

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
Mestrado em Ciências Sociais

Sheila Cristina Gonçalves

**INTERCRUZAMENTO DOS VETORES DE DISTRIBUIÇÃO DA SAÚDE POR
GÊNERO, RAÇA E CLASSE**

Juiz de Fora
2018

INTERCRUZAMENTO DOS VETORES DE DISTRIBUIÇÃO DA SAÚDE POR GÊNERO, RAÇA E CLASSE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, área de concentração: Cultura, Poder e Instituições, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos

Juiz de Fora

2018

Sheila Cristina Gonçalves

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gonçalves, Sheila Cristina.

INTERCRUZAMENTO DOS VETORES DE DISTRIBUIÇÃO DA SAÚDE POR GÊNERO, RAÇA E CLASSE / Sheila Cristina Gonçalves. -- 2018.

130 f.

Orientador: José Alcides Figueiredo Santos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, 2018.

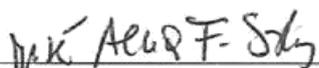
1. Desigualdade de saúde. 2. Raça. 3. Gênero. 4. Classe. I. Figueiredo Santos, José Alcides , orient. II. Título.

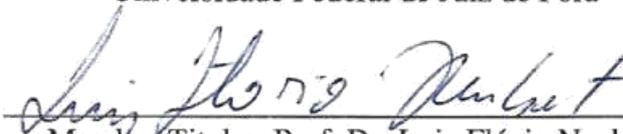
SHEILA CRISTINA GONÇALVES

**INTERCRUZAMENTO DOS VETORES DE DISTRIBUIÇÃO DA SAÚDE POR
GÊNERO, RAÇA E CLASSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Ciências Sociais por **Sheila Cristina Gonçalves**

Dissertação defendida e aprovada em 17 de agosto de dois mil e dezoito, pela banca constituída por:


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


Membro Titular: Prof. Dr. Luiz Flávio Neubert
Universidade Federal de Juiz de Fora


Membro Titular: Profa. Dra. Patrícia Sônia Silveira Rivero
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha gratidão e apreço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração desta dissertação.

Aos docentes que contribuíram em minha formação, especialmente o meu orientador Professor Doutor José Alcides Figueiredo Santos. Seus ensinamentos foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico.

Aos meus amigos, Renan Marcelo Alves Coimbra, Pablo Mendes, Diovana Paula, Gilmaria Mariosa e Lucília Dias, pela disponibilidade, pelo suporte, pelos conselhos, pelo carinho, pela dedicação e por todo conhecimento compartilhado durante esta trajetória.

À Conceição de Oliveira Andrade pela revisão deste trabalho, pela disponibilidade e suporte.

Aos membros da banca, Professora Doutora Patrícia Sonia Silveira Rivero Professor Doutor Luiz Flavio Neubert, que gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Aos meus pais, em especial a minha mãe Edite, por todo o apoio e incentivo desde os primeiros passos da minha vida acadêmica.

Aos meus irmãos Scherley e Cherman, aos amigos, aos amores e a todos que estiveram presentes na construção deste trabalho, não permitindo que esta jornada fosse solitária.

RESUMO

A proposta investigativa apresentada neste trabalho relaciona-se com a compreensão de aspectos da distribuição assimétrica da saúde dentro da população brasileira, especialmente entre as categorias atribuídas de raça, gênero e sua combinação. Neste trabalho, busquei compreender o modo como a raça, gênero e classe operam nas disparidades de saúde no Brasil. Indicadores de educação, renda e ocupação foram utilizados como medidas do *status* socioeconômico para entender de que forma esses fatores contribuem para as desigualdades entre os grupos. A disparidade entre brancos e não brancos no setor socioeconômico têm efeitos nas assimetrias de saúde entre essas duas categorias raciais (FIGUEIREDO SANTOS, 2011b). A estrutura da hierarquia racial no Brasil demarca que a raça ainda detém um poder fundamental como uma categoria social. Nesse contexto, o racismo tornou-se um elemento importante para a compreensão da persistência das disparidades de chances na saúde não boa entre brancos e não brancos. Para fundamentação deste estudo, utilizei como base de dados informações da Pesquisa Nacional da Saúde- PNS 2013. O estudo de Figueiredo Santos (2011) serviu como referência e termo de comparação, pois o sociólogo analisou os dados de desigualdades de oportunidades sociais de 2008, utilizando como base as diferenças raciais do Brasil que englobam várias implicações, tais como renda, classe e educação. As questões sobre a distribuição de recursos estão pautadas nas categorias branco, pardo e preto. Ao buscar a compreensão e análise do processo de distribuição de saúde por raça e gênero, tive como intenção delinear a importância ou determinância que as combinações categóricas de gênero, raça e classe entre os grupos sociais têm no processo de distribuição e manutenção do estado de saúde das pessoas.

Palavras-chave: desigualdades de saúde; gênero; raça; classe

ABSTRACT

The research proposal presented in this work is related to the understanding of aspects of the health asymmetric distribution within the Brazilian population, especially among the categories of race and gender and their combination. In this work we try to understand the way race, gender and class operate in health disparities in Brazil. Indicators of education, income and occupation were used as measures of socioeconomic status to understand how these factors contribute to inequalities between groups. The disparity between whites and non-whites in the socioeconomic sector has effects on the health asymmetries between these two racial categories (FIGUEIREDO SANTOS, 2011b). The structure of racial hierarchy in Brazil demarcates that race still holds a fundamental power as a social category. In this context racism has become an important element for understanding the persistence of disparities in not good health chances between whites and nonwhites. In order to justify this study, I used as a data base information from the National Health Survey - PNS 2013. the study by Figueiredo Santos (2011) served as reference and term of comparison, since the sociologist analyzed with the 2008 data the inequalities of social opportunities , using as base the racial differences of Brazil that encompass several implications, such as income, class and education. The questions about the distribution of resources are based on the categories white, brown and black. In seeking the understanding and analysis of the health distribution process by race and gender, I had the intention of delineating the importance or determination that the categorical combinations of gender, race and class among the social groups have in the process of distribution and maintenance of the state of health of the people.

Key words: health inequalities; gender; race; class

Saúde aqui é mais que um pretexto, é um lugar privilegiado de explicitação do que somos. Para nós, saúde vai além da oposição doença e aproxima-se do conceito de bem-estar geral, físico, mental e psicossocial (Werneck, 2006).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. DESIGUALDADES SOCIAIS: DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE RECURSOS SOCIAIS.....	14
2.1. Classe social: Estrutura de desigualdade.....	15
2.2. Breve histórico da distribuição assimétrica da saúde na Europa do século XVIII.....	18
2.3. Sistema público de saúde brasileiro.....	29
2.4. Disparidade de saúde entre os grupos	32
2.5 . Saúde autoavaliada.....	37
2.6. Desigualdades de renda, ocupação e educação	39
2.6.1 Renda.....	40
2,6.2 Ocupação.....	42
2.6.3 Educação.....	45
3. DESIGUALDADES RACIAIS NO BRASIL.....	48
3.1. Distinção entre raça e etnia.....	49
3.1.1 Etnia.....	50
3.1.2 Raça.....	51
3.2. Construção da Hierarquia Racial no Brasil.....	52
3.3. Desigualdades raciais: a cor da pele como marcador de oportunidades.....	55
3.4. Autodeclaração étnico-racial: perspectivas culturais de classificação.....	59
3.5. Raça e saúde.....	63
3.6. Racismo e saúde.....	66
3.7. Desigualdades de raça e gênero na saúde.....	71
4. METODOLOGIA.....	75
5. DIVISÕES RACIAIS E OS FATORES SOCIOECONÔMICOS, FATORES DE RISCOS À SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL EM 2013.....	79
5.1. Divisões raciais e fatores socioeconômicos.....	82
5.2.Fatores de riscos à saúde no Brasil em 2013.....	95
5.3. Doenças crônicas no Brasil em 2013.....	98
6. A DESIGUALDADE RACIAL DE SAÚDE E O PAPEL DA MEDIAÇÃO SOCIOECONÔMICA NO BRASIL EM 2013.....	102
6.1. Probabilidade Predita de Saúde não Boa por Cor.....	104

6.2. Diferença Absoluta de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles.....	106
7. DESIGUALDADE RACIAL DE SAÚDE, INTERAÇÕES COM GÊNERO E CONTEXTO DE CLASSE NO BRASIL EM 2013.....	113
7.1. Probabilidades de não ter boa Saúde por Contexto de Classe.....	114
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
Bibliografia.....	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das categorias raciais por classe social. Brasil, 2013.....	82
Tabela 2: Distribuição das categorias raciais por agregados de classe social. Brasil, 2013.....	85
Tabela 3: Distribuição das categorias raciais por níveis de escolaridade. Brasil, 2013.....	87
Tabela 4: Distribuição das categorias raciais por décimos de renda. Brasil, 2013.....	90
Tabela 5: Renda média das categorias raciais. Brasil, 2013.....	91
Tabela 6: Distribuição das categorias raciais no território. Brasil, 2013.....	92
Tabela 7: Probabilidade predita de ter fator de risco à saúde. Brasil, 2013.....	95
Tabela 8: Probabilidade predita de problema de saúde. Brasil, 2013.....	99
Tabela 9: Probabilidade predita de acesso e uso de serviço de saúde. Brasil, 2013.....	100
Tabela 10: Probabilidade Predita de Saúde não Boa por Cor. Brasil, 2013.....	105
Tabela 11: Diferença Absoluta de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles. Brasil, 2013.....	107
Tabela 12: Diferença Relativa de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles. Brasil, 2013.....	110
Tabela 13: Probabilidades de não ter boa Saúde por Contexto de Classe. Brasil, PNS-2013.....	115
Tabela 14: Diferenças entre as Probabilidades de Raça de não ter boa Saúde, por Contexto de Classe. Brasil, PNS-2013.....	118

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade de saúde afeta a população brasileira por mecanismos pautados na distribuição de recursos ligados ao materialismo que geralmente se concentra em renda, riqueza, estruturas ocupacionais e mobilidade social. A desigualdade de obtenção de recursos no Brasil atravessa toda sociedade, criando diferenças na expectativa de vida das pessoas. A desigualdade de saúde é apenas uma das manifestações de um conjunto de condições que oferecem suporte à estrutura da pirâmide social. Nesse contexto, os grupos usufruem de acessos distintos em relação às recompensas sociais. Comparando a estratificação a uma pirâmide, os beneficiados ocupam o topo da pirâmide e os indivíduos considerados pauperizados encontram-se em maioria e localizados bem próximos à base.

No sistema de classe¹, os membros das classes altas tendem a formar um círculo fechado de modo que os membros da classe baixa não consigam ultrapassar a linha do círculo. Nessa condição, os membros das classes altas permanecem no topo. Esse topo é muito distante da base da pirâmide. Os grupos pauperizados encontram-se nessa base. Essas distâncias também refletem nos cuidados com a saúde física e mental entre os grupos sociais, bem como espaços para fazer exercícios, alimentação saudável, lazer, dentre outros. O *status* está inserido no contexto das classes sociais.

Os indivíduos dentro e fora do seu grupo social necessitam ter um reconhecimento pelo controle dos recursos adquiridos. A valorização pública é a confirmação da capacidade do indivíduo de produzir recursos financeiros e consequentemente poder, que é tão importante quanto o *status*. As classes sociais são reproduzidas por meio da organização social na luta por manutenção de recurso e de poder. Por meio desse processo, o *status* se consolida no imaginário dos grupos, demarcando as diferenças e crença de que um grupo é superior ao outro (RIDGEWAY, 2014).

O compartilhamento e reconhecimento do *status* forma diferença social baseada em classes, tais como gênero, raça e estilo de vida. Essa crença constitui a desigualdade como uma dimensão independente que possui sua própria sustentabilidade na dinâmica social. Isso significa que o *status* gera maiores oportunidades de ocupações

¹ Classe configura um agrupamento de indivíduos que possuem poder aquisitivo semelhante. Esse grupo de pessoas pode ter adquirido a posição social de várias formas: devido à herança, à mobilidade social ou ao ganho de dinheiro.

privilegiadas socioeconomicamente, contribuindo para o crescimento das desigualdades materiais entre as pessoas (RIDGEWAY, 2014).

Para compreender melhor os efeitos sobre o mecanismo da desigualdade, é necessário inserir o fator *status*, baseando-se no recuso e no poder. O *status* compreende as diferentes dimensões das desigualdades geradas pelas vantagens materiais e a relação da associação dos grupos, agindo por meio da relação social embasada na ocupação, escolaridade e outros lugares. Ele é tão importante quanto o dinheiro e o poder, bem como o diferencial de qual o grupo é considerado melhor. A crença do *status* cultural de que um grupo é melhor do que o outro constitui diferentes dimensões das desigualdades (RIDGEWAY, 2014).

As expectativas sobre a capacidade e competência das pessoas são tendenciosas, pois têm um efeito realizável sobre o comportamento dos grupos. As crenças de *status* moldam o comportamento das pessoas criando desigualdades de oportunidades entre os grupos sociais, notadamente raça, gênero e classe. Essa forma de preconceito está implícita em vários setores da sociedade, destacadamente na distribuição e valorização de cargos. A hierarquia ocupacional estabelecida pelos arranjos das relações de raça, gênero e classe é um dos elementos da estrutura social brasileira que ainda não foi superada. Essa realidade está sendo transformada, mas ainda está longe de ser eliminada da sociedade brasileira. Homens tendem a ter cargos mais altos do que as mulheres. E mesmo quando homens e mulheres ocupam o mesmo cargo, a valorização do salário é mais alta quando um homem está ocupando esse cargo. Esse tipo de comportamento cria padrões que são reconhecidos pelos demais grupos, homens brancos são considerados melhores que mulheres brancas, mulheres brancas são consideradas melhores que homens negros, homens negros são considerados melhores que mulheres negras. Temos uma pirâmide social em que o homem branco está no topo e a mulher negra está na base. Esses processos cumulativos são justificados pela crença do *status* social, nesse contexto, influenciando a desigualdade de recursos e a forma como os grupos se relacionam. Os membros dos grupos pertencentes às classes mais baixas reconhecem que os membros dos grupos da classe mais alta são socialmente mais respeitados.

Dois dos efeitos da desigualdade social estão implicados nas variáveis recurso e poder. As ações do *status* como força independente fazem a desigualdade baseada no gênero, na raça e na classe. Na procura por mecanismos que expliquem as assimetrias entre os grupos, faz-se necessário ampliar os estudos tradicionais sobre as desigualdades

em dois caminhos. No primeiro caminho, precisamos interrogar mais a natureza da desigualdade e ter em conta as dimensões de sua complexidade. Tal complexidade abarca a realização de um exame cultural das dimensões materiais, bem como o comportamento dos grupos baseado na desigualdade como gênero, raça e classe, juntamente com o fator socioeconômico. O segundo caminho compreende a necessidade de olhar através dos níveis individual e interpessoal da organização, observando um nível mais amplo da estrutura e da cultura referente à cada nível, a fim de descobrir como o inter cruzamento das variáveis interpenetra em cada nível para criar e sustentar padrões para a desigualdade de recurso (RIDGEWAY, 2014).

Nesse direcionamento, ponto que o tema aqui pesquisado será o estudo da distribuição de saúde da população. Os efeitos dos inter cruzamentos dos vetores de distribuição da saúde na população brasileira, formados pelas categorias de *status* de gênero e raça, também serão analisados neste estudo. Sendo assim, inserem-se também os fatores socioeconômicos, classe, renda e educação. A proposta deste trabalho é buscar entender de que forma esses fatores se relacionam com a distribuição de saúde das pessoas.

A estratégia metodológica principal da proposta aqui apresentada é de caráter quantitativo, almejando criar um panorama geral da distribuição de saúde mensurada por gênero, raça e classe.

Além desta introdução que apresenta o assunto investigado, o segundo capítulo intenta compreender o curso das desigualdades sociais. Indicadores de educação, renda e ocupação são utilizados como medidas do *status* socioeconômico para entender de que forma esses fatores contribuem para as assimetrias de saúde entre os grupos sociais. O terceiro capítulo busca delinear o contexto da estrutura das desigualdades raciais no Brasil, bem como o processo das assimetrias de oportunidades pautadas na cor da pele como marcador de oportunidades. Busca entender também de que forma a estrutura da hierarquia racial afeta a saúde de brancos e não brancos. O quarto capítulo apresenta a metodologia como instrumento para alcançar os objetivos propostos neste estudo. O quinto capítulo analisa o papel dos fatores socioeconômicos notadamente por classe, educação e renda nas disparidades de saúde não boa entre brancos, pretos e pardos. Analisa também os fatores de risco à saúde mensurados por raça. O sexto capítulo analisa o efeito dos fatores socioeconômicos (Território, Renda, Educação e Classe) nas probabilidades de saúde não boa entre brancos, pretos e pardos. O sétimo capítulo busca entender o efeito da classe na saúde dos grupos por gênero e raça, por meio da

verificação das probabilidades das diferenças absolutas e das diferenças relativas de saúde não boa entre os grupos. O último capítulo traz as considerações finais.

2. DESIGUALDADES SOCIAIS: DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE RECURSOS SOCIAIS

Um dos mecanismos que se destaca e que possui o poder mais obstinado para sustentar os amplos padrões de disparidade entre os grupos frequentemente emerge da interação sistemática dos processos de desigualdades de oportunidades. A desigualdade social envolve a luta por recursos, poder e *status*. O controle dos recursos, bem como sua distribuição, está intimamente conectado ao acesso às posições sociais e à manutenção das desigualdades. Os grupos compartilham categorizações sociais, legitimando características que se tornam pertencentes a determinados grupos. Essas características são reconhecidas pelos demais grupos, demarcando a diferença entre eles. O comportamento social do indivíduo é característico do grupo ao qual ele pertence (RIDGEWAY, 2014). Os indivíduos dentro e fora do seu grupo social necessitam ter um reconhecimento pelo controle dos recursos adquiridos. A desigualdade social abarca em seu curso, além das assimetrias socioeconômicas, outros fenômenos igualmente preocupantes, como as disparidades de saúde entre os grupos sociais.

A proposta deste capítulo foi apresentada por meio de sete seções das quais configuraram parte deste projeto. Além desta introdução que especifica o enfoque da estrutura do capítulo que apresenta o assunto investigado, a seção 2.1. abordou a percepção de classe, construída com determinantes ligados a chances de vida das pessoas, bem como no relacionamento das pessoas pautado nos recursos e poder. A seção 2.2. descreveu um breve histórico da distribuição assimétrica da saúde na Europa do século XVIII, contextualizou os tratamentos de saúde e a regularização da medicina na Europa do século XVIII. Abordou a constituição da medicina social, que foi mensurada em três áreas, medicina do Estado, medicina urbana e medicina do trabalho. Os estudos concluíram que as três áreas desenvolveram-se de forma distinta. Estes tiveram como base a revisão de literatura de Foucault (1979). A seção 2.3 descreveu brevemente o sistema público de saúde brasileiro. Os estudos concluíram que, antes da implementação do Sistema Único de Saúde-SUS, vários projetos foram criados para amenizar as desigualdades de saúde entre os grupos sociais, mas os cuidados com saúde não tinham a intenção de promover o bem-estar das pessoas, mas apenas o intuito de

amenizar os sintomas de doenças. A seção 2.4 abordou as desigualdades na distribuição de saúde no Brasil com relação às condições socioeconômicas e raciais. O estudo demonstrou que o *status* socioeconômico está associado a vários fatores de risco e proteção para doença e outras causas de morte. A seção 2.5 abordou a saúde autoavaliada que é a percepção que a pessoa tem sobre sua própria saúde. Os estudos demonstraram diferenças na saúde por várias categorias sociais, tais como a relação entre saúde autoavaliada como a educação, *status* socioeconômico e renda. A seção 2.6 problematizou a distribuição de saúde, utilizando como base o *status* socioeconômico, medido por indicadores de educação, renda, ocupação e seu relacionamento com a saúde. Os estudos demonstraram que educação e ocupação influenciam as chances de renda, que por sua vez influencia o poder de compra de um indivíduo em relação com as despesas de saúde, bem como a habitação e qualidade de vida.

2.1. Classe social: Estrutura de desigualdade

A formação das preferências associativas entre as pessoas cria laços que favorecem a troca de informações e oportunidades, bem como reações de resistências que atuam para restringir o acesso dos grupos que não são classificados como sendo os “melhores”. Assim o fator *status* age na distribuição de recursos e poder. Nesse contexto, as desigualdades de oportunidades entre as classes são pautadas na raça, no gênero e na ocupação.

As diferentes concepções de classe estão sempre enraizadas em diferentes aglomerados de questões. Às vezes, a palavra classe é utilizada para identificar atributos das pessoas. Às vezes, é utilizada para indicar a natureza da posição social que elas estão inseridas. E, em outras vezes, a natureza da relação entre as posições. Dessa forma, classe é definida nos termos de material de padrões de vida indexada pelo rendimento ou possivelmente a riqueza. Classe está conectada a uma concepção gradativa. Os padrões de imagem preestabelecidos no meio social formam as categorizações dos grupos sociais que recebem denominações tais como classes superiores, classe média alta, classe média, classe baixa e subclasses (Wright, 2008). Esta é a concepção da classe que figura mais proeminentemente o discurso popular. O *status* define a localização das pessoas dentro da estrutura social, institucionalizando formas de discriminação.

As pessoas localizam-se dentro da estrutura da desigualdade. Uma das possibilidades de resposta para a questão da desigualdade entre os grupos está pautada em como a concepção de classe pode ser definida. Desse modo, classe é uma categoria

social que gera subjetivamente experiências marcantes que formam uma identidade, possibilitando a localização da pessoa dentro de um sistema de estratificação econômica. Com essa definição de classe, o conteúdo desses atributos avaliativos varia consideravelmente no tempo e lugar. Sendo assim, a subjetividade da classificação gira em torno do estilo de vida, ocupações e renda (Wright, 2008).

As chances de vida tendo como referencial o acúmulo de bens materiais, influenciam as oportunidades das pessoas, pois o problema não é apenas descrever a localização delas. É necessário identificar os mecanismos causais que ajudam na determinação da distribuição dos recursos no sistema, bem como o relacionamento interpessoal pautado nos recursos. A classe é contrastada com vários outros determinantes ligados a chances de vida das pessoas. Wright (2008) cita como exemplo o preconceito ligado à localização geográfica das pessoas. Os efeitos da localização nas chances de vida das pessoas são ligados à geração de renda. Para melhor esclarecer essa ideia, Wright (2008) explica que a percepção básica de uma análise de classe das oportunidades de vida é capturada pelo que ele chamou de fórmula, que consiste em: o que você tem determina o que você pode adquirir. No entanto, essa fórmula deixa em aberto o alcance dos recursos baseados no que você possui e o tipo de renda que está conectado ao que você pode obter. Em uma sociedade capitalista, o que realmente importa é representado pelo capital e pela força de trabalho.

