

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Juliana de Almeida Silva

DESIGUALDADE RACIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Juiz de Fora

2011

Juliana de Almeida Silva

DESIGUALDADE RACIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais/Sociologia.
Orientador: Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos.

Juiz de Fora

2011

DESIGUALDADE RACIAL EM SAÚDE NO BRASIL

Juliana de Almeida Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais/Sociologia, aprovado pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Ms. Juliana Anacleto dos Santos
Universidade Federal de Juiz de Fora

Conceito: _____

Juiz de Fora, 04 de Julho de 2011.

AGRADECIMENTOS

Talvez seja impossível agradecer a todos que contribuíram de alguma forma, na elaboração e sistematização das ideias contidas neste trabalho. Primeiramente, agradeço a Deus pelas oportunidades que me foram dadas na vida, principalmente, por ter conhecido pessoas e lugares interessantes, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado.

Não posso deixar de agradecer aos meus pais, sem os quais não estaria aqui. Ao meu namorado Filipe, pelos inúmeros puxões de orelha, que sempre soaram como incentivo, e inclusive por aturar as minhas constantes reclamações.

Gostaria também de agradecer ao Professor Doutor José Alcides, pela sua simplicidade e sabedoria, por ter me aceitado como orientanda, pela oportunidade de poder conhecer e participar de um dos seus projetos de pesquisa, o que me despertou profundo interesse pelo tema que será analisado neste trabalho. A professora Juliana Anacleto dos Santos pela sua grande ajuda na sistematização deste trabalho.

Por fim, mas não menos importante, a todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho, não importando a forma.

Nós, brasileiros, nesse quadro, somos um povo
em ser, impedido de sê-lo. Um povo mestiço
na carne e no espírito, já que aqui a
mestiçagem jamais foi crime ou pecado.

Darcy Ribeiro

RESUMO

SILVA, Juliana de Almeida. **Desigualdade racial em saúde no Brasil**. 47p. (Trabalho de Conclusão de Curso). Instituto de Ciências Humanas, Curso de Ciências Sociais. Universidade Federal de Juiz de Fora/MG. Juiz de Fora, 2011.

O presente trabalho apresenta a discussão sobre desigualdade em saúde, levando em consideração os fatores sociais como causa da saúde e da doença. A categoria raça será utilizada para analisar como a desigualdade entre brancos e não brancos interfere nas chances de um indivíduo ter melhores acessos à saúde. Apesar de ser um fator relevante para se estudar a saúde, há poucos estudos que considerem a categoria raça. A maior parte da literatura que trata sobre este tema aborda mais a questão socioeconômica como um dos fatores que mais interferem na saúde. Neste trabalho as questões socioeconômicas serão verificadas segundo a categoria classe social. O Brasil é um dos países com maior contingente de afrodescendentes fora do continente africano. Para avaliar os padrões de saúde serão utilizados os micro-dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008, cujo questionário suplementar investigou a característica de saúde. Todas as variáveis foram estimadas usando o programa estatístico Stata, versão 10.

Palavras-chave: Desigualdade. Saúde. Raça. Classe social.

ABSTRACT

This paper presents a discussion about inequality in health, taking into account social factors as causes of health and disease. The race category will be used to analyze how inequality between whites and nonwhites interferes with chances of an individual to have better access to healthcare. Despite being an important factor to evaluate the health, few studies that consider race category. Most of the literature that deals with this theme looks more like a matter of socioeconomic factors that most affect health. In this work the socioeconomic issues will be verified according to social class category. Brazil is one of the countries with the largest contingent of African descendants outside Africa. To assess the patterns of health used the micro-data from the National Household Sample Survey – PNAD 2008, with supplementary questionnaire investigated characteristic of health. All variables were estimated using the statistical software Stata, version 10.

Key-words: Inequality. Health. Race. Social class.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia de classe segundo as categorias e as demarcações na estrutura social.....	34
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência ajustada por idade da auto-avaliação do estado de saúde como boa, conforme as regiões do país, gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008.....	31
Tabela 2 – Indicadores da condição de saúde ajustada por idade, conforme a cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008	36
Tabela 3 – Prevalência ajustada por idade da posse de pelo menos um plano de saúde, conforme as categorias de classe, gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008	38
Tabela 4 – Prevalência ajustada por idade do valor da mensalidade paga pelo plano de saúde, conforme as categorias de gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008.....	39
Tabela 5 – Prevalência ajustada por idade do tipo de atendimento que a pessoa recebeu nas duas últimas semanas, conforme as categorias de gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008	40
Tabela 6 – Proporção da cor ou raça no Brasil em 2008	47
Tabela 7 – Prevalência ajustada por idade da cor ou raça, conforme as regiões do país (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Revisão Teórica	13
2.2 Classe social segundo Marx e Erik Olin Wright	16
2.3 Raça no contexto brasileiro	22
2.4 Desigualdade em saúde	26
3 METODOLOGIA	28
4 O CASO BRASILEIRO	30
4.1 Repensando a atualidade	30
4.2 O poder causal da questão racial na saúde	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A – TABELAS	47

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas que repercutiram significativamente nas condições de vida e de trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde. Apesar de estas transformações terem contribuído para o aumento da riqueza produzida no país e modernizado nossa economia, isso não significou melhorias na distribuição de renda, o que vem contribuindo para a persistência de uma distribuição desigual desta. Telles (2003), em seu livro “Racismo à Brasileira” ressalta que “no que tange à desigualdade de renda, o Brasil é um dos países com pior distribuição de renda, sendo que a renda média dos 10% da população brasileira é 28 vezes maior que a renda média dos 40% mais pobres” (TELLES, 2003, p.185).

É sabido que o nível de saúde de uma população depende de uma série de fatores, tanto os individuais quanto os que envolvem a sociedade em que esse indivíduo está inserido. Há alguns anos atrás, nos estudos epidemiológicos os fatores sociais não eram considerados como causas de doenças, sendo relegadas a eles as influências coadjuvantes. Atribuía-se apenas aos processos bioquímicos os determinantes do estado de saúde, porém diante de novos paradigmas que surgem a todo o momento em nossa sociedade, perceberam-se a necessidade de considerar o conjunto de fatores sociais influenciadores na análise da saúde e da sua desigualdade.

No Brasil, o processo de colonização resultou em uma sociedade latifundiária, patriarcal, agrária, escravista e mestiça, além de ter gerado a escassez de recursos sociais e econômicos para os negros e indígenas, em benefício dos brancos. Tais aspectos contribuíram para que, ao longo da história brasileira, desvantagens fossem acumuladas por negros, indígenas e mestiços pertencentes às classes menos favorecidas e vantagens fossem acumuladas por brancos, pertencentes à classe dominante.

O presente trabalho investigará o poder causal que a raça exerce na distribuição desigual das chances de saúde no Brasil. Também neste trabalho será utilizada a noção de classe social, de acordo com a visão marxista, na qual classe pode ser definida “como um fundamento da opressão econômica e da exploração” (WRIGHT, 2004 apud SANTOS, 2008a, p.354). Segundo Erik Olin Wright (apud SANTOS, 2008a), a distribuição e utilização desigual de direitos e poderes sobre os recursos produtivos básicos na sociedade está diretamente relacionada com as relações de classe. Este estudo sobre a desigualdade de saúde entre a população brasileira conforme a cor utilizará os dados da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 para demonstrar a existência de diferenças marcantes no estado geral de saúde entre brancos e não brancos (IBGE, 2009).

A sociedade brasileira é marcada por desigualdades duráveis ocasionadas por fatores ou princípios que ordenam a vida social. As divisões sociais são formas estruturadas de controle de recursos e de interação social que estabelecem uma base social comum de poder social e de oportunidades de vida. Estas também são mecanismos geradores de efeitos que exercem poderes causais sobre as chances de vida das pessoas. Elas relacionam-se sociologicamente com os fundamentos dos processos de constituição das desigualdades, ou seja, os fatores estruturais (meios, direitos, riscos e oportunidades), as redes interpessoais (processos de encontro, conhecimentos, valores e normas) e fatores culturais (identidades, conhecimentos, valores e normas) cujas operações condicionam o poder social e o estado de existência dos membros dessas categorias sociais (SANTOS, 2011b).

As divisões raciais emergiram como um produto histórico da interação social entre diferentes povos. Tal interação foi fruto da expansão das sociedades capitalistas modernas. A questão racial influencia a distribuição assimétrica da saúde, do adoecimento e do risco de vida. As desigualdades em saúde tem sido pouco estudadas no país (CHOR e LIMA apud SANTOS, 2011b).

O Brasil é o país com maior contingente de afrodescendentes fora do continente africano. Marcado historicamente pela escravidão que deixou suas marcas na posição social de sucessivas gerações da população negra. Telles (2003), em seu livro “Racismo à Brasileira”, salientou que a ideologia racial brasileira levou os brasileiros a acreditarem que não há distinções raciais e que elas não são importantes nas relações sociais, pregando que a desigualdade racial se dá pelas diferenças entre as classes sociais e não pela raça. Essa ideologia também é reforçada pela ideia de que o mestiço aparece como uma categoria com maior mobilidade social, tendo a imagem do brasileiro típico. O autor salienta que esta ideologia esconde que muitos dos mulatos também são marginalizados e estão mais próximos das condições dos negros que dos brancos na estrutura de classes do Brasil. Ele ressalta que no Brasil o problema é político ou econômico, onde a distribuição da riqueza social é uma das mais desiguais do mundo. Os brancos, que estão no alto da estrutura de classes no Brasil, são mais privilegiados que os negros, que estão na base da estrutura. Aponta ainda que os fatores responsáveis pela desigualdade racial são: a hiperdesigualdade, as barreiras discriminatórias invisíveis e uma cultura racista.

A desigualdade não é apenas material. Ela abrange também relações de poderes desiguais, a sensação subjetiva de inferioridade de um cidadão ou seu tratamento como

inferior e sua inabilidade de participar efetivamente da vida social. O privilégio é fortalecido através de uma defesa de classe, que os brancos, por sua vez, costumam usar para assegurar e manter o controle sobre a riqueza e os recursos da sociedade e reduzir a competição por outras competições. Podemos ressaltar que as divisões de raça constituem grupos sociais tipicamente definidos pelos “outros” como distintos em virtude de características físicas supostamente inerentes e consideradas comuns aos seus membros. O grupo excluído sempre será estigmatizado de uma forma ou de outra como inferior.

