudo, 35 e mais anos de idade e não-negra).

Considerando que as pessoas até 14 anos de idade não tiveram tempo de concluir oito anos de estudo (que é o corte da categoria de referência para a variável anos de estudo), as taxas de homicídio para as quatro variáveis mencionadas foram calculados para a população com 15 e mais anos de idade. A informação sobre a escolaridade da vítima na Declaração de Óbito, desta forma, pode ser utilizada como uma aproximação do rendimento, na medida que escolaridade e rendimento no Brasil são altamente correlacionados²⁰. A exclusão de menores de 15 anos justifica-se também pela baixa taxa de homicídio dessa faixa etária¹.

Para a análise do agregado da Região Metropolitana de São Paulo foram utilizadas apenas as vítimas de homicídio com 15 e mais anos de idade que apresentavam informações simultâneas para



sexo, escolaridade, idade e raça/ cor. Para a análise descritiva foram criados 16 grupos a partir das variáveis sexo, anos de estudo, idade e raça desdobradas nas categorias de referência e de exposição. Cada um desses 16 grupos, neste sentido, é homogêneo, isto é, composto por pessoas do mesmo sexo, escolaridade, faixa etária e identificação étnica.

Para a análise multivariada de regressão logística foram testados dois modelos: o primeiro com a utilização das variáveis raça e anos de estudo, e o segundo com a introdução das variáveis demográficas sexo e idade (considerado-se os homicídios e a população com 15 e mais anos de idade na Região Metropolitana de São Paulo em 2000).

A amostra do Censo Demográfico, de acordo com seu desenho, atribui diferentes pesos para as observações. Para garantir o tamanho da amostra e sua representatividade, concomitantemente, a amostra selecionada foi primeiramente expandida a partir do “peso da pessoa”. O peso original de cada observação foi posteriormente dividido pelo fator $\frac{N}{n}$, em que N é o tamanho do universo e n o tamanho da amostra (o número de homicídios, por conseguinte, também foi dividido pelo fator $\frac{N}{n}$). Especificamente para a raça, foi avaliada a distribuição da população por raça nas três demais variáveis analisadas.

Resultados

A Fundação Seade registrou 10.604 homicídios de residentes na Região Metropolitana de São Paulo e 685 homicídios ocorridos na Região Metropolitana

de São Paulo com município de residência da vítima ignorado em 2000. Por 100 mil habitantes, considerando-se 11.289 homicídios (10.604 + 685) e 17,9 milhões de habitantes, a taxa de homicídio atingiu 63,1 para a Região Metropolitana de São Paulo em 2000, 87,5 para negros e 51,5 para não-negros, com risco relativo de homicídio da população negra em relação à não-negra de 1,7 (a raça/cor não foi informada em 106 registros de homicídio). A Figura 1 apresenta a taxa de homicídio por 100 mil habitantes para cada uma das 134 unidades da Região Metropolitana de São Paulo (38 municípios e a capital subdividida em 96 distritos) para o total da população, para negros e para não-negros. Para essas taxas puderam ser utilizados os 10.604 homicídios com município de residência da vítima informado, com exclusão de 257 casos (77 com raça/cor não informada e 180 com distrito de residência na capital não informado).

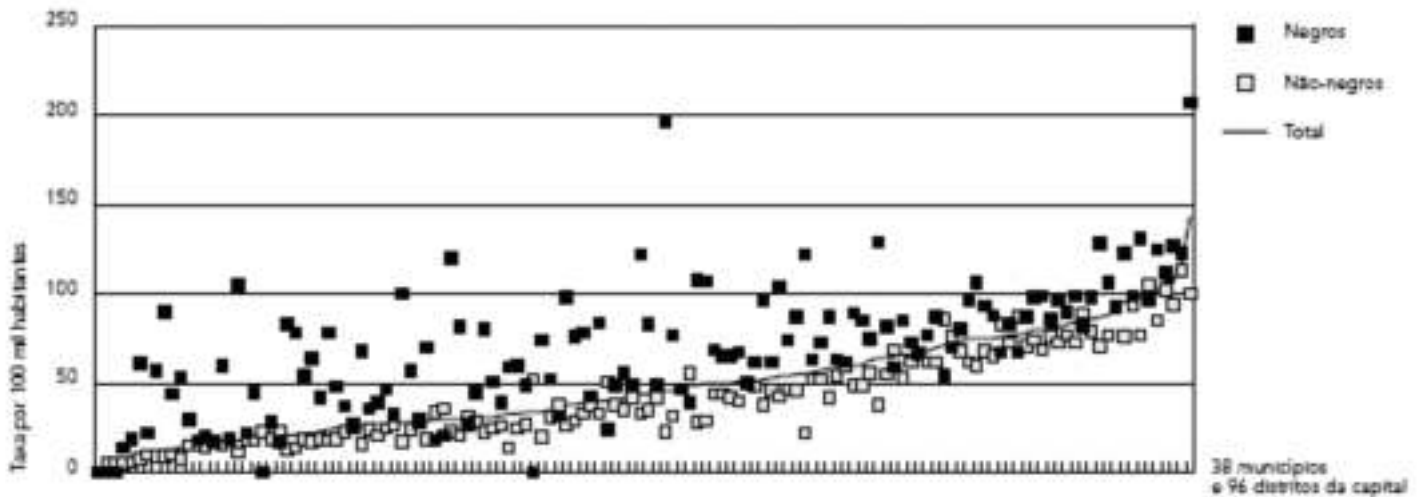
As 134 unidades geográficas foram alinhadas na Figura 1 em ordem crescente, de acordo com a taxa de homicídio dos municípios e distritos analisados (linha negra). Os pontos negros na Figura 1 correspondem às taxas de homicídio de negros e os pontos brancos às de homicídio da população não-negra em cada uma das 134 unidades da Região Metropolitana de São Paulo. Como pode ser visualizado na Figura 1, a taxa de homicídio de negros encontra-se invariavelmente acima e a taxa de homicídio da população não-negra encontra-se invariavelmente abaixo da linha que demarca a taxa de homicídio de cada unidade.

A taxa de homicídio por 100 mil habitantes na Região Metropolitana de São Paulo em 2000 era de 3,3 para menores de 15 anos, e 82,9 para a população



Figura 1

Taxa de homicídio por raça. Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000.



Fonte: Fundação Seade 16 e IBGE 18.

com 15 e mais anos de idade analisada neste trabalho (a idade da vítima não foi informada em 233 registros de homicídio).

Para a análise do agregado das vítimas de homicídio da Região Metropolitana de São Paulo por sexo, escolaridade, idade e raça, puderam ser utilizados 8.991 homicídios (86,0% do total das vítimas com município de residência informado e com 15 e mais anos de idade). Para garantir o tamanho da amostra populacional e sua representatividade, concomitantemente, o peso original de cada observação foi dividido pelo fator $13.156.163 / 1.325.268$.

De acordo com a Tabela 1, os riscos relativos de homicídio para pessoas com 15 e mais anos de idade, em relação às respectivas categorias de referência, eram 15,9 para sexo masculino, 4,4 para pessoas com até sete anos de estudo, 3,2 para pessoas de 15 a 34 anos de idade e 1,7 para a população negra na

Região Metropolitana de São Paulo em 2000. Todos os riscos relativos na análise univariada resultaram ser estatisticamente significativos os intervalos de confiança (IC95%) figuram na Tabela 1.

A Tabela 2, elaborada com base na análise descritiva, apresenta as taxas de homicídio para os 16 grupos compostos pelas quatro variáveis desdobradas em duas categorias. As taxas de homicídio mais altas foram registradas pelos grupos compostos por homens de baixa escolaridade e jovens (respectivamente não-negros e negros); seguidos pelos grupos compostos por homens de baixa escolaridade com 35 e mais anos de idade (não-negros e negros). Os grupos compostos por homens de baixa escolaridade e jovens, que representavam 9,6% (5,0% + 4,6%) da população, somavam 58,1% (30,1% + 28,0%) dos homicídios na Região Metropolitana de São Paulo em 2000.



Tabela 1

Taxa de homicídio e risco relativo (15 e mais anos de idade). Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000.

| Variável/Categoria | Homicídio (n) | População (x 1.000) | Taxa (por 100.000) | Risco relativo (IC95%) |
|-----------------------|---------------|---------------------|--------------------|------------------------|
| Sexo | | | | |
| Feminino | 587 | 6.914 | 8,5 | 1,0 |
| Masculino | 8.404 | 6.242 | 134,6 | 15,9 (13,0-19,3) |
| Anos de estudo | | | | |
| 8 e + | 1.887 | 7.063 | 26,7 | 1,0 |
| Até 7 | 7.104 | 6.093 | 116,6 | 4,4 (3,8-5,1) |
| Idade (anos) | | | | |
| 35 e + | 2.114 | 6.504 | 32,5 | 1,0 |
| 15-34 | 6.877 | 6.652 | 103,4 | 3,2 (2,8-3,7) |
| Raça | | | | |
| Não-negra | 5.109 | 9.043 | 56,5 | 1,0 |
| Negra | 3.882 | 4.113 | 94,4 | 1,7 (1,5-1,9) |
| Total | 8.991 | 13.156 | 68,3 | |

Fonte: Fundação Seade ¹⁵ e IBGE ¹⁶.

A Tabela 3, elaborada baseando-se na análise multivariada de regressão logística, apresenta os dois modelos descritos em Métodos com as respectivas *odds ratio* e intervalos de confiança. No Modelo 1, tanto a variável escolaridade como a variável raça são estatisticamente significativas. No Modelo 2, com a introdução das variáveis demográficas sexo e idade, a variável raça deixa de ser significativa. No Modelo 2, as *odds ratio* resultaram ser 14,484 para o sexo masculino; 5,161 para até sete anos de estudo; e 3,769 para 15 a 34 anos de idade.

Na distribuição da população com 15 e mais anos de idade na Região Metropolitana de São Paulo

em 2000 por raça, os negros estavam sobre-representados em todas as três demais categorias de exposição (Tabela 4). Os negros representavam 31,3% da população com 15 e mais anos de idade na Região Metropolitana de São Paulo em 2000, mas correspondiam a 32,8% dos homens, 40,1% do segmento com até sete anos de estudo e 34,6% da população de 15 a 34 anos de idade. Em relação à participação do negro na população com 15 e mais anos de idade, a sobreposição do negro entre pessoas com até sete anos de estudo era de 28,0%; entre homens 5,0%; e entre pessoas de 15 a 34 anos de idade 11,0%.



Tabela 2

Taxa de homicídio em 16 grupos (15 e mais anos de idade).
Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000.

| Grupo | Homicídio | | População | | Taxa (por 100.000) |
|-----------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sexo feminino | | | | | |
| 8+ anos de estudo | | | | | |
| 35+ anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 50 | 0,6 | 1.196 | 9,1 | 4,2 |
| Raça negra | 14 | 0,2 | 240 | 1,8 | 5,8 |
| Até 35 anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 90 | 1,0 | 1.663 | 12,6 | 5,4 |
| Raça negra | 29 | 0,3 | 619 | 4,7 | 4,7 |
| Até 7 anos de estudo | | | | | |
| 35+ anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 88 | 1,0 | 1.382 | 10,5 | 6,4 |
| Raça negra | 44 | 0,5 | 694 | 5,3 | 6,3 |
| Até 35 anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 132 | 1,5 | 610 | 4,6 | 21,6 |
| Raça negra | 140 | 1,6 | 511 | 3,9 | 27,4 |
| Sexo masculino | | | | | |
| 8+ anos de estudo | | | | | |
| 35+ anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 342 | 3,8 | 1.114 | 8,5 | 30,7 |
| Raça negra | 106 | 1,2 | 252 | 1,9 | 42,1 |
| Até 35 anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 815 | 9,1 | 1.421 | 10,8 | 57,3 |
| Raça negra | 441 | 4,9 | 558 | 4,2 | 79,0 |
| Até 7 anos de estudo | | | | | |
| 35+ anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 882 | 9,8 | 997 | 7,6 | 88,5 |
| Raça negra | 588 | 6,5 | 629 | 4,8 | 93,5 |
| Até 35 anos de idade | | | | | |
| Raça não-negra | 2.710 | 30,1 | 659 | 5,0 | 411,0 |
| Raça negra | 2.520 | 28,0 | 611 | 4,6 | 412,3 |
| Total | 8.991 | 100,0 | 13.156 | 100,0 | 68,3 |

**Tabela 3 :** Regressão logística para homicídio (15 e mais anos de idade). Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000.

| Variável | Odds ratio | IC95% |
|-----------------|------------|---------------|
| Modelo 1 | | |
| Raça | 1,320 | 1,156-1,508 |
| Anos de estudo | 4,159 | 3,538-4,889 |
| Modelo 2 | | |
| Raça | 1,073 | 0,939-1,227 |
| Anos de estudo | 5,161 | 4,384-6,075 |
| Sexo | 14,484 | 11,125-18,858 |
| Idade | 3,769 | 3,228-4,401 |

Tabela 4: Distribuição da população por raça (15 e mais anos de idade). Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000.

| Categoria de exposição | Número | | | Participação (%) | | | Sobre-representação* |
|------------------------|--------|-----------|--------|------------------|-----------|-------|----------------------|
| | Negra | Não-negra | Total | Negra | Não-negra | Total | |
| População (x 1.000) | 4.113 | 9.043 | 13.156 | 31,3 | 68,7 | 100,0 | 1,00 |
| Sexo masculino | 2.050 | 4.192 | 6.242 | 32,8 | 67,2 | 100,0 | 1,05 |
| Até 7 anos de estudo | 2.445 | 3.648 | 6.093 | 40,1 | 59,9 | 100,0 | 1,28 |
| 15-34 anos de idade | 2.299 | 4.354 | 6.652 | 34,6 | 65,4 | 100,0 | 1,11 |
| Homicídio | 3.882 | 5.109 | 8.991 | 43,2 | 56,8 | 100,0 | 1,38 |

Fonte: Fundação Seade ¹⁶, IBGE ¹⁵.