Na análise de classe de Bourdieu (2007), a resposta encontra-se regulada no capital, que ele mensurou em capital humano, cultural, social, econômico. O capital humano inclui habilidades e conhecimento que foram adquiridos na socialização da pessoa. O conceito de capital cultural formulado por Bourdieu (2007) gira entre a esfera simbólica e cultural está ligado ao investimento das famílias em educação, modo de se vestir, bem como pelo gosto de apreciar as artes. As pessoas apenas podem se apropriar do poder simbólico, se já possuem um entendimento, uma aceitação e um reconhecimento desse poder. Quanto maior o ganho, maior o investimento no capital cultural. O capital social está intimamente ligado às relações entre os atores sociais, tais relações interferem nos resultados de algumas ações e nas oportunidades de vida. O capital econômico está relacionado à renda familiar, que reflete a classe social da família. As famílias que possuem capital econômico disponível geralmente apresentam um investimento maior na educação de seus filhos do que as pessoas que possuem pouco recurso, sendo o ensino fundamental uma fase crucial para que o estudante tenha

possibilidade de obter bons resultados nas próximas fases da sua vida acadêmica. Esses modelos de capital perpassam pelas desigualdades de oportunidades entre os grupos.

A organização da desigualdade embasada no conceito de classe de Marx denota que o aspecto mais significativo da variação histórica da desigualdade mostra que os sistemas econômicos variam na forma em que um excedente econômico é produzido e apropriado. Na sociedade capitalista, isso ocorre por meio do mercado de trabalho. Os trabalhadores que não possuem propriedade são empregados pelo capitalismo e pelos capitalistas, que possuem o controle sobre o processo de trabalho e também dos trabalhadores. O capitalismo controla o processo de trabalho configurando uma apropriação da força de trabalho e conseqüentemente da renda do trabalhador. Na tradição weberiana, o problema central da variação histórica é relativo às diferentes formas de desigualdade pautada na classe e *status*. Nas trocas de mercados, os diferentes recursos e capacidade foram subordinados à ordem do *status*, ela que fundamentalmente determinou as vantagens e desvantagens dos trabalhadores e empregados (Wright, 2008).

As desigualdades têm ligação com opressão e exploração dentro da sociedade capitalista. Essa questão não implica apenas a exploração acerca dos mecanismos que geram a desigualdade econômica, está relacionada também aos arranjos que alimentam a desigualdade, caracterizando formas diretas e indiretas de opressão e exploração. O problema da variação histórica inclui tentar entender formas futuras de possibilidades das relações sociais dentro das quais a exploração e opressão da classe capitalista tenham sido eliminadas (Wright, 2008). Em países capitalistas e com problemas estruturais e sociais como o Brasil, essa possibilidade é bem distante da realidade.

Wright (2008) tentou localizar as várias contribuições, dentro da diversidade dos caminhos, aproximadas das análises das classes. Primeiro ele fez um inventário das questões dentro das análises das classes, elaborando uma tipologia dos mecanismos causais, identificando as diferentes tradições das análises de classes. O estudo limitou a análise das classes em dois sentidos. O primeiro sentido aborda classe por meio da análise da oportunidade de vida, pautado nas classificações dos grupos. O segundo sentido aborda questões que focam quase que inteiramente em um tipo de mecanismo causal pautado no efeito individual atribuído à condição. Foi possível perceber que esse fato reduz o conteúdo crítico das análises das classes e em última análise enfraquece a relevância do problema.

A identidade de classe está conectada às chances de vida e aos conflitos. Essa forma de análise reflete a ampla tendência teórica das Ciências Sociais conectada ao pensamento neoclássico econômico. Nesse ponto, a análise das desigualdades tem tipicamente dois pontos centrais. Primeiro a ideia gira em torno de que os indivíduos, na economia capitalista de mercado, são recompensados de acordo com o que eles produzem. Se partirmos do pressuposto de que quanto mais as pessoas produzem mais elas ganham, as desigualdades entre ganho e produção seriam reduzidas. As desigualdades econômicas também seriam reduzidas. O problema dessa questão é que o capitalismo considera como inferior o aumento da valorização da produtividade do capital humano das camadas inferiores. A relação patrão e empregado é fundamentada na estrutura de poder de um sobre o outro. O mercado de trabalho é estruturado na estratégia da proteção dos grupos que detêm o poder e os ganhos do capital humano dos indivíduos por meio do trabalho. As oportunidades de vida estão vinculadas às relações de poder. Nesse contexto, concordo com Wright (2008), o aumento da educação nas camadas inferiores não é suficiente para reduzir drasticamente os níveis gerais de desigualdade.

Os arranjos e discursos de padrões de interação social e práticas de jogos de poder tornam a equidade social cada vez mais distante da realidade. Desse modo, as desigualdades de oportunidades educacionais, sociais e econômicas afetam a saúde da população. Os tratamentos são diferenciados entre os grupos socialmente favorecidos e os desfavorecidos. O próximo subcapítulo aborda como o *status* socioeconômico afeta diretamente a saúde das pessoas.

2.2. Breve histórico da distribuição assimétrica da saúde na Europa do século XVIII

Neste subcapítulo, busquei entender como se organizavam os tratamentos de saúde no século XVIII, bem como a distribuição assimétrica dos tratamentos de saúde na Europa. Para delinear este trabalho, utilizei como base os estudos de Foucault (1979).

No século XVII, a França, Inglaterra e Austrália começaram a calcular o número de população ativa². O cálculo realizado foi basicamente o controle da população ativa. A França realizou o controle de natalidade e mortalidade, mas a condição sanitária não era preocupação do Estado, nem o estado de saúde das pessoas. A população era

² Representa a parcela da população que integra o sistema produtivo do país. Constitui o contingente de pessoas que trabalham ou que estão à procura de emprego.

considerada estatisticamente como sendo apenas números de pessoas ativas para a produção e o consumo de mercadoria. Na Alemanha, ocorreu o contrário, desenvolveu-se uma prática médica voltada para a saúde da população. Nesse contexto, constituiu-se a medicina social. O nascimento da medicina social foi caracterizado por três vias, que foram denominadas de medicina do Estado, a medicina urbana e por último a medicina do trabalho (FOUCAULT, 1979).

A medicina do Estado teve origem na Alemanha. Os interesses dessa medicina foram para além do controle de doenças por meio de uma tabela de taxa de mortalidade e de natalidade, uma vez que controlou a taxa de doença ou fenômenos epidêmicos por meio de visitas de médicos nos hospitais situados em diversas regiões. O projeto envolveu o aparelho político buscando a compreensão do seu funcionamento. O Estado buscou deter o conhecimento em relação à saúde para não perder o controle da população (FOUCAULT, 1979).

A regularização da medicina ficou a cargo das universidades e dos próprios médicos, o Estado controlava o programa escolar e a distribuição dos diplomas. Foi criado um departamento especial para acumular informações transmitidas pelos médicos. Organizaram-se arquivos para uniformizar as informações. O governo nomeou médicos para cuidar de regiões. Os médicos foram mensurados em médicos de distritos, que ficavam responsáveis por uma região, e por médicos oficiais, que tinham a responsabilidade de cuidar de uma região maior. Os médicos eram subordinados ao Estado. Nesse contexto, viu-se a necessidade de atribuir diploma aos médicos. Para alcançar tal objetivo, foi necessário um estudo para formalizar a profissão. Antes de normalizar o que é doença, normalizou o que era a medicina. Os médicos foram divididos em categorias, cada profissional tornou-se responsável por uma determinada parte do corpo humano, ou seja, especializado em uma determinada doença. A medicina estatal da Alemanha não tinha como finalidade manter a condição de boa saúde das pessoas visando à mão de obra ativa (FOUCAULT, 1979). A estatização da medicina na Alemanha demarcava o poder do Estado sobre a manutenção da saúde das pessoas, bem como o controle de seus corpos.

No século XVIII, a França estava passando por transformações urbanas. As pessoas que moravam no campo em tempos de crise migravam para as cidades, que não estavam preparadas para enfrentar a nova realidade, mas que tiveram que se adaptar. O desenvolvimento das cidades na França colaborou para o desenvolvimento da medicina social. No final do mesmo século, as cidades francesas não tinham um poder

centralizado, eram controladas por um conjunto de instituições formadas por leigos, pela igreja, pelas comunidades religiosas e corporações, bem como representantes do reino, intendente da polícia e representantes do poder parlamentar. Essa situação demarcou a necessidade da unificação dos poderes urbanos. Por razões econômicas, as cidades tornaram-se um importante mercado, não apenas um lugar de compras de mercadorias, mas tornaram-se também um lugar de produção (FOUCAULT, 1979).

O desenvolvimento das cidades fez com que o aparecimento de uma população operária e pobre no século XIX aumentasse as tensões políticas no interior das cidades, aumentando também as desigualdades sociais e as agitações entre plebeus e burgueses. Com o aumento da população pobre que recebia baixos salários, conseqüentemente não tinham condições financeiras para manter seu próprio sustento, a população carente espalhou-se pela cidade. Essa situação colaborava para o aumento dos conflitos, pois os pobres acabavam saqueando os celeiros. Nesse período do século XIX na França, o perigo social vinha do campo. É nesse momento que aparecem os medos sociais, devido a esse pânico e conflitos havia muitas mortes (FOUCAULT, 1979).

A estrutura das cidades não estava preparada para receber tantas pessoas. As cidades foram inflando, sem planejamento e sem estrutura. A localização dos cemitérios fazia parte dessa desorganização. Os cemitérios eram assentados dentro das cidades. Em muitos casos, eram situados bem próximos às casas. As pessoas que não tinham condições de serem enterradas da mesma forma que os ricos tinham seus corpos jogados sobre o muro para dentro do cemitério. As construções dos muros dos cemitérios eram malfeitas, o risco de desabamentos era alto. Com o passar do tempo, os corpos jogados para dentro do cemitério foram ficando amontoados. Os cemitérios ficavam cheios, quando os cadáveres não cabiam mais no seu interior, os corpos caíam do lado de fora e causavam doenças e pânico. Na época de chuvas fortes, era possível ver os restos mortais das pessoas perto das estruturas das casas, bem como sentir o mau cheiro vindo do cemitério. Esse fato comprometia o estado de saúde das pessoas, pois colaborava para o aparecimento de ratos e baratas e, com eles, algumas doenças que afetavam o estado de saúde das pessoas (FOUCAULT, 1979).

A burguesia reagiu a esse pânico com uma intervenção que raramente faria, utilizando o modelo médico e político de quarentena. Esse sistema dividia o espaço urbano, pois as pessoas em época de surto epidêmico tinham que permanecer em seus lares, a fim de serem localizadas por uma autoridade. A autoridade registrava tudo que acontecia nas ruas e no final do dia escrevia um relatório. Se um dos habitantes não

aparecesse na janela, era sinal de que sua saúde não andava bem e que ele precisava ser removido da cidade para evitar que outras pessoas pegassem a doença (FOUCAULT, 1979). O sistema de tratamento da saúde era um sistema de exclusão e de controle do corpo, não era permitido às pessoas doentes sair do lugar que havia sido demarcado pelas autoridades, pois corriam o risco de sofrerem sanções. Os corpos, mesmo que sem vida, ainda sofriam com a disciplina e com as diferenças sociais; ricos e pobres não eram enterrados da mesma maneira. O modo como os corpos iriam ser enterrados e o local do enterro eram regulamentados e controlados pelas autoridades.

Em conjunto com o sistema de quarentena, as cidades foram organizadas. Os cemitérios também entraram nessas mudanças. Em relação aos cemitérios, a preocupação girou em torno do cuidado com a localização, bem como o modo como os corpos eram enterrados. Os cemitérios foram retirados de dentro das cidades e foram instalados nos arredores dando preferência de localização para as planícies. A posição do enterro dos corpos foi modificada, eram enterrados enfileirados. Uma das primeiras preocupações da medicina urbana foi o controle dos corpos, cuidando do enterro de forma que os mortos não transmitissem doenças para os vivos (FOUCAULT, 1979). Nos tempos atuais, alguns países ainda conservam essa preocupação de deixar os cemitérios longe dos centros das cidades. Os cemitérios brasileiros conservam esse padrão, porém, em algumas cidades menores, os cemitérios não são localizados nas planícies, situam-se nos planaltos.

A preocupação com o estado de saúde das pessoas não estava relacionada apenas com os restos mortais, mas estava concentrada também na qualidade do ar que as pessoas respiravam. A questão estava concentrada em como o ar influenciava o estado de saúde e o que poderia ser feito para amenizar o contágio por doenças respiratórias. Sendo assim, as autoridades perceberam que havia necessidade de abrir espaço urbano. A localização das casas foi repensada para que o ar pudesse circular melhor entre elas; nesse processo, as ruas foram alargadas. As moradias que eram construídas em cima de pontes foram destruídas, pois essas casas não permitiam que os rios respirassem (FOUCAULT, 1979).

Uma das funções da medicina urbana na França foi a busca pela qualidade do ar para que as pessoas pudessem respirar melhor. Ocorreram melhorias na qualidade da água também, as autoridades buscaram proteger a água potável. Nessa direção, a localização do esgoto foi repensada, sendo separados os canais de água limpa dos de água suja. Outra preocupação que estava relacionada à medicina e aos outros tipos de

poder era a preocupação que girava em torno da propriedade privada, como iria regulamentar o uso dos canais e como as galerias de esgoto iriam ser construídas. Essas propriedades no século XVIII tinham subsolos, que eram implantados a partir de uma tecnologia mineira³. O Estado na época entendeu que os subsolos dessas propriedades particulares não pertenciam aos proprietários do solo, mas ao Estado e ao rei. Então esse subsolo começou a ser controlado pelas autoridades coletivas, bem como os espaços comuns de circulação, como os cemitérios e os matadouros (FOUCAULT, 1979).

A medicalização das cidades foi importante por várias razões, uma das mais conhecidas foi o contato da medicina com a química. A aproximação ocorreu por meio de análises conjuntas da qualidade do ar, das correntes de água, das condições de vida da população. Esse diálogo promoveu melhora no estado de saúde das pessoas. Outra razão importante foi a descoberta de uma medicina das “coisas”, pois era uma medicina do ar, da água, da decomposição de corpos. Para manter a vida das pessoas, a medicina teve que buscar formas para conservar o bom estado de saúde. A medicina e a química em conjunto buscaram respostas para evitar o contágio de doenças por meio do ar, da água, dentre outras formas de contágio, a fim de evitar a morte das pessoas. Químicos e médicos tiveram que estudar juntos, para ver o que causava as doenças nas pessoas e o que poderia ser evitado para que essas doenças não as matassem, por isso que a medicina urbana foi denominada de medicina das coisas e não medicina de homens, corpos e organismo. A relação entre o organismo e o meio foi realizada no século XIX nas ciências naturais (FOUCAULT, 1979).

Nesse período, buscou-se a noção de salubridade, quando foram criados comitês especiais nos departamentos de três das principais cidades, destacando que salubridade não tinha o mesmo significado de saúde. Salubridade representava o estado das coisas e dos seus elementos constitutivos que permitiam um bom estado de saúde. Conectada a esse contexto aparece a noção de higiene pública, que caracterizava o controle dos fatores que poderiam causar doenças. A noção de insalubridade também foi caracterizada nesse período, como fatores que afetavam o estado de saúde das pessoas (FOUCAULT, 1979).

A terceira via da medicina social surgiu no início do século XIX na Inglaterra. A medicina do trabalho foi analisada por meio do exemplo inglês. O desenvolvimento da medicina foi influenciado pelo desenvolvimento da indústria. O aumento das indústrias

³ Construção subterrânea.

propiciou o crescimento do proletariado, foi nesse momento que a medicina inglesa iniciou sua transformação para medicina social. Nesse mesmo período, foi criada a lei dos pobres, que consistia no controle médico da população pobre. A partir do momento em que se controlava a doença da população pobre, evitava-se que a burguesia contraísse as doenças. A forma escolhida na época para tentar evitar esse fato foi o desenvolvimento de uma assistência controlada, ou seja, de uma intervenção médica aplicada aos pobres. O sistema sanitário foi implantado no interior da cidade para controlar as epidemias dos pobres para que estes não transmitissem para os ricos suas moléstias (FOUCAULT, 1979).

Os custos com a Lei dos pobres foi repensado e a reconfiguração desta apareceu mais tarde. Em 1870, os fundadores da medicina social inglesa completou-se com Jhon Simon, que estaria mais voltado para o controle médico da população, deixando de ser um serviço autoritário no final do século XIX. Esse serviço consistia no controle de vacinação, organização dos registros de epidemias e doenças, as pessoas eram obrigadas a declarar as suas doenças. Os lugares considerados insalubres eram mapeados e, em seguida, destruídos. O nome desse sistema era *health servisse* e tinha como objetivo atingir a população no geral com medidas preventivas da mesma forma que ocorria na medicina urbana francesa (FOUCAULT, 1979).

Esse novo modelo de medicina trouxe uma assistência médica à população pobre, bem como o controle da saúde e da força de trabalho por meio do sistema da saúde pública. Esse tipo de medicina também promoveu três sistemas médicos: a medicina que foi destinada aos pobres como a vacinação e as epidemias; a medicina privada, que beneficiava quem tinha condições financeiras de pagar pelo tratamento; e a medicina que se preocupava com os problemas gerais (FOUCAULT, 1979).

As pessoas pobres eram o centro das atenções médicas, os cuidados com a saúde eram dedicados a eles, mas o interesse não era controlar a taxa de mortalidade ou melhorar a qualidade de vida deles. A única preocupação com os pobres era o risco de transmitir doenças para os mais ricos. Quando as doenças eram controladas, os pobres tornavam-se invisíveis para o resto da população. A condição social, econômica e política dos pobres não eram problematizadas, não era de interesse da burguesia incluí-los na sociedade.

Os pobres não foram problematizados no século XVIII, pois a quantidade de pobres ainda não era suficiente para causar preocupação. Por outro lado, os pobres eram necessários para o funcionamento urbano, pois nessa época ainda não existia código de

endereço postal e quem entregava as postagens e conhecia as cidades eram eles e também faziam serviço de limpeza de dejetos das cidades, bem como o transporte de objetos. Os pobres, apesar de realizarem todas essas funções, não eram vistos como pessoas, eles eram comparados aos esgotos da cidade (FOUCAULT, 1979). Os pobres eram invisíveis socialmente, eram parte da sociedade, mas não eram reconhecidos pelos membros das camadas mais favorecidas como detentores de direitos e de oportunidades sociais. Enquanto executavam suas funções sem questionamentos, eram seres invisíveis socialmente, eles eram apenas parte da paisagem urbana que tinham como uma de suas funções manter os dejetos longe das ruas para que os grupos favorecidos socialmente pudessem trafegar sem ser incomodados. Na sociedade brasileira (século XXI), os varredores de rua, denominados de “garis”, sofrem uma invisibilidade social bem próxima a dos pobres descritos na Europa do século XVIII. Essa ocupação é extremamente estigmatizada e desvalorizada. Os salários e as condições de trabalho dessa ocupação demarcam a desigualdade de oportunidades entre os grupos sociais notadamente brancos e não brancos, visto que a maioria dos ocupantes desse cargo é pertencente ao grupo dos não brancos.

Somente no início do século XIX é que o pobre da Europa foi problematizado. Por alguma razão, o pobre passou a apresentar perigo à sociedade. Durante a Revolução Francesa, os pobres se transformaram em uma força política capaz de agitar a população ou até mesmo ser protagonista de revoltas. As cidades foram se organizando e os serviços, que antes os pobres prestavam, já não eram mais necessários. A criação do sistema postal e de um sistema de carregadores retirou dos pobres o seu meio de ganhar a vida, causando agitação na sociedade. Outra razão para a problematização dos pobres ocorreu em 1832, com um surto de cólera que teve início em Paris, propagando-se por toda Europa. A população proletarizada foi considerada culpada por propagar a doença causando pânico na burguesia. O poder político iniciou uma redistribuição da população (FOUCAULT, 1979). As pessoas foram mensuradas em grupos socialmente favorecidos - aqueles que detinham o poder - e dos socialmente desfavorecidos, o grupo que ficava sob o comando de quem controlava o poder.

O desenvolvimento da medicina foi mais uma das formas de demarcação das relações de poder entre as pessoas. O saber médico foi legitimado tornando-se símbolo de *status* do sucesso profissional. A organização dos hospitais foi mais uma das formas de proteger o *status* do profissional de medicina, formando uma hierarquia médica

hospitalar. Esse tipo de comportamento está ligado aos mecanismos de manutenção do prestígio conquistado no meio social.

O nascimento do hospital com unidade terapêutica foi uma forma de intervenção inovadora que ocorreu no final do século XVIII. Nesse novo modelo, os hospitais eram visitados e comparados uns aos outros. Nesse mesmo período, a pedido da academia de ciências, Howard e o francês Tenon foram designados para visitas aos hospitais. Tenon era médico, Howard não, porém foi denominado como um dos precursores dos filantropos dos hospitais. Os dois visitaram hospitais, assim como prisões e lazaretos da Europa, realizando um mapeamento das características desse inquérito. A finalidade dessas visitas era a criação de um programa de reconfiguração dos hospitais (FOUCAULT, 1979).

A intenção do projeto não era descrever arquitetura ou estrutura do hospital, mas sim do seu funcionamento interno como taxas de mortalidade e de cura, verificação dos perigos de transmissão de doenças, relação da taxa de mortalidade. Nesse processo de verificação, a finalidade era de que os próprios hospitais fornecessem os pontos positivos e negativos de seu funcionamento interno, a fim de que novos procedimentos fossem inseridos e os velhos fossem excluídos ou modificados no novo modelo de hospital (FOUCAULT, 1979).