Após essa breve introdução sobre o que será abordado no decorrer dessa investigação será ressaltado de forma resumida o que será trabalhado nos próximos capítulos. O capítulo dois deste trabalho é dedicado a uma breve revisão da literatura que envolve o tema abordado. O terceiro traz à metodologia adotada nesse estudo. O quarto capítulo analisará o caso brasileiro apresentando os principais micro-dados disponíveis na PNAD (IBGE, 2009), cujo questionário suplementar investigou as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. Este suplemento apresenta dados sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde, informações sobre aspectos de morbidade da população e questões acerca das características de mobilidade ou limitações físicas das pessoas. Por fim, serão apresentadas as considerações finais, quinto capítulo, e com algumas conclusões acerca da discussão de desigualdade de raça em saúde no Brasil.

É pertinente salientar que este estudo ocorreu em paralelo à oportunidade que me foi dada de participar e conhecer uma das pesquisas de Iniciação Científica do professor José Alcides Figueiredo Santos, o que me despertou profundo interesse por tal tema. Santos também será um dos principais referenciais teóricos deste estudo.

Em suma, raça é uma ideia e não um fato biológico (TELLES, 2003). O racismo e a discriminação estão fortemente presentes no Brasil, mesmo que muitas vezes estes ocorram de maneira velada. O status racial afeta também a saúde, pois os brancos se beneficiam da sua cor para garantir e restringir recursos valiosos que permitem a estes cuidarem melhor da sua saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será feita uma breve revisão da literatura que envolve o tema a ser analisado neste trabalho. Primeiramente, haverá uma breve exposição dos pensamentos de Amartya Sen (2008) para ilustrar a desigualdade entre os indivíduos; de Charles Tilly (2006), para demonstrar a desigualdade entre os grupos sociais; e das ideias de Marx (MARX e ENGELS, 1982; 1978; MARX, 1983) e de Wright (apud SANTOS, 1998; 2002; 2004; 2008a) sobre classe social. Posteriormente, será apresentado de forma sucinta um breve histórico de como os teóricos e ideólogos brasileiros explicavam as relações entre brancos e negros no Brasil. Por fim, será exposto também como o tema da desigualdade em saúde tem sido abordado.

2.1 Revisão Teórica

A desigualdade social é uma situação ou um processo de distribuição assimétrica ou desproporcional dos recursos, oportunidade e recompensas. A desigualdade é a marca mais expressiva da sociedade brasileira e apresenta-se como um fenômeno multidimensional, transversal e durável (SCALON e SANTOS, 2010). Existe uma multiplicidade de variáveis em cujos termos básicos a desigualdade pode ser concebida e mensurada. Em outras palavras, a desigualdade existe em um espaço relacional multidimensional em que a distribuição desigual dos recursos sociais valiosos e de capacidades de realizar fins valorizados transforma-se em desigualdade de resultado.

O primeiro autor cujas ideias tornam-se importantes para uma melhor compreensão da desigualdade é Amartya Sen (2008), que destaca em suas obras que existe uma multiplicidade de variáveis e que, mesmo ao tratar da desigualdade de renda, não devemos confiar nossa atenção apenas à informação de renda, mas também olhar para outras características que vinculam – ou desvinculam – as pessoas umas das outras. Ele defende que toda teoria deve considerar que há uma heterogeneidade básica e individual entre os seres humanos, ou seja, as necessidades não são as mesmas e que as pessoas, mesmo recebendo as mesmas oportunidades, não são capazes de convertê-las nos mesmos ganhos ou perdas. Para o autor, devemos usar o plano das capacidades (condições de vida). Essas capacidades seriam as

possibilidades que um ator tem para atingir um determinado fim. As sociedades e comunidades as quais pertencemos oferecem oportunidades bastante diferentes quanto ao que podemos ou não podemos fazer. Mas, além dessas diferenças, nos ambientes natural e social e nas características externas, também diferimos em nossas características pessoais. Sen (2008) ressalta que estes fatores são importantes para avaliar a desigualdade.

Em “Desigualdade reexaminada”, Sen (2008) apresenta uma revisão metodológica acerca da desigualdade ao questionar “igualdade de que?”. Através dessa pergunta, o autor diferencia os conceitos de equidade e igualdade, nos quais o primeiro considera as diferenças individuais para que a igualdade seja alcançada, ao passo que o segundo, considera apenas a igualdade sem as particularidades. Ao desenvolver tal teoria, ele conclui que há necessidade de igualar as capacidades e a liberdade, pois são essas as condicionantes das escolhas (bens primários), que por sua vez influencia os funcionamentos (ações). Esse conjunto constitui o bem-estar dos indivíduos.

Outro autor importante é Tilly (2006), que considera a desigualdade como uma relação entre um conjunto de indivíduos na qual a interação gera mais vantagem para um dos lados (TILLY, 2006). Ele também atribui à organização social da produção a criação de categorias desiguais de participantes nos processos produtivos e suas recompensas.

Tilly (2006) propôs uma teoria organizacional e interativa, uma vez que entende a desigualdade a partir dos grupos sociais. Ele estava preocupado em estudar a desigualdade durável, ou seja, aquela que permanece na trajetória das pessoas, em particular a existente entre categorias, ou seja, desigualdade categórica, que será mais bem explicada posteriormente.

Em “O acesso desigual ao conhecimento científico”, o autor ressalta que o problema do acesso ao conhecimento científico envolve temas da ação, da identidade e da liberdade em três aspectos distintos, sendo estes:

Em primeiro lugar, a produção e a distribuição do conhecimento científico que dependem de agentes informados que, de forma quase inevitável, reservam o conhecimento para vantagem própria e de seus financiadores. Em segundo lugar, o controle sobre o conhecimento científico se organiza em torno de fronteiras definidoras de identidades que dividem, de um lado, os que têm direitos a esse conhecimento e, de outro, os que carecem de tais direitos. Em terceiro lugar, a superação das barreiras entre os beneficiários e as vítimas do acesso desigual exige, normalmente, a ação heróica de advogados e autoridades políticas. (TILLY, 2006, p.48)

Observando estes pontos salientados acima podemos destacar que Tilly (2006) abriu um diálogo com a teoria de Sen (2008), ao considerar que o acesso ao conhecimento possibilita o acesso à liberdade e, conseqüentemente, ao bem-estar.

Outro conceito de Tilly (2006) que é de fundamental importância para a melhor compreensão e desenvolvimento deste trabalho é o conceito de desigualdade categórica, que são aquelas formas de benefício desigual em que conjuntos inteiros de pessoas, que de um lado e de outro da fronteira não recebem o mesmo tratamento, como por exemplo, as que dividem homens e mulheres, brancos e negros entre outros. Segundo o autor, as categorias são cruciais, pois moldam desigualdades, e sempre estabelecem fronteiras entre os que estão dentro e os que estão fora. Também destaca que quando são ativadas, a combinação de fronteira, relações e significados constitui uma identidade social, especialmente, o “nós” e o “eles”. Para este pensador o termo “identidade” apresenta nuances que vão do mais interior ao mais exterior. Segundo ele:

No extremo interior há o senso de si mesmo como alguém único, complexo e secreto, que nenhuma outra pessoa poderia conhecer inteiramente. No extremo exterior, encontramos a identidade fornecida por bancos de dados e o furto de identidade, em que um estranho não precisa mais do que um nome ou um número para nos classificar. Na vida pública, a maioria das identidades sociais importantes se situa entre esses extremos. Elas dependem e conferem significados às relações com outras pessoas. A identidade pública inclui fronteiras, relações através de fronteiras, relações no interior do “nós” e no interior do “eles”, além dos significados acumulados atribuídos a fronteiras e relações. (TILLY, 2006, p.49)

Tilly (2006) também ressalta que a desigualdade categórica duradoura refere-se a diferenças nas vantagens organizadas por gênero, raça, nacionalidade, etnia, religião, comunidade e outros sistemas similares. Ela ocorreria quando as transações através de uma fronteira categórica geram regularmente vantagens líquidas a pessoas em um dos lados da fronteira e reproduzem a fronteira.

O autor destaca também em sua obra que os mecanismos geradores de desigualdade seriam a exploração e a reserva de oportunidade. Segundo este teórico, a exploração ocorre quando as pessoas que controlam um recurso arregimentam o esforço de outras para produzir um valor por meio desse recurso, mas excluem as outras do valor total acrescentando por seus esforços. Já o outro mecanismo gerador de desigualdade que é chamado por ele de reserva de oportunidade, consiste em limitar a disposição de um recurso produtor de valor aos membros

de um grupo. Esse mecanismo concentra-se na exclusão completa ou parcial dos benefícios gerados pelo controle de recursos.

De acordo com Tilly (2006), os recursos geradores de desigualdade são: meios de coerção, trabalho, animais, terra, instituições que mantêm o comprometimento, máquinas, capital financeiro, informação, meio que disseminam essa informação e conhecimento técnico-científico. Tais recursos relevantes são de suprimento restritivo, fáceis de circunscrever, sujeitos a apropriação, valorizados amplamente, e capazes de produzir valor adicional em combinação com outros recursos e/ou esforço coordenado (SANTOS, 2008b).

Ressaltar os pensamentos de Amartya Sen (2008) e de Charles Tilly (2006) é importante uma melhor compreensão da desigualdade racial de saúde no Brasil. Após ter salientado estes pontos, será destacado os pensamentos Marx (MARX e ENGELS, 1978; MARX, 1982; 1983) e Wright (apud SANTOS, 1998; 2002; 2004; 2008a) sobre classe social para uma melhor compreensão sobre as influências que raça e fatores socioeconômicos exercem sobre a desigualdade em saúde no Brasil.

2.2 Classe social segundo Marx e Erik Olin Wright

Nesta sessão discutiremos a abordagem marxista sobre classe social. Os motivos pelos quais esta perceptiva teórica será destacada neste trabalho deve-se a importância e centralidade que o conceito de classe tem em toda teoria marxista, e o de destacar a abordagem neo-marxista de Wright (apud SANTOS, 1998; 2002; 2004; 2008a), pois o esquema de classe sobre o qual nos basearemos no presente trabalho deriva-se do esquema deste autor.

Inicialmente, gostaria de destacar uma das mais famosas passagens das obras de Marx e Engels, cuja frase de abertura do primeiro capítulo do “Manifesto do Partido Comunista” (1983) expressa que “a história de toda sociedade até o presente tem sido a história da luta de classes”. Em “O Capital”, Marx (MARX, 1982) expôs que esta luta não se trata de classes em luta, mas sim de classes enquanto portadoras de relações, inerentes ao processo de produção e reprodução do capital. Ele não leva em consideração o prestígio ou o status das classes, nem o seu estilo de vida, mas unicamente sua posição no processo de produção e reprodução do capital.