* Sobre-representação de negros nas categorias em relação à participação de negros na população (31,3%).

Discussão

As atuais taxas de homicídio do Brasil destacam-se internacionalmente e as da Região Metropolitana de São Paulo evidenciam-se entre as taxas de homicídio das regiões metropolitanas do país. Drumond ⁷ aponta que as vítimas fatais da violência em São Paulo são predominantemente pessoas do sexo masculino, de baixa escolaridade, jovens e negros. Hannon et al. ¹⁰, em estudo realizado para 134 cidades norte-americanas, concluem que a variável raça não é estatisticamente significativa para

a taxa de homicídio, quando devidamente controlados os coeficientes de pobreza. Na Região Metropolitana de São Paulo em 2000, de acordo com a presente pesquisa, o risco relativo de homicídio para negros em relação a não-negros (1,7) reduz-se para 1,3, mas continua sendo estatisticamente significativo quando ajustado pela variável escolaridade como uma aproximação do rendimento das vítimas. A variável raça, contudo, deixa de ser estatisticamente significativa quando se controlam, além da escolaridade, as variáveis demográficas



sexo e idade da vítima. Os resultados do presente estudo indicam que a probabilidade de uma pessoa jovem do sexo masculino com baixa escolaridade ser assassinada é a mesma para negros e não-negros.

Como vimos em Métodos, a raça/cor da população é autodenominada pelo entrevistado e a da vítima de homicídio é atribuída pelo médico legista. Mas, de acordo com Teixeira²¹, que confrontou o critério de autodenominação com o critério de atribuição da identidade racial, entrevistados e entrevistadores, com base na aparência, compartilham de um mesmo código para a identificação étnica. Como disse uma das pessoas entrevistadas “eu me identifico como negra porque é assim que eu sou percebida socialmente”. Embora Telles²² considere que a classificação racial brasileira é em grande parte ambígua, na Pesquisa Datafolha de 1995, em que seu trabalho é baseado, 88,0% das pessoas foram consistentemente classificadas como brancas ou negras (pardos e pretos) tanto pelo entrevistador como pelo entrevistado.

A sobre-representação de negros entre as vítimas não está relacionada à variável raça, mas sim às demais variáveis analisadas neste estudo. A sobre-representação dos negros entre as vítimas de homicídio decorre de sua sobre-representação tanto entre pessoas de baixa escolaridade (e renda) como entre jovens e pessoas do sexo masculino.

Como o numerador da taxa de homicídio é essencialmente composto por homens com baixa escolaridade e jovens (principal grande grupo de exposição) e o denominador para negros é composto por relativamente menor número de pessoas do sexo feminino, com 8 e mais anos de estudo e com 35 e mais anos de idade, a taxa bruta de homicídio para

negros resulta ser relativamente maior que a de não-negros. Quando tanto o numerador quanto o denominador restringem-se ao grande grupo de exposição, as taxas de homicídio de negros e não-negros passam a ser iguais.

Assim, podemos concluir que, embora os homicídios na Região Metropolitana de São Paulo em 2000 tenham atingido essencialmente pessoas do sexo masculino, de baixa escolaridade, jovens e negros, a característica negro reflete a sobre-representação dos negros entre homens, pobres e jovens. Homens com baixa escolaridade e jovens, negros e não-negros, apresentaram a mesma probabilidade de serem assassinados.

De acordo com Beato Filho et al.²³, os homicídios ocorrem em regiões assoladas pelo tráfico de drogas e, de acordo com Zaluar⁴, as vítimas fatais da violência não são pessoas estranhas ao crime, mas os próprios jovens pobres aliciados pela droga que se exterminam mutuamente na lógica do tráfico. O tráfico de drogas é responsável por um número vultoso de homicídios que têm como origem: (a) o código penal cáustico instituído pelo tráfico que, nos bairros pobres, tem levado seus jovens integrantes à morte; (b) a concorrência sangüinária entre traficantes derivada dos lucros extraordinários desse comércio ilícito; e (c) o confronto com a polícia, em alguns casos com policiais corruptos que exigem sua parte nos lucros. Analisada desta forma, a sobre-representação de negros entre homens, pobres e jovens é responsável não só pela sobre-representação de negros entre as vítimas fatais da violência como pela sobre-representação de negros entre os agressores.

Cidadãos negros aparecem no imaginário



coletivo como potenciais criminosos, suspeitos por excelência ²⁴. O médico legista baiano Nina Rodrigues, na passagem do século XIX para o XX, considerava que os negros eram criminosos em decorrência de seu estado de evolução jurídica e de suas crenças religiosas ²⁵. Mesmo os negros não estão imunes ao preconceito contra o negro ²⁶, ou seja, o preconceito pode ser interiorizado por pessoas do próprio grupo discriminado, com impactos sobre a auto-estima: "...soldados, quase todos pretos, dando porrada na nuca de malandros pretos" (Haiti, de Gilberto Gil & Caetano Veloso).

Em 1996, os culpados por uma chacina ocorrida em um bar de classe média na cidade de São Paulo, todos pretos, foram prontamente encontrados pela polícia. Cerca de dez dias depois, a polícia liberou todos os supostos culpados e apresentou os novos suspeitos do crime, todos brancos ¹². Esta postura também explica porque réus negros têm maior probabilidade de serem punidos, comparativamente a réus brancos que cometeram crimes de idêntica natureza ²⁴.

Em relação ao preconceito contra os negros no país, deve-se considerar que a discriminação racial sem tensões e inquietação social restringem as oportunidades econômicas, educacionais, sociais e políticas dos negros, o que contribui para perpetuar o passado no presente e impede a existência e o surgimento de uma verdadeira democracia racial no Brasil ¹³. A harmonia racial tem sido utilizada pelas elites do país para enaltecer a sociedade multirracial brasileira. O mito da democracia racial brasileira legitima a desigualdade e impede que a situação real se transforme numa questão pública. Quanto mais longe se está do fim do sistema escravista, menor o

poder explicativo da escravidão e da origem social dos negros como causa de sua subordinação social corrente, e maior o poder explicativo do racismo e da discriminação contemporâneos. As oportunidades dos filhos negros são menores que a dos não-negros mesmo quando se controla a posição social das famílias de origem ¹⁴.

As políticas de ação afirmativa, de caráter temporário e que estão sendo tardiamente implementadas hoje no país, visam a compensar a população afro-descendente pelos obstáculos que enfrentaram e continuam enfrentando na afirmação de sua plena cidadania. Neste sentido, vale lembrar, o importante não é simplesmente a igualdade de direitos, mas sim a igualdade de oportunidades de acesso à educação e ao emprego ²⁸.

Colaboradores

Todos os autores tiveram a mesma participação, contribuindo em todas as etapas da pesquisa (levantamento bibliográfico, dados estatísticos, análise estatística e redação).

Agradecimentos

Aos professores César Roberto Leite da Silva, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Fernando Garcia, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, pela assessoria na análise estatística; e à Luciana Zilles Lima, do Laboratório de Economia Social, pela colaboração. Trabalho realizado com o apoio do Conselho de Ensino e Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), apresentado no VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia em Recife, 2004 e no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais em Caxambu, 2004.



Artigo publicado originalmente na revista *Cadernos de Saúde Pública*. Kilsztajn S, Carmo MSN, Sugahara GTL, Lopes ES. *Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000*. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(5): 1408-1415

Correspondência para o autor:

S. Kilsztajn Laboratório de Economia Social, Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rua Marquês de Paranaguá 164, apto. 602, São Paulo, SP 01303-050, Brasil. Skil@pucsp.br

Referências bibliográficas

1. Jorge MHPM, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (4 Suppl):5-25.
2. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde, Brasil, 2003. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2003/c09.def> (acessado em 24/Fev/2005).
3. United Nations. Demographic yearbook 2000. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/DYB2000/Table21.pdf> (acessado em 25/Fev/2005).
4. Zaluar A. *Da revolta ao crime S.A.* São Paulo: Moderna; 1996.
5. Levitt SD. Juvenile crime and punishment. *J Polit Econ* 1998; 106:1156-85.
6. Dobrin A. The risk of offending on homicide victimization: a case control study. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 2001; 38:154-73.
7. Drumond Jr. M. *Vida e morte em São Paulo*. São Paulo: Brasiliense; 2002.
8. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:630-6.
9. Ousey GC, Lee MR. Investigating the connections between race, illicit drug markets, and lethal violence, 1984-1997. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 2004; 41:352-83.
10. Hannon L, Knapp P, DeFina R. Racial similarity in the relationship between poverty and homicide rates: comparing retransformed coefficients. <http://www88.homepage.villanova.edu/lance.hannon/Retransformed%20Coefficients%20and%20Race-specific%20Homicide.pdf> (acessado em 02/Fev/2005).
11. Fernandes F. *O negro no mundo dos brancos*. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1972.
12. Schwarcz LM. Nem preto nem branco, muito pelo contrário, cor e raça na intimidade. In: Schwarcz LM, organizador. *História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*. v. 4. São Paulo: Companhia das Letras; 1998. p. 175-243.
13. Henriques R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. *Textos para Discussão* 807. <http://www.ipea.gov.br> (acessado em 29/Ago/2004).
14. Hasenbalg CA. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
15. Silva NV. *O preço da cor: diferenciais raciais na*



distribuição da renda no Brasil. *Pesqui Planej Econ* 1980; 10:21-41.

16. Fundação Seade. Sistema de estatísticas vitais (microdados) [CD-ROM]. São Paulo: Fundação Seade; 2002.

17. Programa de Aprimoramento de Dados sobre a Mortalidade no Município de São Paulo. Sistema de informação sobre mortalidade (banco de dados) [CD-ROM]. São Paulo: Programa de Aprimoramento de Dados sobre a Mortalidade no Município de São Paulo; 2003.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000, resultados da amostra, agregado de áreas de ponderação (microdados) [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.

19. Jacooud L, Beghin N. Desigualdades raciais no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002.

20. Ramos L, Vieira ML. A relação entre educação e salários no Brasil. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, organizador. *Economia brasileira em perspectiva*. v. 2. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996. p. 493-510.

21. Teixeira MP. Negros na universidade: identidade e trajetórias de ascensão social no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Pallas; 2003.

22. Telles E. Racismo à brasileira. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2003.

23. Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BFA,

Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1163-71.

24. Adorno S. Discriminação racial e justiça criminal em São Paulo. *Novos Estudos CEBRAP* 1995; 43: 45-63.

25. Rodrigues N. Os africanos no Brasil. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1935. 26. Fausto B. Crime e cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo: Brasiliense; 1984.

27. Teixeira MP, Siss A, Muller MLR, Oliveira I, Brandão AAP. Projeto políticas de ação afirmativa nas universidades Federal Fluminense e Federal do Mato Grosso. In: *Anais do 13o Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. <http://www.abep.org.br> (acessado em 29/Ago/2004). Submetido em 18/Out/2004 Versão final reapresentada em 04/Mar/2005 Aprovado em 15/Abr/2005





Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil

*Estela María García de Pinto da Cunha
Núcleo de Estudos de População/Unicamp*

A desigualdade em saúde é um tema tradicional nas pesquisas epidemiológicas, já que os eventos dos quais elas se ocupam são fortemente condicionados pelo modelo de desenvolvimento de um país que conforma essas desigualdades, que se apresentam nas mais diversas dimensões: classes sociais, frações de classe, gênero, etnias/raças.

Entretanto, uma das variáveis menos utilizadas nos estudos sobre diferenciais em saúde é a raça/cor, não obstante sua grande relevância num país onde são claras e marcadas as discrepâncias segundo raça em termos de condições de vida.

No caso da população negra brasileira, sabe-se que esta sofre um acúmulo de desigualdades socioeconômicas e raciais que limita não apenas os seus níveis de bem-estar, mas também de suas

gerações futuras.

Em geral, os mapas de pobreza se superpõem com os de distribuição por etnia, implicando que, no Brasil, os negros sejam os que ocupam as posições menos qualificadas e pior remuneradas no mercado de trabalho; os que apresentam níveis mais baixos de instrução; os que residem em áreas com menos serviços de infra-estrutura básica; os que sofrem maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, quando o fazem, estes sejam de pior qualidade e menor resolutividade relativa. Ou seja, esta parte da população brasileira vivencia, em quase todas as dimensões de sua existência, situações de exclusão, marginalidade e/ou discriminação socioeconômica, o que os coloca em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos à saúde.

Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), segundo raça/cor. Brasil, 1977, 1987, 1993.

| | Branca | Negra ^(a) | Total |
|---------------------|--------|----------------------|-------|
| 1977 | 76 | 96 | 87 |
| 1987 | 43 | 72 | 58 |
| 1993 ^(b) | 37 | 62 | 43 |

(a) Inclui as populações classificadas como parda e preta.

(b) Estimativas de Simões e Cardoso (1997).

Fonte: FIBGE. Censos Demográficos – 1980, 1991; PNAD, 1995 (Tabulações especiais).



As estimativas contidas nesta Tabela evidenciam vários aspectos importantes no que se refere ao comportamento do fenômeno em estudo. O primeiro deles refere-se à manutenção da tendência de redução significativa, entre 1977 e 1993, das taxas de mortalidade de menores de um ano no Brasil (51%).