O inquérito observou que não era aconselhável a vizinhança das pessoas que estavam em tratamento por ferimento com as pessoas que sofriam de febre maligna. Descobriu-se também, nessa investigação, que as aproximações dos que sofriam de febre com as parturientes poderia ser o aumento da causa de morte destas. Concluíram que as parturientes não poderiam ficar próximas aos feridos no mesmo setor do hospital. Notou-se também que a higienização dos símbolos hospitalares, como as roupas brancas, lençol, roupa vermelha, panos utilizados para tratar ferimentos, dentre outros instrumentos, não eram bem higienizados. Esse fato poderia explicar as patologias hospitalares. Observou-se também o motivo pelo qual alguns tratamentos eram mais eficazes em certos hospitais, como no hospital inglês Bethlehem do que no hospital francês Hôtel-Dieu. A assistência médica assim como um espaço apropriado para tratar os doentes e as pessoas que sofriam de moléstias não era novidade. Porém, no século XVIII, com essas pesquisas, descobriu-se que os hospitais não eram tão capacitados para desenvolver essas atividades (FOUCAULT, 1979).

Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de exclusão ou de separação, pois uma de suas finalidades era fornecer os últimos cuidados médicos para

as pessoas pobres que nunca tiveram cuidado de ninguém, bem como proteger as demais pessoas do contágio de doenças que esses pobres poderiam transmitir. Nessa época, os hospitais eram apelidados de morredouros, pois eram conhecidos como um lugar que as pessoas se internavam para morrer. O modelo hospitalar adotado na época era bem parecido com os locais onde as pessoas leigas exerciam sua caridade. Os voluntários estavam ali para cuidar dos últimos momentos daqueles miseráveis na tentativa de salvar seu espírito (FOUCAULT, 1979).

A medicina do século XVII e XVIII era individualista, no sentido de que o médico que era aquela pessoa que dominava o saber, que conhecia profundamente o funcionamento do corpo, era quem poderia salvar ou deixar uma pessoa morrer. O conhecimento médico era secreto, apenas o corpo médico tinha acesso. Esse fato individualizava a relação médico-paciente, pois o médico, para descobrir os sintomas e o tratamento das doenças, precisava observar como a doença agia no corpo daquela pessoa e cada corpo tinha um tipo de reação à doença, por isso as observações eram individuais. A transformação do hospital no século XVIII ocorreu por meio da purificação dos seus efeitos nocivos e da organização da sua estrutura física e de pessoal (FOUCAULT, 1979). Essa relação entre médico e paciente era uma relação de poder, pois era o médico que, dependendo da doença e do tratamento escolhido para o paciente, poderia prolongar ou extinguir a vida desse doente. Os parentes nunca iriam saber se a morte do paciente foi causada pela doença ou por erro médico.

A organização dos hospitais na França também era uma forma de organização econômica. Os hospitais marítimos da França foram os primeiros a serem reorganizados. Esses hospitais, antes de serem reconfigurados, serviam também para o transporte de objetos preciosos, tais como especiarias trazidas da colônia. Os navios serviam para a cura dos doentes, bem como para o transporte de doentes. Quando chegavam ao porto, alguns doentes conseguiam fugir com a carga e como ainda não estavam curados transmitiam doenças por onde passavam (FOUCAULT, 1979). Os prejuízos causados pela desorganização hospitalar eram de ordem econômica e de saúde pública, visto que os ladrões contaminados, ao circularem pela cidade, colocavam a saúde da população em risco.

O Hospital do Exército desenvolveu-se no século XVIII, tornando-se muito mais técnico. Era necessário ter dinheiro para investir nos soldados e, uma vez que esse investimento havia sido feito, era necessário manter a vida dos soldados para que estes não morressem de doenças antes de chegar ao local do combate. Esse fato acontecia

normalmente, nessa época, a mortalidade era muito alta, havendo a necessidade de evitar que os soldados pegassem qualquer tipo de doença que pudesse comprometer a batalha. Esse procedimento também ocorreu nos hospitais marítimos. Era mais viável economicamente cuidar das moléstias dos soldados antes de deixá-los ir para o combate (FOUCAULT, 1979).

No século XVIII, o inquérito sobre os hospitais comprovaram a necessidade de um espaço para a localização, com o propósito de que não fossem instalados no centro da cidade, onde a probabilidade de disseminação de doenças era muito maior em decorrência do acúmulo de pessoas, ar poluído, água suja, dentre outros problemas urbanos. Era preciso que o espaço fosse reservado em um lugar sanitário e salubre da cidade. A distribuição interna também foi uma preocupação, tendo o cuidado de separar os doentes para que um não contraísse a doença do outro, buscando o isolamento e a diminuição de pacientes ou até mesmo o isolamento em salas coletivas. Nas unidades de tratamento, os doentes eram monitorados bem como sua alimentação, quem cuidava deles, nesse período, eram os religiosos e, às vezes, leigos. Os médicos eram chamados apenas para cuidar das doenças mais graves (FOUCAULT, 1979).

A partir do momento que o hospital é concebido como uma unidade terapêutica, a comunidade que antes era responsável por cuidar dos doentes foi aos poucos sendo afastada para que os médicos se apropriassem dos hospitais. O funcionamento econômico hospitalar e as visitas tornaram-se responsabilidade dos médicos. Vários regulamentos foram implementados para o funcionamento das unidades hospitalares, dentre as mudanças, estava a hierarquização. Os médicos que eram considerados mais competentes e que tinham mais curas creditadas ao seu currículo eram os (médicos) mais requisitados, marcando o advento da hierarquia do hospital entre médicos, enfermeiros, assistentes e alunos, demarcando qual o lugar ocupado por cada tipo de profissional. O médico que era considerado perito em determinado assunto tinha sua própria equipe. Outras mudanças foram implementadas, como os registros de permanência nos hospitais. Os doentes possuíam identificação, amarrava-se no punho do paciente uma etiqueta de identificação, bem como registro de entrada e de saída dos doentes, nome do paciente, diagnóstico do médico, quem o recebeu e todo mapa de localização do doente (FOUCAULT, 1979). Esse procedimento ainda é utilizado nos hospitais. Os pacientes são identificados com plaquinhas colocadas ao lado da cama, contendo todos os procedimentos médicos realizados durante a permanência no setor hospitalar, bem como o nome do médico responsável por ele durante sua estada.

Constituiu-se assim um campo documental do funcionamento dos hospitais que demarcavam registros, acúmulo de formação de saber médico que passou a ser importante para o trabalho no interior do hospital. O hospital deixou de ser um lugar apenas de cura, tornou-se também um lugar de formação e registros. O indivíduo tornou-se objeto de saber médico e, ao mesmo tempo, alvo de intervenção médica.

A medicina social foi mensurada em três áreas: medicina do Estado, medicina urbana e medicina do trabalho. As três áreas desenvolveram-se de forma distinta. A medicina do Estado, constituída na Alemanha, regularizou a profissão de médico antes da Inglaterra e da França que priorizou a regularização da indústria militar, das armas e da profissão de professor. Um dos objetivos da medicina do Estado era manter o controle da população, para manter seus propósitos, houve a intervenção do Estado, controlando a condição de saúde das pessoas por meio de interferência em seus corpos, tais como tratamento e vacinas. A medicina urbana constituída na França estabeleceu uma natureza de menor proporção, voltada mais para as pequenas comunidades. O sistema de saúde preocupava-se em cuidar da saúde da burguesia. Para alcançar seus objetivos, cuidavam das cidades, das casas, eliminando as possíveis causas de doenças na população pobre. Entre essas preocupações, estava a localização dos cemitérios dentro da cidade, a preocupação com a qualidade do ar que as pessoas respiravam e a qualidade da água que as pessoas bebiam. A medicina do trabalho constituída na Inglaterra era mais voltada para a saúde da população ativa. A preocupação não era com o modo de vida dos pobres, mas com a manutenção da força de trabalho ativa, controlando as doenças dos pobres para que estes não causassem prejuízos com sua inatividade. Apesar das finalidades das três medicinas terem se desenvolvido de formas distintas, ambas eram pautadas na relação de poder sobre o corpo do outro; por meio do controle do estado de saúde do outro, controlava-se também o seu modo de vida.

A distribuição de saúde no Brasil possui algumas semelhanças com a distribuição da Europa do século XVIII descrita por Foucault (1979). Os cuidados com a saúde são distintos para pobres e ricos. Os desfavorecidos socialmente são os que mais morrem sem atendimento médico. Antes da criação de um sistema público de saúde brasileiro, os profissionais de saúde bem como os tratamentos de saúde não eram acessíveis para as camadas mais pobres da sociedade, que se automedicavam correndo o risco de agravar a doença não identificada e ainda transmitir a moléstia para outros membros da família. Os desfavorecidos socialmente morriam sem um tratamento e sem um diagnóstico da causa da morte. Essa realidade ainda é presente na sociedade

brasileira. Apesar de o Brasil possuir um Sistema Único de Saúde-SUS, que tem como uma de suas metas diminuir as desigualdades de saúde, muitos brasileiros ainda morrem por falta de tratamento médico. No próximo subcapítulo, vou delinear um breve histórico sobre a criação do SUS.

2.3. Sistema público de saúde brasileiro

Grande parcela da população possui dificuldade em ter o cuidado primário de saúde. Os planos de saúde particulares, disponíveis no mercado, não contemplam os grupos de baixa renda e o sistema de saúde público não consegue absorver todos os tratamentos necessários para proporcionar uma saúde boa para a população. Portanto, numa população com poder aquisitivo menor, torna-se complexo obter os cuidados necessários para conservação de uma boa saúde, bem como o tratamento complementar. Em muitos casos, a dificuldade ou a desigualdade de distribuição de saúde está inserida no contexto do próprio sistema, que não está preparado para atender a população. Em algumas unidades, não há estrutura física, as salas encontram-se sucateadas, os equipamentos estão velhos e defasados, não tem pessoal e/ou médico suficiente para atender a população. As condições da estrutura física e de pessoal são peças-chave para a compreensão da desigualdade de saúde, como ela ocorre e como ela perdura (LANG e LOMBRAIL, 2014).

A situação do sistema público de saúde brasileiro é similar à situação descrita por Lang e Lombrail (2014), faltam estrutura física e de pessoal para atender os usuários. Para sanar essa defasagem no SUS, alguns usuários recorrem a outras fontes para ter o cuidado com a saúde. A discrepância no acesso aos bens básicos entre brancos e não brancos é recorrente nos demais setores da sociedade. No caso do acesso a mecanismos para manutenção de saúde boa, essa situação se repete.

O grupo de pessoas que tem condições financeiras aderem a planos de saúde particular. O grupo que não possui renda suficiente para investir em um plano de saúde depende do SUS-Sistema Único de Saúde para realizar os tratamentos e este não consegue atender a todos os seus usuários com qualidade. O sistema de saúde possui deficiências na estrutura física e na estrutura de capital humano da maioria das unidades, prejudicando os cuidados de saúde dos menos favorecidos.

Antes da criação do SUS, os cuidados com a saúde no período anterior à década de 1930 eram realizados pela Santa Casa de Misericórdia e instituições de Caridade, para quem não tinha dinheiro para pagar pelo tratamento médico (CONASS⁴, 2011).

No ano de 1923, foi regulamentada pela Lei Elói Chaves a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAP, modelo que era restrito às empresas. A Previdência Social foi criada nos anos da década de 1930 e atuava por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão- IAPs de várias categorias profissionais. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. “Em 1967, a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor.” (CONASS, 2011, P.13). Na década de 1970, a medicina comunitária, instituições acadêmicas e secretarias de saúde construíram projetos na tentativa de implementar as primeiras experiências de municipalização da saúde. No ano de 1972, foram iniciados projetos experimentais em parceria com o Ministério da Saúde e da Previdência Social. A Lei n. 6.229 foi criada em 1975 e regulamentava a organização do Sistema Nacional de Saúde-SNS. O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS foi criado em 1977. Nesse mesmo ano, foi implementado o programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-Piass, sendo expandido no ano 1979. Antes da constituição do SUS, vários outros programas⁵ foram criados com o intuito de diminuir as desigualdades de saúde entre os grupos sociais (CONASS⁶, 2011).

Após a criação de vários projetos para amenizar as desigualdades de saúde entre os grupos sociais, foi criado o SUS, no ano de 1988, que tinha como uma de suas metas oferecer atendimento e tratamento médico gratuito para todos os brasileiros e brasileiras. Esse direito foi regulamentado na constituição de 1988:

Art. 194. (*) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

⁴ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

⁵ Programas criados com a intenção de diminuir as desigualdades de saúde. *Vide* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011 p. 15).

⁶ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, p.1).

A captação de recursos para manter esse projeto viria de toda sociedade, englobando empregadores e os trabalhadores registrados. O financiamento também viria dos governos estaduais, municipais, Federal e da União. Em consonância com a lei, a isenção da contribuição financeira era prevista para entidades beneficentes e a assistência social. Desse modo, a saúde tornou-se um direito de todos os brasileiros e de responsabilidade do Estado, que deveria ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas, a fim de reduzir riscos de doenças e garantir uma boa saúde igualitária (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

O art. 200 da Constituição de 1988 regulamentava a competência do Sistema Único de Saúde:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, p.3).

O SUS é um sistema que abrange todos os tipos de tratamentos, desde os atendimentos mais simples, como atendimentos ambulatoriais, até os mais complexos, tais como transplantes de órgãos. O sistema é composto por secretarias em níveis municipais, estaduais e federais.

A lógica de um bom estado de saúde antes da implantação do SUS era ligada apenas ao fato de amenizar os sintomas de doenças. Após estudos e estruturação do SUS, a saúde passou a ser relacionada com a qualidade de vida, que inclui saneamento básico, educação, alimentação, moradia, renda e lazer. Para ampliar o acesso mais democrático, o sistema de saúde deixou de ser centralizado. A municipalização do SUS tornou o sistema mais próximo da população coexistindo também em nível estadual,

mas a ênfase está no nível municipal, que ganhou recursos e responsabilidades com a saúde da população (Ministério da Saúde, 2000).

Os municípios brasileiros possuem realidades distintas, tais como recursos, população, cuidados com a saúde, dentre outros. Essas variações influenciam a forma de gerenciar e organizar os postos de saúde, configurando modelos distintos de gestão. (Ministério da Saúde, 2000). Os gestores dos municípios também podem formar parceria. Quando não dispõem de estrutura física ou humana para realizar procedimentos, podem buscar soluções em instituições filantrópicas ou particulares. Os municípios também podem realizar parceria entre eles. Quando um município não tem recursos para realizar certos tratamentos, os gestores podem recorrer ao município vizinho e negociar tratamentos para a população. Os pagamentos pelos serviços prestados são sempre pagos pelo gestor do município que solicitou os serviços (Ministério da Saúde, 2000).

O Estado também possui responsabilidade com a saúde dos usuários do SUS. Em nível estadual, tem como uma de suas funções o incentivo e condições para que os gestores municipais consigam atender a população local. O Estado assume a responsabilidade dos cuidados com a saúde dos municípios que ainda não organizaram o seu Sistema de Saúde até que o gestor do município tenha a capacidade de tomar para si essa responsabilidade. O SUS-Estadual promove a harmonia e integração dos sistemas municipais. Esse sistema é formado por um quadro técnico que organiza planos, define metas, cria parceria, calcula os riscos e implementa os mecanismos para execução dos planos (Ministério da Saúde, 2000).

A União tem como uma de suas responsabilidades exercer a gestão do SUS em nível nacional, promovendo condições e incentivos para o bom funcionamento do SUS estadual, exercendo também funções de normalização e coordenação da gestão nacional. A logística do funcionamento é a mesma do sistema estadual, um quadro técnico organiza os planos e as metas a serem executadas pelos estados (Ministério da Saúde, 2000).

Do ano 2000 até os dias atuais, vários avanços foram conquistados pelo SUS, equipamentos modernos, ampliação de tratamentos, maior cobertura para as cidades do interior, bem como da zona rural, mas o fato é que os recursos para os cuidados com a saúde deveriam chegar de forma equitativa para a população, mas neste trabalho foi possível demarcar que os recursos chegam de forma desigual. Os atendimentos não chegam a todas as regiões do Brasil de forma equitativa.

2.4. Disparidade de saúde entre os grupos

Todas as fases da vida são afetadas pela distribuição assimétrica das chances de saúde boa entre os grupos. As desigualdades que estiveram presentes na infância são os precursores de outras desigualdades na idade adulta, tornando-se empecilhos sociais construídos e estabelecidos ao longo do tempo, tais como educação, acesso ao emprego, condições de trabalho, idade de aposentadoria, dentre outros fatores. Os valores gastos com a saúde têm efeitos sobre as desigualdades (LANG e LOMBRAIL, 2014).

Os resultados da revisão de literatura de Phelan et al. (2010) ressaltam que níveis de desigualdade observados entre grupos de renda estão ligados às desigualdades na saúde geral e na mortalidade. Essas desigualdades não são fatos recentes dos tempos modernos, mas eles persistem em níveis semelhantes pelo menos desde o início do século XIX. As doenças que eram fatores de risco e serviam para medir as desigualdades de saúde entre os grupos desfavorecidos socialmente e os grupos com vantagens sociais, tais como doenças infecciosas como difteria, sarampo, febre tifoide e tubérculo, foram praticamente erradicadas dos países desenvolvidos, mas mesmo assim as desigualdades no estado de saúde permaneceram. A disparidade de mortalidade entre as camadas sociais persiste e reflete em doenças que se tornaram comuns, tais como câncer e doenças cardiovasculares, alimentadas por fatores de risco como dieta pobre, exercício inadequado, tabagismo, dentre outras.

À medida que velhas doenças são erradicadas, novas doenças surgem. Os sistemas de saúde criam novas fórmulas para evitar o contágio, modernizam os tratamentos, estudam meios para erradicar as doenças ou prolongar a vida do paciente. E mesmo que os sistemas de saúde agreguem novas fórmulas para combater essas doenças, os novos tratamentos não chegam de formas equitativas em todas as camadas sociais. Os resultados dos estudos de Figueiredo Santos (2011a) demonstraram essa afirmativa.

Os estudos de Phelan et al. (2010) ressaltaram que não é suficiente apenas pontuar a persistência das desigualdades ao longo do tempo, é necessário compreender essa perseverança da desigualdade na saúde. A possibilidade de entender por que elas persistem pode fornecer pistas sobre o problema mais geral das causas de desigualdades na saúde. Notadamente, o *status* socioeconômico está diretamente inserido no contexto da desigualdade de saúde.

De acordo com a teoria das causas fundamentais⁷, a relação *status* socioeconômico e saúde está relacionada a múltiplos resultados de doenças por meio de múltiplos caminhos. Ao longo do tempo, as pessoas implementaram recursos para evitar riscos e adotar proteção contra doenças. Alguns desses caminhos estão ligados à apropriação do conhecimento, dinheiro, poder, prestígio que podem ser usados em uma dada circunstância (Phelan et al. 2010).

Um dos mecanismos que reforçam as assimetrias de saúde não boa entre os grupos está inserido no contexto dos fatores socioeconômicos. O sistema brasileiro de saúde possui atendimento gratuito para todo território brasileiro, porém os recursos não chegam de forma equitativa em todas as regiões. Todas as pessoas diagnosticadas com hipertensão, por exemplo, têm direito a ter todo o tratamento gratuito fornecido pelo SUS, mas, por complicações no setor administrativo público de saúde, os remédios que chegam às farmácias dos postos de saúde não chegam a todas as regiões, os que chegam não são suficientes para atender todos os hipertensos. Diante dessa situação, o grupo de hipertensos que possui condições financeiras compra o remédio em uma farmácia particular. O grupo que não possui condições financeiras para comprar o remédio interrompe o tratamento até que o remédio seja distribuído nas farmácias dos postos de saúde públicos. A espera pode agravar o estado de saúde dos pacientes, mas quando não se tem dinheiro disponível para cuidar da saúde, os desfavorecidos socialmente não têm opção, mesmo tendo consciência dos riscos, não há alternativas para continuar o tratamento. Desse modo, é possível perceber que a desigualdade de saúde opera nas diferenças mínimas de recursos.

Os estudos de Phelan et al. (2010) ressaltam que há evidências claras de que o *status* socioeconômico está associado a vários fatores de risco e proteção para doença e outras causas de morte. Os cuidados preventivos de saúde e permanência em ambientes salubres estão incluídos na proteção contra as doenças. Os vários fatores de risco estão conectados ao fumo, sedentarismo e excesso de peso, condições de vida insalubres e abastecimento de água insalubre. As desigualdades na mortalidade de grupos sociais distintos foram significativamente mais pronunciadas por causas de morte que foram avaliadas de forma confiável por médicos-epidemiologistas que classificaram as mortes

⁷ A teoria das causas fundamentais é baseada no conceito de causas básicas de Lieberman (1985). Esse conceito está associado ao *status* socioeconômico e à mortalidade e foi desenvolvido principalmente por Link e Phelan (1995). *Vide* Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications Phelan et al. (2010, p.30).

como sendo altamente evitável. A mensuração das desigualdades torna-se complexa quando há doenças que não podem ser tratadas independentes do *status* socioeconômico, uma dessas situações ocorre quando as causas e as curas de doenças fatais são desconhecidas. Nessas circunstâncias, recursos socioeconômicos não podem ser usados para evitar a morte devido a essas doenças, porque não se sabe como os recursos devem ser implantados. No caso da velhice, quando a crescente fragilidade do corpo pode colocar limites na eficácia das intervenções, os recursos não podem evitar o agravamento das doenças.

As desigualdades em saúde e mortalidade persistirão enquanto existirem desigualdades de recursos. Ao mesmo tempo, a estabilidade em longo prazo no contexto da relação *status* socioeconômico e estado de saúde depende de processos e condições específicas. Em cada momento que novas doenças surgem, novos conhecimentos e novas tecnologias relacionadas a inúmeras doenças emergem constantemente. As condições sociais em que esse conhecimento emerge varia. Como resultado, o desenvolvimento de uma doença levará a uma mudança no gradiente da doença a favor de indivíduos com maior *status* socioeconômico. Os velhos mecanismos diminuirão para serem substituídos por novos (Phelan et al. 2010).

As desigualdades em saúde apenas poderiam ser eliminadas se a equidade na redistribuição de recursos fosse uma realidade, tais como ocupações e rendimentos. Os rendimentos, por exemplo, dependendo da região, não são suficientes para custear uma habitação em lugares salubres para famílias de baixa renda, bem como ganhos de capital, patrimônio e segurança social (Phelan et al. 2010). Educação, atendimento médico, tratamento de saúde, renda, políticas sociais, todos esses fatores interferem no estado de saúde. Da mesma forma que o prestígio, o *status* socioeconômico é utilizado para se ter vantagens no estado de saúde, é também elemento que ajuda a manter a pirâmide social. De acordo com a revisão de literatura de Coimbra (2017), os favorecidos socialmente tendem a ter mais cuidados com a saúde, praticam mais exercícios físicos que os desfavorecidos socialmente. O consumo de cigarro é menor e possuem mecanismos mais avançados para combater o estresse. As pessoas que estão mais próximas da base da pirâmide têm uma inversão desses fatores, a taxa de risco de doenças é mais alta. O consumo de bebidas e cigarro é maior, os exercícios físicos são menos frequentes, a alimentação é deficiente, dentre outros fatores.