As classes sociais estão no centro da concepção de história para Marx (apud HIRANO, 2002), pois estas são entendidas por ele como atores principais no palco histórico. Elas seriam o tipo crucial de relação social, que unifica os lados materiais, político e ideológico da sociedade, sendo que são elas que se enfrentam em lutas políticas e econômicas, fazem alianças e produzem mudanças históricas.

Apesar da centralidade do conceito de classe na teoria de Marx, este não chegou a definir com precisão ou de maneira sistemática o que entendia por “classes”. Muitos estudiosos da teoria de Marx ressaltam que o capítulo “As classes”, no livro III de “O Capital” (MARX, 1982) seria dedicado a isso, porém este não chegou a ser concluído o que deixou margem para infundáveis debates e diferentes interpretações acerca do conceito.

Hirano (2002), em seu livro “Castas, estamentos e classes sociais – Introdução ao pensamento sociológico de Marx e Weber”, resumiu que as classes sociais na concepção de Marx são constituídas por múltiplas determinações, sendo estas:

- a) Pela posição que os indivíduos ocupam nos diferentes setores da produção social;
- b) A posição que os indivíduos ocupam é a objetivação da divisão social do trabalho;
- c) Os diferentes setores da produção social, determinados pela separação entre campo e cidade, são mediações da propriedade privada, móvel e imóvel, do capital e da força de trabalho;
- d) A produção social que determina as classes sociais é uma produção historicamente dada e pressupõe a separação entre os proprietários dos meios de produção (instrumentos de produção) e os proprietários da força de trabalho;
- e) Esta separação determina a divisão em dois grupos sociais fundamentais: capitalistas (proprietários do capital – dinheiro e dos instrumentos de produção) e operários (proprietários da força de trabalho);
- f) Em termos sintéticos é uma oposição entre o salário e o capital, mas esta oposição não é uma oposição abstrata; ao contrário, o salário é o preço que o capitalista paga pela parte da força de trabalho adquirida no mercado, cujo valor é uma determinação do movimento da reprodução social desta força de trabalho, isto é, “o valor dos artigos de primeira necessidade exigidos para reproduzir, desenvolver, manter e perpetuar a força de trabalho;
- g) Nesse sentido é uma oposição entre trabalho e o capital, cujas condições objetivas são: pelo lado do capital, a luta pela perpetuação deste sistema de trabalho assalariado, e pelo do trabalho, a luta pela sua abolição;
- h) É neste contexto que se coloca o problema da luta de classes como uma luta da política – e a luta política pressupõe a consciência das condições objetivas da própria classe, das outras classes e da sociedade como uma totalidade articulada;
- i) É uma determinação da prática social historicamente definida, ou seja, a consciência de classe é um produto prático-real determinado pela produção social;

- j) A produção, por outro lado, é uma determinação das relações homem-natureza e homem-homem em suas múltiplas relações dialéticas de produção e reprodução social: estas definem os elementos constitutivos das condições de vida, as condições comuns a determinados grupos sociais: “idênticas condições, idênticas antíteses e idênticos interesses necessariamente” (determinam) idênticos costumes, cultura e modo de vida;
- k) Por fim, as classes sociais são determinações destas múltiplas condições, situações, movimentos e oposições que determinam, por outro lado, “a trajetória do desenvolvimento pessoal dos indivíduos dentro de uma determinada classe, ficando sujeitos a todas as contingências dos diferentes indivíduos pela divisão do trabalho”. (HIRANO, 2002, p.153-155)

Hirano (2002) também ressalta nesta obra que, para Marx, as classes sociais são categorias históricas e transitórias e são determinadas pela transição do feudalismo ao capitalismo moderno e que o referencial básico seria a produção social historicamente determinada, ou seja, o modo de produção capitalista moderno.

O homem é definido como um ser produtor, social e histórico. Segundo Marx e Engels, em “A ideologia alemã” (1978), o homem se define por sua atividade produtiva e que é o produto do seu próprio trabalho. Esta relação da atividade material e do intercâmbio material entre os homens está diretamente ligada na produção de ideias e da consciência. O mesmo acontece na produção espiritual, nascida, também, do comportamento material dos homens, porém eles salientam que, a ideologia apresentada como uma verdade a todos, é elaborada por um pequeno grupo dentro de uma mesma classe, ou seja, até no campo ideológico existe, dentro de um caráter de alienação, uma classe dominante e, por consequência, uma classe dominada.

Em suma, Marx (1982) abordou classe segundo uma concepção de exploração das classes. Para ele essa relação de exploração entre as classes envolve relações de interdependência, exclusão e apropriação. O conceito de classe para este pensador não se limita as relações de mercado, mas também envolve as questões de divisão do trabalho.

Marx (1978; 1982; 1983), em suas obras, destaca duas classes: o proletariado e a burguesia, que teriam interesses opostos. Com a complexificação das hierarquias das indústrias, que implicou no surgimento de novos cargos, na especialização das funções e no aumento do trabalho não-manual, além do crescimento do trabalho no setor de comércio e serviços, criou-se um grande desafio para os marxistas, pois teriam de lidar com aquelas camadas situadas entre esses dois pólos, burguesia e proletariado. Tal questão passou a ser um problema a ser enfrentado por qualquer teórico de inclinação marxista que se propusesse a tratar da questão de classe. Estudiosos marxistas, como Wright (apud SANTOS, 1998; 2002;

2004; 2008a), dedicaram-se a desenvolver um esquema de classes capaz de mapear as constâncias e as variações nas estruturas de classe capitalista.

Até o final da década de 70 quatro estratégias analíticas gerais foram desenvolvidas no âmbito marxista enfocando a problemática de como situar a “classe média na estrutura de classe” (SANTOS, 1998, p.38). Uma primeira estratégia colocava quase todas essas posições na classe trabalhadora; a segunda alternativa optava-se por agrupar várias categorias de assalariados não proletários sob a denominação de “nova pequena burguesia”; a terceira fixava os segmentos assalariados situados fora da classe trabalhadora em uma nova classe denominada “Classe Profissional e Gerencial”; a quarta interpretava essas posições não polares como representativas de “localizações contraditórias dentro das relações de classe”. Wright (apud SANTOS, 1998) fez a defesa de uma versão estrutural da quarta estratégia, procedendo a uma análise de três dimensões inter-relacionadas da dominação e subordinação dentro da produção, envolvendo o capital monetário, considerando em termos do fluxo de investimento dentro da produção e da direção do processo de acumulação no seu conjunto; o capital físico, ou seja, os meios de produção efetivos dentro do processo de produção; e o trabalho, envolvendo as atividades transformativas dos produtores dentro da produção. Santos (1998), em “A Teoria e a Tipologia de Classe Neomarxista de Erik Olin Wright”, ressalta que:

A relação de classe fundamental entre trabalho e capital foi pensada como polarizada e antagônica ao longo dessas três dimensões. A não-correspondência entre as três dimensões gera, justamente, as “localizações contraditórias dentro das relações de classe”: gerentes e supervisores ocupam localização contraditória entre a classe trabalhadora e a classe capitalista; pequenos empregadores entre a pequena burguesia e a classe capitalista propriamente dita; e empregados semi-autônomos entre a pequena burguesia e a classe trabalhadora. Trata-se de localizações contraditórias porque elas compartilham, simultaneamente, características relacionais de duas classes distintas. Utilizando esse esquema teórico, Wright encabeçou a primeira investigação sistemática da estrutura de classes norte-americana baseada em dados colhidos de uma perspectiva explicitamente marxista. (SANTOS, 1998, p.38)

Na tradição marxista, classe social trata-se de um conceito relacional, pois as classes são sempre definidas no âmbito das relações sociais, em particular nas relações das classes entre si; e também são antagonísticas, pois geram interesses opostos, ou seja, geram bem-estar de uma classe e privação da outra. O conceito de classe deve abarcar apenas a exploração enraizada nas relações de produção.

Na interpretação de Wright (apud SANTOS, 1998; 2002; 2004; 2008a), classe social representa uma forma especial de divisão social gerada pela distribuição desigual de poderes e direitos sobre os recursos produtivos relevantes de uma sociedade. Para ele, a condição de classe afeta os interesses materiais, as experiências de vida e as capacidades para ação coletiva dos indivíduos. Também defende que o que a pessoa tem (ativos produtivos) determina o que ela obtém (bem-estar material), e o que deve fazer para conseguir o que obtém (oportunidades, dilemas e opções). Este pensador vem reconstruindo mais recentemente o papel da dominação na constituição das relações de classe.

Este pensador desenvolveu o conceito de classe baseado na conexão ativo-exploração, mas nem por isso deixou de sustentar a idéia de que “dominação sem apropriação não constituem relações de classe”. Segundo ele, classe é um conceito intrinsecamente político, já que requer relações de dominação (SANTOS, 1998, p.42). Para ele, as relações de classe são a unidade das relações de apropriação e dominação. Em outras palavras, ele defende a existência de uma conexão entre propriedade de ativos produtivos, exploração, dominação na produção e diferenciação de classe.

Em “Questão de classe: teorias e debates acerca das classes sociais nos dias de hoje”, Santos (2004) ressalta que:

Wright propõe um modelo que articula as dimensões de estrutura de classes, formação de classes e luta de classes. A estrutura de classes impõe limites à formação de classes, ou seja, à organização coletiva das forças de classe, assim como às lutas de classes. Dois são os mecanismos básicos da imposição de limites: a moldagem dos interesses materiais dos indivíduos e a determinação dos recursos materiais disponíveis. Já a formação de classe seleciona as lutas de classes possíveis. As lutas de classes, por fim, retroagem e transformam tanto a estrutura de classes quanto a formação de classes. As práticas das classes, em certa medida, transformam as estruturas que as limitam. (SANTOS, 2004, p.9)

Wright (apud SANTOS, 1998) reconhece a importância de se saber a trajetória dos fatos para uma melhor explicação destes. Ele desenvolveu as noções de localizações mediadas e temporais. Nas mediadas procura-se captar as demais relações sociais, além do emprego que ligam os indivíduos à estrutura de classes, já a localização de classes temporais reflete o fato de determinados empregos estarem associados a trajetórias de carreiras que alteram o vínculo de classe através do tempo.