Entretanto, quando se faz intervir a variável cor, constata-se um diferencial racial nos níveis encontrados, além de uma tendência de redução desigual entre as raças. Assim, enquanto o índice de mortalidade infantil de brancos menores de um ano diminui 43% no mesmo período, a redução da mortalidade infantil negra alcançou um patamar significativamente menor, ou seja, apenas 25%. Desta forma, as estimativas mostraram que os filhos de mães negras estavam sujeitos a níveis superiores de mortalidade infantil quando comparados aos de mães brancas, fato que os coloca numa posição altamente desvantajosa.

Um segundo aspecto refere-se ao fato de que as desigualdades raciais se acentuaram através do tempo. Assim, enquanto a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de menores de um ano dos negros e brancos, segundo os dados do Censo de 1980, era de 21%, este valor aumentou para 40% passados dez anos e se manteve nesse patamar até meados dos anos 90. Ao que parece, estes achados sugerem que os filhos de mães negras tiveram aumentada sua desvantagem, comparativamente aos brancos, quanto à sua exposição ao risco de adoecer e morrer.

Estes estudos permitiram, também, observar que se mantiveram as graves disparidades nos

níveis da mortalidade de menores de um ano dependendo da área de residência da população, constatando-se a persistência de diferenças raciais em todas elas, ressaltando que os filhos de mães negras residentes na região Nordeste estão sujeitos a um risco 63% mais elevado de morrer antes de completar o primeiro ano de vida ao serem comparados aos filhos de mães brancas da região Sul, o que significava 59 mortes a mais para cada mil nascidos vivos.

A partir destas estimativas de mortalidade infantil e assumindo um determinado padrão de mortalidade, foi possível calcular o número médio de anos que se espera viverá a população. Estas estimativas apontaram, novamente, para as desigualdades raciais já que, enquanto a população branca atingiu uma expectativa de vida, de 72 anos, os negros alcançaram somente 65 anos, segundo os dados de 1991. Esta diferença de sobrevivência entre a população branca e negra de 7 anos se manteve quase constante desde a década de 1940, mesmo a despeito dos ganhos obtidos na queda dos níveis da mortalidade geral.

A totalidade dos achados destas pesquisas indicam o fato incontestável da maior vulnerabilidade com relação à sobrevivência da população brasileira negra, quando comparada com a branca.

Aproveitando a disponibilidade de informações provenientes das estatísticas vitais que incorporaram o quesito cor, procurou-se aprofundar conhecimentos de certas características no momento do nascimento e do óbito que permitissem explorar a existência de possíveis relações com os diferenciais de morte das crianças brancas e negras.



Optou-se por trabalhar com as informações correspondentes à população residente no Estado de São Paulo em parte, por ele apresentar uma melhor qualidade comparativa dos registros vitais.

Análises de tendências permitiram constatar uma constante melhoria nos indicadores da mortalidade de menores de um ano residentes no Estado de São Paulo, decorrente da interação de fatores demográficos, econômicos e sociais, ressaltando entre eles o aumento na cobertura de imunizações, o uso de terapia de reidratação oral, o incentivo ao aleitamento materno, a expansão da cobertura dos serviços de infra-estrutura básica e a melhoria de acesso da população à serviços básicos de saúde. Contudo, estes valores médios estaduais ocultam grandes disparidades entre municípios ou regiões, entre grupos sociais e raça/cor. Assim, por exemplo, verificou-se que a população declarada como negra residente no Estado de São Paulo apresentava, segundo as informações do censo de 1991, uma sobremortalidade de 31% ao ser comparada com a autodeclarada branca, com valores de 48 e 33 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos, respectivamente.

Analisando as mesmas informações provenientes do registro civil, conseguiu-se acompanhar uma coorte de nascidos vivos de mães residentes no Estado de São Paulo, o que permitiu constatar algumas diferenças entre brancos e negros nas prevalências de certas características dos nascimentos e dos óbitos infantis referentes tanto à mãe como à criança. Entre as diferenças encontradas, várias delas mereceram destaque por sugerirem, de alguma forma, tanto o impacto da

condição socioeconômica do negro, como a existência de outras especificidades desse grupo, além do simples fato de serem, em grande maioria, pobres:

- Maior proporção de nascimentos de negros com menor número de consultas pré-natal, apontando para a dificuldade de acesso a serviços de saúde durante o período gravídico. Porém, ainda mais alarmante é a evidência de que o dobro de mulheres negras declarou não ter feito nenhuma consulta pré-natal durante todo o período gravídico;

- maior proporção de partos vaginais entre os negros, devido a que uma maior proporção de mulheres brancas consegue ter acesso a serviços de média ou alta complexidade onde é possível realizar partos operatórios ou por que a maior proporção de partos por cesárea concentra-se em estabelecimentos privados apontando assim à existência de uma alta correlação direta positiva entre parto cesariano e condições socioeconômicas;

- Maior proporção de nascimentos de negros com mães sem ou com baixa instrução, revelando as condições desvantajosas em que se situam as mulheres negras na sociedade e, consequentemente, as dificuldades de incorporação no sistema formal de educação;

- Maior proporção de óbitos infantis de negros no período neo-natal tardio e pós neonatal e provocados por doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias, ou seja, causas exógenas, sinalizando tanto diferenciais nos níveis de mortalidade como das condições socioeconômicas;



- Maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica, apontando mais uma vez para as condições socioeconômicas e também para dificuldades de acesso a serviços de saúde;

- Scores inferiores para as crianças negras no APGAR 1 tendo como possível hipótese a relação com o fato de que, por terem nascido mais predominantemente a partir de parto vaginal, as crianças negras estariam sujeitas a um maior esforço no período do pré-parto e no momento do parto, provocando, assim, essa alteração no valor do APGAR correspondente à primeira medição;

- Maior percentagem de crianças negras com baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais da mãe e da criança, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas como diabetes e hipertensão, não controladas durante a gravidez por menor acesso ou pela pior qualidade comparativa dos serviços de saúde de que as mães desse grupo utilizam;

- Maior proporção de nascimentos de negros de mães multíparas. Sabe-se que, apesar do país ter experimentado um declínio acentuado das taxas de fecundidade e de que esse processo tenha mostrado uma tendência à homogeneização nas diversas regiões do país e nos diversos grupos sociais, ainda existe uma correlação entre a condição socioeconômica e a parturição, sendo esta superior nos grupos menos favorecidos que, como se sabe, são compostos majoritariamente pela população negra.

Mediante a aplicação de um modelo logístico às

informações de nascimento e morte da coorte residente no Estado de São Paulo que permitiu avaliar os impactos que diferentes fatores de risco particularmente a raça/cor teriam sobre a probabilidade de morte das crianças, percebeu-se claramente uma hierarquia das variáveis independentes sobre a mortalidade infantil. De fato, as variáveis mais ligadas às características vitais dos nascidos vivos, como os scores APGAR e o peso ao nascer, figuraram com os maiores efeitos sobre a variável dependente, seguindo em importância as variáveis ligadas às condições socioeconômicas da mãe e do período gravídico, como a instrução, tipo de gestação, tipo de parto ou número de consultas no atendimento pré-natal, todos também com coeficientes negativos. Porém, a raça/cor também destacou-se como um fator que impacta a probabilidade de uma criança de chegar ao óbito, mesmo depois de controlados os elementos decisivos para a mortalidade infantil, com um efeito estatisticamente significativo dentro do modelo.

Com estas notas quer-se reforçar tanto a necessidade de divulgar constatações das desigualdades raciais nas condições de nascer e de morrer das crianças menores de um ano, assim como a necessidade de alertar e conscientizar sobre a importância da compreensão da singularidade do recorte racial/étnico nos estudos de saúde que permitam sensibilizar os planejadores e gestores de saúde para que enfoquem medidas práticas direcionadas à população negra e ações voltadas à promoção da equidade.



Referências bibliográficas

ALMEIDA, M.F.; JORGE, M.H.P.M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.32, n.3, jun.1998.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. Monteiro C.A.(organizador). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A Evolução do País e de suas Doenças Hucitec.NUPENS/USP.São Paulo, 1995.

CARVALHO, J.A.M.; WOOD, C.H.A demografia da desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.

COIMBRA, C.E.A.; SANTOS, R.V.Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.5, n.1, 2000.(Qualidade de vida e saúde)

CUNHA, E.M.G.P.

Condicionantes da Mortalidade Infantil segundo Raça/cor no Estadod e São Paulo, 1997-1998.Tese (Doutorado) UNICAMP, Campinas, S.Paulo, 2001

- Raça: aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? In: BARATA, R.B.et al (orgs.).Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Editora Fiocruz, 1997.(Série Epidemiológica 1)

- Mortalidade e raça: mais uma evidência da discriminação. São Paulo: SBPC, 1996.

- Mortalidad y raza: la desigualdad revelada. México, 1996.

- Raça: um aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? Salvador, 1995.

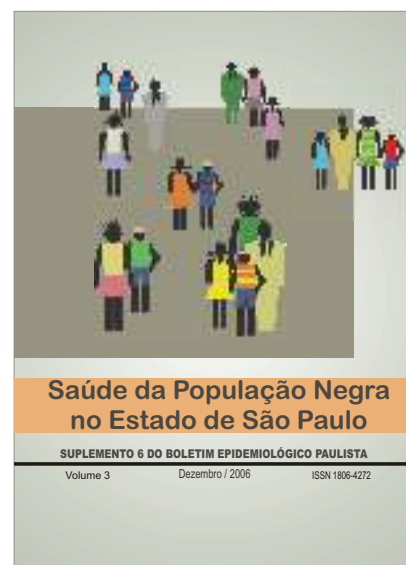
- Mortalidade infantil segundo cor: os resultados da PNAD 84 para o Nordeste.

In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994, Caxambu. Anais ...Belo Horizonte: ABEP, 1994.

- Desiguais perante a morte. In: CEBRAP. Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1991.

- Mortalidade infantil por cor no Estado de São Paulo. Projeto: demografia do negro no Estado de São Paulo. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1990. (Relatório Final OLIVEIRA, F. Saúde da População Negra. Brasília: OPAS 2003.

- O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. Rio de Janeiro: Fundação Ford/Fiocruz, 1999.





Juventudes, raça e vulnerabilidades

*Maria Dirce Pinho¹, Elza Berquó², Kelly Adriano Oliveira²,
Fernanda Lopes³, Luís Carlos Araújo Lima², Noeli Pereira²*

¹Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), Fala Preta! Organização de Mulheres Negras, São Paulo.

²Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap).

³Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

O objetivo do artigo é identificar os fatores estruturais e comportamentais associados ao uso de preservativos entre jovens na faixa etária de 16 a 24 anos e sexualmente ativos nos 12 meses anteriores ao levantamento da pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS, 1998 (Cebap/PCN-DST/AIDS), segundo raça/cor e sexo. Foram estudados 9.322 jovens (59% de homens e 41% de mulheres). As variáveis estruturais e comportamentais foram tratadas segundo o modelo estatístico log linear Chaid (Chisquared Automatic Interaction Detector). A maior proporção de usuários de preservativos foi encontrada entre brancos e negros não unidos, e a menor adesão, entre aqueles com parcerias estáveis e eventuais, especialmente entre jovens negras. O estudo mostrou que estão mais vulneráveis ao sexo desprotegido os unidos e os solteiros em relações eventuais, ou estáveis e eventuais, e aqueles com maior escolaridade e pertencentes aos estratos socioeconômicos mais altos, especialmente mulheres e negros.

Introdução

No Brasil existem cerca de 31 milhões de jovens na faixa etária de 16 a 24 anos, representando 18% da população total do país (IBGE, 2002). Muitos desses jovens não têm acesso a informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva, nem a serviços adequados de atendimento nessa área que os estimulem a tomar decisões de maneira livre e responsável.

A epidemia de HIV/AIDS é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública. De 1980 a

setembro de 2001 foram registrados 222.356 casos de AIDS no país, 13% deles vitimando jovens entre 16 e 24 anos (Brasil, 2001). Muitos estudos vêm sublinhando que a maior vulnerabilidade dos jovens tanto à infecção por DSTs/AIDS como à gravidez indesejada tem complexa relação com a limitação das opções de lazer e cultura, do acesso aos equipamentos sociais, incluindo serviços de saúde e educação, e das oportunidades ocupacionais e de rendimento (Ayres et al., 1998; Benfam, 1999; Szwarcwald et al., 2000).



Essa intrincada rede de fatores estruturais e comportamentais permite dizer que esses jovens estão expostos não a uma ou outra vulnerabilidade, mas a diversas delas, pois são fatores que, além de influenciar o exercício pleno e responsável da sexualidade e da reprodução, os expõem a maiores chances de violência doméstica, sobretudo de abuso sexual (Seixas, 1999). Assinala-se também que as mortes na faixa etária entre 15 e 24 anos se concentram na categoria de óbitos por violência conjunta, ou seja, esses jovens morrem mais por causas decorrentes de homicídios, agressões e acidentes de trânsito (Castro et al., 2001).

A inexistência ou a precariedade de espaços de lazer, esporte e cultura voltados para a população jovem, especialmente para os mais pobres, que ofereçam alternativas reais de ocupação do tempo livre de modo produtivo, permitindo-lhes fazer o que gostam já que boa parcela dos jovens nessa faixa etária não está trabalhando, nem estudando (Castro et al., 2001), é apenas um exemplo indicativo do quão adversas são as condições sociais e culturais em que vivem esses jovens, tornando-os, em sua maioria, vítimas de acentuado processo de exclusão.