Uma saúde equitativa apenas seria possível se as estruturas das instituições de saúde tanto públicas quanto privadas do país realmente tivessem como objetivo

principal promover o bem-estar físico e mental das pessoas. O setor socioeconômico é um dos determinantes das assimetrias de saúde não boa entre os grupos. Mudar essa realidade para um país tão desigual socialmente como o Brasil seria um grande desafio.

Algumas das desigualdades de distribuição secundária de saúde estão relacionadas com o sistema de saúde. Estas podem ser classificadas em duas categorias: desigualdades por omissão e desigualdades por construção. A desigualdade por omissão ocorre por falha na estrutura física ou de pessoal, quando não há profissionais gabaritados para atender corretamente a população ou não há estrutura física e/ou equipamento adequado para diagnosticar as doenças. Quando o sistema de saúde encontra-se fragmentado há muito tempo, como consequência, a qualidade dos cuidados é prejudicada. A relação médico/paciente também está inserida nessa questão, pois a orientação do médico para com o paciente acontece de acordo com a escolaridade do paciente, que dependendo da sua instrução pode ou não seguir ou acreditar nas recomendações médicas. As desigualdades por construção são geradas quando a concepção do sistema de saúde ou a forma como ele é conduzido produz desigualdades. Em certo número de situações, desigualdades sociais em saúde resultam de desenvolvimento de programas ou recomendações que ajudam a acentuar essas desigualdades (LANG e LOMBRAIL, 2014).

A mortalidade reflete a duração de vida que um indivíduo experimenta e o último estado de saúde precária. Causas de mortes são frequentemente classificadas por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Afins-CEIDA. Os problemas de saúde são fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, que é um sistema internacional usado para comparar mortalidade estatística entre os países. Esse sistema é importante para pesquisadores que desejam compreender a relação entre as condições sociais e mudança de padrões de doença em todo o mundo.

As intervenções ou políticas podem ser implementadas em diferentes níveis e diferentes escalas de tempo. No caso de uma doença comum, como a obesidade, que pode ser medida pelo consumo inadequado de alimentos, como frutas e vegetais. Os grupos socialmente favorecidos têm possibilidade de recorrer a um profissional com o propósito de modificar a sua alimentação, bem como aderir à prática de exercícios físicos monitorados para amenizar os efeitos da doença. No caso dos grupos socialmente desfavorecidos que dependem do sistema público de saúde, que não está preparado ou não dispõe de profissionais suficientes voltados para atender essa demanda, os cuidados com a saúde são mais precários e menos eficazes. Tais

desvantagens sustentam a desigualdade devido ao dano acumulado com o passar do tempo.

Em se tratando de desigualdade de saúde baseada na raça, Wolfe (2014) apontou em seus estudos que pesquisadores puderam comparar a taxa de mortalidade dos afro-americanos nos Estados Unidos com a taxa global. A taxa de mortalidade dos americanos comparada à taxa de brancos não hispânicos ou a asiática é menor. Dependendo de qual comparação é eleita, o estudo pode chegar à conclusão diferente sobre a presença e o tamanho da disparidade de saúde relacionada à raça e mortalidade nos Estados Unidos (WOLFE, 2014). Por exemplo, os países que possuem um nível maior de rendimento nacional bruto e economias mais diversificadas tipicamente têm menor taxa de mortalidade infantil e/ou materna. Os países desenvolvidos têm maior taxa de mortalidade associada a doenças crônicas, havendo também altas taxas de morte devido a complicações cardiovasculares, câncer e doença cerebrovascular; em comparação com os países menos desenvolvidos, que experimentam altas taxas de doenças infecciosas. O fator socioeconômico implica a disponibilidade de recursos, tais como infraestrutura física e humana para um atendimento adequado, conhecimento, dinheiro, poder, apoio social, em numerosas situações para evitar ou minimizar os riscos de uma variedade de doenças (ONGE, 2014).

Quando as distribuições de saúde são mensuradas por raça e gênero, estudos de fontes abalizadas apontam que existe discrepância nos resultados de tratamentos de saúde por gênero, raça e classe. Neste estudo, foi fundamental falar sobre as desigualdades raciais no Brasil, a fim de tentar entender de que forma a raça afeta as oportunidades das pessoas, bem como os cuidados com a saúde.

2.5 Saúde autoavaliada

A revisão de literatura de Snead (2014)(,) explica que saúde autoavaliada, ou saúde autorrelatada, é comumente usada para medir a saúde a partir da resposta do entrevistado. A avaliação é realizada por meio de questões feitas sobre a saúde no geral. Algumas perguntas são sobre como a pessoa percebe a sua própria saúde. Outras questões abordam como a pessoa percebe a sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas. As questões são globais, as respostas a esse questionário são respostas fechadas. As opções são medidas em uma escala que vai de 0 a 5 (excelente, muito bom, bom, razoável, ruim). Ou perguntas comparativas com opções que vão de 1-3

(melhor, médio, pior). Metodologicamente, a saúde autoavaliada ou saúde autorrelatada é frequentemente descrita como uma medida confiável e válida.

A questão sobre a saúde é colocada propositalmente de uma forma ambígua, pois as pessoas têm referências distintas do que se refere à saúde e acabam ligando a saúde apenas ao mal-estar físico. Alguns pesquisadores iniciam o questionário com essa pergunta para que os entrevistados não sejam influenciados por essa questão nas demais perguntas. Outros pesquisadores colocam essa questão no final do questionário (SNEAD, 2014).

A revisão de literatura de Snead (2014) aponta que, desde 1996, as medidas de saúde avaliada ou saúde autorrelatada foram usadas em estudos de todo o mundo, de diferentes disciplinas em pesquisa de saúde da população. Há uma vasta literatura sobre o tema que inclui aplicações internacionais e comparações de saúde, que usam a saúde autoavaliada ou saúde autorrelatada como resultado, predito ou em relação à morbidade, mortalidade, envelhecimento, ciclo de vida, estilo de vida ou capital social. Há um crescente corpo de literatura em que estudos demonstraram diferenças na saúde por várias categorias sociais, tais como a relação entre saúde autoavaliada e características sociodemográficas específicas como a educação, estado civil e *status* socioeconômico e renda.

Os estudos de Carvalhaes (2013) apontaram que no Brasil a autopercepção de saúde entre as mulheres e pessoas mais velhas é negativa. A persistência de algumas doenças é mais frequente com o aumento da idade, principalmente em mulheres. Entre os homens, essa percepção é negativada, uma das causas está ligada às ocupações que exigem baixa escolaridade. Essa percepção também é negativada por homens que não estão inseridos no mercado de trabalho, seja por aposentadoria ou por falta de trabalho. Esses fatores mencionados são importantes para delinear as relações entre as disparidades socioeconômicas e chances de saúde não boa. A relação estado de saúde e comportamento também é um fator importante no estudo sobre a saúde e desigualdade socioeconômica, pois o comportamento de risco pode afetar o estado de saúde (CARVALHAES, 2013).

A revisão de literatura de Cummings e Jackson (2008) demarcou que raça, gênero e o *status* socioeconômico são categorias de *status* social que possibilitam uma previsão da distribuição diferencial de doenças, incapacidades e morte na sociedade. O estudo apontou que, apesar das melhorias no *status* de mulheres negras americanas nos últimos 30 anos, as disparidades raciais de gênero na mortalidade e morbidade

persistem. Os dados da Pesquisa Social Geral (PSG) de 1974 a 2004 exploraram a medida que a raça, o gênero e o *status* socioeconômico convergem para produzir diferenças na saúde autoavaliada e que essa percepção diminuiu significativamente ao longo desse período de 30 anos. Esta diferença reduzida é especialmente marcada ao longo do tempo em relatos das mulheres negras americanas sobre a percepção de saúde delas mesmas.

Considerando o mesmo período, as disparidades entre os brancos permaneceram estáveis. A revisão de literatura Cummings e Jackson (2008) indica que as diferenças entre os grupos aumentaram para os homens negros ao longo do tempo, mas diminuíram para mulheres negras. Nas tendências de autoavaliação da saúde mensuradas por raça e gênero de 1974 a 2004, os homens brancos e uma parcela de homens negros experimentaram pouca ou nenhuma mudança no seu estado de saúde. As mulheres brancas e mulheres negras demonstraram maior percepção do seu estado de saúde ao longo do tempo. As mulheres negras têm demonstrado melhorias no seu estado de saúde. Os homens negros têm uma percepção menor de melhora de saúde, a percepção deles é inferior à das mulheres negras. Esse padrão enfatiza a importância de se examinar raça e gênero em dimensões distintas.

2.6. Desigualdades de renda, ocupação e educação

Os pilares da desigualdade são sustentados pela distribuição assimétrica de educação, renda e ocupação, bem como alguma variação desses três indicadores (BAKER, 2014). Os fatores estruturais, tais como habitação adequada, seguros de saúde e riscos reais, como a violência ou exposição a toxinas no meio ambiente, acumulação de estresse, vizinhos, ausência de um local apropriado para exercício físico, indisponibilidade de alimentos nutritivos e adequados a uma boa alimentação, falta de disponibilidade de um profissional gabaritado para auxiliar no cuidados de saúde impactam a saúde e o comportamento saudável de um indivíduo.

A revisão de literatura de Baker (2014) sobre os indicadores de educação, renda e ocupação e seu relacionamento com a saúde teve como base o *Black Report*, que consiste em um relatório que indica que os mecanismos que ligam o *status* socioeconômico à saúde estão inseridos na socialização comportamental, material ou estrutural e de seleção. A socialização foi indicada como um fator chave que liga à posição social do indivíduo. Comportamentos aprendidos ao longo do tempo que colocam a saúde em risco, como o consumo de refrigerantes na infância, por exemplo, podem ser estendidos para a adolescência e para a idade adulta. A influência do *status*

socioeconômico na socialização de comportamentos provavelmente começa muito cedo, gostos e preferências são estruturados, tornando-se costumes na idade adulta.

No entanto, concordo com Baker (2014), que alerta que focar apenas na socialização restringe e possibilita o risco de ocultar as interferências do *status* socioeconômico na saúde; correndo o risco de ignorar os maiores fatores que afetam a saúde dos indivíduos, tais como fatores estruturais como habitação, bairros, disponibilidade de áreas para exercício, disponibilidade de alimentos nutritivos e adequados. A capacidade de compra de habitação adequada e segura impacta a saúde através de riscos reais, como violência ou exposição a toxinas no ambiente e através da acumulação de estresse, que afeta negativamente a saúde. Além disso, o ambiente construído, que inclui a capacidade de caminhar dentro do bairro com segurança percebida e disponibilidade de áreas para exercício, está associado com maior qualidade de vida e melhor saúde.

Pobreza geralmente é definida como a dificuldade do indivíduo de atender às necessidades básicas, representa um indicador de *status* socioeconômico que está intimamente ligado a fatores estruturais que influenciam a saúde. Embora a pobreza tenha uma forte associação com saúde, não descreve a totalidade do relacionamento entre *status* socioeconômico e saúde (BAKER, 2014).

O *status* socioeconômico é tipicamente medido através da educação, renda e ocupação ressignificados ao longo do tempo e em vários contextos, com as mudanças em curso na composição da realização educacional. A renda oscila ao longo da vida e pode ser medida pelo nível individual, ou nível da família, como uma medida relativa da pobreza (ONGE, 2014).

2.6.1 Renda

Renda representa o poder de compra de um indivíduo, é normalmente definida como um salário ganho da labuta de uma ocupação. A saúde está positivamente associada aos recursos e renda que permitam maiores gastos com a saúde, além da capacidade de adquirir melhores cuidados de saúde, conforme indicado pela desigualdade contínua da saúde e pela renda (BAKER, 2014). Renda não pode ser completamente isolada de educação, uma vez que maior nível de ensino é muitas vezes ligado às rendas maiores.

De acordo com os estudos de Bateman (2014) nos Estados Unidos, renda é comumente utilizada para medir o *status* socioeconômico do indivíduo, em que os dados relacionados com prestígio ocupacional estão menos disponíveis do que nos

países europeus, está associada à respectiva construção de riqueza e é a medida mais diretamente relacionada à aquisição material dos indivíduos; como o dinheiro que fornece acesso aos bens e serviços necessários para manter e melhorar saúde e bem-estar. A renda é normalmente medida por família. Para fins de estudos sociais, as informações sobre o tamanho da família devem ser recolhidas em conjunto com a renda familiar.

Riqueza pode servir como um tampão de proteção contra períodos temporários de baixa renda e tem sido mostrada para ser fortemente correlacionada com a saúde, após o controle de renda e educação. A riqueza de um indivíduo é medida pelo valor de seus bens ativos, como imóveis, carros, investimentos, herança e pensões. O valor relativo da riqueza em relação às mudanças de renda ao longo da vida é cada vez mais importante para os estudos sobre desigualdade. A riqueza torna-se mais importante do que a renda em idades mais avançadas. Os investigadores sugerem que uma perspectiva de curso de vida é útil em estudos sobre o estado de saúde do adulto (BATEMAN, 2014).

A relação curvilínea em nível individual entre renda e saúde é uma condição suficiente para produzir diferenças de saúde entre populações com a mesma renda média, mas diferentes distribuições de renda. Para entender os efeitos dessas variáveis, são necessárias as análises que utilizam medidas de distribuição de renda e renda individual para examinar as diferenças de saúde entre unidades de indivíduos e agregados. Pesquisas descobriram que a renda individual estava mais fortemente relacionada às diferenças individuais em saúde do que com a distribuição de renda. Os salários, investimentos e impostos ajudam a determinar a extensão da distribuição desigual de renda entre a população e essa distribuição influencia rendimentos individuais (Lynch et al, 2000).

A revisão de literatura de Lynch et al (2000) disserta que a desigualdade de renda também afeta saúde por meio de percepções de lugar na hierarquia social baseada em posição relativa de acordo com a renda. Os resultados dessa percepção refletem em doenças ligadas ao estresse, tais como fumar excessivamente, comer compulsivamente e patologia individual e social, dificuldade de interagir socialmente com pessoas de outros grupos. A interpretação dos vínculos entre desigualdade de renda e saúde deve começar com as causas estruturais das desigualdades e não apenas se concentrar nas percepções dessa desigualdade. Os processos estruturais, políticos e econômicos que geram desigualdades existem antes que seus efeitos sejam experimentados no nível individual.

Quando a coesão social ou de capital são discutidas superficialmente como relações sociais horizontais, ignorando o papel crucial que a relação social vertical com as instituições políticas, econômicas e jurídicas desempenham na estruturação dos ambientes em que as relações se desenvolvem, limitam seu potencial de relevância para a saúde pública (Lynch et al, 2000). No caso do Brasil, a distribuição de renda é resultado de processos históricos, econômicos e políticos. Alguns dos problemas de saúde de comunidades pobres e minoritárias são resultados de má administração de investimentos na estrutura física e estrutural de programas de saúde. Os investimentos em prevenções de doenças não são suficientes para atingir toda comunidade. As responsabilidades dos cuidados com a saúde são creditadas às comunidades, que são responsabilizadas pelos seus problemas de saúde, reforçando as baixas expectativas de mudanças estruturais, tais como educação, desemprego, disponibilidade de alimentos e espaço de lazer.

A desigualdade de renda é apenas uma manifestação de um conjunto de condições que afetam a saúde da população. A interpretação da relação desigualdade de renda e desigualdade de saúde perpassa por processos políticos e econômicos que geram a desigualdade de renda e influencia os recursos individuais e também impactam os recursos públicos, como escolaridade, saúde, bem-estar social e condições de trabalho (Lynch et al, 2000).

2.6. 2 Ocupação

Ocupação pode mudar frequentemente durante a idade adulta, tornando difícil para determinar qual ocupação deve ser considerada para medir *status* socioeconômico. Além disso, classificações ocupacionais também têm maior dificuldade de classificar os desempregados, indivíduos fora da força de trabalho ou os trabalhadores independentes. No entanto, a ocupação pode ser importante em sua capacidade de capturar redes sociais prováveis, que são uma importante instituição de socialização em idade adulta (BAKER, 2014).

A ocupação também pode ser interpretada em uma variedade de maneiras. No nível mais básico, é medida tão simplesmente como empregado ou não empregado, mas mesmo essa medida básica precisa de vários *status* para abordar ocupação, incluindo chefe de família, deficientes, estudantes ou aposentado. Medidas mais desafiadoras da ocupação incluem categorias ocupacionais, prestígio *rankings*, tarefas ocupacionais ou autonomia ocupacional (ONCE, 2014).

Ocupação está relacionada à renda, já que inclui recompensas materiais associadas com um trabalho, mas é também uma medida de posição social e ajuda a moldar e definir redes sociais. Ocupações que fornecem maior senso de controle, autonomia e que permitem maior criatividade estão vinculadas a melhoras na saúde do trabalhador. A dificuldade em manter o emprego, ter uma estabilidade econômica e emocional também causa desequilíbrio na saúde do indivíduo. Renda, educação e ocupação estão relacionadas à saúde por causa das recompensas estruturais ou materiais associadas com esses indicadores (ONGE, 2014). Quando esses fatores são mensurados por raça, é possível notar uma discrepância nas ocupações.

As desigualdades de oportunidades de mobilidade social entre brancos e não brancos está inserida no contexto da competição social e econômica, gerando poder de uns sobre os outros. As competições têm relação com a manutenção do poder e de cargos que geram *status*, tais como de chefia, empregador, gerente, proprietário. As ocupações da população negra estão concentradas em serviços gerais com alto grau de informalidade, conseqüentemente as condições de trabalho são ruins e os salários são compatíveis com as funções (LIMA et al, 2013). “O estrato ocupacional e a cor dos chefes de famílias desempenham um papel muito importante na distribuição dos recursos familiares centrados nos capitais, sociais, cultural e econômico.” (HASENBALG, 2003 p.81). Os jovens cujos pais ou responsáveis de cor preta ou parda que exercem trabalhos manuais, rurais ou profissões que exigem um nível de escolaridade baixo, cuja remuneração é proporcional ao tirocínio, padecem com a desvantagem na apropriação de recursos educacionais, refletindo em desvantagem de oportunidade nas gerações futuras (HASENBALG, 2003).

De acordo com os estudos de Lima et al (2013), o serviço doméstico é um divisor de *status* ocupacional; nesse contexto, insere-se o fator gênero e raça. As trabalhadoras domésticas são predominantemente mulheres negras de baixa escolaridade e conseqüentemente baixos rendimentos. Quando essa mulher é arrimo de família, os investimentos em saúde e educação ficam bem distantes de sua realidade.

Os estudos de Figueiredo Santos (2009) destacam que os padrões estabelecidos no mercado de trabalho estão pautados na superioridade do homem branco para assumir cargos de destaque em detrimento dos demais grupos. O homem negro tem mais dificuldades de acesso aos empregos de destaque. Quando falamos de gênero, a mulher branca tem mais dificuldade de alcançar o nivelamento de salários com os homens que trabalham na mesma função. A mulher negra tem maior dificuldade de acessar esse

mesmo cargo. Os impedimentos sociais na questão de gênero são diretos. Os impedimentos no mercado de trabalho, quando inserimos o fator raça, são indiretos (FIGUEIREDO SANTOS, 2009). A desigualdade de obtenção de recursos no Brasil está conectada à variável gênero e à variável raça.

As oportunidades no mercado de trabalho abarcam a desigualdade de acesso e a desigualdade de tratamento. Segundo a concepção de Marek et al (2006), o entendimento do trabalho fornece embasamento para a compreensão das relações sociais, tipo familiares, religiosas e políticas. O trabalho gera *status*, um reconhecimento pelo grupo social e familiar.

As mulheres ganharam espaço no mercado, porém a valorização do trabalho entre homens e mulheres não é equitativo. De acordo com estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2012), homens e mulheres que possuem a mesma escolaridade e a mesma profissão recebem salários distintos. O estudo do IBGE (2012) englobou a diferença salarial entre homens e mulheres que possuíam o mesmo grau de escolaridade no período de 2003 e 2011. As ocupações estudadas foram no setor da indústria, do comércio, da construção, serviços prestados a empresas, administração pública, serviço doméstico e outros serviços. Homens com 11 anos de estudos ou mais, no ano de 2003, ganhavam 35% a mais que as mulheres. No ano de 2011, homens com 11 anos de estudos ou mais ganhavam cerca de 31% a mais do que as mulheres com a mesma escolaridade. Em todos os níveis de escolaridade do ano de 2003 e 2011, a obtenção de recursos financeiros dos homens em relação às mulheres teve uma distância significativa.

O estudo verificou que o fato de homens e mulheres terem a mesma escolaridade não eliminou a discrepância salarial entre eles. Mesmo em setores que não exigem nível superior como no caso do comércio, houve um distanciamento de 38,51% no ano de 2003, e de 39,64% no ano de 2011 em relação aos rendimentos dos homens para os rendimentos das mulheres. As mulheres que ocupam o mesmo setor de trabalho do que os homens recebem menos. Os ganhos deles foram superiores aos ganhos delas, ilustrando as vantagens econômicas que os homens têm sobre as mulheres. A maior porcentagem de ganhos a mais dos homens em relação às mulheres está registrada no ano de 2003, em “outros serviços” (43,92%). A maior diferença registrada no ano de 2011, de acordo com a pesquisa do IBGE (2012), está no setor da administração, ilustrando mais uma marca do *status* masculino.

Quando a desigualdade de oportunidades entre homens e mulheres é mensurada por raça, as discrepâncias se tornam ainda mais evidentes. Os estudos de Lima et al (2013) demonstram que houve uma bipolarização das ocupações femininas, os avanços educacionais das mulheres demarcaram mudanças nas suas funções. As mulheres passaram a exercer funções menos manuais e, como consequência, houve um aumento no rendimento. Por outro lado, houve um crescimento de ocupações pouco valorizadas e informais. A renda de mulheres pouco escolarizadas decaiu.