Wright (apud SANTOS, 1998) elaborou uma tipologia básica de classe na sociedade capitalista em função da propriedade de ativos de capital, do controle diferenciado de ativos de qualificação e da relação com o exercício de autoridade dentro da produção. Ele ressaltou que as três dimensões da tipologia básica podem ser “tricotomizadas”, por opção metodológica, diferenciando-se a posição dominante, contraditória e subordinada. O objetivo dessa solução metodológica é construir uma tipologia em que as posições assimétricas (por exemplo, gerente e trabalhador) estejam relativamente bem mensuradas. As categorias intermediárias concentram as situações ambíguas e as deficiências de mensuração. Na verdade, cria-se uma variável tricotômica para capturar e representar uma dicotomia teórica (SANTOS, 2008b).

O esquema de classe que será utilizado neste trabalho é o elaborado por Santos (2002; 2011a; 2001b) que incorporou da teoria de Wright (apud SANTOS, 2011a; 2001b) algumas divisões que auxiliam na compreensão das particularidades da estrutura de classes brasileira. A demarcação de classes de Santos (2011a; 2001b) levou em consideração a posição na ocupação, ou o status do emprego, distinguindo-se as posições de empregador, empregado, trabalhador por conta própria e empregado doméstico, e a partir daí, por um processo de desagregação, obteve-se o esquema de posições de classe resultante. O esquema de classe resultante tinha 13 posições estruturais inicialmente, aumentadas e modificadas para 15 nos estudos de desigualdade de saúde, com a inclusão de trabalhador de subsistência e trabalhador excedente (SANTOS, 2011a e 2011b). As categorias são denominadas: capitalistas; especialistas autônomos; gerentes; empregados especialistas; pequenos empregadores; autônomos com ativos; empregados qualificados; supervisores; trabalhadores típicos; trabalhadores elementares; autônomos precários; empregados domésticos; trabalhadores de subsistência e trabalhadores excedentes.

Ressaltar os pensamentos Marx (1978; 1982; 1983), Wright (apud SANTOS, 1998; 2002; 2004; 2008a) e Santos (1998; 2002; 2004; 2005a; 2005b; 2008a; 2008b, 2009; 2010; 2011a; 2001b) sobre classe social é importante para que, nos próximos capítulos, seja feita uma análise de como os fatores socioeconômicos, juntamente com raça, exercem influência sobre a desigualdade em saúde no Brasil. Na próxima seção será apresentado de forma sucinta um breve histórico de como os teóricos e ideólogos brasileiros explicavam as relações entre brancos e negros no Brasil.

2.3 Raça no contexto brasileiro

Nesta seção será investigada como a raça, como categoria de análise, esteve presente na literatura brasileira. Também serão acrescentados alguns conceitos fundamentais para se compreender a questão racial no Brasil.

Raça é uma construção social, mutável através do tempo e entre os contextos sociais, e sustentados por uma ideologia racial (TELLES, 2002 apud SANTOS, 2005a). Muitos cientistas sociais têm buscado compreender a questão racial no Brasil, no entanto, a literatura sobre este tema é marcada por duas gerações de pesquisadores que procuraram resultados praticamente opostos quanto à extensão do racismo no país (TELLES, 2003).

Telles (2003) ressalta que a primeira geração dos anos 30 aos anos 60, por um lado, exibiu as maravilhas da miscigenação brasileira; mas por outro, ignorou ou subestimou as desigualdades e o racismo. Esta geração concluiu que havia pouco ou nenhum racismo no Brasil. Esta era formada principalmente por norte-americanos, que examinaram o racismo nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, embora também incluíssem sociólogos brasileiros, como por exemplo, Gilberto Freyre. Já a segunda geração de pesquisadores, desde os anos 50, enfocou o problema do racismo e da desigualdade racial refutando ou ignorando o papel da miscigenação. Eles alegavam que, no país, o racismo é amplo e profundo, comparável aos sistemas de dominação racial por todo o mundo. Esta segunda geração seria inicialmente formada exclusivamente por brasileiros, que pesquisaram basicamente as regiões Sul e Sudeste.

Telles (2003) também ressalta que muitas das diferentes conclusões que estas duas gerações chegaram podem ser atribuídas às experiências que cada geração teve. A primeira geração encontrou plenos contrastes entre o Brasil e o vergonhoso sistema racista de Jim Crow, nos Estados Unidos daquela época. Já a segunda geração testemunhou o progressivo desenvolvimento desse sistema de segregação, embora tenha mantido o aspecto comparativo, em geral, como menos importante. Além disso, as diferenças regionais concretas nas relações raciais dentro do Brasil podem ter contribuído para conclusões divergentes entre estas duas equipes de especialistas sobre raça.

Os que estudaram o Norte e Nordeste, segundo Telles (2003), pesquisaram lugares onde há maior número de casamentos inter-raciais e fluidez racial e tal característica foi generalizada por estes para todo o país. Em contraste, a segunda leva de pesquisadores descobriria distinções relativamente rígidas entre brancos e negros e relações raciais mais

limitadas nas áreas estudadas. Eles também generalizaram seus resultados para todo o Brasil. Durante a década de 90, pesquisadores brasileiros e estrangeiros defenderam os resultados da segunda geração, frequentemente com base em dados nacionais. Não opinião de Telles (2003) a maior diferença entre as conclusões das duas gerações deveu-se à ênfase analítica que cada uma delas deu ora às relações horizontais, ora as relações verticais. O autor entende as relações raciais horizontais como a sociabilidade inter-racial, especialmente entre pessoas de mesma classe social e as relações verticais como aquelas entre diferentes classes sociais que implicam relações de poder socioeconômico.

No Brasil, analistas apontam que a desigualdade é a causa de problemas sociais como pobreza, racismo, os fracos sistemas de saúde e educação, os altos índices de criminalidade e a falta de integração social e política da maioria da população.

Santos (2005b), em seu artigo intitulado “Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil” ressalta que:

A formação dos grupos raciais, ao envolverem características comuns de comportamento imputadas, pode vincular-se fortemente aos contextos e às motivações de classe e de grupos de status. Raça representa, por si mesma, uma fonte potencialmente importante de unidade dentro do grupo e de divisão intragrupo, mas esse potencial pode requerer um conteúdo estrutural para ser ativado. (SANTOS, 2005b, p.24)

Santos (2005b) destaca que uma noção de opressão racial formulada por Wright é:

A opressão racial é “(1) uma divisão social vinculada à ascendência biológica, tipicamente, mas não invariavelmente, associada a marcas físicas, (2) em que alguma forma de exclusão socialmente significativa é vinculada a esta origem e (3) o grupo excluído é estigmatizado de uma forma ou de outra como inferior” (Wright, 2002). As divisões raciais implicam relações sociais pautadas por práticas de opressão, exclusão e estigmatização. A construção social da raça envolveria a transformação social de alguma dimensão de ascendência biológica, tipicamente vinculada a uma marca física, em uma hierarquia de status social. (SANTOS, 2005b, p.25)

Raça seria uma variável fundamental na reprodução da desigualdade no Brasil. Assim como na América Latina, no Brasil o conceito de raça tende a envolver as características

fenotípicas e socioeconômicas dos indivíduos, ou seja, “a classificação racial se basearia principalmente na aparência” (TELLES, 2002 apud SANTOS, 2005b, p.26). Telles (2003), em seu livro “Racismo à Brasileira”, ressalta que os brasileiros preferem a noção de cor ao invés da de raça, porque este termo capta melhor a fluidez das relações raciais, apesar disso a noção de cor dos brasileiros equivaleria ao conceito de raça, pois está associada à ideologia racial que hierarquiza as pessoas de cores diferentes.

As distinções raciais feitas por outras pessoas são fundamentais nas interações sociais e nas oportunidades na vida de cada um, porque às vezes designam poder e privilégios em benefício das pessoas com a pele mais clara. O sistema brasileiro permite escapar da estigmatizada categoria negra ou preta por causa da política do branqueamento. Assim, se por um lado, a ascensão social leva muitas pessoas a conseguirem escapar da categoria de negro, por outro, muitas outras não conseguem e continuam a ser negras, independente de sua ascensão cultural ou econômica.

Apesar da desigualdade racial, estudos demonstram a relação inter-racial nos casamentos entre brancos e negros no Brasil, mostrando que a miscigenação não é apenas ideológica. A mistura racial é um processo histórico-demográfico e um fator social que tem sido relevante para a identidade brasileira por anos. A alta incidência de miscigenação reflete a existência de fronteiras relativamente fracas entre as pessoas de cores diferentes. O alto índice de casamentos inter-raciais entra em contraste com o racismo e a desigualdade racial que persiste na exclusão de pessoas negras, mostrando então um paradoxo na sociedade brasileira.

O governo brasileiro evitou a segregação e promoveu o casamento inter-racial através da ideologia da democracia racial quanto à ideia do branqueamento. Tal medida ajudou na formação da identidade nacional. O Brasil ressaltou a inclusão racial, embora no sentido mais abstrato de pessoa, ação e cultura, ao invés da inclusão na política ou no sentido de oportunidades iguais.

Para Telles (2003) apesar dos casamentos inter-raciais no Brasil, ser branco continua a ser uma vantagem, pois ainda hierarquiza, divide e determina o valor do indivíduo. A miscigenação implica maior tolerância racial, mas não evita a discriminação. Deste modo, a hierarquia racial se mantém em quatro formas: os casamentos inter-raciais se dão na maioria das vezes entre os pobres; há uma distância social entre os brancos e negros na classe média, reforçando a hierarquia racial; a sociabilidade inter-racial varia de acordo com a região; e, apesar dos casamentos, ainda prevalece o racismo, onde a branquidão é um bem valioso nas relações com o mercado.

A promoção da miscigenação integrou a população brasileira, dissipando as diferenças culturais por raça. Houve a promoção da cultura africana como projeto nacionalista, o que fez com que a cultura africana se transformasse em mercadoria e fosse comercializada. Embora o Estado conseguindo essa integração, isso foi usado para mascarar o racismo e a desigualdade racial existente na sociedade.

Com consciência negra e uma pequena mobilização, o movimento negro do Brasil conseguiu influenciar ações do Estado como: conseguiu desacreditar a ideologia da democracia racial na população em geral, mudou o pensamento das elites sobre quem é negro e quem é branco, e engajou o governo brasileiro na discussão de políticas públicas sobre o racismo.

No artigo “A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil”, Santos (2009) destacou que os estudos contemporâneos da estratificação social de cor no Brasil demonstraram que, em termos de desigualdades de recompensas materiais, o contraste marcante se faz entre brancos e não brancos (pardos e pretos). Foram geradas evidências que apontam a existência de um “ciclo cumulativo de desvantagens” que afeta a trajetória e os resultados atingidos pelos não brancos. Um estudo das interseções e interações entre classe social e raça no Brasil contribuiu para demonstrar que grande parte da desigualdade racial e de renda é uma desigualdade de acesso a contextos e recursos valiosos, notadamente alocação à estrutura de classes, posse de credenciais educacionais e distribuição sócio-espacial.