Próprias da juventude, as inquietações diante das expectativas de convívio para além da família, de constituir-se como pessoa autônoma, consciente dos seus direitos e deveres, a necessidade de construir uma identidade positiva e de exercer a sexualidade de forma responsável e livre de coerção, são alguns dos desafios adicionais a serem enfrentados por aqueles que se responsabilizam pela formação desses jovens.

Conforme apontado na pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções

do HIV/AIDS (Brasil, 2000), a vida sexual dos jovens inicia-se cada vez mais cedo. Em 1998, 61% dos jovens entre 16 e 19 anos já haviam tido relações sexuais e 40,2% as tiveram pela primeira vez antes dos 15 anos (46,7% dos homens e 32,3% das mulheres). Em 1984, a proporção daqueles que iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos era de 35,2% para os rapazes e 13,6% para as moças. A mesma pesquisa mostra que, comparativamente aos adultos, os jovens tendem a utilizar mais o preservativo nas relações sexuais. Ainda assim, a maior adesão dos jovens ao uso do preservativo não se tem mostrado consistente, na medida em que essa parcela da população vem apresentando aumento nas taxas de fecundidade e incidência do HIV/AIDS.

A ausência, até o momento, do recorte racial/étnico nas estatísticas oficiais sobre a epidemia do HIV/AIDS dificulta o conhecimento do processo de expansão da epidemia nesse segmento populacional. Porém, se entendermos a idéia de vulnerabilidade como impossibilidade de exercício de cidadania, pode-se afirmar que os jovens negros são os que mais enfrentam problemas de acesso aos serviços em todos os níveis, já que, visto dessa perspectiva, apresentam características sociais e culturais que os tornam mais vulneráveis.

No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento coloca o negro brasileiro em condições de vulnerabilidade (Guimarães, 2001). Além da inserção social desqualificada/desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de assistência e prevenção (vulnerabilidade programática), homens e



mulheres negros vivem em um constante estado defensivo. Esse efeito cumulativo de desvantagens individuais, sociais e políticas pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas e psicossociais, além das doenças físicas (vulnerabilidade individual) (Lopes et al., 2002).

Para operacionalizar sua interpretação, a noção de vulnerabilidade é apresentada em três dimensões: individual, social e programática. A dimensão individual da vulnerabilidade, explorada neste artigo, é resultado das relações sociais e interpessoais desiguais. Ao considerar uma pessoa vulnerável, estamos nos referindo a alguém que não tem consciência da possibilidade de infectar-se com o HIV ou de adoecer por AIDS, ou que, embora consciente, não é capaz de elaborar (e implementar) estratégias eficazes e eficientes para o enfrentamento da doença ou para a prevenção da infecção (Lopes et al., 2002).

No campo da AIDS, a noção de vulnerabilidade é definida sinteticamente por Ayres (2002) como “o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição ao HIV ou adoecimento pelo mesmo e, de modo indissociável,

ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger de ambos”.

O acesso aos bens sociais e os fatores psicossociais, biológicos, estruturais e culturais determinam as condições de vida e de saúde individual e/ou coletiva. É, pois, essencial que os estudos de populações vulneráveis aos agravos em saúde incorporem o recorte racial/étnico¹.

Os jovens negros são especialmente incluídos entre os desiguais. São eles que ocupam os piores níveis de escolaridade, apresentam as maiores dificuldades para ingresso no mercado de trabalho e, no momento em que nele se inserem, são aqueles que ocupam as mais desvalorizadas funções. São também aqueles que, por sua irreverência, vestimenta ou linguajar, são prioritariamente discriminados nos serviços de saúde.

Todas essas questões e a necessidade de elaborar subsídios para ações e programas de educação em saúde e em saúde preventiva nortearam o presente trabalho, que descreve a população jovem de 16 a 24 anos residente nas áreas urbanas do Brasil e seus diferenciais para o uso de preservativo, segundo raça/cor e sexo.

¹ A idéia de “raça” não é universal, ela emerge de um ponto particular da história da Europa ocidental. Isso demonstra que “raça” não é um fato biológico, mas uma construção social. Como classificação, “raça” é definida por um grupo de pessoas conectadas por uma origem comum. Desde o início do século XIX, a palavra foi usada com vários outros sentidos. A diversidade física atrai a atenção das pessoas tão prontamente que elas não percebem que a validade do conceito depende do seu emprego numa explicação, isto é, a questão principal não é o que vem a ser “raça”, mas o modo como o conceito é empregado. Embora a designação de raça siga uma regra social e não de classificação biológica, o idioma da raça é importante para medidas de combate à discriminação racial (em detrimento ao uso desejado do termo etnia). Como significante (expressão, som ou imagem cujos significados são viabilizados somente por meio da aplicação de regras e códigos), “raça” apresenta um caráter mutável, podendo ser diferentes coisas para diferentes pessoas, em diferentes lugares na história; por isso, desafia as explicações definitivas fora de contextos específicos. No uso popular, a expressão “raça” perdeu seu status de algo com características e traços estáveis. A questão dominante passou a ser o discurso. A “raça” então passou a ser um modo de entender e interpretar as diversidades por meio de marcadores inteligíveis. Como significado, “raça” pode ser traduzida por um grupo de pessoas socialmente unificadas numa determinada sociedade em virtude de marcadores físicos. Os rótulos raciais têm significado em razão do teor específico ligado aos termos raciais numa determinada época e lugar. As raças sociais não são subespécies geneticamente ligadas entre si. Na verdade, os membros de diferentes raças sociais são, com freqüência, parentes próximos uns dos outros em muitas sociedades multirraciais, em especial naquelas com um histórico de escravidão (Cashmore, 2000).



Metodologia

A pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS

Os principais dados apresentados neste artigo fazem parte de pesquisa conduzida pela Área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), atendendo à solicitação da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

Essa pesquisa teve como objetivo geral identificar representações, comportamentos, atitudes e práticas sexuais da população brasileira e investigar seus conhecimentos sobre HIV/AIDS, com vistas a estabelecer estratégias de intervenções preventivas das DSTs/AIDS.

Realizada de dezembro de 1997 a dezembro de 1998, a pesquisa refere-se a um universo composto de indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 16 a 65 anos, moradores nas áreas urbanas de 169 microrregiões do Brasil, totalizando 59.872.819 pessoas. Vale ressaltar que a população urbana do Brasil pertencente a essa faixa etária era, segundo a Contagem Populacional realizada pelo IBGE em 1996, de 77.018.813 pessoas, significando que o processo amostral visou garantir um poder de inferência para 77,7% do universo.

A amostra final foi de 3.600 pessoas. O instrumento de coleta de informações foi um questionário com 204 questões, entre fechadas e abertas, cobrindo os seguintes blocos: identificação pessoal; opiniões sobre sexualidade e normas sexuais; iniciação sexual e experiências sexuais; comportamento sexual; conhecimento e prevenção

do HIV/AIDS; reprodução e saúde; uso de drogas.

A pesquisa e a população negra

A pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS oferece, pela primeira vez no Brasil, a oportunidade de conhecer e avaliar a forma como os fatores estruturais, relacionais e individuais intervêm no conhecimento, nas atitudes, no comportamento e nas práticas sexuais, principalmente para a população negra.

Há um ano, um grupo de pesquisadores negros, de diversas áreas do conhecimento, vem utilizando o banco de dados da pesquisa com o objetivo de analisá-los segundo o recorte racial/étnico, no projeto denominado População Negra Brasileira frente o HIV/AIDS. Vale salientar que 43,9% da amostra são autodeclarados negros e 51,5% são auto-identificados como não negros, tornando possível estabelecer um contraponto, segundo cor ou raça, na análise dos resultados.

A pesquisa e a população jovem

O presente artigo volta-se para os dados relativos aos jovens da amostra, que correspondem a 26% do total da população pesquisada. Com o objetivo de descrever o perfil dos 14.826 jovens estudados, a população foi dividida em quatro grupos, a saber: jovens brancos; jovens negros; jovens brancas; jovens negras. Para a classificação de raça/cor foram consideradas as mesmas categorias utilizadas nos censos demográficos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):



branca, preta, amarela, indígena e parda (mulata, mestiça, cabocla, mameluca, cafuza etc.). As categorias, previamente estruturadas, foram coletadas pelo critério de autoclassificação, a partir da seguinte pergunta: “No que diz respeito à sua cor ou raça, como você se classifica?” Neste estudo utilizamos as categorias brancos e negros. A categoria negro foi construída ex-post pelos pesquisadores, com a junção de pretos e pardos autodeclarados, como tem sido feito na maioria das pesquisas e como é feito pelo próprio IBGE. As categorias indígena e amarelo não foram consideradas, devido às suas baixas frequências.

Para cada grupo foi apresentada a distribuição de frequência simples das seguintes variáveis: região de moradia; escolaridade; religião; renda do entrevistado; renda familiar per capita; estrato socioeconômico; atividade econômica; posição na família; estado conjugal; tipo de relação; idade da iniciação sexual; risco individual auto-atribuído em relação à infecção do HIV.

Para identificar os fatores estruturais e comportamentais associados ao uso de preservativo foi utilizado o modelo estatístico log linear ponderado Chaid (Chi-squared Automatic Interaction Detector). Com ele é possível classificar os dados categóricos,

gerando assim segmentos exclusivos e exaustivos, significativamente diferentes em relação à distribuição da variável dependente, segundo valores determinados pelo teste do chi-quadrado. Para cada grupo ou segmento gerado, a associação entre as variáveis é novamente testada pelo chi-quadrado, até que não sejam mais observadas dependências significativas.

O modelo foi aplicado para a análise do uso do preservativo entre os jovens de 16 a 24 anos que relataram vida sexual ativa nos 12 meses anteriores à pesquisa (n = 9.322). As variáveis independentes utilizadas foram: estado conjugal; tipo de família; posição na família; nível de escolaridade; renda individual; religião atual; atividade econômica; região de moradia²; Critério Brasil de Classificação Socioeconômica³; percepção de risco individual; práticas sexuais (oral, anal, vaginal); realização de teste para o HIV; exposição a drogas; número de parceiros.

Foram construídas cinco árvores. Na primeira árvore, raça/cor e sexo integravam o conjunto de variáveis independentes. As demais árvores foram construídas para homens jovens brancos, homens jovens negros, mulheres jovens brancas e mulheres jovens negras. Os usuários de preservativo foram

² Foram consideradas as seguintes regiões: regiões Norte e Nordeste, denominadas de Nor Nor; região Sul expandida Rio Grande do Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, denominada de Sul X; e região Centro-Oeste expandida Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, denominada de Centro X.

³ Para classificação socioeconômica da amostra utilizou-se o novo Critério Brasil. Nele são associados valores ao número de bens de consumo existentes no domicílio e ao nível de instrução do chefe da família e/ou pessoa de referência. Também são considerados, para essa classificação, o número de automóveis de passeio e o número de empregada(s) mensalista(s). Este novo critério de pontuação permite maior aproximação da realidade socioeconômica dos(as) entrevistados(as). Os grupos sociais são criados segundo a seguinte pontuação: Classe A, entre 25 e 43 pontos; Classe B, entre 17 e 24 pontos; Classe C, de 11 a 16 pontos; Classe D, de 6 a 10 pontos, e Classe E, menor que 6 pontos.



caracterizados, segundo sexo e raça/cor, levando-se em conta: o tipo de relação; a idade de iniciação sexual; práticas sexuais; uso de drogas; número de parceiros; realização do teste de HIV; percepção de risco individual. As frequências simples foram calculadas utilizando o programa SPSS, versão 8.0.

Descrição do perfil

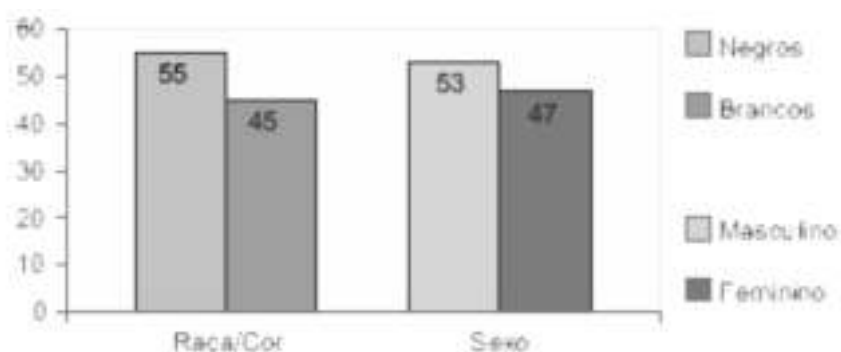
Da população de jovens sexualmente ativos (9.322), 55% autodeclararam-se negros e 45%, brancos. A distribuição da amostra segundo sexo é de 53% de jovens do sexo masculino e 47% do sexo feminino (Figura 1).

Na **Tabela 1** encontra-se a distribuição conjunta dos jovens, segundo sexo e raça/cor: os jovens brancos do sexo masculino representam 29%; os jovens negros, 24%; as mulheres brancas, 27% e as negras, 20% do total de jovens da amostra.

Região de moradia

A maior proporção de jovens encontrase na região Sul X (55%), especialmente os jovens brancos (75% dos homens e 65% das mulheres). A maior proporção de jovens negros foi encontrada na região Nor Nor (41% dos homens e 49% das mulheres) (**Tabela 2**).