Os estudos de Lima et al (2013) foram pautados em dois períodos. O primeiro período abarcou uma fase de pouco crescimento econômico entre os anos de 1999 e 2002, já o segundo foi de crescimento econômico e formalização de empregos. Os estudos mostraram que as mulheres que conquistaram ocupações compatíveis com o nível superior de escolaridade são predominantemente brancas. As mulheres negras ainda permanecem majoritariamente no emprego doméstico e empregos ligados à indústria.

O emprego continua apresentando fortes ligações com a saúde. Tipos específicos de emprego estão ligados à mortalidade; algumas ocupações têm menor prestígio e demandam muito esforço físico, podendo expor trabalhadores aos riscos no local de trabalho, como em condição tóxica, aumento do nível de movimentos repetitivos e as exigências do local de trabalho, bem como estresse que pode induzir outros comportamentos negativos na saúde. As demandas de estressores crônicos estão associadas a piores condições de saúde. O estresse em curto prazo está associado aos eventos negativos da vida. Exposição constante a situações de estresse leva ao aumento e susceptibilidade de doenças psicológicas e físicas comprometendo o bom funcionamento corporal (ONGE, 2014).

A condição de trabalho do indivíduo também influencia o seu estado de saúde. Muitos indicadores de *status* ocupacional podem ser ultrapassados devido à natureza mutável do trabalho, em que trabalhos manuais deram lugar a ocupações de serviços de condições precárias e a baixos salários. Alguns pesquisadores sugeriram que uma classificação ocupacional mais significativa é necessária para avaliar melhor o relacionamento entre o prestígio ocupacional e saúde (BATEMAN, 2014).

2.6.3 Educação

A revisão de literatura de Baker (2014) aponta que a educação, como medida do *status* socioeconômico, é o primeiro marcador do *status* social e a principal via de mobilidade ascendente precede e influencia substancialmente outras medidas de *status*

socioeconômico, incluindo ocupação, ganhos e riqueza. A educação pode influenciar estilos de vida saudáveis, incluindo dieta, exercício físico, consumo de bebidas alcoólicas e vícios relativos ao cigarro. Assim, mais pessoas altamente educadas são mais saudáveis em parte, porque elas têm mais probabilidade para identificar comportamentos que asseguram uma boa saúde.

A educação é normalmente definida como anos de educação concluídos ou em termos de credenciais ou grau obtido. O grau de educação é medido pela quantidade de anos de escolaridade que são completados. Esse modelo pressupõe que o aumento à exposição aos resultados escolares resulta em melhor conhecimento cognitivo e habilidades não cognitivas. O aumento da educação em termos da vantagem é visto como ampliação de oferta no mercado de trabalho, tais como rendimentos mais altos e melhores empregos (BAKER, 2014).

Quando o grau de educação é mensurado por raça, é possível observar distanciamento educacional entre brancos e não brancos. A desigualdade educacional entre brancos e não brancos é ainda mais nítida quando a idade e escolaridade estão desajustadas⁸. Embora o nível de escolaridade seja em grande parte determinado pelas características das origens sociais das pessoas, é, por sua vez, um determinante importante das suas chances de vida subsequente, suas conquistas ocupacionais e econômicas, bem como a sua saúde e longevidade. A educação pode ser vista como uma espada de dois gumes no processo de estratificação. De um lado, é uma via importante para a mobilidade social de homens e mulheres de origem de baixo estrato social. Por outro lado, a educação contribui para a transmissão da desigualdade entre gerações, uma vez que é distribuída de forma desigual entre os estratos sociais. Se o indivíduo executa mais do primeiro ou mais do último depende da extensão de qual nível educacional é afetado pelas origens sociais (Shavit e Yaish, Bar-Haim, 2007).

A revisão de literatura de Shavit Yaish e Bar-Haim (2007) aponta que a educação em massa é inerentemente desigual. Os alunos são testados, classificados e rotulados como mais ou menos capazes. O sistema educacional estratifica os grupos sociais porque é do interesse das instituições educacionais fazê-lo. Empregadores esperam que o sistema educacional classifique, selecione e rotule, porque eles dependem de credenciais para filtrar trabalhadores capazes de executar as tarefas. As famílias de alta renda podem pagar os custos da educação e permitir que seus filhos

⁸ Esse fato ocorre quando o aluno não está na faixa etária correspondente ao ano escolar, por exemplo, um aluno que está cursando o quinto ano escolar deveria estar na faixa etária de 10 anos de vida.

permaneçam na escola por mais tempo. A estrutura do currículo também influencia a estratificação pela colocação do curso dos alunos e pelo currículo que é oferecido nas escolas. Além disso, a renda familiar na infância tem um efeito mais forte em nível educacional secundário do que a renda familiar contemporânea. Esse fato sugere que o efeito da renda familiar no nível educacional é mediado por processos de desenvolvimento.

Criança criada nos estratos afluentes de seus pais internalizam em casa os códigos culturais da cultura dominante que prevalece nas escolas. Dessa forma, recebem uma vantagem no processo de obtenção educacional sobre as crianças cujos pais estão menos enraizados nos códigos culturais de elite. As realizações educacionais subsequentes e as crianças criadas na pobreza são menos propensas para o desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias para o sucesso educacional (SHAVIT E YAISH, BAR-HAIM, 2007). A condição de moradia da criança influencia a sua aprendizagem na escola. Uma criança que reside em uma casa com poucos cômodos onde várias pessoas transitam tem maiores dificuldades de aprendizagem na escola e de resolver as questões dos deveres de casa, sendo o seu desempenho menor do que o de uma criança que tem uma estabilidade emocional em casa, um espaço propício para o estudo e realização da tarefa de casa, bem como professores particulares disponíveis para auxiliar as tarefas escolares.

Educação afeta a saúde e mortalidade por meio de uma variedade de possíveis mecanismos. O aumento dos níveis de conhecimento é um deles. Esse conhecimento não está relacionado simplesmente ao entendimento acadêmico, mas sobre perspectivas psicossociais associadas à probabilidade de ter uma vida saudável. Nesse contexto, a relação médico e paciente também é ressignificada. Estudos apontam que os médicos são mais propensos para a prescrição de tratamento intensivo e eficaz para indivíduos que eles acreditam que são mais ativos em conformidade com as prescrições médicas e mais capazes de compreender as demandas do tratamento (ONGE, 2014). A educação também influencia a interpessoalidade e redes sociais que têm correspondentes efeitos sobre a saúde.

A educação estrutura as ações individuais de comportamentos saudáveis que são muitas vezes moldadas pelas escolhas coletivas, abrangendo um conjunto de normas e preferências que estruturam comportamentos que estão relacionados a uma boa saúde (ONGE, 2014).

Renda, educação e ocupação estão relacionadas à saúde por causa das recompensas estruturais ou materiais associadas a esses indicadores. Educação e ocupação influenciam a renda, que, por sua vez, influencia o poder de compra de um indivíduo em relação às despesas de saúde, bem como promoção de qualidade de vida; além da sua capacidade de obter maiores rendimentos. A educação está associada à aquisição de habilidades cognitivas e não cognitivas, como autoeficácia, inteligência, sentimentos de controle, motivação e capacidade de resolver problemas. Educação é uma instituição socializadora, uma chave para decifrar muitos comportamentos de saúde na idade adulta que foram formados ainda na infância (BAKER, 2014).

A revisão de literatura de Once (2014) aponta que a relação *status* socioeconômico e saúde foi observada desde meados do século XIX com resultados que continuam até os dias de hoje. O século XX testemunhou declínios sem precedentes na mortalidade e aumento dos níveis de expectativa de vida com a melhoria das principais condições sociais. No entanto, o *status* socioeconômico continua a exercer um profundo efeito sobre a saúde em ambos os países menos desenvolvidos e continua sendo importante área de estudo em várias disciplinas, incluindo medicina, sociologia, epidemiologia, economia e demografia.

Para fins deste estudo, é importante dialogar sobre a classificação racial no Brasil. Seria inviável e incompleto dissertar sobre desigualdade de classe, educação e renda no Brasil e, conseqüentemente, o estado de saúde, sem ligar esses fatores à desigualdade de oportunidades sociais com as questões de hierarquia racial no país e a velha dicotomia entre brancos e não brancos que ainda não foi superada pela sociedade brasileira. O próximo capítulo abordou um breve contexto sobre a construção das discrepâncias raciais brasileiras.

3. DESIGUALDADES RACIAIS NO BRASIL

Ao analisar a construção social e histórica do Brasil, inserindo o fator raça como marcador de desigualdades de oportunidades, foi possível perceber que as assimetrias entre os grupos de pessoas não se limitam às oportunidades socioeconômicas. Os estudos de Florestan Fernandes (1965) e de Telles (2004) apontaram que vários foram os empecilhos sociais para que a equidade de oportunidade entre brancos e não brancos não se tornasse uma realidade. As desigualdades entre os grupos foram apoiadas pela crença da igualdade de oportunidade racial. Esse sistema pregava que brancos e não brancos tinham as mesmas oportunidades educacionais, socioeconômicas e culturais. Essa crença vem se reproduzindo ao longo da construção história brasileira.

Do ponto de vista do discurso dessa ideologia, brancos e não brancos tinham a mesma oportunidade, a hierarquia racial era apontada como consequência natural dos não brancos de não saberem aproveitar as oportunidades (DOMINGUES, 2001). Essas perspectivas de harmonia racial brasileira eram baseadas nas relações raciais do Estados Unidos. O conflito entre brancos e negros estadunidenses era marcado pela política segregacionista do *apartheid*. Como o sistema de segregação racial nos Estados Unidos servia de parâmetro para medir conflitos raciais no Brasil, as disparidades de oportunidades entre brancos e não brancos, nas primeiras décadas do século XX, não eram percebidas como preconceito racial; as assimetrias eram entendidas como resultado de diferenças de ordem econômica (DOMINGUES, 2001). Porém os fatores socioeconômicos não deram conta de explicar a desigualdade racial em sua plenitude. Para além dos fatores socioeconômicos estão os fatores de saúde.

Além desta introdução que especifica o enfoque da estrutura do capítulo e apresenta o assunto investigado, a proposta deste capítulo foi apresentada por meio de sete seções das quais configuraram parte deste projeto. A seção 3.1 abordou a distinção entre etnia e raça. Os estudos apontaram que, apesar da falta de uma base biológica para a concepção de raças humanas distintas, a raça ainda detém o poder monumental como uma categoria social. A seção 3.2 abordou a construção da hierarquia racial no Brasil, onde foi pontuado um breve histórico comparativo da construção da distinção racial do Brasil e dos Estados Unidos da América-EUA. A hierarquia racial desenvolveu-se de formas distintas nesses dois países. A seção 3.3 abordou as desigualdades de oportunidades marcadas pela cor/raça. A seção 3.4 apresentou Autodeclaração étnico-racial no Brasil. Na classificação popular, existe uma grande variedade de termos utilizados para definir a cor das pessoas. Para fins deste estudo, foi utilizado o modelo de categorias raciais do IBGE. A seção 3.5 abordou as disparidades raciais na saúde, comportamentos que colocam a saúde em risco, estilo de vida, a fim de delinear as disparidades por cor/raça. O estudo revela que a desigualdade manifesta-se em vários períodos da vida, porém as disparidades raciais se tornam mais aparentes na fase adulta. A seção 3.6 abordou a discriminação indireta ou não intencional e a discriminação direta e intencional e sua relação com as chances de saúde não boa entre os grupos. A (seção) seção 3.7 apresentou a revisão de literatura sobre a desigualdade de saúde entre brancos e não brancos. Os estudos foram pautados na desigualdade de raça e gênero, delineando também a desigualdade de oportunidades e a dificuldade de manutenção da

saúde da mulher por cor/raça, bem como as assimetrias de indicação de exames e tratamentos ginecológicos preventivos.

3.1 Distinção entre raça e etnia

Neste estudo, torna-se importante distinguir raça e etnia, pois em vários momentos serão analisadas as desigualdades de distribuição de recursos no Brasil fundamentadas nas diferenças raciais.

3.1.1 Etnia

Etnia e raça são termos distintos, mas que estão entrelaçados em seus significados, tornando difícil separar um do outro. Alguns grupos que denominamos como sendo grupos raciais são na verdade grupos étnicos. Nos últimos 30 anos, a busca pela definição de grupos étnicos, identidade étnica e etnicidade vem crescendo, mas seus significados variam de uma sociedade para outra (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

Etnia implica em uma identidade específica, instável e de difícil definição. A palavra étnica tem uma longa história. O termo *ethnic* é derivado da palavra grega *ethnos* que possuía o significado de nação, no entanto não possuía o mesmo significado de uma unidade política. O significado remetia a uma união de pessoas que tinham sangue ou descendência em comum (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

No século XX, a palavra foi ressignificada, mas continuou atrelada ao contexto de significado religioso, caminhando para o sentido de qualificar as pessoas, separando-as entre o “nós” e “eles”, disseminando a ideia de que apenas “eles” (as outras pessoas) poderiam ser étnicos e “nós” não. A ideia de etnicidade se referia a um modo particular de definir não só o outro, mas também a nós mesmos. Etnicidade então era a definição do termo étnico que estava contida no termo delineado na identidade étnica (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

Etnia é a identificação do vocábulo que está nos termos citados acima. Uma minoria étnica é uma identidade concebida em tais termos a um pequeno grupo, uma população ou coletividade social. Uma vez que a identidade se torna subjetiva, a população se vê em termos étnicos (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

Os estudos de Cornell e Hartamann (1997), fundamentados na definição sociológica de Max Weber sobre o significado de etnia, apontaram que na formação dos grupos étnicos não importa se as relações são sanguíneas ou não, existem outros elementos que são mais importantes para essa definição. A base potencial dessa crença está contida em múltiplas referenciais, variando das semelhanças físicas às práticas

culturais compartilhadas como uma experiência na interação intergrupar (CORNELL e HARTAMANN, 1997). O que une as pessoas em um grupo étnico é a identidade, que pode ser física, religiosa, política, cultural, dentre outros. Além das semelhanças físicas, os desejos em comum por mudanças ou proteção colaboram para que essas pessoas se identifiquem umas com as outras, isso ocorre quando o desejo de ser indivíduo é menor do que o desejo de ser coletivo.

O significado de grupos étnicos como já pontuamos é complexo, pois varia com o tempo, tornando-se distinto entre as nações. Os conceitos partilhados tornaram-se mais próximos do compartilhamento de culturas. Um grupo étnico tornou-se um grupo de pessoas que se distinguiram em grande parte pela cultura comum, tipicamente incluindo linguagem, religião ou padrões de comportamento e crença (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

3.1.2 Raça

Em termo técnico, a raça pode ser pensada como uma distinção genética das populações de uma mesma espécie. Esse é um pequeno uso do pensamento voltado para a definição das raças humanas, no entanto, para a genética, diferenças entre grupos humanos que nós vimos como raça são tipicamente insignificantes. Apesar da falta de uma base biológica para a concepção de raças humanas distintas, a raça ainda detém o poder monumental como uma categoria social. Em muitas sociedades, a ideia de distinção biológica continua sendo um desafio para o senso comum, uma base de ação social, uma base da política do governo. E, muitas vezes, uma justificação para o tratamento diferenciado de um grupo por outro (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

Biólogos, antropólogos, físicos e outros estudantes da fisiologia humana e da genética há muito tempo discordaram sobre a existência de diferença genética que marcam as distinções entre as raças e sobre quantas raças humanas existem. Por vários séculos, estudiosos de uma faixa ou de vários países tentaram esclarecer o número de raças humanas no mundo. Claramente, o consenso quanto à natureza e ao número de raças humanas tem sido difícil de alcançar (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

Raça, como grupos étnicos, não são estabelecidas por um conjunto de forças naturais, mas são produtos de percepção humana e classificação. São construções sociais. Podemos definir raça no sentido de qualificação das pessoas, como um grupo de seres humanos socialmente definidos com base na percepção de características físicas comuns, tais como cor da pele, textura do cabelo, formato do nariz, dentre outras características comuns. A seleção de marcadores determina quais são as características

que constituem a raça e, por conseguinte, a construção da própria categoria racial (CORNELL e HARTAMANN, 1997).

3.2. Construção da Hierarquia Racial no Brasil

Tanto o Brasil quanto os Estados Unidos foram colonizados por europeus, mas o contexto dessa colonização desenvolveu-se de forma distinta entre esses dois países. O objetivo dos portugueses aqui era explorar e enviar riquezas para a Europa, precisando para isso de mão de obra barata. Uma vez que os indígenas não se encaixaram nesse modelo, por diversos fatores, foi necessário que os colonizadores buscassem africanos escravizados para alcançarem seus objetivos. O Brasil trouxe sete vezes mais africanos para a América do Sul do que os colonizadores da América do Norte. A forma de desenvolvimento do conceito de diferenciação racial no Brasil foi distinta da forma de desenvolvimento do conceito dos EUA. No final do século XIX e no início do século XX, os dois países receberam milhares de imigrantes para trabalharem nas indústrias. A presença desses imigrantes apenas reforçou as diferenças raciais no Brasil (TELLES, 2004).

A classificação racial entre EUA e Brasil não é uniforme. Uma pessoa que é considerada branca no Brasil pode ser considerada negra nos EUA. A legitimação da segregação racial nos EUA configurou um sistema de descendência mínima para apontar quem é negro e quem não é no país. O sistema foi denominado de *one drop rules* (uma gota de sangue) como descreveu Telles (2004):

Dependendo do estado, os negros eram definidos legalmente como aqueles que tinham pelo menos um oitavo, um dezesseis ou um trinta e dois avos de ascendência africana, ou seja, determinava-se que todas as pessoas de mistura racial com mínima mescla africana fossem classificadas como negras. Embora essas leis tenham sido abolidas nos anos 1960, o regime de ascendência continua influenciando na classificação dos “negros” nos Estados Unidos (TELLES, 2004, p.66).

Após a abolição da escravatura nos EUA, alguns estados reconheciam a categoria de mulatos como sendo uma categoria distinta. O sistema de gota de sangue veio como um meio de enquadrar os mulatos na categoria dos negros. O censo norte-americano, entre os anos 1850 a 1910, utilizou a categoria mulato e, às vezes, *quadroons* e *octaroons* para designar os resultados da miscigenação. Os mexicanos foram incluídos no censo em 1930 como uma raça separada e, em 1960, os irlandeses também foram inseridos (no Censo). O censo de 2000 ofereceu múltiplas categorias raciais (Telles, 2004). Mesmo após o fim da segregação legal, as classificações raciais

continuam determinando as desigualdades de oportunidade sociais e raciais. A cor da pele determina qual o lugar reservado para as pessoas na sociedade.

Nos Estados Unidos, as formas distintas de segregação e discriminação, que separavam negros e brancos, eram bastante claras, como anúncios de emprego ou imobiliário, ou as vagas nas universidades, que especificavam a exclusão ou a rejeição explícita de estudantes negros com base na sua raça. Tais formas foram parcialmente amenizadas com a Lei dos Direitos Civis de 1964, implementada nos Estados Unidos, mas que não tem sido consistentemente aplicada. Estudos de auditoria experimental demonstram claramente que a discriminação está encoberta, sendo difícil de ser detectada. A recusa de servir negros americanos é ilegal, mas o desrespeito é recorrente. Comumente negros americanos experimentam prestação de maus serviços. (PHELAN E LINK 2015). No caso do Brasil, o racismo ocorre na maioria das vezes de uma forma velada, tornando difícil detectá-lo. O silenciamento do racismo adoece causando estresse e ansiedade nas pessoas que sofreram discriminação racial.

Na África do Sul, o sistema de segregação legal foi denominado de *apartheid*, sendo oficializado em 1948. O sistema consistia em leis que limitavam os direitos da população negra para privilegiar a minoria branca. A população negra era impedida de estudar na mesma escola da minoria branca e impedidos de frequentarem os mesmos espaços sociais dos brancos. O direito de propriedade foi retirado da maioria da população negra. Esse direito foi reestabelecido após o fim do *apartheid*.

No caso do Brasil, a segregação racial ocorreu pela política de branqueamento da população negra. Uma das teorias da segregação racial no Brasil é creditada ao medo que a elite branca tinha de que as culturas dos povos africanos dominassem o país. A construção de um imaginário negativo da população negra pelo europeu, demarcou as diferenças raciais na elaboração social e histórica do Brasil. Apesar dos avanços de políticas antirracistas, essa construção negativa sobre a população negra permanece até os dias de hoje.

A revisão de literatura de Bento (2002) apresentou que os europeus viam os africanos⁹ como povos primitivos, pelo motivo de eles não compartilharem da cultura europeia. Na época da chegada dos portugueses ao Brasil, a política e a religião governavam em conjunto de forma que era complexo separar essas duas categorias. A

⁹ A expressão os africanos é referente ao conjunto de países do continente africano. A revisão de literatura não fez referência singular aos países estudados, utilizando como referência a expressão “os africanos”. Atualmente o continente africano possui 53 países, cada qual com sua singularidade (grifo meu).

elite brasileira era descendente dos europeus e guardavam medos da cultura de alguns países africanos. Os europeus tinham medo da liberdade sexual dos povos africanos assim como suas vestes que afrontavam a cultura do pudor europeu, que tinham como costume cobrir todo o corpo. A igreja europeia condenava o sexo fora do casamento, principalmente das mulheres. A sexualidade africana era condenada pelos europeus, pois alguns povos africanos não compartilhavam da ideia de castidade antes do casamento. A igreja projetou para a elite branca o medo da cultura dos povos africanos. A elite branca e o Estado elaboraram planos para conter o avanço de uma civilização pagã. Disseminou no imaginário da população que os negros, os judeus e os mendigos eram mensageiros do satã, sendo estes perseguidos e estigmatizados. A prática da cultura africana e afro-brasileira tornou-se um ato negativado e desvalorizado. Esse medo foi intensificado em um período próximo à abolição da escravatura, pois havia muitos negros libertos que se dedicavam à luta contra a escravidão. O medo de que estes se tornassem protagonistas da abolição e, conseqüentemente, pudessem causar uma revolução, perpetuando e espalhando seus costumes e suas culturas, consideradas pagãs pela Igreja Católica, fez com que o processo da abolição da escravatura fosse acelerado. O pânico da elite brasileira fez com que o Estado investisse na política de imigração branca, para conter o crescimento da população negra, assim como seus costumes. No período pós-abolição, não houve um planejamento de inclusão dos negros e negras libertos na sociedade brasileira. A população negra era livre, mas não gozava dos mesmos direitos da elite branca. O acesso aos bens básicos, tais como educação, moradia, alimentação de qualidade, era ineficiente para suprir a população. Conseqüentemente a saúde física e mental dessa população era afetada pela condição precária em que vivia. As camadas mais pobres não foram favorecidas. A preocupação da elite da época implicava nos gastos que viriam com a inclusão educacional de negros e negras livres, mulheres e homens pobres.