Por fim, mas não menos importante, no Brasil existe uma distribuição geográfica desigual dos grupos raciais, devido em parte a geografia pregressa da escravidão, da migração europeia e da história reprodutiva da população (SANTOS, 2005a). Considera-se que no Brasil a discriminação racial gera um “ciclo cumulativo de desvantagens” dos pardos e pretos, de modo que os não brancos sofrem não apenas de uma desvantagem de origem, pois a esta desvantagem se somam novas discriminações na educação e no mercado de trabalho (HASENBALG *et al.*, 1999).

Algumas considerações são necessárias a fim de concluirmos essa seção. Os principais estudos sobre desigualdade social brasileira ressaltam que a maior parte da população não branca tem baixa escolaridade, pouca mobilidade social, se localizam nas posições mais proletarizadas, e com diferenças nas oportunidades de carreiras em relação aos brancos. Discriminações raciais estas que surgem como reação racional ao conflito desencadeado pela escassez de recursos sociais e econômicos. Estas discriminações podem se tornar acumulativas através das gerações. Por isso, a necessidade de um conceito analítico que consiga revelar as desigualdades e discriminações efetivamente raciais que ocorre na saúde.

2.4 Desigualdade em saúde

A desigualdade em saúde tem sido tema de investigação de diversos trabalhos empíricos na literatura internacional. As pesquisas sociológicas e epidemiológicas têm demonstrado, atualmente, que é necessário considerar o conjunto de fatores sociais influenciadores na análise da saúde e da sua desigualdade. Os fatores sociais exercem poderes causais sobre a doença e a mortalidade, pois são capazes de condicionar o risco de exposição, a suscetibilidade, o curso e o resultado da doença, nas suas manifestações infecciosa, genética, metabólica, maligna ou degenerativa (COCKERHAM, 2007 apud SANTOS, 2011a).

Noronha e Andrade (2001), em seu artigo intitulado “Desigualdades Sociais em Saúde: Evidências Empíricas Sobre o Caso Brasileiro” destacam que o estado de saúde de um indivíduo depende de diversos fatores, podendo estes ser classificados em pelo menos três grupos: fatores associados às preferências dos indivíduos; fatores exógenos aos indivíduos; fatores associados às condições socioeconômicas. Segundo as autoras:

Os fatores associados às preferências dizem respeito aos hábitos e escolhas dos indivíduos. Por exemplo, dois indivíduos com a mesma condição socioeconômica e tendo acesso às mesmas informações sobre os males que o fumo pode causar, podem realizar escolhas diferenciadas entre fumar e não fumar, o que pode significar estados de saúde diferenciados entre os indivíduos, resultando, portanto em desigualdade de saúde... Os fatores exógenos dizem respeito ao componente que independe das atitudes e das condições socioeconômicas. É o caso, por exemplo, de doenças genéticas, acidentes e fatores associados ao ciclo de vida dos indivíduos... O terceiro grupo diz respeito aos fatores socioeconômicos. Existem diversos mecanismos que podem explicar a relação entre nível de renda ou situação socioeconômica e estado de saúde. Além disso, a causalidade desta relação não é única... (NORONHA E ANDRADE, 2001, p.878)

A desigualdade em saúde pode ser analisada pela perspectiva de indivíduos e de grupos sociais, sendo identificada pela desvantagem adicional a indivíduos ou grupos menos favorecidos. Os estudos sobre desigualdade em saúde destacam que quanto pior a posição social, tanto pior a saúde. Ou seja, “pessoas de estrato socioeconômico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de riscos, biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais que medeiam à relação entre as condições sociais e a doença” (SANTOS, 2011a). Também é importante salientar que as pessoas que possuem

recursos, como por exemplo, dinheiro, poder e prestígio usam essas vantagens para incrementar a sua saúde e bem-estar.

Para se estudar saúde é necessário pensarmos o conjunto de fatores que podem influenciar seu estado e concepção. Origem familiar, escolaridade, ocupação, renda, gênero, idade, etnia, raça, entre outros fatores, afetam a vida das pessoas e, conseqüentemente, sua saúde. Como exemplo, podemos citar duas pessoas que são da mesma idade e do mesmo gênero, porém vieram de famílias com situação financeira diferente e que possuem nível de escolaridade também diferente não conceberão da mesma maneira o seu estado de saúde e também não terão os mesmos recursos para cuidarem de suas saúdes, o que afetará significativamente seu estado de saúde.

3 METODOLOGIA

O presente estudo utilizará os dados amostrais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do ano de 2008, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) e que possui um questionário suplementar sobre as características de saúde dos moradores dos domicílios pesquisados. A PNAD contém informações sobre as características individuais e familiares, idade, sexo e ocupação, ente outras. O questionário aplicado pela PNAD aborda quatro grandes subtemas: “1) necessidades de saúde, estimadas a partir da avaliação do estado de saúde, restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde, morbidade referida e limitação de atividade física; 2) cobertura por plano de saúde; 3) acesso a serviços de saúde; e 4) utilização de serviços de saúde” (VIACAVA, 2010). O levantamento de dados da PNAD é realizado por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. A amostra é representativa para o Brasil, para grandes regiões, para estados e dez regiões metropolitanas. Em 2008, a pesquisa envolveu 150.591 domicílios, com 391.868 indivíduos entrevistados. Até 2003, a amostra não incluía a população rural da região Norte, sendo que em 2008 tais dados estão incluídos (IBGE, 2009).

Nesse trabalho será utilizada a variável tipologia de classe, criada por Santos (2002; 2011a; 2011b) para explicar classe social no Brasil, e as variáveis referentes ao estado de saúde dos indivíduos, possuem plano de saúde, valor pago pelo plano de saúde, tipo de atendimento que a pessoa recebeu nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa, a raça, região e gênero. Serão feitas análises de dados tabulares. A variável raça será a variável independente, pois esta será o fator explicativo. Os indicadores da condição de saúde, como o estado de saúde auto-declarado pelos pesquisados, ter deixou de realizar nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa quaisquer atividades habituais por motivos de saúde, possuir problemas de coluna, artrite ou tendinite, o fato destes possuírem plano de saúde, o valor pago por este e o tipo de atendimento que a pessoa recebeu nas duas últimas semanas que antecederam a entrevista serão as variáveis dependentes. É pertinente salientar que se optou por destacar os tipos de doenças crônicas causadas por problemas de coluna, artrite ou tendinite porque estes apresentam um viés de acesso ao trabalho, ou seja, possuir tais doenças quando diagnosticadas dificultaria ou restringiria o acesso a determinado tipo de serviço.

O indicador de auto-avaliação que na PNAD é constituído de cinco categorias (muito bom; bom; regular; ruim, e muito ruim) no presente trabalho será transformado em variável

binária (bom e não bom) para realizar algumas análises. Optou-se por transformar essa variável em binária devido ao fato que na PNAD a variável referente ao estado de saúde dos indivíduos apresenta um problema, pois existem evidências de subestimação das respostas “muito bom” e “muito ruim”, o que acaba gerando problemas de mensuração. Tal opção metodológica foi adotada, porque permite contorna esse problema. Também é importante ressaltar que se optou por esta variável devido à importância que esta possui como indicador poderoso de saúde. Tal indicador possui a vantagem de capturar a saúde média da população, em vez da prevalência de condições específicas ou de alto risco. Além do mais, mostra-se associado a múltiplos fatores sociais de risco a saúde e é útil para as necessidades de avaliação e intervenção de saúde pública (Borrell, 2004 apud SANTOS, 2011a). A avaliação geral pelo indivíduo do seu estado de saúde é uma medida que pode ser aplicada e servir para aferir riscos à saúde em diferentes estágios da vida. A auto-avaliação do estado de saúde é provavelmente a medida mais acessível, abrangente e informativa em estudos populacionais, que captura dimensões que não são apreendidas por questões mais detalhadas e dirigidas (Jylha, 2009 apud SANTOS, 2011a)

Neste estudo também as variáveis referentes à classe, região e gênero serão as variáveis independentes de controle. A variável raça será transformada em variável binária (brancos e não brancos) para que possamos perceber o contraste entre esses grupos. Em todas as tabelas os dados estarão ajustados por idade (pessoas de 18 a 64 anos), pois as disparidades existentes na saúde muda com a idade. Todas as variáveis serão estimadas usando o programa Stata, versão 10.

4 O CASO BRASILEIRO

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, determina no artigo 196 da Constituição Federal que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010). Baseando neste artigo e em dados sobre saúde no Brasil, como por exemplo, os obtidos na PNAD de 2008, podemos questionar se tal determinação é realmente cumprida em nosso país, ou seja, se realmente as chances de acesso a recursos da saúde é realmente garantido e igualitário. Outro questionamento pertinente é que se considerarmos que o acesso a esses recursos são desiguais, então quais fatores seriam os responsáveis por essa desigualdade. Alguns fatores são apontados como determinantes para essa desigualdade, como por exemplo, classe social, gênero, etnia, raça ou idade.

Este trabalho vem buscando demonstrar o poder causal que historicamente a vantagem do branco sobre o não branco tem afetado a desigualdade de saúde. Neste capítulo será apresentada de forma sucinta as desigualdades regionais e de classe entre brancos e não brancos.

4.1 Repensando a atualidade

Para se estudar raça ou cor no Brasil é necessário observar em nosso passado colonial como ocorreu à interação entre Brancos, Negros e Indígenas para que possamos analisar como é ocasionado a desigualdade racial e, conseqüentemente, como esta ocasiona desigualdades de acesso a recursos valiosos dentro da saúde. A presente seção analisará, a partir dos dados da PNAD de 2008, como tal processo vem ocorrendo no Brasil (IBGE, 2009).

A primeira análise proposta neste trabalho se situa em demonstrar a auto-avaliação do estado de saúde de brancos e não-brancos pelas diferentes regiões do Brasil. Para isto a variável raça que na PNAD é constituído de seis categorias (branca, preta, amarela, parda, indígena e sem declaração) no presente trabalho será transformada em variável binária (branco e não branco). Na categoria não branco estão incluindo os que se auto-declararam pretos ou pardos. No presente estudo as categorias amarelo, indígena e os que não declararam

sua cor não serão utilizados, pois representam menos de 1% da população (ver Anexo A). Assim como já foi ressaltado anteriormente quando foram expostas as ideias de Telles (2003), no Brasil os mestiços tendem a estarem mais próximos na estrutura de classe dos negros do que dos brancos.