Figura 1 - Distribuição percentual da amostra, segundo raça/cor e sexo. Brasil urbano, 1998



Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids, Ministério da Saúde - SPS - CNDST/HIV/Aids

Tabela 1 - Distribuição percentual da amostra, segundo raça/cor e sexo. Brasil urbano, 1998

| JOVENS (16-24 anos) | (%) |
|------------------------|------------------------|
| Homens brancos | 29 |
| Homens negros | 24 |
| Mulheres brancas | 27 |
| Mulheres negras | 20 |
| TOTAL | 100 (14.826) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids, Ministério da Saúde - SPS - CNDST/HIV/Aids



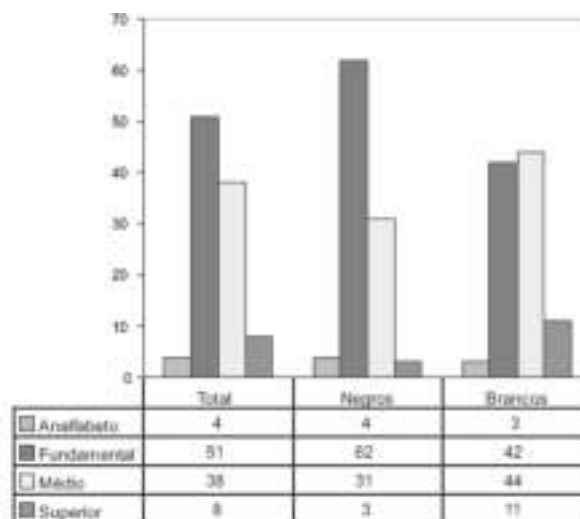
Escolaridade

Metade da população de jovens cursou até o ensino fundamental (51%). Entre os negros encontra-se a maior proporção de jovens com nível fundamental (62%); para os brancos, essa proporção é de 42%. Os jovens brancos no ensino superior representam 11%, o que corresponde a praticamente quatro vezes a proporção de negros com essa

escolaridade (3%) (Figura 2).

Observa-se, na Figura 3, que o nível educacional tanto de mulheres quanto de homens negros tende a ser mais baixo do que o dos brancos. Vale destacar a discrepância entre homens e mulheres brancos no acesso ao ensino de nível superior, muito mais freqüente para os homens (17%) do que para as mulheres (5%).

Figura 2 - Distribuição percentual do nível de instrução, segundo raça/cor e sexo. Brasil urbano, 1998



Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids, Ministério da Saúde - SPS - CNDST/HIV/Aids

Tabela 2 - Distribuição percentual da região de moradia, segundo raça/cor e sexo. Brasil urbano, 1998

| Região de moradia | Total de jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|-------------------|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|----------------|-------------|
| | | Negros (%) | Brancos (%) | Negras (%) | Brancas (%) | Negros (%) | Brancos (%) |
| Centro X | 15 | 19 | 10 | 24 | 13 | 21 | 11 |
| Nor Nor | 30 | 41 | 15 | 49 | 21 | 45 | 18 |
| Sul X | 55 | 40 | 75 | 27 | 65 | 34 | 71 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | (14.826) | (3.604) | (4.283) | (2.943) | (3.996) | (6.547) | (8.279) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids, Ministério da Saúde - SPS - CNDST/HIV/Aids

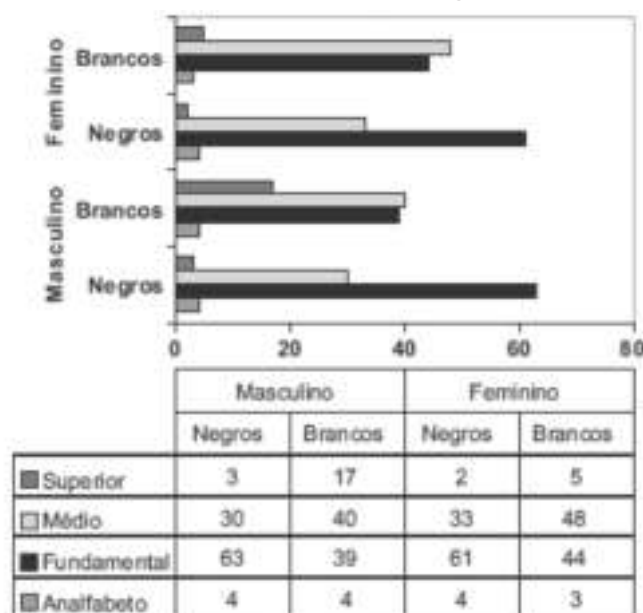


Religião atual

A grande maioria dos jovens declarou pertencer à religião católica (67%), não havendo praticamente diferença entre pessoas negras e brancas. O diferencial pode ser observado em relação ao sexo, em especial para mulheres negras, com a maior filiação católica (76%) (**Tabela 3**). A segunda religião na preferência dos jovens foi a pentecostal (13%), com maior concentração de mulheres brancas (18%).

Declararam ser adeptos do protestantismo 5% dos jovens; entre os jovens negros há maior proporção de membros dessa religião (8%); a proporção de jovens brancos foi de 3%. Isso sem perder de vista, entretanto, um diferencial significativo de adeptos, entre homens, ao protestantismo histórico, sendo os negros os que apresentam a maior proporção de filiação (12%). Declaram não pertencer a nenhuma religião 19% dos homens e apenas 4% das mulheres, tanto negros como brancos.

Figura 3: Distribuição percentual do nível de instrução, segundo raça/cor e sexo. Brasil urbano, 1998



Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/AIDS.

TABELA 3
Distribuição percentual da religião, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Religião | Total de Jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|------------------|---------------------|------------|-------------|------------|-------------|----------------|-------------|
| | | Negros (%) | Brancos (%) | Negras (%) | Brancas (%) | Negros (%) | Brancos (%) |
| Católica | 67 | 61 | 62 | 76 | 69 | 68 | 66 |
| Protestante | 5 | 12 | 4 | 4 | 3 | 8 | 3 |
| Pentecostal | 13 | 6 | 13 | 14 | 18 | 10 | 15 |
| Espírita | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Afro-brasileira | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Nenhuma religião | 12 | 19 | 19 | 4 | 4 | 12 | 12 |
| Outra | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | (14.826) | (3.604) | (4.283) | (2.943) | (3.996) | (6.547) | (8.279) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/AIDS.

**População economicamente ativa**

Dos jovens estudados, 56% estavam economicamente ativos. Destes, 37% encontravam-se no mercado informal, 30% no mercado formal, isto é, com registro em carteira, e 26% desempregados. Segundo a raça/cor, 65% dos negros e 48% dos brancos desenvolvem alguma atividade econômica, sendo maior a proporção de negros no mercado de trabalho informal (41%). Por outro lado, observa-se que mais brancos do que negros estão no mercado de trabalho formal (35%). Quanto ao desemprego, não se observa diferença importante entre os jovens negros e brancos. Na **Tabela 4** podemos ainda observar a existência de maior índice de mulheres brancas desempregadas (44%) e de homens negros desempregados (29%).

Dos inativos (44%), 78% estavam estudando e 21% declararam ser exclusivamente donas de casa, com maior proporção de mulheres negras (41%). Entre as mulheres, 70% das brancas e 59% das negras estavam estudando. A quase totalidade dos

homens negros e brancos inativos dessa faixa etária declararam ser estudantes. Estavam aposentados 2% dos homens negros e 1% das mulheres brancas.

Renda mensal per capita

Predominam entre os jovens estudados famílias com renda mensal per capita de até 3 salários mínimos (SM) (90%). Dos jovens vivendo em famílias com renda mensal de até 1 SM, 55% são negros e 33% são brancos. Os piores rendimentos estão nas famílias das jovens negras: 66% delas ganham até 1 SM, exatamente o dobro do percentual apresentado pelas jovens brancas (33%). A maior parte das famílias das jovens brancas tem rendimentos entre 1 SM e 3 SM. Essa diferença também pode ser observada entre os homens: 46% dos negros e 32% dos brancos estão em famílias com até 1 SM. Para os jovens brancos de ambos os sexos observa-se a maior concentração na faixa entre 1 SM e 3 SM: 55% para os homens e 52% para as mulheres (**Figura 4**).

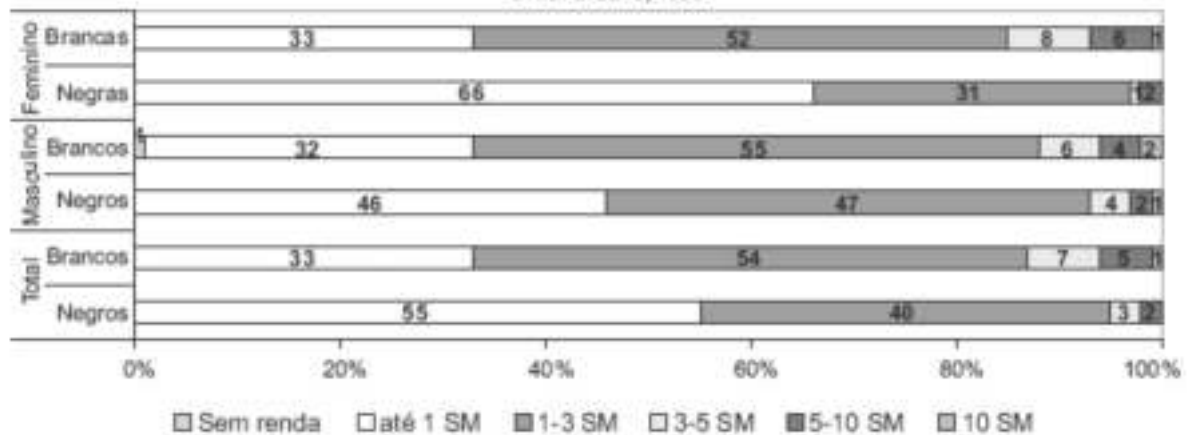
TABELA 4
Distribuição percentual da população economicamente ativa, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| | Total de Jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|---------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | | Negros (%) | Brancos (%) | Negras (%) | Brancas (%) | Negros (%) | Brancos (%) |
| Ativos | 56 | 78 | 62 | 50 | 34 | 65 | 48 |
| Formal | 30 | 20 | 34 | 34 | 37 | 25 | 35 |
| Informal | 37 | 48 | 44 | 27 | 14 | 41 | 34 |
| Empregador | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Empregada doméstica | 4 | - | - | 20 | 3 | 7 | 1 |
| Desempregado | 26 | 29 | 19 | 17 | 44 | 8 | 28 |
| Não remunerado | - | - | - | 1 | - | 1 | - |
| TOTAL | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) |
| | (8.300) | (2.804) | (2.636) | (1.484) | (1.376) | (4.287) | (4.011) |
| Inativos | 44 | 22 | 38 | 50 | 66 | 35 | 52 |
| Aposentado | 1 | 2 | - | - | 1 | 1 | 1 |
| Estudante | 78 | 98 | 100 | 59 | 70 | 73 | 81 |
| Dona de casa | 21 | - | - | 41 | 29 | 26 | 18 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | (6.526) | (800) | (1.647) | (1.458) | (2.621) | (2.259) | (4.269) |
| | (14.826) | (3.604) | (4.283) | (2.942) | (3.997) | (6.547) | (8.279) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/AIDS.



FIGURA 4
Distribuição percentual da renda per capita, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998



Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

Renda mensal individual

Dos jovens que estão no mercado de trabalho formal e informal, 56% encontram-se na faixa de 1 SM a 3 SM, com maior proporção de mulheres e de negros. A faixa de renda entre 3 SM e 5 SM é representada pela maioria de jovens brancos (23%), especialmente os do sexo masculino (17%). A proporção de jovens que, embora inseridos no mercado de trabalho, não têm nenhum rendimento corresponde a 2%, sendo 4% de mulheres (Tabela 5).

Posição na família

Em relação à posição que os jovens ocupam na família, 67% são filhos e 19% são chefes ou cônjuges. Observa-se maior proporção de negros nessa faixa etária já chefiando famílias, seja a família de origem ou uma nova família (15%). Para os homens negros, a proporção dos chefes de família é quase três vezes maior do que para os brancos. Entre as mulheres pode ser observada maior incidência de brancas (22%) do que de jovens negras (15%) na condição de cônjuge (Tabela 6).

TABELA 5
Distribuição percentual da renda mensal individual, em salários mínimos (SM), segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Renda mensal individual | Total de jovens (%) | Sexo | | Raça/cor | |
|----------------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Masc. (%) | Fem. (%) | Negros (%) | Branços (%) |
| Sem renda | 2 | 1 | 4 | - | 1 |
| Até 1 SM | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 |
| Mais de 1 a 3 SM | 56 | 54 | 62 | 69 | 45 |
| Mais de 3 a 5 SM | 13 | 17 | 6 | 6 | 23 |
| Mais de 5 a 10 SM | 5 | 5 | 6 | 3 | 9 |
| Mais de 10 SM | - | - | - | - | 1 |
| Renda individual média | 1,98 | 2,02 | 1,89 | 2,19 | 1,90 |
| TOTAL^(*) | (100) | (100) | (100) | (100) | (100) |
| | (14.638) | (7.792) | (6.846) | (6.475) | (8.163) |

(*) Total de jovens economicamente ativos, inseridos no mercado formal e informal.

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.



TABELA 6
Distribuição percentual da posição na família, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Posição na família | Total de Jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|--------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Chefe | 10 | 23 | 9 | 6 | 3 | 15 | 6 |
| Cônjuge | 9 | - | - | 15 | 22 | 7 | 11 |
| Filho | 67 | 63 | 83 | 57 | 62 | 61 | 73 |
| Outros | 13 | 14 | 8 | 21 | 13 | 17 | 10 |
| TOTAL | 100 (14.826) | 100 (3.604) | 100 (4.283) | 100 (2.942) | 100 (3.997) | 100 (6.547) | 100 (8.279) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

TABELA 7
Distribuição percentual do estado conjugal, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Estado conjugal | Total de Jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Solteiro(a) | 80 | 83 | 94 | 73 | 70 | 78 | 82 |
| Casado/Unido(a) | 19 | 16 | 6 | 27 | 29 | 21 | 17 |
| Viúvo/Desquitado/Divorciado | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | 100 (14.826) | 100 (3.604) | 100 (4.283) | 100 (2.942) | 100 (3.997) | 100 (6.547) | 100 (8.279) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

Estado conjugal

A grande maioria dos jovens (80%) estava solteira (Tabela 7). Para os homens negros, o percentual é de 83% e para os brancos, de 94%. Para as mulheres, declararam-se solteiras 73% das negras e 70% das brancas. A Tabela 7 demonstra ainda que as mulheres dessa faixa etária estão casadas ou unidas em maior proporção que os homens. Entre os jovens, os negros unidos representam 16% e os brancos apenas 6%.