A revisão de literatura de Bento (2002) aponta que a desigualdade de saúde entre as raças já era evidente no período que antecedia a abolição. Os laudos de mulheres de maioria negra internadas em um asilo tinham diagnósticos de degeneradas sexualmente. Os laudos eram baseados nas características físicas das mulheres, tais como lábios e nariz grandes e pés achatados. As mulheres que possuíam essas características eram consideradas como ninfomaníacas. Doenças tais como tuberculose, sífilis, loucura e predisposição para cometer infração também eram creditadas à população negra. A preocupação do Estado e da elite era em conter o comportamento “fora do padrão”,

estabelecido pela elite brasileira da época, juntamente com médicos e psiquiatras. Sendo assim, apresentaram propostas de imigração europeia a fim de disseminar a miscigenação, com a expectativa de que a população negra desaparecesse do Brasil.

O negro foi alforriado, tornou-se livre para caminhar nas vilas e povoados, mas foi exatamente no momento da pós-abolição que conheceu o significado da palavra marginal. Era livre, porém carregava consigo o estigma da escravidão (JESUS, 2005). Seus descendentes herdaram essa cicatriz e padecem até os dias de hoje com a discriminação. No período pós-abolição, várias políticas já tinham sido instituídas, mas nenhuma delas inseria de fato a população negra na sociedade. A revisão de literatura de Fonseca (2009) demarca que as políticas afirmativas da época serviam mais para alijar o negro do que para torná-lo visível socialmente. As políticas criadas entre os séculos XVI e XIX e as várias legislações sancionadas pelo Estado não tinham como intenção diminuir as desigualdades sociais entre negros, indígenas e brancos nacionais e estrangeiros. As ordenações, tais como as ordenações Afonsinas (1446-47), Manuelinas (1512-13) e Filipinas (1603), foram constituídas antes da abolição¹⁰ da escravatura, mas vigoraram até o ano de 1916. Essas ordenações protegiam os escravistas e condenavam os escravizados, acentuando ainda mais as assimetrias de oportunidades sociais entre negros e brancos.

3.3 Desigualdades raciais: a cor da pele como marcador de oportunidades

As políticas criadas no Brasil na tentativa de amenizar o efeito das desigualdades de oportunidade entre brancos e não brancos produziram efeito contrário. Uma das políticas que teve efeito colateral na década de 1930 foi a política da democracia racial. Tal política pregava que a fusões dos indígenas, brancos e negros tinha sido benéfica igualmente para ambos. A ideia de que a escravidão tinha ocasionado menos malefícios no Brasil do que nos Estados Unidos da América-EUA já havia se tornado um conceito aceito pela sociedade, forçando a pérfida ideia de que a transição e inclusão dos não brancos no meio social no pós-abolição foram pacíficas (TELLES, 2003).

As crenças de Gilberto Freyre sobre a miscigenação auxiliaram o retardamento das políticas de inclusão do negro na sociedade (TELLES, 2003), tais políticas sobrevinham paulatinamente, sendo adquiridas pelas lutas dos movimentos sociais da população não branca.

¹⁰ A abolição da escravatura ocorreu no Brasil no dia 13 de maio de 1888. O Brasil foi um dos últimos países a implementar a abolição.

A tentativa de branqueamento da população negra por meio da miscigenação “levou mais tarde o ativista negro Abdias do Nascimento (1978) a acusar as ideias de Freyre de terem promovido uma campanha de genocídio contra a população negra do Brasil, na qual a elite procurou eliminar a cultura e o povo negros através da miscigenação.” (TELLES, 2003 p.27).

A dialética dos estudiosos da época comparavam as relações raciais no Brasil com as relações raciais no EUA. Gilberto Freyre, herdeiro de latifundiários nordestinos, concluiu seus estudos na região do Texas, EUA. Tornou-se professor e lecionou no país durante alguns anos, tendo a oportunidade de viajar pelo sul do país. No EUA, conheceu a política do *apartheid*¹¹. “Nos anos 1930, Gilberto Freyre (1937, 1986) reduziu a sociedade brasileira à família patriarcal da região Nordeste, a qual ele descreve como sendo o berço da civilização brasileira e onde a miscigenação encontra sua maior expressão.” (TELLES, 2003 p.17). Comparando as condições sociais impostas aos negros nos EUA com as condições sociais dos negros no Brasil, Freyre foi levando ao engano de que no Brasil não havia a segregação racial. A miscigenação diminuiu seu viés negativo, mas não abandonou seus fortes traços da política do branqueamento.

A grande massa de europeus imigrando para o Brasil e a contínua miscigenação deixaram muitos eugenistas brasileiros confiantes de que seu país estava embranquecendo com sucesso. Por exemplo, em 1912, João Batista Lacerda, certo de que a miscigenação acabaria por produzir indivíduos brancos, previu que em 2012 a população brasileira seria composta por 80% de brancos, 3% de mestiços, 17% de índios e nenhum negro. (TELLES, 2003 p.23)

Os estudiosos da época acreditaram que a miscigenação era um atraso para o país. Na tentativa de achar uma resolução para o problema, a política de imigração foi implementada. A elite pensou que eliminaria os problemas sociais eliminando a população negra, porém nos anos 1920 cessou a imigração europeia e a política de branqueamento no Brasil perdeu sua força. As preocupações passaram a ser em torno da falácia da democracia racial, reforçada pelo livro **Casa grande e Senzala** de Gilberto Freyre (TELLES, 2003). Por outro viés, estudiosos como Florestan Fernandes (1965), contemporâneo de Gilberto Freyre, pautou seus estudos no sul do país, onde as desigualdades de oportunidades entre brancos e pretos era mais evidente.

Os estudos de Florestan Fernandes (1965) sobre democracia racial no Brasil apontaram que após a abolição os não brancos permaneceram à margem da sociedade. Os negros eram livres simbolicamente, pois o comportamento dos membros da elite

¹¹ Política de segregação racial.

continuava rígido e autoritário, robusteciam perante a possibilidade de políticas voltadas para a melhoria da condição econômica, cultural e social dos não brancos. As agitações em prol da diminuição das desigualdades eram desestimuladas a fim de manter a ordem social. Os estudos de Jesus (2005) apontaram que em 1872 (região Sul), já existiam associações formadas pelos não brancos, com objetivo de demarcar as fronteiras sociais por meio de ações que visavam inserir os não brancos na sociedade brasileira.

A condição que se estabeleceu, com o silêncio e as omissões da elite, a fim de não perder os privilégios adquiridos com o sistema de classes implementado no Brasil colônia, conecta o presente ao passado (TELLES, 2003), as amarras da escravidão ainda persistem no cenário social brasileiro. As desvantagens sociais impostas pela falácia da “democracia racial” colocou os não brancos em desvantagens sociais, econômicas e culturais que ainda não foram superadas.

Mesmo depois da abolição da escravatura, os pensamentos da elite ainda eram voltados para o sistema escravocrata. Os estudos de Fernandes (1965) apontaram as consequências da desigualdade entre brancos e pretos no pós-abolição, a diferença de classe foi perpetuada pela estimação do preto, mantendo o afastamento cultural, social e econômico entre brancos e não brancos, estruturado de modo que cada qual permaneça na classe estabelecida pela construção social e histórica. A herança cultural dos padrões preestabelecidos pela sociedade, como o lugar do branco e o lugar do preto no meio social, exibe um padrão que, mesmo depois de diversos processos criados para amenizar essas assimetrias, ainda se mostra muito presente na sociedade brasileira.

O fracasso da ideia de democracia racial no Brasil veio a público com a publicação do livro *Brasil 2000: Um futuro sem fantasia*. A obra deixa bem claro na introdução quem obteve o ônus e quem obteve o bônus do processo histórico da construção do Brasil.

Não, nós não nos tornamos segregacionistas violentos, mas não podemos conscientemente nos orgulhar de nossa “democracia racial”. Como iremos reagir quando os negros superarem as desvantagens sociais e econômicas que os segregam? E quando os alunos universitários negros deixarem de representar apenas 448 entre 5.600.000 de indivíduos? Hoje, os negros não causam problemas, mas o que acontecerá quando eles tiverem poder econômico suficiente para comprar títulos de clubes privados, ou estudar em escolas particulares caras, ou exigir sua admissão para importantes cargos e ofícios? Ou morar em bairros de primeira classe? Seremos maduros o suficiente para aceitá-los como irmãos em tudo, ou estaremos caminhando para um conflito racial? (FREITAS apud Freitas TELLES, 2003 p.33).

A publicação dos estudos de Telles (2003) completam 15 anos. Durante esse tempo, foram criadas políticas e leis a fim de amenizar as assimetrias entre brancos e

não brancos. Apesar da criação da lei nº. 1.390/1951¹² antirracismo, demarcando que existe racismo no Brasil, as amarras visíveis da sociedade promovem o racismo velado, levando, por vezes, as pessoas a acreditarem que a cor da pele não define as oportunidades de vida, mas é fato que a cor da pele é um marcado de desigualdade.

Atualmente as políticas sociais e afirmativas são amplas, o ajuntamento delas procura sanar vários problemas sociais, econômicos e culturais. Telles (2003) já ressaltava a importância das políticas sociais e afirmativas:

Tais políticas não buscam simplesmente eliminar ou aliviar a pobreza material, mas também se propõem a eliminar ou reduzir as discriminações por classe, raça, gênero ou de outros tipos que impeçam o acesso dos cidadãos à justiça social. Isso inclui tanto políticas universalistas aplicáveis a toda a população ou aos pobres, como também políticas mais específicas de combate à discriminação e promoção de categorias de pessoas que tradicionalmente são excluídas com base em características particulares, como a raça. (TELLES, 2003 p.13)

As desigualdades de oportunidades são reproduzidas em grande parte pelas instituições e reforçadas principalmente pela cultura de massa por meio da mídia, pautadas no sistema de classificação racial. Tal sistema reproduz insistentemente as desigualdades entre brancos e não brancos, notadamente as assimetrias entre brancos e pretos são bem demarcadas na sociedade brasileira (DIOGO, 2013), reforçando a permanência das desigualdades de oportunidade entre pretos e brancos. Em tese, sempre haverá desigualdade racial no Brasil; enquanto o contexto socioeconômico for pautado na classificação de oportunidades por cor/raça, é impossível que cada grupo tenha exatamente as mesmas quantidades de oportunidades. Outro fator que reforça as assimetrias de chances de vida entre brancos e não brancos está inserido em políticas pautadas na falácia da democracia racial e da meritocracia de acesso à educação de qualidade e aos bens básicos. Nesse contexto, insere-se a democracia racial¹³ estimulada por Freyre (1933) na tentativa de superar as distâncias iniciais dos grupos formadores das classes brasileiras. Tal tentativa proporcionou a invisibilidade da marca original da desigualdade entre brancos e não brancos. Essa tentativa romantizada de harmonia

¹² A lei n. 1.390/1951 consiste na penalização do indivíduo que por racismo impedir que indivíduos da população negra tenha acesso a serviços e bens por conta de sua cor ou raça. Atualmente existem outras leis com o intuito de amenizar o racismo.

¹³ A democracia racial no Brasil pregava que a fusão dos indígenas, brancos e negros tinha sido benéfica igualmente para ambos. A ideia de que a escravidão tinha ocasionado menos malefícios no Brasil do que nos Estados Unidos da América-EUA já havia se tornado um conceito aceito pela sociedade. Forçando a pérfida ideia de que a transição e inclusão dos não brancos no meio social no pós-abolição havia(m) sido pacíficas (TELLES, 2003).

social, entre brancos e não brancos, gerou vários debates entre antropólogos, sociólogos e movimentos sociais, tendo destaque o movimento negro. Do ponto de vista socioeconômico, essa tentativa não fazia sentido, pois as oportunidades econômicas entre brancos e não brancos era bem demarcada.

Os estudos de Florestan Fernandes (1965) sobre democracia racial no Brasil apontaram que os não brancos ao longo da construção da história socioeconômica do Brasil não tiveram as mesmas oportunidades do que os brancos. Ao longo da história do desenvolvimento socioeconômico brasileiro, as agitações em prol da diminuição das desigualdades eram desestimuladas pela elite branca a fim de manter a ordem social. As políticas voltadas para a melhoria da condição econômica, cultural e social dos não brancos, no nível de organização desses planos, era surpreendentemente atabalhado, os projetos eram desfeitos e substituídos por outro antes de alcançarem o objetivo planejado. Foi nesse contexto que se desenvolveram as classes sociais no Brasil.

3.4. Autodeclaração étnico-racial: perspectivas culturais de classificação

O Brasil passou pelo processo de escravidão, mas com a abolição da escravatura não teve um processo legal de segregação racial. O embranquecimento da população promovido pela elite brasileira tornou a classificação racial um ato individual. A problemática consistia em quem era mais branco ou mais próximo de ser branco na sociedade brasileira. A segregação racial no Brasil não foi oficial, mas promoveu a distinção entre as raças muito próximas da classificação de países tais como EUA e África do Sul onde ocorreu a segregação legal (Telles, 2004).

A política de embranquecimento da população negra, assim como a ausência de uma classificação racial oficial no Brasil, colaborou para a problemática do sistema de autodeclaração. Os indivíduos brasileiros se autodeclaram pretos, pardos, brancos, indígenas, amarelos, dentre outras categorias com as quais se identificam. Como resultado da autodeclaração, tornou-se mais complexo saber quem é branco e quem não é branco no Brasil. Em sua leitura sobre Sansone (1997), Telles apontou que existem três tipos de complicações para detectar quem é preto no Brasil:

Sansone (1997) observou que a classificação racial de uma pessoa no Brasil fica mais complicada pela presença de pelo menos três grandes sistemas de classificação racial para caracterizar a grande maioria de brasileiros em um *continuum* de cores do branco ao negro. Cada um deles emprega diferentes concepções de raça, possuindo um conjunto de categorias que variam em número e grau de ambiguidade, e quando aplicam uma mesma categoria, seu significado pode variar dependendo do sistema. São esses: (1) o sistema dos censos, com suas três principais categorias (branco, pardo e preto) ao longo do *continuum*; (2) o popular, que utiliza inúmeras categorias, inclusive o termo especialmente ambíguo moreno e (3) o sistema originado do

movimento negro, mais novo, que usa apenas os termos negro e branco (TELLES, 2004, p.67).

O censo é aplicado no Brasil, no período de 10 em 10 anos, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e desde 1950 as categorias branco, pardo, amarelo e preto são utilizadas. Na década de 1990, a categoria indígena foi incluída no censo. Os indígenas e os asiáticos representam 1% da população brasileira. 99 % da população brasileira está localizada nas variações preto e branco. Os pardos¹⁴ representam a mistura racial, os termos brancos e pretos situam os extremos de cores. A visão brasileira sobre as raças sofre influência das padronizações do censo, colaborando para a estruturação das relações raciais (TELLES, 2004). O Estado acaba por ditar as categorias raciais, essas categorias não são alteradas constantemente.

Na classificação popular, existe uma grande variedade de termos utilizados para definir a cor das pessoas. Uma pesquisa do ano de 1976 revelou que no Brasil existia mais de 100 termos para definir a cor da pele dos brasileiros. Em uma das análises de dados realizadas ano de 1976 por Telles (2004), foram encontrados 135¹⁵ termos utilizados em uma amostra de 82.577 brasileiros para tal designação, porém a maioria utilizava os termos básicos¹⁶.

No ano de 1995, foi realizado outro questionário aberto, os entrevistados tinham a possibilidade de autodeclarar sua cor. Os resultados apontaram que 42% dos entrevistados se autodeclararam brancos. O termo pardo foi substituído pelo termo moreno, 32 % dos entrevistados se autodeclararam morenos; 5% pretos e 3% , negros (TELLES, 2004).

Os estudos de Telles (2004) sobre os estudos de Harris e seus colaboradores (1993) apontaram que eles defendiam que a categoria moreno fosse substituída pela categoria pardo, respeitando as preferências populares, já que não viam a possibilidade de o censo ter perguntas abertas sobre cor, justificando que, se o termo moreno fosse substituído pela categoria pardo que é uma categoria oficial, resultaria em um número maior de uma população não branca e um número menor de uma população branca.

O termo moreno causou alguns incômodos nas análises de Telles (2004), compartilho com ele a complexidade desse termo, pois ele abarca muitas variáveis.

¹⁴ Pardos representam a mistura racial(,) entre brancos e negros. Atualmente essa categoria é por vezes utilizada por brasileiros que não se identificam com a classificação preto ou branco.

¹⁵ 97% da população não asiática e não indígena utilizaram apenas sete termos de raça e 54% destes utilizaram os três termos oficiais do censo (Telles, 2004).

¹⁶ Consideramos para fins deste estudo termos básicos para definir a cor da pele: preto, branco, pardo.

Primeiro ele engloba vários fenótipos, como cor da pele, cor do cabelo e o intercruzamento dessas variáveis. Segundo não há um padrão para definir o que é moreno no Brasil. O termo pode englobar tanto pessoas negras que não se reconhecem como negras, por vários motivos que estão inseridos no contexto da construção histórica hierárquica do Brasil; brancos que não se consideram como brancos por não terem cor da pele clara ou o cabelo liso; ou por pessoas que, por terem pai negro e mãe branca ou vice-versa, não identificam seu fenótipo com o dos brancos nem com o dos negros. A cor do cabelo pode indicar que uma pessoa é morena, mesmo tendo a pele branca. A classificação racial do termo moreno envolve uma complexidade de variáveis, mas não vou discutir todas elas neste estudo. A substituição do termo pardo para o termo moreno dificultaria a mensuração das desigualdades decorrentes das categorias raciais. O movimento negro brasileiro, apesar de não ser oficial, utiliza duas categorias de classificação, negro e branco. O termo moreno, como já foi mencionado neste capítulo, engloba muitos termos, ocultando as possibilidades de mensuração das desigualdades raciais.

Para fins deste estudo, vou trabalhar com o resultado de duas classificações raciais, assim como as dicotomias entre elas, brancos e não brancos (pretos e pardos), passíveis e não passíveis de sofrer racismo e/ou privações sociais por conta de seu fenótipo (tais como cor da pele, formato do nariz, textura do cabelo, dentre outras características de estigmatização estereotipada brasileira, passíveis de causa à desvalorização e ridicularização da pessoa ou grupo racial).

As distinções raciais implementadas no Brasil derivam de seus contextos históricos culturais e sociais, de acordo com as perspectivas culturais de classificação das pessoas miscigenadas pautada no regime de segregação racial legal. O legado da miscigenação de índios, negros e portugueses no país e os resultados classificatórios dessa mistura variam amplamente, pois dependem do interesse pessoal ou da intenção da política pública a ser implantada (Telles, 2004).

As categorizações raciais são frutos da época moderna e da divisão racial que foi implantada a partir da ideia de que uma raça seria superior a outra. Tanto no passado como nos dias de hoje afetam o bem-estar social e a saúde das pessoas. De acordo com os estudos de Figueiredo Santos (2011a), essa desigualdade resulta da dificuldade de acesso aos bens básicos, dentre eles, a saúde. Os fatores socioeconômicos não são os únicos responsáveis pela desigualdade de distribuição da saúde. Na construção social e histórica brasileira, a divisão das pessoas foi baseada em fenótipos, que se tornaram

moldes para estruturar as relações sociais, fornecendo ou retirando oportunidades na vida das pessoas. Por isso, torna-se complexo e praticamente impossível falar sobre desigualdade social de saúde no contexto brasileiro sem mencionar o fator raça, bem como os estudos do sociólogo Figueiredo Santos (2011b), pela contribuição para as discussões que o mesmo possui no que diz respeito ao estudo de desigualdades sociais e distribuição de saúde da população brasileira.

Análise do trabalho de Figueiredo Santos (2011b) apresenta as distribuições percentuais da distância de saúde mensurada por raça e classe. O trabalho analisa a distribuição socioeconômica e a relação desta com a raça e o estado de saúde, relacionando a classe social com a questão da saúde. Um terceiro ponto do trabalho procura comparar classe social e raça, relacionando-os à saúde racial.

As diferenças raciais pautadas no fenótipo das pessoas revelam-se na construção social e histórica do Brasil. As características físicas formaram categorias dividindo as pessoas hierarquicamente em grupos raciais dicotômicos. A classificação das pessoas em brancos e não brancos criou divisões determinantes para a distribuição das oportunidades de vida.

Os estudos de Figueiredo Santos (2009), que investigou a probabilidade da desigualdade de gênero e raça apresentar relação com a hierarquia racial, apontaram que a construção histórica de gênero e raça faz parte de categorias distintas. Para delinear os estudos, foram utilizadas combinações categóricas de gênero e de renda entre os grupos sociais. (FIGUEIREDO SANTOS, 2009).

O estudo destacou a estrutura de desigualdade de oportunidades entre as categorias de classes, homem branco, mulher branca, homem negro e mulher negra. Aponta ainda que as desigualdades de oportunidades de acesso a recursos que são considerados como valiosos estão conectadas à estrutura de classe. A “desigualdade de acesso” é fundamentada na hierarquia racial, os grupos têm acesso desigual de oportunidades. A gestão das oportunidades apresenta implicações raciais discriminatórias, determinando qual o lugar que cada grupo pode ocupar na sociedade, sendo classificados na escala social, homem branco e mulher branca, encontram-se em locais distintos de homem negro e mulher negra. As dificuldades de ascensão social dessa população não branca estão ligadas à desigualdade de oportunidade, o que contribui para o aumento das desvantagens de acesso aos bens básicos e tem consequências excludentes. O aumento da educação como um meio de ampliar as oportunidades ainda ocorre de forma discrepante. Tendo estes que labutarem em

funções que exigem baixa escolaridade, sendo a remuneração compatível com o cargo (FIGUEIREDO SANTOS, 2009).

3.5. Raça e saúde

Embora a raça seja uma construção social, ela é um determinante para o estado de saúde do indivíduo. As disparidades de saúde racial têm vários caminhos, desde morbidade e incapacidade para o uso de serviços de saúde até a falta de tratamento diferenciado para doenças ligadas à raça (FERRARO e MORTON, 2014).