Através da tabela 1, abaixo, podemos observar que no ano de 2008 o Sudeste, em todas as categorias, é a região que apresenta a maior proporção de pessoas que auto-declararam sua saúde como boa e, com menor porcentagem, aparece as regiões Norte e Nordeste. Os brancos foram os que melhores auto-avaliaram sua saúde, sendo 81,98% dos homens brancos e 78,73% das mulheres brancas.

Tabela 1 – Prevalência ajustada por idade da auto-avaliação do estado de saúde como boa, conforme as regiões do país, gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008

Região	Cor/gênero (%)			
	Homem branco	Homem não branco	Mulher branca	Mulher não branca
Norte	74,44	71,90	70,43	65,96
Centro-Oeste	80,47	77,40	76,70	70,05
Nordeste	75,73	72,64	70,44	65,56
Sudeste	85,02	79,40	82,70	74,27
Sul	81,03	76,21	76,21	69,52
Total (não diferenciado)	81,98	75,66	78,73	69,41

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009). *Nota: em saúde boa foram agregadas as respostas de saúde boa e muito boa.

Tais diferenças ressaltadas na análise da tabela 1 podem ser explicadas pela história da formação do povo brasileiro. Darcy Ribeiro (1995), em seu livro “O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil”, analisou o surgimento do Brasil como uma junção do novo, devido ao novo modelo societário e ao surgimento de uma etnia nacional diferenciada culturalmente de suas matrizes formadoras, fortemente mestiça, dinamizada pela redefinição de traços culturais delas oriundas, e o velho devido ao proletariado externo que conquistava seu lucro através da exploração da colônia. Outro ponto destacado pelo autor nesta obra é a formação de uma etnia nacional que fala a mesma língua só diferenciada por sotaques e dialetos regionais oriundos dos negros, índios, portugueses e outros povos que se integraram formando um Estado uni-ético. Porém, ele afirma que esta unidade resultou de um processo

contínuo e violento de unificação política logrado mediante um esforço deliberado de supressão de toda identidade étnica discrepante e repressão de toda tendência separatista.

Ribeiro (1995) procurou nesta obra chamar a atenção para uma consciência crítica sobre a formação do nosso povo, o brasileiro, abordando como o incremento do aumento da população estava diretamente vinculado ao empreendimento colonial, seja este: a economia açucareira, a exploração do pau-brasil e, posteriormente, a criação de gado. Também destacou os processos civilizatórios que proporcionaram condições para tal povoamento.

No capítulo “Os Brasis na História”, Ribeiro (1995) compôs um quadro da história brasileira em cinco cenários regionais, sendo estes: cultura crioula, que se desenvolveu nas faixas do litoral nordestino; caipiras, áreas ocupadas pelos mamelucos paulistas; sertaneja, área que se desdobra desde o Nordeste árido até os cerrados do Centro-Oeste; cabocla, que corresponde à população amazônica e, por fim, gaúchas, nas áreas sulinas brasileiras. Estes cenários compostos pelo autor é que nos permitem compreender como o passado serviria para explicar o presente. A partir do que Ribeiro (1995) narra neste capítulo podemos ressaltar que devido à forma como cada região foi sendo povoada no período da colonização influenciou significativamente no número de brancos e não brancos. A região Nordeste recebeu no período colonial um grande número de escravos que foram trazidos da África para trabalharem nos engenhos de açúcar, tal fato influenciou para que atualmente essa possuísse um grande número de não brancos. No Norte e Centro-Oeste, assim como no Nordeste, teria mais não brancos devido à forte mistura de negros, índios e brancos no seu processo de colonização.

O Brasil caipira descrito por Ribeiro (1995) corresponderia ao Sudeste. As explicações dadas pelo autor de que os paulistas tinham ambições de enriquecimento e aspiravam participar de camada dominante, e que estes implantaram a civilização européia ocidental, estabelecendo uma relação de dominação e extermínio, além dos períodos da mineração, do domínio do café, da abolição da escravidão e da imigração, nos ajudam a compreender porque essa região é uma das mais importantes para o país. Economicamente é uma das mais importantes, além de ser uma das mais desiguais.

Ribeiro (1995) salienta que, no Brasil, há um distanciamento sócio-cultural tão grande entre as classes ricas e pobres e que a esta se soma à discriminação que pesa sobre negros, mulatos e índios, sobretudo os primeiros. Para se pensar em raça devemos ter em mente que esta está associada à exclusão de recursos valiosos, por isso está sempre associada a fatores econômicos tais como classe social, ocupação no mercado de trabalho ou renda.

Como pôde ser observado na tabela 1, página 30, os melhores índices de auto-avaliação de saúde concentraram entre os brancos, principalmente, aqueles que se localizam nas regiões mais desenvolvidas do país, que são as regiões Sudeste e Sul. A partir destas observações que já foram salientadas anteriormente, podemos ressaltar que o fator regional também influencia na desigualdade racial, pois os não brancos estão em sua maioria nas regiões menos desenvolvidas (conforme ANEXO A, Tabela 7, p.46) o que acaba afetando o acesso a recursos valiosos que permitem a estes cuidarem melhor de sua saúde.

As desigualdades entre as raças observadas atualmente no Brasil é o resultado cumulativo das desvantagens do período de colonização transmitidas através das gerações. O Brasil foi a segunda maior nação escravista da era moderna, o último país do mundo ocidental a abolir a escravidão (1888), o penúltimo país da América a abolir o tráfico de escravos (1850), o maior importador de toda a história do tráfico atlântico. E atualmente é a segunda maior população afrodescendente do mundo, com cerca de 80 milhões de indivíduos, só sendo superado pela Nigéria (NOP-FPA, 2010).

4.2 O poder causal da questão racial na saúde

Este estudo não se propõe a pensar raça como causadora de doença, mas sim como uma categoria que gera significativos efeitos na saúde das pessoas. Raça ou cor tem a ver com status social e quando somamos a esta variável a classe podemos observar mais claramente os efeitos que estas ocasionam na saúde. Pois, a condição de classe afeta os interesses materiais, as experiências de vida e as capacidades para a ação coletiva dos indivíduos. O poder causal da posição de classe condiciona o acesso aos recursos produtivos e molda as experiências de vida das pessoas, como por exemplo, a maneira como cada pessoa percebe seu estado de saúde.

Como já salientado na parte teórica deste trabalho Wright (apud SANTOS, 1998; 2002; 2004; 2008a) defende que o que a pessoa tem (ativos produtivos) determina o que ela obtém (bem-estar material) e o que deve fazer para conseguir o que obtém (oportunidades, dilemas e opções). Desta forma, podemos perceber como a distribuição desigual de poderes e direitos sobre recursos valiosos ocorre entre os brancos e não brancos e como estes os utilização dentro da saúde. Para testar essa hipótese, além da definição neomarxista de Wright (apud SANTOS, 2002; 2011a; 2011b) de classe social, será utilizada a classificação

socioeconômica elaborada por Santos (2002; 2005a). Nessa classificação, ele considera as categorias de classe e as demarcações destas na estrutura social. Tal classificação será apresentada no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Tipologia de classe segundo as categorias e as demarcações na estrutura social

Categorias de classe	Demarcações na estrutura social
Capitalista	Definidos pela propriedade de ativos de capital e pela distinção quanto a divisão do trabalho e seu ordenamento.
Pequeno empregador	
Autônomo com ativos	
Autônomo agrícola	Controle da terra como ativo produtivo, mas sem a capacidade de contratar trabalho assalariado.
Especialista autônomo	Inseridos no trabalho autônomo ou assalariado, com até cinco empregados ou sem empregados, com ou sem estabelecimento.
Gerente	Definidos pela situação ambígua de classe: são empregados, mas exercem papel de autoridade.
Empregado especialista	Definidos pelas profissões credenciadas, as profissões de menor poder profissional e os professores do ensino médio e profissional com formação superior.
Empregado qualificado	Categoria formada pelos técnicos de nível médio nas diversas áreas, professores de nível médio ou com formação superior no ensino infantil, fundamental e profissional, professores de educação física e de educação especial.
Supervisor	Posição na ocupação de empregado; supervisor, chefe, mestre ou contramestre de acordo com o grupo ocupacional.
Trabalhador típico	Subordinado a uma autoridade empregatícia.
Trabalhador elementar	Inseridos nas tarefas de trabalho bastante elementares na indústria e nos serviços, como ajudantes de obras, trabalhadores elementares na manutenção de vias públicas, faxineiros, lixeiros e carregadores de carga; trabalhadores manuais agrícolas, garimpeiros e salineiros, excluindo os 39 trabalhadores na mecanização agrícola, florestal e drenagem.
Autônomo precário	São autônomos, mas destituído de ativos de capital.
Empregado doméstico	Posição na ocupação de trabalhador doméstico, com ou sem carteira de trabalho assinado.
Trab. de subsistência	Sem renda; trabalham para o consumo próprio.
Trabalhador excedente	Desempregados.

Fonte: Elaborado por Santos (2002; 2011a; 2011b).

Oracy Nogueira (apud COSTA e SILVA, 2011) defende que a sociedade brasileira edificou condutas que legitimaram formas excludentes contra os negros. A conduta que Nogueira definiu em suas obras como “preconceito de marca”, na sua visão foi o que permitiu

a integração de brancos imigrados de outros países e retardou a ascensão dos negros, fazendo com que ele identificasse a existência do racismo no seio social.

As discriminações raciais surgem como reação racional ao conflito desencadeado pela escassez de recursos sociais e econômicos. Estas discriminações podem se tornar cumulativas através das gerações. Nesta dinâmica, as divisões de classe geram importantes assimetrias na distribuição das chances de saúde e de doença dentro de uma sociedade, ou seja, quanto pior a posição social, tanto pior a saúde (SANTOS, 2011b).

Na saúde a desigualdade pode está ligada a vários fatores, por isso é necessário abordar as categorias para que possamos observar a trajetória da desigualdade. As categorias moldam desigualdades e sempre estabelecem fronteiras entre os que estão dentro e os que estão fora. Como já foi ressaltado no decorrer deste trabalho, Tilly (2006) destaca que quando as fronteiras estabelecidas pelas divisões categóricas são ativadas, estas conferem significados e constituem uma identidade social, especialmente, o “nós” e o “eles”, o que acaba gerando desigualdade, ou seja, conjuntos inteiros de pessoas, de um lado e de outro da fronteira não recebem o mesmo tratamento.