Vida sexual

Os jovens sexualmente ativos correspondem a 63% do total. Quando analisada a atividade sexual segundo raça/cor e sexo, observa-se maior proporção de brancos sexualmente ativos (66%), principalmente entre os homens (72%). As mulheres brancas nessa faixa etária também apresentam a maior proporção das que possuem vida sexual ativa (59%) (Tabela 8).

TABELA 8
Distribuição dos jovens sexualmente ativos, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Sexualmente ativos | Total de Jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|--------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Sim | 63 | 67 | 72 | 49 | 59 | 59 | 66 |
| Não | 37 | 33 | 28 | 51 | 41 | 41 | 34 |
| TOTAL | 100 (14.826) | 100 (3.604) | 100 (4.283) | 100 (2.942) | 100 (3.997) | 100 (6.547) | 100 (8.279) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.



Síntese

Em suma, o perfil dos quatro grupos estudados pode ser resumido da seguinte forma:

Homens negros mais presentes na região Nor Nor; a maioria dos jovens negros apresenta escolaridade máxima correspondente ao ensino fundamental e está filiada à religião católica. Prioritariamente solteiros e, em grande parte, sexualmente ativos, eles ocupam a posição de filho em famílias com renda mensal per capita igual ou inferior a 3 SM. No mercado de trabalho, destaca-se sua inserção em ocupações informais.

Homens brancos presentes sobretudo na região Sul X, os homens brancos jovens, em sua maioria católicos, apresentam maior nível de escolaridade que os negros. Inseridos em menor proporção no mercado de trabalho, eles relatam com maior frequência possuírem vínculo empregatício. Prioritariamente solteiros e ativos sexualmente, apresentam-se como filhos de famílias cuja renda mensal per capita, embora baixa, é, em média, superior à das famílias dos jovens negros.

Mulheres negras mais presentes na região Nor Nor, as mulheres negras, filiadas principalmente à religião católica, possuem nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental. São, em boa parte, filhas, agregadas ou cônjuges (em proporção decrescente) de famílias cuja renda mensal per capita gira em torno 1 SM. Muitas são donas de casa e, quando inseridas no mercado de trabalho, é mais

freqüente terem ocupações formais do que informais.

Mulheres brancas mais presentes na região Sul X, as mulheres jovens brancas possuem nível de escolaridade maior que as mulheres negras, dado que, neste grupo, cerca da metade freqüentou o ensino médio. Prioritariamente católicas, mais da metade das jovens brancas pertence a famílias com renda mensal per capita entre 3 SM e 5 SM. Inseridas no mercado de trabalho com menor freqüência, elas são sobretudo estudantes. Em maior proporção do que as negras, relatam ter vida sexual ativa.

Uso de preservativo (UP) entre jovens sexualmente ativos

De acordo com o objeto já definido, no que segue consideramos o UP entre os jovens de 16 a 24 anos e seus determinantes. Para tanto, a abordagem levará em conta os quatro segmentos de jovens sexualmente ativos, conforme a Tabela 9.

Na Tabela 10 pode-se observar que, da população de jovens sexualmente ativos, 46% declararam UP, contrastando com o grupo com mais de 25 anos, para o qual o uso foi de 18%. Analisando-se o UP para os quatro segmentos estudados, observa-se que entre os homens não há diferença quanto à cor. De fato, o UP foi de 53% para brancos e de 52% para negros. Já para as mulheres, os dados indicam maior poder de negociação entre as brancas, com uso de 42%.



TABELA 9
Distribuição percentual dos jovens usuários de preservativos, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| | Total de jovens 16-24 anos % |
|------------------|------------------------------------|
| Homens brancos | 33 |
| Homens negros | 26 |
| Mulheres brancas | 25 |
| Mulheres negras | 16 |
| TOTAL | 100 (4.285) |

Fonte: Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS – Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

TABELA 10
Uso de preservativo, segundo idade e sexo e cor.
Brasil urbano, 1998

| Uso de preservativo | Jovens 16/24 % | > 25 anos % | Homens Jovens | | Mulheres Jovens | |
|---------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | Negros % | Branco % | Negras % | Branca % |
| Usa | 46 | 18 | 52 | 53 | 28 | 42 |
| Não Usa | 54 | 82 | 48 | 47 | 72 | 58 |
| TOTAL | 100 (9.322) | 100 (43.965) | 100 (2.425) | 10 (3.080) | 100 (1.443) | 100 (2.374) |

Fonte: Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS – Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

Modelo Chaid

Das variáveis independentes utilizadas no modelo Chaid (estado conjugal, tipo de família, posição na família, nível de escolaridade, renda individual, religião atual, atividade econômica, região de moradia, Critério Brasil de Classificação Socioeconômica), o estado conjugal foi o primeiro preditor para o UP, ou seja, maior uso entre os não-unidos (56%) contra 15% para os unidos. O grupo de não-unidos foi dividido em classes sociais (Critério Brasil), com 66% de uso na classe D contra 49% nas classes A, B e C. Este último subgrupo ainda foi dividido segundo renda individual do jovem entrevistado, com maior proporção de uso (65%) para aqueles com até 1 SM.

Para os jovens unidos, o modelo permitiu ainda uma subdivisão segundo escolaridade. A maior proporção de uso coube ao grupo com, no mínimo, ensino fundamental completo (35%).

O principal preditor para o uso de preservativo, tanto para brancos como para negros, foi a variável estrutural estado conjugal. Para os brancos solteiros, a proporção de uso é de 60% e para os negros solteiros, de 50%. Para os jovens negros, além do estado conjugal, a escolaridade aparece como segundo preditor para maior adesão ao uso de preservativo, correspondendo ao ensino fundamental incompleto.

Ao se analisar o modelo separadamente para



os quatro segmentos, verifica-se que para as mulheres, independentemente da cor, não houve nenhum preditor significativo. Para os homens negros, a única variável preditora foi a utilizada para verificar a posição que os jovens ocupam na família (Posfam), ou seja: de um lado, os filhos com 66% de uso e, de outro, o chefe com 37%. No que se refere aos homens brancos, a prática sexual, em especial a oral, foi a única preditora. Quem não pratica sexo oral usa mais preservativo (73%).

Sobre o perfil dos usuários de preservativo

Estado conjugal

Conforme pudemos constatar, por meio do modelo estudado, a maior proporção de usuários de preservativos está entre os solteiros. Em relação à raça/cor, tanto para os homens como para as mulheres, não foi observada diferença de UP 57% dos solteiros(as). Entre a população negra é que podemos notar diferenças significativas: 66% dos homens negros solteiros usam preservativos, contra apenas 45% das mulheres negras solteiras. Entre os homens casados/unidos, negros e brancos, foram encontrados praticamente os mesmos valores para o UP, inferiores ao relatado pelas mulheres casadas/unidas: 25% das brancas e 13% das negras. Vale salientar que, para as mulheres unidas, as negras usam menos preservativo do que as brancas. O maior UP entre as mulheres casadas provavelmente tem relação mais direta com a

concepção (**Tabela 11**).

Entre os homens negros, 50% usaram preservativo nas relações estáveis e eventuais. Chama a atenção a baixa adesão ao UP das mulheres jovens que mantêm parcerias estáveis e eventuais, especialmente as negras (13%). O maior UP entre as mulheres jovens foi declarado para aquelas que se encontravam em parceria exclusivamente estável, sendo 87% para as negras e 76% para as brancas. Vale ressaltar ainda o baixo UP entre os homens brancos (37%) (**Tabela 12**).

Iniciação sexual dos jovens

Conforme apontado por vários estudos, na presente pesquisa também foram encontrados dados que corroboram a afirmação de que os jovens estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo. Essa tendência é marcante quando observado o início da vida sexual entre os jovens na faixa etária de 16 a 19 anos 38% iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos e entre aqueles na faixa entre 20 e 24 anos 25%. Para o total da amostra, apenas 19% iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos.

O início da vida sexual antes dos 14 anos foi de 30% entre os jovens. Do total de jovens que iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos, 48% usam preservativo atualmente, proporção muito similar à apresentada por aqueles que iniciaram a vida sexual entre 15 e 19 anos (46%). De fato, para os que se iniciaram sexualmente entre 20 e 24 anos, a proporção de UP cai para 40%, conforme a **Tabela 13**.



TABELA 11
Distribuição percentual do estado conjugal, segundo uso de preservativo, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| | Homens | | | | Mulheres | | | | Total% |
|---------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|--------|
| | Negros % | | Branco % | | Negras % | | Branca % | | |
| | Usa | Não usa | Usa | Não usa | Usa | Não usa | Usa | Não usa | |
| Solteiro(a) | 66 | 34 | 57 | 43 | 45 | 55 | 57 | 43 | (100) |
| Casado(a)/Unido(a) | 9 | 91 | 10 | 90 | 13 | 87 | 25 | 75 | (100) |
| Desquitado(a)/Separado(a) | - | - | - | 100 | 100 | - | 42 | 58 | (100) |
| TOTAL | (584) | (577) | (596) | (577) | (83) | (189) | (94) | (144) | |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

TABELA 12
Distribuição percentual dos UPs, segundo o tipo de relação, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Tipo de relação | Total de Jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Estável | 55 | 50 | 37 | 87 | 76 | 59 | 52 |
| Estável e Eventual | 45 | 50 | 63 | 13 | 24 | 41 | 48 |
| TOTAL | 100 (4.285) | 100 (1.263) | 100 (1.634) | 100 (404) | 100 (984) | 100 (1.667) | 100 (2.618) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

TABELA 13
Idade da iniciação sexual, segundo idade atual e uso de preservativo.
Brasil urbano, 1998

| Idade da iniciação sexual | Total da amostra (%) | Total de jovens (%) | Jovens | | Uso de preservativo | | Linha (%) |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | 16-19 (%) | 20-24 (%) | Usa (%) | N Usa (%) | |
| < de 14 | 19 | 30 | 38 | 25 | 48 | 52 | 100 |
| 15 a 19 | 59 | 64 | 63 | 64 | 46 | 54 | 100 |
| 20 a 24 | 16 | 6 | - | 11 | 40 | 60 | 100 |
| 25 a 35 | 6 | - | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 100 (43.296) | 100 (9.322) | 100 (4.437) | 100 (4.885) | | | |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.



Práticas sexuais

Dos usuários de preservativo, 22% dos jovens praticam sexo anal, sendo maior a proporção entre os homens jovens brancos (27%). Entre as mulheres, não se observa diferença significativa; no entanto, entre os homens é possível observar que os negros são os que menos praticam sexo anal. Chama a atenção, ainda, a proporção de negros que pratica sexo oral (49%) em relação aos jovens brancos (34%). Entre as mulheres, são as negras usuárias de preservativos as que mais praticam sexo oral (Tabela 14).

Uso de drogas

São usuários de preservativos apenas 8% dos que declaram uso de drogas, com maior proporção de negros (15%). Para essa variável, destaca-se a menor proporção de usuários de preservativo entre os jovens brancos de ambos os sexos que usam

drogas (3%); para as mulheres brancas não foi encontrada nenhuma usuária de preservativos entre as usuárias de drogas (Tabela 15).

Número de parceiros

Dos jovens sexualmente ativos usuários de preservativo, 52% tiveram relações sexuais com um único parceiro(a) e 48% com dois(duas) ou mais parceiros(as). Apesar do grande número de jovens que mantiveram relações apenas com um parceiro no ano anterior à pesquisa, constatou-se baixa proporção de usuários de preservativo entre aqueles que tiveram relação sexual com dois(duas) parceiros(as), especialmente entre os negros (10%), com destaque para as mulheres (17%). Os jovens brancos de ambos os sexos são os que declaram maior UP (34%) quando relatam relações sexuais com dois(duas) parceiros(as) (Tabela 16).

TABELA 14
Distribuição percentual dos UPs, segundo práticas sexuais, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Práticas sexuais (respostas múltiplas) | Total de jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|---|------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-------------------|----------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Vaginal | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Anal | 22 | 19 | 27 | 23 | 20 | 20 | 24 |
| Oral | 43 | 51 | 48 | 43 | 24 | 49 | 34 |
| TOTAL | (4.285) | (1.263) | (1.634) | (404) | (984) | (1.667) | (2.618) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – ONDST/HIV/Aids.

TABELA 15
Distribuição percentual dos UPs, segundo uso de drogas, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Uso de drogas | Total de jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|---------------|------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-------------------|----------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Sim | 8 | 15 | 5 | 17 | 0 | 15 | 3 |
| Não | 92 | 85 | 95 | 83 | 100 | 85 | 97 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | (4.285) | (1.263) | (1.634) | (404) | (984) | (1.667) | (2.618) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – ONDST/HIV/Aids.