A revisão de literatura de Ferraro e Morton (2014) sobre a distribuição assimétrica do estado de saúde por raça nos americanos revela que a desigualdade manifesta-se em vários períodos da vida, sendo aparente também no período neonatal. A taxa de mortalidade de crianças negras, no período neonatal e o nos primeiros meses de vida, é mais acentuada do que de crianças brancas. Na infância, as crianças negras têm mais prevalência de múltiplas doenças do que as crianças brancas. As taxas de asma, por exemplo, são maiores entre crianças negras do que entre crianças brancas. Embora a hipertensão seja tipicamente vista como uma doença que se manifesta durante a fase adulta, estão surgindo crianças negras e hispânicas com taxas de hipertensão arterial e pré-hipertensão maior do que entre os homens adultos. Esse estado de doença precoce também pode traduzir-se em saúde precária e mortalidade mais precoce.

Na idade adulta, as disparidades raciais se tornam mais aparentes. Os adultos negros americanos têm maior prevalência de diabetes, hipertensão, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, HIV e algumas formas de câncer do que adultos brancos ou hispânicos. Durante a idade adulta, negros americanos apresentam maior mortalidade por doenças, tais como infarto agudo do miocárdio, diabetes, morte cardíaca, insuficiência renal e também por várias formas de câncer (Ferraro e Morton, 2014).

A revisão de literatura de Ferraro e Morton (2014) aponta que pesquisas revelam que as pessoas negras têm maior risco de mortalidade na infância e durante a maior parte da idade adulta, mas algumas pesquisas revelaram uma nivelção ou reversão de riscos de mortalidade para homens em idades avançadas, conforme postulado na tese racial de mortalidade e *crossover*. A probabilidade de homens negros atingirem uma idade avançada é consideravelmente menor que a de homens brancos, porém, para os homens negros que atingirem a idade de idoso, a longevidade melhora consideravelmente. O número de homens negros que atinge esse patamar é bem reduzido, eles raramente atingem a idade de 75 ou 80 anos. A taxa de obesidade é mais alta em adultos negros do que em adultos brancos. Os adultos negros também são

menos propensos que os brancos à prática de atividade física regular fora do trabalho. O tabagismo também tem maior incidência em homens negros. Já o uso de álcool é maior entre os adultos brancos (FERRARO e MORTON, 2014). As intervenções que intentam promover a redução das disparidades na saúde devem efetivamente abordar comportamentos pautados nas diferenças raciais de saúde. É importante identificar o estilo de vida, a fim de delinear os estudos sobre as disparidades.

A revisão de literatura de Brandon (2014) relatou que o intervalo de expectativa de vida entre afro-americanos e europeus americanos desde os anos 1980 e 1990 diminuiu por causa de melhorias da mortalidade relativa em homicídios, lesões involuntárias em homens afro-americanos. Também ocorreu uma redução em doenças cardíacas entre mulheres afro-americanas. A adiposidade excessiva está próxima de proporções epidêmicas nos Estados Unidos e está associada com doença cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão e diabetes. Tais doenças são significativamente mais prevalentes em afro-americanos, especialmente em mulheres que são mais propensas ao desenvolvimento da obesidade, mas são metabolicamente saudáveis. Os estudos apontaram que elas são obesas, mas os valores da pressão sanguínea e níveis de glicose e lipídios são saudáveis. No entanto, quando as mulheres afro-americanas têm obesidade abdominal ou central, seu perfil metabólico geralmente não é saudável.

As dez principais causas de mortalidade para os afro-americanos são diferentes dos europeus americanos. Os afro-americanos têm maior taxa de morbidade e mortalidade do que outros grupos raciais /étnicos nos Estados Unidos, em todas as áreas de saúde: doença crônica, doença transmissível, lesão e saúde infantil (BRANDON, 2014).

As principais causas de mortalidade tais como doenças cardíacas, câncer e derrame são comuns para brancos e não brancos, porém, quando são tratadas individualmente, contribuem para a discrepância de saúde, como no caso de doenças que têm maior incidência em afro-americanos, por exemplo, a hipertensão, que é uma das causas de morte. O estresse colabora para que esse fato ocorra. Ele pode ser causado pelo ambiente hostil, pela cultura do preconceito, ambientes com alta criminalidade, dentre outros. As razões para maior incidência podem ser comportamental, genética ou ambiental. Comportamentos como atividade física infrequente, escolhas alimentares e preparação de alimentos contribuem para a diferença de casos de hipertensão entre brancos e não brancos (BRANDON, 2014).

Phelan e Link (2005) examinaram causas de morte para as quais grandes avanços na prevenção ou o tratamento foram realizados na última metade de século XX, tais como doença cardíaca e câncer pulmonar e de cólon. Outras doenças que não tiveram avanços em novos tratamentos no mesmo período também foram analisadas, tais como câncer de cérebro, ovário e pâncreas. Olhando para as taxas de mortalidade ajustadas por idade, por raça e pelo *status* socioeconômico, eles relataram que as causas das mortes, onde pouco havia sido aprendido sobre novos tratamentos ou prevenção de mortalidade, permaneceram estáveis. O grau de desigualdade com base na raça e *status* socioeconômico permaneceu bastante estável também. Em contraste, pelas causas de morte onde houve avanço de tratamento e prevenção, foram significativas, as taxas globais de mortalidade diminuíram, porém, quando a taxa é mensurada por raça e *status* socioeconômico, há um aumento da mortalidade para o grupo menos favorecido.

Chang e Lauderdale (2009) estudaram o impacto das estatinas, que é uma medicação eficaz para baixar o colesterol. As relações níveis socioeconômicos e níveis de colesterol foram mensuradas, usando dados nacionalmente representativos dos anos de 1976 a 2004. Os dados revelaram que aqueles com maior renda inicialmente tiveram maior nível de colesterol, mas que o *status* socioeconômico e associação com o colesterol se inverteram e tornou-se negativa com o uso generalizado de estatinas.

Link (2008) rastreou mudanças no conhecimento, crenças e comportamentos que seguiram a descoberta de uma ligação causal entre cigarro e câncer de pulmão e que eventualmente levou à ligação entre *status* socioeconômico e tabagismo. Evidência científica que surgiu no início da década de 1950 liga fortemente o tabagismo ao câncer de pulmão.

As razões para a desproporção vivida por afro-americanos são parcialmente relacionadas ao acesso limitado e insuficiente a tratamentos de saúde. A mudança comportamental após o diagnóstico também interfere no tratamento. No caso da depressão, os brancos americanos são mais propensos ao diagnóstico da depressão. Esse fato pode ser devido a uma taxa menor de diagnóstico depressivo em afro-americanos. Médicos raramente relacionam a probabilidade do estado emocional dos pacientes negros a doenças depressivas (BRANDON, 2014).

Para reduzir a disparidade entre a saúde dos negros americanos e dos brancos americanos, torna-se necessária a implementação de políticas de distribuição de saúde equitativa, de modo que os cuidados de saúde não tenham barreiras de tratamento em hospitais e instituições de saúde, bem como outros prestadores de cuidados de saúde,

pautados em práticas discriminatórias contra os afro-americanos (BRANDON, 2014). O sistema de saúde brasileiro enfrenta problemas similares, deixando transparecer a necessidade de implementação de novas políticas de distribuição de saúde equitativa para a população.

A revisão da literatura de Wolfe (2014) sobre as disparidades em saúde examina as relações entre saúde e indicadores de desigualdade como o *status* socioeconômico, classe social, raça e etnia, gênero e sexo. As condições materiais da vida do indivíduo influenciam suas chances de boa saúde. Os estudos apontaram também que a disparidade de saúde tem aumentado. A falta de recursos prejudica o tratamento de uma doença, colaborando para o aumento da desigualdade do tratamento.

Estudo clássico dos anos 1950 mostrou que as doenças psíquicas também estão ligadas ao fator socioeconômico e outros fatores como a condição do tratamento. Nas camadas mais pobres, os tratamentos eram mais invasivos, mais dolorosos e arcaicos, dando resultados menos favoráveis. Nas camadas mais altas, os tratamentos eram com aparelhagem mais moderna e medicação que causava menos danos à saúde, trazendo resultados melhores (WOLFE, 2014).

Nessa perspectiva, as desigualdades socioeconômicas afetam a saúde por meio das condições de vida do indivíduo ao longo de sua vida, incluindo a habitação e qualidade de vizinhança, poluentes e toxinas ambientais, de trabalho, e acesso diferenciado aos cuidados de saúde. O *status* socioeconômico determina e classifica a qualidade ambiental, em seguida, determina o estado de saúde. Em decorrência desse processo, a saúde de uma população está diretamente relacionada com os níveis de desigualdade. Em apoio a essa perspectiva, estudos descobriram que a percepção do estado de saúde de uma pessoa está fortemente relacionada com o diversificado conjunto de resultados sanitários (WOLFE, 2014).

3.6. Racismo e saúde

Racismo refere-se a um tratamento desigual ou exploração dos grupos sociais com base em suposições a respeito da superioridade inerente ou inferioridade de uma raça sobre a outra; instituições e práticas individuais que criam e reforçam sistemas opressivos de relações raciais em que as pessoas e instituições se envolvem em discriminação (KARLSEN e ROTH, 2014). A discriminação racial é por vezes dividida em intencional e não intencional.

A discriminação indireta ou não intencional é frequentemente uma consequência do racismo institucional, que se refere ao continuado. A discriminação indireta ocorre

quando uma pessoa é impedida de cumprir uma tarefa, justificando a incapacidade em comparação com pessoas de outros grupos raciais diferentes (KARLSEN e ROTH, 2014), ou quando são solicitadas características com pré-requisito que não podem ser justificados em outros motivos que não impliquem o fenótipo da pessoa. Cito, como exemplo, empresas que deixam de contratar pessoas em cargos importantes com a justificativa de que o (a) candidato (a) não “tem o perfil da empresa”, mesmo que este tenha um currículo extensivo. O empregador, tendo ciência de que racismo é considerado crime no Brasil, nunca dirá que não contratou o (a) candidato (a) pelo motivo de ele ser negro, usará de outros artifícios para dispensá-lo(a). O racismo velado é um dos principais mecanismos das desigualdades de oportunidade entre brancos e não brancos.

O racismo afeta a saúde diretamente, por meio das consequências físicas e psicológicas de motivação negativa racial, verbal ou violência física. Mas também tem impactos indiretos na saúde das pessoas, por meio do racismo institucional que leva à identificação de grupos étnicos como biologicamente e culturalmente diferentes. A exclusão social e desvantagem econômica que esses grupos experimentam têm como resultado negativo no bem-estar físico e mental. Estas várias manifestações de assédio racial e discriminação demonstraram efeitos sobre a saúde de suas vítimas. Evidências empíricas sugerem que as diferenças nos estilos de vida de diferentes grupos étnicos não podem, por si só, explicar as desigualdades de saúde entre eles, comportamentos precisam ser entendidos à luz da evidência que expõe o impacto direto e indireto do racismo no risco de saúde, descrito anteriormente como racismo e *status* socioeconômico associado a um intervalo de comportamentos prejudiciais para a saúde. (KARLSEN e ROTH, 2014). As relações entre etnia e saúde devem ser entendidas dentro do contexto que expõe as implicações diretas e indiretas do racismo sobre os riscos à saúde.

Os fatores culturais também podem ser considerados para afetar as interações das pessoas com a saúde e outros serviços estatutários tanto em termos de como pessoas de grupos étnicos minoritários envolverem-se com os serviços e como esses serviços respondem às suas necessidades. O atendimento médico está ligado a uma ampla gama de indicadores de racismo (KARLSEN e ROTH, 2014). O atendimento baseado no fenótipo dos indivíduos influi na atenção dada pelo médico. Esse fato inclui menos cuidados e menor atenção aos sinais emitidos pelo paciente, dificultando o diagnóstico.

O racismo cultural é muitas vezes uma causa de racismo institucional e estrutural, que envolve a implementação de políticas que restringem o acesso de alguns grupos às oportunidades ou recursos (PENNER e HAGIWARA, 2014), as políticas acabam proporcionando mais desigualdades de oportunidades entre brancos e não brancos do que promovendo a equidade entre eles.

Ao longo da construção histórica, os negros sofreram uma sequência de processos psicológicos e sociais causados pelo racismo. A ideologia do racismo especifica que os brancos são superiores e que são mais capazes de exercer funções que demandam mais responsabilidade e que possuem um reconhecimento social. A proibição do racismo não o eliminou da sociedade americana, ele encontrou outro caminho, o dos bastidores, deixou de ser explícito para ser implícito. Estou de acordo com as conclusões de Phelan e Link (2015), as pessoas sempre vão abrigar essas visões estereotipadas que são tão prevalentes nos Estados Unidos. No Brasil, os atos do racismo atuam nos bastidores da sociedade brasileira, da mesma forma que nos Estados Unidos da América não é permitida rejeição explícita de negro em lugares e posições sociais, porém a rejeição ocorre de forma tácita sendo difícil de detectar. Em alguns casos, ocorre de forma explícita. Cito um exemplo de um caso de racismo que ocorreu em uma unidade de saúde. Esse caso ilustra como o racismo opera dentro da sociedade brasileira e como ele afeta a saúde da população negra. No ano de 2016, saiu uma reportagem no *site* GEDELÉS Instituto da Mulher Negra, fundado em 1988, sobre a recusa de um paciente branco em ser atendido por um médico negro. Isso causou um desconforto na unidade de saúde da Tijuca no Rio de Janeiro. O paciente de 50 anos, que sofria de hipertensão, exigiu a presença de um médico branco para o seu atendimento, foi claro ao dizer que não queria ser atendido por um médico negro, recusando também o atendimento do maqueiro que também era negro. O médico pediu desculpas dizendo que o paciente não estava em condições de escolher a cor de quem iria realizar o atendimento: “Em choque, o médico que é chefe de equipe foi firme com o paciente e realizou o atendimento” (GEDELÉS, 2016, p. 1). Esse é apenas um dos muitos casos de racismo que ocorrem no campo das ocupações. Além de lidar com o estresse da profissão, o médico teve que lidar com o estresse advindo do racismo no seu local de trabalho e não apenas com este, mas com os olhares das pessoas à volta dizendo que “não era nada” (GEDELÉS, 2016, p. 1) e que ele deveria esquecer essa situação. Os transtornos causados no atendimento médico/paciente afetam o tratamento e reduzem as expectativas de vida do paciente. No caso de médicos brancos que não podem

desobrigar-se do atendimento de pacientes negros, na maioria dos casos, o atendimento é realizado, porém com indícios de desprezo, desvalorização e tratamento desrespeitoso. Os médicos não prestam atenção no que o paciente fala e nem nos sinais emitidos pelo doente, esse tipo de comportamento possibilita prejuízo no diagnóstico e tratamento da doença.

A consciência de tais comportamentos podem afetar as minorias étnicas, comprometendo a sua saúde. Independentemente da experiência real, em parte como consequência das dificuldades de visibilizar e condenar esse tipo de comportamento e ainda ter a responsabilidade de lidar com as queixas de vitimização, tal situação pode causar estresse e doenças psicossociais (PHELAN E LINK 2015).

Há evidência empírica para a ligação entre racismo e saúde. Entre os adultos, há evidências de associações estatísticas entre o racismo e taxas elevadas de doenças mentais e físicas, tais como estresse, diabetes, ansiedade, depressão, psicose, aumento no consumo de tabaco e alcoolismo, dentre outras que nem são diagnosticadas devido ao atendimento que, em muitos casos, são precários. Entre as crianças, também notou-se doenças ligadas ao estresse, ansiedade, depressão, desespero, solidão, tristeza, baixa autoestima, déficit de atenção e hiperatividade. Em adultos, a experiência do racismo na infância ou na adolescência tem sido associada a taxas mais altas de cigarro, tabagismo, álcool e outros medicamentos, menor utilização de cuidados de saúde e maior insatisfação com assistência médica recebida. No entanto, a investigação não tem a atenção que merece. Dada a concentração de muitas pessoas como minorias étnicas em situação de desvantagem socioeconômica, que tem sido considerada como um problema pelo qual o racismo produz as desigualdades de saúde (KARLSEN e ROTH, 2014).

A discriminação direta ocorre quando as manifestações do racismo tem efeitos fisiológicos e psicológicos que afetam os efeitos físicos (PENNER e HAGIWARA, 2014). Os não brancos que experimentam o preconceito e a discriminação que acompanham o racismo interpessoal, em muitos casos, têm uma reação física. O corpo ativa o mesmo tipo de respostas fisiológicas que ocorrem em resposta a outras experiências estressantes, pode ocorrer uma ativação do eixo cortical do hipotálamo-pituitário adrenal, que envolve a liberação do hormônio do estresse cortisol. Esse fato implica mudanças de funcionamento do sistema imunológico e cardiovascular. O corpo prepara o organismo para lidar com o estressor e depois devolvê-lo a um estado homeostático (PENNER e HAGIWARA, 2014).

A revisão de literatura de KARLSEN e ROTH (2014) demonstrou que resultados de uma pesquisa na Nova Zelândia sobre saúde apontou que o racismo perpetuado por um profissional de saúde estava em cada caso associado às experiências negativas do paciente. Esse fato inclui paciente relatando que nem sempre os profissionais de saúde ouviram suas queixas com atenção, nem sempre teve informações sobre sua saúde e nem sempre foram tratados com dignidade e respeito.

A experiência do racismo na saúde nos Estados Unidos tem sido associada com o atraso da triagem para detectar algumas doenças, tais como o câncer de próstata, problemas mentais, taxas mais elevadas de tabagismo e os sintomas de doença cardiovascular e hiperatividade (KARLSEN e ROTH, 2014). O atraso no diagnóstico favorece a não detecção em tempo adequado de alguns sintomas que podem ser perdidos, prolongando o tratamento e diminuindo a expectativa de vida do paciente.

Quando o atendimento médico implica preferências raciais que são percebidas pelos pacientes negros, o preconceito racial dos médicos afeta o resultado no tratamento de seus pacientes (PENNER e HAGIWARA, 2014), o que prejudica o estado de saúde. O impacto sobre as atitudes e comportamentos dos pacientes insatisfeitos com menos confiança nos médicos serve como um estressor que afeta diretamente a saúde física e mental das pessoas.

As doenças cardiovasculares têm sido uma das doenças que mais causam mortalidade nos Estados Unidos e têm sido foco de pesquisas sobre raça e saúde pública. A maior incidência da doença é encontrada nos afro-americanos e está ligada ao estresse psicossocial associado a essas formas de racismo, que por sua vez leva ao aumento da pressão arterial. O fenótipo dos indivíduos utilizado como uma forma de classificá-los tem sido questionado por pesquisadores (DRESSLER, 2014).

As diferenças raciais têm infinidade de recursos conectados a múltiplas dimensões. Raça e desigualdades de saúde nos Estados Unidos resultam de duas associações. A primeira está situada entre o racismo e as desigualdades raciais no *status* socioeconômico. A segunda está situada entre o *status* socioeconômico e as desigualdades em saúde (PHELAN E LINK 2015). Essa situação é similar no Brasil, a desigualdade de recursos não está ligada apenas ao *status* socioeconômico entre as classes, está inserida no contexto do fator racismo que gera uma discrepância nas oportunidades de obtenção de recursos entre brancos e não brancos e conseqüentemente gera uma desigualdade nos resultados e investimentos nos cuidados com a saúde entre essas duas categorias.

Concordo com os resultados dos estudos de Phelan e Link (2015), que concluíram que o racismo tem uma associação fundamental com resultados de saúde independente do *status* socioeconômico, pois, mesmo quando ele é controlado, as discrepâncias na saúde permanecem. Os não brancos acarretam dois fatores que incidem na desigualdade de tratamento pelos profissionais da saúde. Primeiro por serem não brancos, depois por serem desprovidos de recursos financeiros para realizar os tratamentos. O fator de desigualdade de tratamento de saúde está muito mais próximo do fenótipo do paciente do que do *status* socioeconômico.

O racismo é frequentemente implicado na ligação entre raça e *status* econômico. Os seus efeitos sobre a saúde operam em vários níveis, tais como dieta e exercício, doenças crônicas, estresse, isolamento social, toxinas ambientais e cuidados de saúde. Pessoas que vivem em ambientes segregados têm mais probabilidade de enfrentar problemas educacionais e profissionais. O contexto macro do racismo institucionalizado prepara o terreno para múltiplas microestruturas e processos de desigualdades. Em nível micro ou interpessoal, muitos estudos analisaram como a discriminação atua no estado de saúde física e mental (FERRARO e MORTON, 2014).

Os cuidados com a saúde envolvem a relação com os profissionais de saúde, aproximação, tempo de espera durante as visitas e cumprimento da recomendação de cuidados médicos. Comparados aos brancos, os negros têm maiores dificuldades de obter serviços de diagnóstico e recursos de tratamento. O tom de pele tem implicações no atendimento do indivíduo. As pessoas de pele mais clara estão, às vezes, situadas em posições de privilégio e oportunidade em comparação com pessoas de pele mais escura. A pele pode ser um marcador grosseiro de discriminação, em vez de um agente causal de saúde debilitada (FERRARO e MORTON, 2014).

3.7 Desigualdades de raça e gênero na saúde

Ao longo do tempo, as mulheres conseguiram muitas conquistas, tais como renda, aumento da educação, independência financeira, tratamentos preventivos de saúde específicos para as mulheres, dentre outras. Essas conquistas podem explicar porque a saúde autoavaliada, que é a percepção que um indivíduo tem de seu bem-estar, e a qualidade de vida das mulheres melhoraram ao longo do tempo.

Quando o *status* socioeconômico é controlado, as disparidades entre a renda dos homens em relação às mulheres têm níveis mais elevados de educação e renda. As mulheres negras são as mais desfavorecidas, especialmente quando observamos as taxas de pobreza. O *status* social tem sido sempre um obstáculo para um bom estado de saúde

das mulheres negras. As disparidades de saúde entre brancos e negros são mais elevadas nos níveis de baixa escolaridade (CUMMINGS E JACKSON, 2008).

Embora a diferença de gênero também seja uma característica altamente visível, é o poder do sistema de patriarcado que define a opressão de gênero. Os papéis de gênero variam ao longo do tempo nas sociedades, mas ao longo da história registrada as mulheres têm comumente ocupado um *status* subordinado. Na maioria das sociedades ocidentais, os homens continuam reivindicando mais poder, prestígio e propriedade do que as mulheres. Esse fato é indicado na revisão de literatura de Cummings e Jackson (2008).