A presente seção buscará demonstrar o poder causal que a raça exerce na distribuição desigual das chances de saúde no Brasil.

Na tabela 2, na página seguinte, observamos que, quando controlamos a idade e o gênero, os efeitos de raça tornam-se mais claros. Os não brancos são os que piores auto-avaliaram sua saúde, os que mais deixaram de realizar quaisquer atividades habituais por motivos de saúde nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa, os que menos possuem planos de saúde, os que mais possuem algum tipo de limitação ocasionada por alguma mobilidade física e problemas de coluna, artrite ou tendinite e foram os que, quando precisaram de algum tipo de atendimento nas duas últimas semanas que antecederam a data de quando foi entrevistado e não tiveram este atendimento coberto pelo plano de saúde.

Tabela 2 – Indicadores da condição de saúde ajustada por idade, conforme a cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008

Indicadores da condição de saúde	Cor/Gênero (%)				Total (não diferenciado)
	Homem branco	Homem não branco	Mulher branca	Mulher não branca	
Percepção da própria saúde como não boa*	18,01	24,33	21,26	30,58	23,61
Nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa deixou de realizar quaisquer atividades habituais por motivos de saúde.	06,25	08,19	07,31	09,59	07,86
Possui algum tipo de limitação ocasionada por uma mobilidade física	17,66	20,83	25,29	50,81	23,77
Possui alguma doença crônica do tipo coluna, artrite ou tendinite	15,80	16,42	21,94	22,09	19,18
Possui de pelo menos um plano de saúde	31,50	16,68	33,28	16,69	24,53
Se recebeu algum tipo de atendimento nas duas últimas semanas este foi coberto pelo plano de saúde	33,24	20,41	35,61	18,48	27,20

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009). *Nota: Em saúde não boa foram agregadas as respostas de saúde “regular”, “ruim” e “muito ruim” em “não boa”.

Análise de dados não é algo “fixo”, às vezes um resultado pouco expressivo muda e faz sentido apenas fazendo o controle de outro fator importante, como por exemplo, classe social e gênero. Nesta parte do trabalho será demonstrado como controlando classe social (fator mediador) e gênero (fator de controle) os efeitos gerados pela raça ficam mais claramente especificados.

Ao conceito de gênero é atribuída a construção social que torna homens e mulheres, contrapondo às interpretações biologistas que vinculam às posições sociais, as diferenças sexuais hierarquicamente diferentes entre estes grupos.

O controle efetivo dos recursos é assimetricamente distribuído dentro da sociedade, de modo que determinados grupos têm recursos inadequados para enfrentar as demandas e as exposições negativas relacionadas à saúde (LYNCH e KAPLAN, 2000 apud SANTOS, 2011a). A desigualdade se remete às vantagens e desvantagens de um grupo em relação a

outro, ou seja, é o acesso desigual aos recursos presentes na sociedade. Os recursos são meios de poder e controle social, e os que mais contribuem para a desigualdade são aqueles que podem ser restritos e vetados a algumas classes. O modo de distribuição e utilização de tais recursos também afeta a desigualdade.

Nas classes mais favorecidas os efeitos de raça são diminuídos devido ao maior poder dos efeitos de classe. Em alguns casos, os efeitos de raça não aparecem devido ao poder causal que classe exerce sobre os efeitos de raça. A literatura existente sobre o tema ressalta que, quando os efeitos são controlados por renda e escolaridade, os efeitos diretos de raça ficam bastante reduzidos. Porém, neste trabalho percebemos que quando colocamos raça como variável explicativa e controlamos os efeitos gerados na saúde por gênero e classe, percebemos claramente as vantagens que ser branco confere ao seu detentor no que se refere os meios para cuidar da saúde, como por exemplo, a posse de pelo menos um plano de saúde.

Na tabela 3, na página seguinte, observamos que os brancos, em todas as categorias de classe, são os que mais possuem pelo menos um plano de saúde. A cor da pele coloca os brasileiros em desvantagem no que se refere tanto ao mercado de trabalho, quanto a aquisição de meios para cuidar da saúde, como exemplo, a aquisição dos planos de saúde.

Santos (2011b), em seu artigo intitulado “Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil”, ressalta que:

Raça e status socioeconômico são sistemas de desigualdade relacionados, porém não intercambiáveis. Embora exista uma considerável sobreposição entre raça e posição socioeconômica, um entendimento pleno das diferenças raciais em saúde exige a incorporação do papel do racismo e da discriminação institucional na sociedade e na saúde. O efeito mais pernicioso do racismo no status econômico dos negros não seria tanto através dos comportamentos dos indivíduos, mas devido a processos institucionais de ampla escala que muitas vezes não são reconhecidos ou são negligenciados. (SANTOS, 2011b)

Uma mulher negra pertencente a uma das classes menos favorecidas, por exemplo, apresentará pior estado de saúde que uma mulher negra de uma classe com maiores vantagens material. Porém, é pertinente ressaltarmos que as pessoas que estão em uma mesma categoria de classe estão sujeitas as mesmas condições materiais, mas por outro lado a sua cor tem gerado efeitos significativos tanto a homens quanto a mulheres na aquisição de recursos

valiosos, como por exemplo, planos de saúde, para que estes possam cuidar melhor de seu estado de saúde.

As pessoas e os grupos estão em constantes competições por status e por recursos valorizados, o que ajuda a explicar como os atores sociais desenvolvem estratégias para a obtenção de interesses específicos. No Brasil, historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente os não brancos, têm sido traduzidos em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativas de vida desse grupo como foi ressaltado ao longo deste trabalho.

Tabela 3 – Prevalência ajustada por idade da posse de pelo menos um plano de saúde, conforme as categorias de classe, gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008

Categorias de classe	Cor/gênero (%)			
	Homem branco	Homem não branco	Mulher branca	Mulher não branca
Capitalista	72,12	42,76	75,82	68,62
Pequeno empregador	35,32	20,06	47,16	29,04
Autônomo com ativos	22,80	10,57	30,98	19,44
Autônomo agrícola	05,74	01,81	07,05	01,76
Especialista autônomo	57,75	40,26	71,89	52,45
Gerente	53,48	33,85	57,70	48,78
Empregado especialista	69,29	57,66	67,48	55,79
Empregado qualificado	52,97	41,43	50,73	37,20
Supervisor	51,03	37,95	59,22	42,89
Trabalhador típico	32,82	24,77	37,35	27,33
Trabalhador elementar	11,62	06,81	18,87	14,31
Autônomo precário	09,48	04,62	22,48	12,91
Empregado doméstico	11,86	03,65	1,06	07,57
Trabalhador de subsistência	05,21	01,61	06,99	02,37
Trabalhador excedente	18,15	07,00	25,64	12,07
Total (não diferenciado)	31,56	16,93	35,28	18,85

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009).

Na tabela 4, abaixo, observamos que as maiores discrepâncias ocorrem entre os extremos, ou seja, as maiores diferenças de valores gastos na aquisição de planos de saúde entre brancos e não brancos estão entre os valores de até 50 reais e os de mais de 200 reais. Entre os que pagam até 50 reais na aquisição do plano de saúde os não brancos são maioria tanto entre homens, com 42,66%, quanto entre as mulheres, com 38,96%. Já entre os que gastam mais de 200 reais, os brancos são maioria tanto entre os homens, com 21,85%, quanto entre as mulheres com 19,22%.

Tabela 4 – Prevalência ajustada por idade do valor da mensalidade paga pelo plano de saúde, conforme as categorias de gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008

Valor da mensalidade do plano de saúde	Cor / Gênero (%)				
	Homem branco	Homem não branco	Mulher branca	Mulher não branca	Total (não diferenciado)
Até 50 reais	30,26	42,66	27,42	38,96	43,68
Mais de 50 até 100 reais	19,91	20,63	22,31	23,30	21,20
Mais de 100 até 200 reais	18,27	15,03	24,50	19,87	19,58
Mais de 200 reais	21,85	11,18	19,97	12,22	17,92
Não sabe	08,66	09,46	05,77	05,71	07,54

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009).

Na tabela 5, na página seguinte, observamos que 55,13% das pessoas que procuraram algum tipo atendimento nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa procuraram o serviço público, enquanto 44,69% recorreram ao serviço privado. Entre os que procuraram o serviço público a maioria era composta por não brancos, enquanto no serviço particular os brancos foram a maioria. Entre os homens brancos 45,43% procuraram o serviço público, enquanto 54,37% o serviço particular. Já entre os homens não brancos 60,49% recorreram ao serviço público e 39,14% ao particular. Entre as mulheres brancas 46,25% foram atendidas no setor público e 53,64% no privado. E entre as mulheres não brancas 67,39% recorreram ao setor público, enquanto 32,49% ao setor particular.

Tabela 5 – Prevalência ajustada por idade do tipo de atendimento que a pessoa recebeu nas duas últimas semanas, conforme as categorias de gênero e cor ou raça (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008

Tipo de atendimento que a pessoa recebeu nas duas últimas semanas	Cor/gênero (%)				
	Homem branco	Homem não branco	Mulher branca	Mulher não branca	Total (não diferenciado)
Público	45,43	60,49	46,25	67,39	55,13
Particular	54,37	39,14	53,64	32,49	44,69
Não sabe	00,19	00,35	0,10	0,16	00,16

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009).

A presente seção buscou demonstrar que a raça influencia significativamente na percepção e no estado de saúde das pessoas. Tal fato torna-se mais visível quando controlamos alguns outros fatores que também exercem influência, como é o caso de classe social, idade, gênero e região. Ao longo desse estudo foi ressaltado o poder causal que a raça exerce sobre a saúde e como esta categoria é de fundamental importância para se compreender as desigualdades na saúde, pois apesar de alguns afirmarem que no Brasil não há discriminação e diferenciação por causa da cor da pele do indivíduo, o presente trabalho demonstrou que tais práticas ainda estão fortemente presentes em nossa sociedade e que tais são um dos fatores responsáveis pela desigualdade entre brancos e não brancos, pois são restringidos recursos valiosos aos não brancos em benefício da manutenção dos privilégios dos brancos. Um exemplo que foi ressaltado neste estudo foi a posse de pelo menos um plano de saúde, sendo que, tanto entre os homens e mulheres e em todas as classes sociais, os brancos são os que mais possuem plano de saúde e são estes os que mais gastam com esses planos. São também os brancos os que mais recorrem ao setor privado para cuidarem de sua saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade é dividida em grupos formados por pessoas que possuem em comum uma ou mais características, sendo estas responsáveis pela união ou pela diferença com outros grupos. Para Tilly (2006) existem redes de relações interpessoais onde se desenham fronteiras que dividem a sociedade em categorias. Quando categorias binárias interagem, como é o caso das categorias de brancos e não brancos, as vantagens tendem a se acumular em um dos lados da fronteira como foi demonstrado ao longo deste trabalho. Como já foi salientado anteriormente ser branco ou não branco não significa que a pessoa está predisposta a ficar mais ou menos doente, que sua saúde será pior ou melhor. Porém, como percebemos ser branco confere vantagens ao seu detentor, principalmente, se somarmos a raça, a classe social e o gênero do indivíduo, pois as mulheres não brancas estão em desvantagens no acesso a empregos e conseqüentemente aos recursos, como por exemplo, planos de saúde, que são mecanismos que permitem a estas cuidar melhor do seu estado de saúde.