TABELA 16
Distribuição percentual dos UPs, segundo número de parceiros, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Número de parceiros | Total de jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| 1 pessoa | 52 | 51 | 39 | 85 | 68 | 58 | 48 |
| 2 pessoas | 24 | 11 | 38 | 7 | 24 | 10 | 34 |
| 3 pessoas | 8 | 18 | 3 | 8 | - | 16 | 2 |
| Mais de 3 a 5 pessoas | 8 | 7 | 9 | - | 8 | 6 | 9 |
| Mais de 5 pessoas | 8 | 12 | 10 | - | - | 10 | 7 |
| Ninguém | | | | | | | |
| TOTAL | 100 (4.285) | 100 (1.263) | 100 (1.634) | 100 (404) | 100 (984) | 100 (1.667) | 100 (2.618) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

Teste para o HIV

Dos jovens usuários de preservativo, 21% já fizeram o teste para o HIV. Os homens brancos destacam-se com a maior proporção de UP (31%). Entre os negros observa-se um baixo UP (14%), sobretudo entre as mulheres negras (7%) (Tabela 17).

Percepção de risco

Analisando o UP segundo a percepção de risco, observou-se que a baixa ou nenhuma percepção de

risco, tanto para homens como para mulheres, parece estar associada ao uso de preservativo, com maior proporção para os brancos (52%). Entre os negros, apesar da menor proporção de UP para os que se percebem em baixo risco (39%), 46% das mulheres negras são usuárias de preservativos, contra 36% dos jovens negros. Entre as jovens brancas e os homens negros é que foram encontrados os maiores percentuais de UP para aqueles que se percebem em médio ou alto risco (Tabela 18).

TABELA 17
Distribuição percentual dos UPs, segundo teste para o HIV, por sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Teste HIV | Total de jovens (%) | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros (%) | Branco (%) | Negras (%) | Branca (%) | Negros (%) | Branco (%) |
| Sim | 21 | 17 | 31 | 7 | 16 | 14 | 25 |
| Não | 79 | 83 | 69 | 93 | 84 | 86 | 75 |
| TOTAL | 100 (4.285) | 100 (1.263) | 100 (1.634) | 100 (404) | 100 (984) | 100 (1.667) | 100 (2.618) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.



TABELA 18
Distribuição percentual dos UPs por percepção de risco, segundo sexo e raça/cor.
Brasil urbano, 1998

| Percepção de risco | Total de jovens % | Homens | | Mulheres | | Total Raça/Cor | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Negros % | Branco % | Negras % | Branca % | Negros % | Branco % |
| Nenhuma | 30 | 36 | 34 | 32 | 18 | 35 | 28 |
| Baixa | 47 | 36 | 52 | 46 | 52 | 39 | 52 |
| Média/Alta | 23 | 28 | 14 | 22 | 30 | 26 | 20 |
| TOTAL | 100 (4.285) | 100 (1.263) | 100 (1.634) | 100 (404) | 100 (984) | 100 (1.667) | 100 (2.618) |

Fonte: Pesquisa Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS, Ministério da Saúde – SPS – CNDST/HIV/Aids.

Considerações finais e implicações para políticas públicas

Mesmo considerando o crescente acesso dos jovens à informação e as constantes mudanças dos padrões culturais, que implicam diretamente mudanças comportamentais, sobretudo na vida afetiva sexual, o impacto do início da vida sexual precoce, o uso inconsistente de preservativos e os altos índices de gravidez indesejada têm preocupado vários setores da sociedade. As discussões sobre o tema surgem num contexto complexo, em que ora visam a manutenção de medidas normativas que atendam aos comportamentos sexuais socialmente aceitos, ora são ponderadas pela constatação dos reais impactos que tais eventos acabam tendo no desenvolvimento psicossocial dos jovens.

Do total da população sexualmente ativa, apenas 24% usou preservativos nas suas relações sexuais. Para os jovens de 16 a 24 anos, de ambos os sexos, esse percentual sobe para 46%.

Analisado segundo variáveis estruturais e comportamentais, encontrou-se uma relação entre

UP, estado conjugal, escolaridade e raça/cor. Os jovens negros usam menos preservativo que os brancos, o que pode ser observado ao se analisar a relação entre o UP e praticamente todas as variáveis estudadas, com destaque para as jovens negras, proporcionalmente, as que menos usam preservativos.

Maior adesão ao uso de preservativo está associada ao estado conjugal, sendo observada maior proporção de uso entre os(as) não-unidos(as), com ensino fundamental completo, de classe D, com renda individual de até 1 SM. Entre os(as) jovens unidos(as), o maior UP foi encontrado entre os(as) jovens com ensino fundamental completo.

A baixa ou nenhuma percepção de risco também apareceu como fator associado à maior adesão ao uso de preservativo. Perceber-se em baixo ou nenhum risco individual com a prática de relações sexuais, para os jovens e adolescentes, parece estar associado com o uso de preservativo.

O uso de preservativo, analisado segundo raça/cor, encontrou maior adesão dos(as)



brancos(as) e negros(as) não unidos(as), e para os(as) negros(as) ainda foi encontrada associação ao ensino fundamental incompleto.

Mulheres negras: metade dos membros deste grupo tem vida sexual ativa, contudo, poucas relataram prática de sexo seguro. Do total de jovens sexualmente ativas, as mulheres negras que usam preservativos representam apenas 16%.

Mulheres brancas: mantêm vida sexual em maior proporção do que as negras, com parceiros usuários de preservativo, e assumem a posição de cônjuges em maior medida.

Homens negros: o principal preditor para o UP foi a posição de filhos na família; o uso cai pela metade quando os jovens estão na posição de chefes, possivelmente já unidos.

Homens brancos: maior proporção de jovens brancos sexualmente ativos (33%), com uso mais acentuado de preservativo, sobretudo para os que praticam sexo oral, com exceção daqueles que mantêm relações com mais de um(a) parceiro(a) e relatam usar drogas.

Um dos grandes desafios para conter o avanço da epidemia de AIDS hoje é ter como enfoque o desenvolvimento de estratégias que levem em consideração o fato de que a adoção de práticas individuais mais seguras nas relações sexuais está intimamente relacionada a fatores estruturais. O desenvolvimento de programas de prevenção e assistência na área da saúde deve considerar as desigualdades estruturais, visando promover o acesso das populações carentes a recursos sociais como trabalho, educação e geração de renda.

A um desafio global é necessário oferecer uma

resposta integral: políticas que encorajem os jovens a avaliar os riscos em suas práticas, a desenvolver a capacidade de tomar suas próprias decisões, a planejar seus projetos, a participar de forma ativa da vida da sua comunidade, a ocupar o tempo livre com alternativas sensíveis culturalmente; políticas que permitam aos jovens conciliar a vida profissional com a trajetória educacional e saber como buscar os apoios necessários no exercício de seus direitos. Usando como referencial o conceito de vulnerabilidade, os programas educativos nas áreas da saúde e da educação devem descolar-se de ações de caráter exclusivamente informativo para buscar promover a emancipação dos jovens tendo como enfoque a determinação de fatores econômicos, socioculturais, relações desiguais de raça, classe e gênero no processo saúde-doença- cuidado.

É de extrema importância para o desenvolvimento de ações preventivas voltadas à população jovem sexualmente ativa considerar que estão mais vulneráveis os unidos e os solteiros em relações eventuais, ou estáveis e eventuais, e aqueles com maior escolaridade e pertencentes aos estratos socioeconômicos mais altos, especialmente mulheres e negros.

Artigo publicado originalmente na Revista Brasileira de Estudos de População. Pinho MD, Berquó E, Oliveira KA, Lopes F, Lima LCA, Pereira N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. Rev Brasileira de Estudos de População v. 19, n.2.



Referências bibliográficas

AGENDE Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento. Além do Cairo e Beijing: fortalecendo as organizações de mulheres no Brasil. Brasília: Agende, 1999.

AYRES, J.R.C.M. Diversidade cultural e vulnerabilidades. In: VI EDUCAIDS. São Paulo, APTA/CN-DST/AIDS, Unaid, 2002. Disponível em: <<http://www.apta.org.br>>.

AYRES, J.R.C.M., CALAZANS, G.J. e FRANÇA JÚNIOR, I. Educação preventiva e vulnerabilidade às DSTs/AIDS e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção. In: TOZZI, A. Denival e SANTOS, Leal Nivaldo dos (coords.). O papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DSTs. São Paulo: FDE Diretoria de Projetos Especiais/Direção Técnica, 1996.

_____. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: VIEIRA, E., FERNANDES, M., BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.). Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação de Saúde da Família, 1998.

_____. Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS: a escola e a construção de uma resposta social. In: SILVA, L.H. (org.). A escola cidadã no contexto da globalização. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 413-423.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. e PARKER, R. (orgs.). Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro/São Paulo: IMS-

UERJ/ Editora 34, 1999. p. 49-72.

BENFAM Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: CDPC, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Série Avaliação, Brasília, MS, n. 4, 2000.

_____. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília, MS, ano XV, n. 1, jul.-set. 2001.

CASHMORE, Ellis. Dicionário de relações étnicas e raciais. São Paulo: Summus, 2000. p. 447-456.

CASTRO, M. et al. Cultivando a vida e desarmando violências: experiências em educação, cultura, lazer e cidadania com jovens em situação de pobreza. Brasília: Unesco/Brasil Telecom/Fundação Kellogg/Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2001.

DIMENSTEIN, G. O aprendiz do futuro. São Paulo: Ática, 1997.

GOMES DA COSTA, Antonio Carlos. Protagonismo juvenil. Adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

GUIMARÃES, M. A. Vulnerabilidade subjetiva. In: SEMINÁRIO A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO AFRO-BRASILEIRA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS, Rio de Janeiro, 10 a 11 de dezembro 2001. Anais..., 2001.



IBGE Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Indicadores sociais mínimos. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos>>. Acesso em: 24 jan. 2001; 15 ago. 2002.

LOPES, F. Novos caminhos para equalização dos diferentes na luta contra a AIDS. In: VI EDUCAIDS. São Paulo, APTA/ CN-DST/AIDS, Un aids. Disponível em: <<http://www.apta.org.br>>.

LOPES, F. et al. Auto-atribuição de risco de infecção por HIV na população brasileira: um estudo com recorte racial. São Paulo, 2002 (mimeo).

MADEIRA, F. R. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre criança e adolescentes pobres do Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Unicef, 1997.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 11, v. 3, 1995. p. 463-478.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. Jornal da Rede Saúde, 22 nov. 2000.

PINHO, M. D. G. Aspectos da vulnerabilidade da epidemia de AIDS vulnerabilidade entre a população negra. In: SEMINÁRIO RELAÇÕES RACIAIS NO

MERCADO DE TRABALHO, Belo Horizonte, PUC-MG, 11 a 13 de março, 1998. Anais..., 1998.

_____. Cidadania e direitos reprodutivos. In: ADVOCACY EM DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS WORKSHOPS NACIONAIS. Brasília: Agende Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento, 1999.

SEIXAS, A. Abuso sexual na adolescência. In: SCHOR, N., MOTA, M. e CASTELO BRANCO, V. (orgs.). Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1., 1999.

SZWARCWALD, C. L. et al. Comportamento de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 16 (supl. 1), 2000. p. 113-128.





Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito Cor na saúde

Fernanda Lopes

*Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids - Nepaids/USP
Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - Cebrap
Programa de Combate ao Racismo Institucional - DFID/UK*

O racismo no Brasil é um fenômeno complexo, cujas manifestações são diferentes a cada tempo e lugar. Não é uma questão de opinião pessoal, ele se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas. Se o racismo se constitui numa programação social e submete a todos e todas, embora de modo distinto, a experiência do racismo da sentido e significado a noção de "raça", logo é importante pensar neste conceito como o recurso fundamental na organização dos princípios das sociedades.

A idéia de "raça" não é universal, mas emerge de um ponto particular da história da Europa Ocidental, isso demonstra que "raça" não é um fato biológico, mas uma construção social. Enquanto classificação, "raça" é definida por grupo de pessoas conectadas por uma origem comum. Desde o início do século XIX a palavra foi usada em vários outros sentidos. A diversidade física atrai a atenção das pessoas tão prontamente que elas não percebem que a validade do conceito depende do seu emprego numa explicação, isto é, a questão principal não é o que vem a ser "raça", mas o modo como o conceito é empregado. Embora a designação de raça siga uma regra social e não de classificação biológica, o idioma da "raça" é importante para medidas de combate ao racismo e à discriminação racial (em detrimento ao uso desejado do termo etnia). Enquanto significante (expressão, som ou imagem cujos significados são viabilizados somente por meio da aplicação de regras

e códigos), "raça" apresenta um caráter mutável, que pode ser diferentes coisas para diferentes pessoas, em diferentes lugares na história, por isso desafia as explicações definitivas fora de contextos específicos. No uso popular a expressão "raça" perdeu seu *status* de algo com características e traços estáveis. A questão dominante passou a ser o discurso. A "raça" então passa a ser um modo de entender e interpretar as diversidades por meio de marcadores inteligíveis. Enquanto significado "raça" pode ser traduzida por grupo de pessoas socialmente unificadas numa determinada sociedade em virtude de marcadores físicos. Os rótulos raciais têm significado em razão do teor específico ligado aos termos raciais numa determinada época e lugar. As raças sociais não são subespécies geneticamente ligadas entre si. Na verdade os membros de diferentes raças sociais são, com frequência, parentes próximos uns dos outros em muitas sociedades multirraciais, em especial naquelas com um histórico de escravidão (Cashmore, 2000).

A noção de "raça" tem, nesse sentido, uma realidade social plena, e o combate aos comportamentos negativos que ele enseja é impossível de ser travado sem que se lhe reconheça a realidade que só o ato de nomear permite (Guimarães, 1999). A plasticidade de um conceito socialmente construído está na possibilidade dele se (re) modelar cotidianamente seja no contato com seu interior ou com o interior do mundo.

A indesejabilidade da discriminação racial e a punição de práticas discriminatórias em termos da lei, corrobora para a elaboração de estratégias



individuais e coletivas, menos evidentes, de discriminação racial, como por exemplo o fato do branco brasileiro considerar o outro como "irmão" permite-lhe estar de frente para suas especificidades ainda que não as veja (o estranho comum).

O racismo irresponsavelmente intitulado "cordial" por alguns e algumas, derivado das características supracitadas, permite aos brasileiros (governo e sociedade) justificar a situação das desigualdades raciais como um "problema do negro", como se estas não fossem decorrentes de uma relação estabelecida entre negros e brancos; como se as desigualdades não estivessem relacionadas ao cotidiano; ou ainda como se fossem um legado inerte, de um passado no qual os brancos parecem ter estado ausentes. Para Bento (1999) é como se a branquitude (conjunto de características que definem a identidade do branco) pudesse ser caracterizada pelo reconhecimento da existência de uma carência negra sem, contudo, existir a percepção do privilégio branco; como se ela (a branquitude) fosse uma guardiã silenciosa de privilégios concretos e simbólicos inexoráveis e incontestáveis.

As vias pelas quais o social, econômico e o cultural influem sobre a saúde de uma população são, com efeito, múltiplas e diferenciadas, segundo natureza das condições sócio-econômicas, tipo de população e problemas de saúde enfrentados. No caso da população negra, Guimarães MA (2001) afirma que o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento coloca o negro brasileiro em condições de vulnerabilidade subjetiva, dado que a presença constante de um estado defensivo pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas e psicossociais, além das doenças físicas. As pessoas tornam-se impotentes diante de uma situação não explícita de discriminação. A sensação de impotência é igual ou maior do que aquela vivida diante da agressão física, porque as vítimas não encontram apoio para enfrentá-la (Pinto e col, 2000).

A discriminação se opõe à solidariedade, ao acolhimento, à humanização, à escuta. O racismo, o preconceito, a discriminação e a intolerância ferem desequilibram, adoecem e podem até matar.

Afinal, qual é a sua cor?

A identificação racial pode ser opcional (de escolha) e contextual, depende da forma como a informação é solicitada e da repercussão social e econômica (benefícios e prejuízos) que essa categorização pode implicar. No Brasil, há uma divergência evidente na autoclassificação de negros politicamente engajados e aquela adotada pelas bases não mobilizadas, deixando nítida a ideologia do embranquecimento que marca significativamente o inconsciente e o imaginário coletivos. Logo, a cor ou pertencimento racial que alguém se atribui é confirmada ou negada pelo olhar do outro, podendo determinar uma dissonância entre o reconhecimento de si mesmo e o reconhecimento a partir do olhar do outro (Munanga, 1986). A interferência do fator sócio-econômico também contribui para que as pessoas mudem sua raça/cor/etnia: algumas pessoas, à medida que elevam seu nível sócio-econômico tendem a relatar, com menos frequência, que são pretas, podendo até se apresentar enquanto pardas ou outras derivações semânticas (Berquó e col, 1986; Pinto, 1996); em outras situações a negação da identidade racial ou da "raça" se acentua entre os negros pobres e entre os mestiços dos diversos extratos sociais (Oliveira, 1999). Dessa propriedade é que derivam as conseqüências sobre a saúde que podem ser facilmente percebidas enquanto deletérias ou não.

Desde a década de 1980 pesquisadores e pesquisadoras, técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e militantes do movimento negro apontaram para a necessidade de considerar o Quesito Cor no desenvolvimento de estudos e pesquisas, na elaboração e



implementação das políticas públicas, para além dos Censos Demográficos. Em 1996 o Quesito Cor passou a figurar os Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e, em 2000, foi incluído no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan). A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde destaca que, embora alguns Estados tenham um percentual elevado de não preenchimento do Quesito Cor nas declarações de óbitos, - o que remete à necessidade de investimentos na formação dos profissionais -, em 2003, apenas 10,3% dos óbitos totais registrados no SIM não informavam a cor da pessoa falecida (MS, 2005).

A maioria dos serviços que coleta a informação sobre raça/cor/etnia o faz por meio da observação. Isso significa que um funcionário ou funcionária do serviço preenche a ficha e define, por conta própria, a cor/etnia da usuária ou usuário do serviço, sem consultá-lo ou consultá-la (heteroclassificação). Mesmo que esses funcionários e funcionárias sejam orientados (as) e capacitados (as) para coletar a informação da melhor maneira possível, o ideal é que o próprio usuário ou usuária diga qual é sua cor, seguindo as categorias utilizadas pelo IBGE (preta, parda, amarela, branca e indígena). Para os nascidos vivos é importante que a pergunta seja feita à mãe. Em caso de morte a informação deve ser solicitada ao declarante e, frente a outras impossibilidades, a pergunta deve ser feita à pessoa responsável. Para incentivar esta prática e para transformá-la em algo simples e rotineiro, é necessário realizar campanhas, oficinas, seminários e outras atividades de formação, elaborar materiais informativos dirigidos à população, aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde e mobilizar a sociedade como um todo (Quintiliano e Lopes, 2005).

Segundo as autoras, discutir as necessidades da população negra no Brasil não é tarefa fácil, sobretudo quando nos deparamos com a falta de

dados sobre quem somos e como vivemos. A informação é essencial para a tomada de decisões e a falta dela impede a implementação de políticas de promoção da igualdade racial, o combate à discriminação e ao racismo institucional, o desenvolvimento de estratégias e a fixação de metas diferenciadas para que essas políticas sejam efetivamente equânimes (atendam a todos de acordo com suas necessidades). No caso específico da saúde, a produção e disseminação de informações baseadas nos dados desagregados por cor são de suma importância para que sejam identificadas as prioridades e para que a rede de serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) possa ser reorganizada. Para garantir a efetivação do princípio de equidade, um dos pilares do SUS, é necessário saber qual é o perfil daqueles/daquelas que estão em situação de vulnerabilidade, o sexo, a faixa etária, a cor da pele, anos de estudo, onde moram, no que trabalham. Para transformar a realidade é preciso identificar e reconhecer a existência de desigualdades para, em seguida, elaborar e implementar ações de superação das injustiças; monitorar e avaliar o impacto das políticas, ações, programas e projetos junto aos diferentes segmentos populacionais.

O que os dados revelam

Dificuldades de acesso aos bens e serviços

- Em 1998 o percentual de negros (pretos ou pardos) e brancos que nunca tinham ido ao dentista era de 24% e 14%, respectivamente (PNUD, 2004).

- Dados da pesquisa nacional MS/IBOPE com a população sexualmente ativa indicou que, em 2003, mulheres e homens negros justificavam o não uso do preservativo, por motivos financeiros, com mais frequência que os brancos, e que negros e negras apresentavam mais dificuldades de acesso à informações precisas sobre DST-HIV/Aids e ao teste anti-HIV (MS, 2003).



- De acordo com a pesquisa MS/Cebrap realizada em 1998, mulheres e homens negros sexualmente ativos apresentavam menor percepção de risco de infecção por HIV. Na população jovem (de 16 a 24 anos de idade), o uso de preservativo nas relações sexuais foi referido por metade dos meninos brancos e negros, por 28% das meninas negras e 42% das brancas (Pinho e col, 2002).

Discriminação nos serviços de saúde

- Em pesquisa nacional realizada em 2003 pela Fundação Perseu Abramo, das pessoas que relataram ter sofrido discriminação em serviços de saúde, 68% afirmaram que o agente foi um (a) médico (a), 18% um(a) atendente de enfermagem, 12% um(a) enfermeira e 11% outras pessoas (NOP/FPA, 2003).

- A cor da pele aparece como o principal marcador da discriminação sofrida por mulheres vivendo com HIV/aids atendidas nos hospitais universitários Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Gaffré e Guinle da Universidade do Rio de Janeiro (Guimarães CD, 2001).

- Independentemente da escolaridade, as mulheres negras que tiveram o parto realizado no período de 1999 a 2001 em maternidades do município do Rio de Janeiro peregrinaram mais em busca de vagas quando comparadas às brancas. A situação de desvantagem também foi observada em relação à possibilidade de receberem anestesia durante o momento do parto, informações adequadas sobre sinais de parto e cuidados com o recém nato, incluindo amamentação (Leal e col, 2004).

Mortalidade por causas definidas

- Entre 1991 e 2000, a mortalidade infantil caiu 28,9% entre os filhos de mães brancas e 32,9% entre os filhos de mães negras. Em 2000 a taxa de mortalidade infantil das crianças filhas de mulheres negras ainda era cerca de 70% maior que a das

crianças filhas de mulheres brancas (PNUD, 2004).

- Em 2003 o risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias foi 44% maior entre crianças menores de 1 ano negras quando comparadas às brancas. No caso das mortes maternas, as mães negras tiveram 41% mais chance de morrer que as mães brancas. (MS, 2005).

- De 1998 a 2000, a proporção de mortes por causas externas foi de 16% para os homens brancos e 25,6% para os homens negros. Brancos foram vítimas de homicídio em 34,4% dos casos, entre os negros o percentual foi de 48% (Paixão e col, 2005).

- Em 2003, dos 49.808 homicídios registrados no Brasil, 49,9% ocorreram entre pessoas pardas (23.668); 39,7% brancas (18.840); 9,8% pretas (4.654); 0,2% indígenas (80) e 0,4% (178) amarelas. O risco de morrer por homicídio foi 1,8 vezes maior na população negra quando comparada à branca. Quando comparados às mulheres, os homens apresentaram maior risco em todos os grupos de cor: 12,3 vezes entre os pretos; 14 vezes entre os pardos e 10,8 vezes entre os brancos (MS, 2005).

- Em 2004, os homicídios foram responsáveis por 38% dos óbitos por causa externas. Em todas as regiões os negros apresentaram um risco 88% maior que os brancos de morrer por homicídio (MS, 2005).

O princípio da equidade constitui-se numa operação de justiça social. Em termos de direitos humanos - sistema de valores éticos, hierarquicamente organizados de acordo com o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização do valor supremo da justiça (Comparato, 1999), o direito à saúde é uma liberdade/potencialidade fundamental e sua promoção é dependente e relacionada à efetivação de outros direitos. Pensar programas e ações de saúde pública que respeitem esse princípio, sobretudo no que diz respeito à realidade dos grupos



sócio e economicamente destituídos ou historicamente discriminados, é aumentar suas habilidades de proteção; é reduzir vulnerabilidades. De acordo com Santos (2000), nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as desigualdades são injustas. O direito à diferença é, portanto, fundamental na superação das iniquidades e na efetivação da igualdade.

Correspondência para a autora:

lopesf@usp.br

f-lopes@dfid.gov.uk

Referências Bibliográficas

- Batista LE. A epidemiologia e as relações raciais: o estudo da mortalidade. In: Livro de Resumos do II Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros. São Carlos:UFSCar, 2002. pp. 49.
- Bento MA. Institucionalização da luta anti-racismo e branquitude. In: Heringer H. (org) A cor da desigualdade: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil. Rio de Janeiro: IERÊ (Instituto de Estudos Raciais Étnicos), 1999. pp. 11-30.
- Berquó E, Bercovichi AM e Garcia EM. Estudo da dinâmica demográfica da população negra no Brasil. Textos NEPO 9. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1986.
- Cashmore E. Dicionário de relações étnicas e raciais. São Paulo:Summus; 2000.
- Comparato FK. A afirmação histórica dos direitos humanos. São Paulo: Saraiva, 1999. pp. 1-55.
- Guimarães A. Racismo e anti-racismo no Brasil. São Paulo: Editora 34; 1999.
- Guimarães CD. Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.
- Guimarães MA. Vulnerabilidade Subjetiva. In: Anais do Seminário "A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS; 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil.
- Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Município do Rio de Janeiro Brasil, 1999-2001.
- Lopes F, Buchalla CM; ECI Brazilian Team. Vulnerability, racism, symbolic violence and women living with HIV/AIDS (WLWA), in Sao Paulo State, Brazil. In: XIV International Conference Aids Full Text CDRom. 2002 jul 7-12; Barcelona, Espanha: Monduzzi Editore pp 274-278.
- [MS]. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- [MS/IBOPE]. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Opinião e Pesquisa. Pesquisa Nacional com a População Sexualmente Ativa. Disponível em <http://www.aids.gov.br> (acesso em 10 dez 2003).
- Munanga K. Negritude: usos e sentidos. São Paulo: Ática Editora, 1986.
- Oliveira I. Desigualdades raciais: construções da infância e da juventude. Niterói: Intertexto, 1999b.
- Paixão M, Carvano LM, Oliveira J, Ervatti L. Contando vencidos. In: Lopes F, organizador. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2005. pp.49-200.
- Pinho MD, Berquó E, Lopes F, Oliveira KA, Lima LCA, Pereira N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. Rev Brasileira de Estudos de População 2002 jul/dez; 19(2): 277-294.
- Pinto E, Boulos SR, Assis M. A saúde mental da população negra: uma breve reflexão a partir da experiência com grupos de auto-ajuda. In: Werneck J, Mendonça M e White EC (orgs). O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas, 2000. pp. 171-178.
- Pinto RP. Classifying the Brazilian population by color: underlying problems. In: Brazilian issues on education, gender and race. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1996. pp. 189-213.
- Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Feldman BB e Capinha (org). Identidades: estudos de cultura e poder. São Paulo: Hucitec, 2000. Pp.19-39.



CCD
COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS



Casa Civil

SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DE SÃO PAULO