No Brasil multicultural o preconceito e a intolerância ultrapassam limites. Quem mais sofre com a discriminação são os negros. Os não brancos são estigmatizados, excluídos e discriminados. Os grupos brancos têm exercido predominantemente o poder de fazer designações raciais, organizar a vida social em termos raciais, e associar um valor inferior às demais categorias.

Entre os séculos XVI e XIX os “negros” que viviam na África não se viam como “negros”. Ser “negro” é uma construção “branca”, pois os povos africanos neste período enxergavam a si mesmos como pertencentes a grupos étnicos bem diferenciados e, em geral, reciprocamente hostis. Na verdade, o aspecto diferencial “negro” foi construído no Ocidente Europeu a partir da superação de diversas diferenciações que existiam e que perduram até hoje.

A colonização brasileira teve algumas especificidades, ou seja, neste período houve um baixo contingente de brancos transportados para fins de colonização, e também existiu uma redução drástica das populações nativas no transcorrer das conquistas das regiões pelos europeus e a forte presença de africanos recrutados à força para sustentar a economia escravista, o que resultou em um grande número de mestiços. Com a vigência do regime escravista os negros e mestiços eram excluídos da sociedade brasileira enquanto agentes sociais. Percebemos, atualmente, que os não brancos (negros e pardos) continuam sendo excluídos, por isso quando estudamos raça é necessário buscar em nosso passado possíveis

explicações para tal fato. O presente trabalho buscou demonstrar o poder causal que a raça exerce na desigualdade de saúde. Para fazer tal análise foi demonstrado que resquícios de nossa colonização perduram até hoje, como por exemplo, a concentração de renda nas mãos de poucos, o maior número de não brancos nas classes destituídas e até mesmo na composição racial das regiões.

A associação entre raça e saúde traduz a exposição cumulativa à discriminação econômica, ideologia racial e exclusão política. A organização de relações de classe racializadas é parte fundamental da trajetória causal pela qual raça afeta a saúde (SANTOS, 2011b).

A presença desproporcional de negros e pardos na base da hierarquia social deve-se em grande parte a sua maior concentração nas regiões menos desenvolvidas do Brasil. Além dessa desvantagem locacional, os efeitos de práticas racistas fazem-se sentir em todas as fases do ciclo de vida dos não brancos (HASENBALG *et al.*, 1999). No mercado de trabalho os negros e pardos têm limitadas suas oportunidades. As mulheres não brancas são as que mais estão em desvantagem no mercado de trabalho, pois estão somados os efeitos de raça e gênero. Tal desvantagem influencia significativamente no estado de saúde deste grupo, pois a este é restringindo alguns recursos valiosos que permitiriam a estes perceber e cuidar melhor da sua própria saúde.

As divisões raciais são formas de ordenamento social vinculadas à ascendência biológica, tipicamente, mas não universalmente associadas a determinadas marcas físicas, em que alguma forma de exclusão social significativa é vinculada a esta origem, sendo que o grupo excluído é estigmatizado de uma forma ou de outra como inferior (SANTOS, 2010). As ligações estreitas entre classe social e raça surgem do fato de ambas as divisões sociais gerarem processos de exclusão de recursos econômicos relevantes. A noção de raça no Brasil envolve: critérios de cor/aparência, “preconceito de marca”; contínuo de cor e certa fluidez; ambiguidade referencial, como por exemplo, o adjetivo moreno que no Brasil é aplicado a diferentes conjuntos de características; influenciada por fatores sociais e econômicos; e é limitada a saliência das identidades raciais. Já a desigualdade de raça no Brasil é marcada por: contraste marcante entre branco e não branco; “ciclo cumulativo de desvantagens”; predomínio da desvantagem ou discriminação de acesso; pequena presença dos não brancos no topo da pirâmide social (SANTOS, 2010). Em suma, brancos e não brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais, o que acaba influenciando em todos os setores de suas vidas, até mesmo em suas saúdes.

REFERÊNCIAS

BABBIE, Earl. **Métodos de pesquisas de Survey**. Trad. Guilherme Cezarino. 3.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 dez. 2010.

CHOR, Dóra; LIMA, Cláudia Risso de Araújo. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2011.

COSTA, Cleber Lázaro Julião; SILVA, Luiz Fernando Martins da. **A teoria de Oracy Nogueira: ruptura às teorias tradicionais e fonte para o embasamento das políticas de ação afirmativas e seus mecanismos**. Disponível em:
<<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/15507/15071>>. Acesso em: 13 de fev. 2011.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento**. 4.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Sociologia e desigualdade: desafios e abordagens brasileiros. In: Heloisa T. de Souza Martins. (Org.). **Horizontes das Ciências Sociais no Brasil** (Sociologia). 1.ed. São Paulo: Anpocs/ Editora Barcarolla/ Discurso Editorial/ ICH, p. 107 – 128, s/d.

HASENBALG, Carlos Alfredo; SILVA, Nelson do Vale; LIMA, Márcia. **Cor e estratificação social**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.

HIRANO, Sedi. Castas, estamentos e classes sociais: introdução ao pensamento sociológico de Marx e Weber. 3.ed. In: **Revista – Campinas**. São Paulo: Ed. UNICAMP, 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2008**. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LARGUARDIA, Josué. **Raça e epidemiologia**: as estratégias para construção de diferenças biológicas. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos903/raca-epidemiologia/raca-epidemiologia.shtml>>. Acesso em 15 abr. 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARETO, Sandhi; Giatti, Luana. **A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil?** Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n4/14607.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2011.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Disponível em: <http://www.posafro.ufba.br/_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascere%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2011.

MARX, Karl. **O capital**. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. (7v.).

_____. **Manifesto do Partido Comunista**. 3.ed. São Paulo: Global, 1983.

MARX, Karl; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Lisboa: Presença, 1978. (2 v.)

NOP-FPA. Núcleo de Opinião e Pesquisa – Fundação Perseu Abramo. **Discriminação racial e preconceito de cor no Brasil**. Disponível em: <<http://www.fpa.org.br>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

NORONHA, Kenya Valeria; ANDRADE, Monica Viegas. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. In: **Revista Econômica do Nordeste**. v. 32, n. Especial, p. 877-897, novembro. Fortaleza, 2001.

PAYNE, Geoff (ed.). **Social divisions**. New York: Santin's Martin Press, 2000.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. A teoria e a tipologia de classe Neomarxista de Erik Olin Wright. In: **Dados – Revista de Ciências Sociais**, vol. 41, n.2, s/l.: s/ed., 1998.

_____. **Estrutura de posição de classe no Brasil**: mapeamento, mudanças e efeitos na renda. Belo Horizonte e Rio de Janeiro: Editora UFMG e IUPERJ, 2002.

_____. **Questões de classe: teorias e debates acerca das classes sociais nos dias de hoje.** Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas, 2004, 43 p.

_____. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.20, n.58, p. 27-45, jun., s/l.: s/ed., 2005a.

_____. Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil. In: **Dados – Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.48, n.1, páginas 21-65, s/l.: s/ed., março de 2005.b

_____. Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. In: **Dados – Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol.51 n.2, p.353-402, s/l.: s/ed., 2008a.

_____. **Divisões sociais e desigualdade em saúde: uma perspectiva de investigação para o Brasil.** Artigo inédito. s/l.: s/ed., 2008b.

_____. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 24 (70): 37 – 60, s/l.: s/ed., 2009.

_____. **A abordagem sociológica das divisões raciais.** Material inédito, utilizado em sala de aula pelo autor, ao ministrar a disciplina Sociologia IX, integrante do Curso de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG. Juiz de Fora, 10 de maio de 2010.

_____. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26 (75), 2011a.

_____. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. v. 54 (1), no prelo, 2011b.

SANTOS, Juliana Anacleto. **Desigualdade de raça entre as mulheres.** Dissertação de Mestrado. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

SCALON, Celi; SANTOS, José Alcides Figueiredo. Desigualdades, classes e estratificação social. In: Heloisa T. de Souza Martins. (Org.). **Horizontes das Ciências Sociais no Brasil (Sociologia)**. 1.ed. São Paulo: Anpocs/ Editora Barcarolla/ Discurso Editorial/ ICH, p. 77 – 105, 2010.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

TELLES, Edward Erick. **Racismo à brasileira**: uma nova perspectiva sociológica. Trad. Nadjeda Marques e Camila Olsen. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fundação Ford, 2003.

THEODORO, Mário (org.)et.al. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil**: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008.

TILLY, Charles. O acesso desigual ao conhecimento científico. Trad. Alexandre Massella. In: **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**. v.18, n.2, p.47-62. São Paulo, nov. 2006.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; LAGAURDIA, Josué. **Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil**. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11s1/09.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2010.

WILLIAMS, David. *Race and Health: Basic question, emerging direction*. *Annals of Epidemiology*. v.7, n°5, p.322-333, 1997.

VIACAVA, Francisco. **Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros**. Disponível em: <<http://www.alames.org/documentos/avances1.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

ANEXO A – TABELAS

Tabela 6 – Proporção da cor ou raça no Brasil em 2008

Cor ou raça	Proporção
Indígena	0.32
Branca	44.89
Preta	7.31
Amarela	0.47
Parda	46.94
Sem declaração	0.07
Total	100.00

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009).

Tabela 7 – Prevalência ajustada por idade da cor ou raça, conforme as regiões do país (pessoas de 18 a 64 anos) – Brasil, 2008

Cor ou raça	Região (%)				
	Norte	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
Branco	03,56	06,39	15,76	50,35	23,92
Não branco	11,34	08,41	37,79	36,38	06,05
Total (não diferenciado)	07,52	07,41	26,92	43,26	14,87

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados do IBGE (2009).