Embora as mulheres negras tenham melhorado os ganhos na percepção de saúde, a opressão e a desigualdade de saúde ainda são um empecilho no caminho de um bom estado de saúde para elas. Isso tem ligação com as desigualdades socioeconômicas entre raça e gênero, levando em consideração outras mudanças sociais, incluindo transições conjugais e de emprego (CUMMINGS E JACKSON, 2008).

As relações de poder desigual entre os grupos e acesso diferencial aos recursos podem resultar em disparidades de saúde ao longo do tempo. Os brancos que têm um diploma universitário são mais saudáveis do que os brancos que têm um diploma do ensino médio. As mulheres negras que têm um diploma universitário não gozam do mesmo benefício de saúde das mulheres brancas que possuem ensino médio. Pelo contrário, a saúde das mulheres brancas com graduação ou pós-graduação é melhor que a saúde da mulher negra (CUMMINGS E JACKSON, 2008).

A desigualdade de saúde racial começa ainda no período fetal, por isso estudos sobre discriminação devem levar em conta as experiências reais de discriminação, em vez de simplesmente atribuir a experiência aos não brancos.

Um dos grandes problemas sociais de saúde enfrentado por afro-americanos são as infecções do vírus HIV / AIDS. O HIV foi a doença que mais matou mulheres afro-americanas. No ano de 2007, de 10 mulheres diagnosticadas por HIV, 4 terminavam em mortes de afro-americanas. Comparados com os membros de outras raças e etnias, os afro-americanos têm maior incidência de infecções por HIV em todos os estágios da doença. Mulheres americanas, mulheres afro-americanas representaram 30% de novas infecções. A taxa de contágio por HIV/AIDS entre os afro-americanos vem diminuindo lentamente (BRANDON, 2014), porém ainda é um marcador significativo de assimetria de saúde entre brancos e não brancos. A população negra americana tem se beneficiado de programas governamentais, sugerindo que há maiores ganhos de saúde entre as

mulheres negras em comparação com outros grupos demográficos (CUMMINGS E JACKSON, 2008). Os programas governamentais, no caso do Brasil, não são eficazes para conter o racismo no setor da saúde, o atendimento não é igualitário, assim como seu diagnóstico e tratamento.

O sistema de saúde pública no Brasil é precário. As estruturas físicas de muitas unidades de saúde estão sem manutenção, a equipe de profissionais de saúde está defasada. Muitos usuários de Unidade de Atenção Primária de Saúde-UAPS voltam para casa sem atendimento médico. Não é difícil constatar que a maioria das mulheres negras vive na periferia e possuem baixa escolaridade. Nas regiões mais periféricas, o sistema de saúde é deficiente ou inexistente. Alguns tratamentos específicos como exames preventivos voltados para a saúde da mulher não alcançam todas as regiões. Quando essas mulheres têm acesso aos tratamentos e ao atendimento médico, os tratamentos não chegam com equidade em todos os grupos sociais, existe uma diferença no tratamento de saúde entre brancas e não brancas. O diagnóstico e o tratamento de mioma é um exemplo de disparidade de atendimento fundamentado na cor/raça.

Mioma uterino é um tumor benigno e frequente na população feminina. Aparece no decorrer da vida reprodutiva, podendo causar infertilidade, aborto espontâneo e partos prematuros (Entmann, s.d). Pode ser tratado com medicamentos ou intervenções cirúrgicas - miomectomia (extração dos miomas com a manutenção do útero) e histerectomia (extração do útero) (Laurenson e Whitney, 1990 apud Souza, 2000).

A literatura médica norte-americana e as pesquisas de Souza (2000) apontaram que essa enfermidade é mais comum em mulheres não brancas do que em mulheres brancas. Os estudos sobre essa incidência não têm a atenção que merece no Brasil. O descaso é cometido tanto pela classe médica como por pesquisadores. Os estudos de Souza (2000) demarcaram que muitas mulheres não tinham conhecimento dos tratamentos possíveis para essa doença. Souza (2000) realizou uma pesquisa com recorte racial em mulheres frequentes em um centro de saúde, constatando que 22,9% das mulheres brancas e 41,6% das mulheres negras pesquisadas tinham mioma uterinos, comprovando maior incidência de miomas nas mulheres negras. A realização de um exame de ultrassom após o diagnóstico indicou que 6,0% das mulheres brancas e 21,9% das mulheres negras tiveram diagnósticos do aumento do número de miomas. O tratamento indicado para ambas foi medicamentos.

O estudo de Souza (2000) chamou atenção para a discrepância de raça/cor quando os tratamentos indicados eram mais invasivos, tais como histerectomia e

miomectomia. As mulheres negras tinham mais indicações para realizar o histerectomia (extração do útero). Das mulheres brancas com mioma, 3,6% tiveram indicação para realizar o exame de histerectomia e 15,9% das mulheres negras. Na indicação procedimento para miomectomia, das mulheres brancas, 4,8% tiveram a indicação e 7,3% das mulheres negras. Os estudos concluíram que 7,3% das mulheres negras e 9,6% das mulheres brancas não concluíram o tratamento. Os remédios eram gratuitos, o custo do remédio não foi impedimento para a conclusão do tratamento. As mulheres que interromperam o tratamento alegaram que sentiram melhoras nos sintomas e não acharam necessário procurar ajuda médica. 74,4% das mulheres negras relataram infrequência no médico ginecologista por dificuldades de acesso às consultas e pelo tempo de espera. O estudo ligou esse fato às ocupações das mulheres, já que muitas trabalhavam sem carteira assinada como empregadas domésticas diaristas, mesmo que apresentassem atestado médico, não recebiam o pagamento pelo dia perdido na consulta médica. O estudo concluiu também que as mulheres negras apresentam uma predisposição biológica e psicossomática para o surgimento de miomas, e as condições de vida precária contribuem para o seu desenvolvimento. As mulheres de baixa renda e com pouca escolaridade tinham dificuldades para acessar as orientações dos profissionais de saúde para prevenção e tratamento dos miomas.

Dezoito anos após a publicação do estudo de Souza (2000), é possível observar que na atualidade muitas mulheres ainda não têm conhecimento da importância de realizar exames preventivos, bem como realizar o tratamento completo indicado pelo médico. A falta de orientação pode estar ligada à escolaridade, à renda e consequentemente à dificuldade de acesso a um atendimento com profissional da saúde. A relação médico/paciente, como foi apontado na seção 3.6 (3.6 Racismo e saúde) do capítulo 3, influencia o tratamento, seu desenvolvimento e seu resultado. A cor do paciente influi no atendimento dado pelo profissional da saúde. Mulheres negras e mulheres pardas com baixa escolaridade possuem maior probabilidade de receber poucas orientações dos profissionais de saúde do que as mulheres brancas. A realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta ineficiência nos cuidados com a saúde. Nos postos de saúde, não há médicos suficientes para atender todas as usuárias. Quando não há um especialista, o clínico geral acaba assumindo esse papel. O resultado do exame que deveria ser interpretado por um especialista é, em muitos casos, interpretado pelo clínico geral.

A falta de conhecimento do diagnóstico coloca em risco a saúde da mulher. Um tratamento não realizado ou realizado tardiamente poder agravar o estado de uma doença, assim como a questão de não compreender que é necessário o retorno ao médico para ver o resultado do exame. Esse tipo de comportamento pode estar relacionado com as instruções (ou falta de instrução) recebidas pelas pacientes nas consultas médicas. Isso implica a relação médico/paciente e a escolaridade, como foi dito no capítulo anterior, a escolaridade influencia a proporção de explicação do profissional da saúde para com a paciente.

A revisão de literatura de Phelan et al (2010) analisou o tratamento e prevenção de doença. Constataram que as taxas globais de mortalidade diminuíram, mas quando o fator raça e *status* socioeconômico são inseridos, as taxas aumentaram para o grupo menos favorecido. Estudos subsequentes, que foram muito mais adiante desenhando conexões específicas entre ganhos em conhecimento e mudanças em resultados da doença, analisaram mudanças na incidência de câncer de mama seguindo os resultados amplamente divulgados da Women's Health Initiative (WHI), que ligou hormônio terapia de reposição para aumentar o risco de câncer de mama consistente com o padrão racial no uso do hormônio terapia de substituição. A incidência de câncer de mama entre mulheres brancas de 50 anos ou mais caiu precipitadamente, enquanto a incidência entre as mulheres negras permaneceu bastante estável. Essas descobertas foram confirmadas por outro estudo que também considerou a mediana do nível renda familiar e do tumor de mama (Phelan et al, 2010).

Experiências de discriminação afetam a saúde, doenças psíquicas estão ligadas a experiências traumáticas. Quando a discriminação é percebida, aumentam as respostas ao estresse e ativação crônica da resposta ao estresse o que pode ocorrer no próprio atendimento médico. As mulheres negras estão mais expostas a esse tipo de doença, por acarretarem dois empecilhos sociais; primeiro, por ser mulher, segundo, por ser negra. A combinação de racismo institucional e da discriminação também acarreta danos à saúde. Devido à distribuição assimétrica de saúde, doenças psicossociais não são levadas a sério, ficando em segundo plano, como a depressão, que, em muitos casos, é considerada como um pequeno surto passageiro que não necessita de grandes cuidados médicos (FERRARO e MORTON, 2014).

4. METODOLOGIA

A estratégia metodológica principal da proposta aqui apresentada é de caráter quantitativo, almejando criar um panorama geral da distribuição de saúde mensurada

por gênero, raça e classe. Numa fase preliminar, a revisão bibliográfica foi atualizada com a finalidade de situar o estado da arte da problemática, dos conceitos e proposições formuladas acerca do tema. No estudo, utilizam-se os dados originais da Pesquisa Nacional de Saúde-2013, que apresentou informações do questionário que expôs características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. A pesquisa apresentou informações sobre os serviços de saúde públicos e privados, bem como morbidades, mobilidades, comportamentos saudáveis e não saudáveis, delineando o estado de saúde físico e mental da população (COIMBRA, 2017).

Intentou-se, portanto, elaborar tabelas como instrumento de análise capazes de trazer à tona elementos como a evolução numérica e percentual (MARCONI; LOKATOS, 2003) da distribuição de saúde da população. Da mesma maneira, intentou-se traçar um quadro capaz de mostrar o cruzamento dos dados relativos ao percentual de distribuição da saúde por gênero, raça e classe.

A variável dependente principal da investigação foi a saúde autoavaliada, ou saúde autorrelatada. É comumente usada para medir a saúde a partir da resposta do entrevistado. Alguns pesquisadores iniciam o questionário com essa pergunta para que os entrevistados não sejam influenciados por essa questão nas demais respostas. Esse é o procedimento adotado na PNS 2013. Outros pesquisadores colocam essa questão no final do questionário. Algumas pesquisas até têm questões de enquadramento relacionadas a aspectos físicos, emocional ou social que intencionalmente preparam o terreno para as demais perguntas (SNEAD, 2014).

Adotei como modelo a forma de variável dependente utilizada nos estudos de Figueiredo Santos (2011). A parte metodológica dos estudos foi fundamentada na literatura internacional justificando a importância das escolhas feitas, tais como a variável dependente para avaliar suposições do estudo, bem como a forma binária dessa variável. Optamos por binarizar a variável dependente em “saúde boa”, categoria de referência (inclui “saúde boa” e “muito boa”), e “saúde não boa” (que reúne as categorias saúde “ruim”, “muito ruim” e “razoável”), categoria designada. Esse processo de binarização acarretou algumas perdas de informação, porém a avaliação dicotômica do estado de saúde “menos bom” não prejudica os resultados relativos a tamanho e importância dos efeitos principais. Estudos apontaram que a autoavaliação permite medir o estado de saúde em estágios distintos da vida, esse indicador possibilita capturar a saúde média da população. É uma medida que forneceu informações mais

abrangentes para os estudos sobre a população, capturando dimensões que questionários mais detalhados e dirigidos não conseguem alcançar (FIGUEIREDO SANTOS, 2011).

Foram feitas estimativas de efeitos ajustados por modelos logísticos que visam delimitar o impacto independente ou mais puro das variáveis de interesse. O modelo ajustado padrão foi composto pelas variáveis sexo, cor, idade, informante, região, zona (rural ou urbana), centralidade e dimensão urbana (capital ou não). A variável idade mensurada de modo discreto e restringida às pessoas adultas de 18 a 64 anos. A variável região distinguiu Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. A variável cor ou raça foi estimada em duas categorias, brancos e não brancos (nessa categoria incluem-se os pardos e os negros). A variável de sexo ou gênero foi mensurada de forma binária e ao ser combinada com cor formará quatro categorias (homem branco, homem negro, mulher branca, mulher negra).

As variáveis socioeconômicas agregadas à análise num momento posterior foram classe social (mensurada pela tipologia de classe de Figueiredo Santos), décimos da renda de todos os trabalhos e níveis de escolaridade mais alta concluída. A análise dos dados da PNS-2013 foi realizada por meio do programa Stata. Foram calculadas probabilidades médias em não ter saúde boa com o comando *margins* do Stata e o comando especial *mtable* criado para o Stata por Long e Freese para o ambiente do Stata (2014).

A tipologia de classes original foi remodelada pelo sociólogo Figueiredo Santos, devido à falta de informações PNS-2013 sobre o número de empregados e outras informações sobre os empreendimentos que permitissem medir os ativos econômicos. O objetivo principal das modificações foi o de preservar as categorias em seu peso relativo em relação à estrutura de classes sociais brasileiras. O *decis* de renda foi usado para distinguir capitalistas de pequenos empregadores, autônomos com ativos de autônomos precários e autônomos agrícolas de agrícolas precários. O quadro 1 a seguir apresenta os critérios originais e aplicados à PNS-2013 que foram utilizados por Coimbra (2017, p.90) e Figueiredo Santos (2017 e 2018).

Quadro 1- Classificação Socioeconômica por Categorias Empíricas (Critérios Originais e Aplicados à PNS-2013 Devido à Lacuna de Indicadores)

Categorias	Critérios Operacionais
Capitalistas e fazendeiros *	Critério original: Posição na ocupação de empregador; empregador não agrícola com 11 ou mais empregados; empregador agrícola com 11 ou mais empregados permanentes; empregador agrícola que emprega

	<p>simultaneamente 6 ou mais empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários; empregador agrícola com 1.000 hectares ou mais de terra, independentemente do número de empregados.</p> <p>Critério aplicado à PNS: empregador com renda do trabalho situada nos dois décimos superiores da categoria de empregador [20% mais ricos].</p>
Especialistas autônomos*	<p>Critério original: Posição na ocupação de conta própria ou empregador; especialista de acordo com o grupo ocupacional, com até 5 empregados ou sem empregados, com ou sem estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório).</p> <p>Critério aplicado à PNS: Posição na ocupação de conta própria; especialista de acordo com o grupo ocupacional.</p>
Gerentes*	Posição na ocupação de empregado, gerente de acordo com o grupo ocupacional, abrangendo os diretores de empresas, dirigentes da administração pública, administradores em organizações de interesse público (sem fins lucrativos etc.) e gerentes de produção, operações e de áreas de apoio.
Empregados especialistas**	Posição na ocupação de empregado, especialista de acordo com o grupo ocupacional, incluindo as profissões credenciadas, as profissões de menor poder profissional e os professores do ensino médio e profissional com formação superior.
Pequenos empregadores**	<p>Critério original: Posição na ocupação de empregador; empregador não agrícola que ocupa de 1 a 10 empregados; empregador agrícola com 3 a 10 empregados permanentes, desde que não empregue simultaneamente de 6 a 10 empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários.</p> <p>Critério aplicado à PNS: empregador com renda do trabalho situada nos oito décimos inferiores da categoria de empregador [80% mais pobres].</p>
Autônomos com ativos **	<p>Critério original: Posição na ocupação de conta própria com atividade de natureza não agrícola, cujo empreendimento ou titular possui uma ou mais das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (táxi, caminhão, van, etc.) usado para trabalhar ou ocupação qualificada no emprego principal.</p> <p>Critério aplicado à PNS: conta própria com atividade de natureza não agrícola com renda situada nos três décimos superiores da categoria de [30% mais ricos].</p>
Autônomos agrícolas**	<p>Critério original: Posição na ocupação de conta própria com atividade em empreendimento do ramo que compreende a agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal, pesca e piscicultura.</p> <p>Critério aplicado à PNS: Conta-própria na atividade agrícola com renda do trabalho situada nos cinco décimos superiores da categoria [50% mais ricos].</p>
Empregados qualificados***	Posição na ocupação de empregado, empregado qualificado de acordo com o grupo ocupacional, abrangendo os técnicos de nível médio nas diversas áreas, professores de nível médio ou formação superior no ensino infantil, fundamental e profissional, professores em educação física e educação especial.
Supervisores***	Posição na ocupação de empregado, supervisor, chefe, mestre ou contramestre de acordo com o grupo ocupacional.
Trabalhadores típicos****	Posição na ocupação de empregado, trabalhador em reparação e manutenção mecânica, ferramenteiro e operador de centro de usinagem; trabalhador de semirrotina na operação de instalações químicas, petroquímicas e de geração e distribuição de energia; trabalhador de semirrotina em serviços administrativos, comércio e vendas; trabalhador de rotina na operação de máquinas e montagem na indústria; trabalhador de rotina em serviços administrativos, comércio e vendas.
Trabalhadores elementares*****	Posição na ocupação de empregado, trabalhador com 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, inclusive os trabalhadores na mecanização

	agrícola, florestal e drenagem.
Autônomos precários*****	Critério original: Posição na ocupação de conta-própria e empreendimento ou titular sem a posse de nenhuma das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (táxi, caminhão, van etc.) usado para o trabalho ou ocupação qualificada no emprego principal; posição na ocupação de trabalhador na produção do próprio consumo; posição na ocupação de trabalhador na construção para o próprio uso. Critério aplicado à PNS: Conta-própria em atividade não agrícola com renda do trabalho situada nos sete décimos inferiores da categoria [70% mais pobres].
Empregados domésticos*****	Posição na ocupação de trabalhador doméstico, com ou sem carteira de trabalho assinada.
Agrícolas precários*****	Critério original: Conta-própria na atividade agrícola que controla terra pouca ou insuficiente (menos de 2 hectares), ou na condição de posseiro não tem o domínio legal sobre a sua posse, ou vê-se compelido a vender a totalidade (ou maior) parte da sua produção principal para o consumidor direto em mercados meramente locais. Critério aplicado à PNS: Conta-própria na atividade agrícola com renda do trabalho situada nos cinco décimos inferiores da categoria [50% mais pobres].
Trabalhadores excedentes*****	Os trabalhadores excedentes são integrados pelos desempregados no sentido lato.

Versão agregada da tipologia de classes: * Topo social ** Controladores de pequenos ativos *** Qualificado/supervisor: posições intermediárias entre os empregados **** Trabalhador ***** Posições de classe destituídas.

Nota. Os critérios aplicados por Figueiredo Santos à PNS-2013 tiveram como objetivo principal preservar as categorias em seu peso relativo na estrutura de classes da sociedade brasileira atual. Fonte: Figueiredo Santos (2017 e 2018). (Coimbra, 2017, p.90- 91).

Os estudos de Coimbra (2017) demonstraram que as ocupações carregam informações sobre as relações de trabalho, os tipos de contrato estabelecidos, prestígio social e poder entre os grupos, delimitando os contornos da noção de estratificação social baseada nos fatores classe, *status*, ocupação e poder. Em linhas gerais, existem algumas dificuldades de usar as ocupações para medir a posição socioeconômica de certos grupos, tais como estudantes, desocupados, aposentados e profissões ilegais. A exclusão das pessoas desocupadas pode comprometer as variações socioeconômicas da população, bem como pode anular os desfavorecidos socialmente. Para solucionar o problema, alguns estudiosos têm apresentado a necessidade de uma classificação ocupacional mais definida (COIMBRA, 2017). Para fins deste estudo, utilizei a tipologia de classe construída a partir de categorias descritas no quadro 1.

5. DIVISÕES RACIAIS E OS FATORES SOCIOECONÔMICOS, FATORES DE RISCOS À SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL EM 2013

Atualmente os avanços em pesquisas na área da saúde têm proporcionado para a população oportunidades de prolongar a vida, os tratamentos para algumas doenças

estão cada vez menos invasivos. Alguns procedimentos médicos tornaram-se mais acessíveis, refletindo no aumento da expectativa de vida da população. No entanto, é notável que o sistema de saúde público brasileiro ainda possui algumas limitações quanto ao atendimento de demandas de tratamentos inovadores. Os grupos que possuem renda para investir em saúde têm mais condições para otimizar os efeitos de doenças, enquanto a população pauperizada tem como única alternativa esperar que o tratamento chegue ao SUS. Essa espera pode ser crucial para os resultados dos tratamentos de saúde. Em geral, os novos tratamentos não chegam de forma equitativa para a população podendo levar acumulação de desvantagens ao longo da vida.

Algumas dessas desvantagens se apresentam com o agravamento de doenças devido ao tratamento tardio. As doenças crônicas representam um conjunto de agravos relacionado a múltiplos fatores. Esses problemas surgem no decorrer da vida. As análises de Barros et al (2006) foram pautadas nos estudos de 12 doenças crônicas (doença da coluna, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite e cirrose) nos brasileiros, que são caracterizadas por enfermidades que acompanham as pessoas ao longo da vida, comprometendo o seu estado de saúde. Os estudos apontaram que existe desigualdade social por gênero, raça e escolaridade no padrão das doenças. As doenças com maior recorrência na população brasileira são doenças de coluna, hipertensão, artrite/reumatismo, depressão e asma. À medida que aumenta a escolaridade, há melhoras no estado de saúde (BARROS ET AL, 2006).

Os estudos apontaram que 62 % da população brasileira apresentaram doenças crônicas na idade adulta. Essa parcela da população também apresentou baixo nível de escolaridade. As doenças mais comuns detectadas com maior incidência em pessoa com nível de escolaridade baixa foram hipertensão e doença isquêmica do coração. Essas pessoas têm uma frequência maior nos serviços de saúde. Autores de outros países, como Westert et al (2005), Lethbridge-Cejku (2002), Macintyre (2005), que estudaram sobre algumas doenças crônicas, também detectaram maior ocorrência desse tipo de doenças em pessoas que possuem baixa escolaridade (BARROS, ET AL, 2006).

Os estudos de Barros et al (2006) apontaram que com o envelhecimento as doenças consideradas crônicas(,) tornaram-se mais persistentes na população brasileira e demandaram mais atenção das unidades de saúde para o controle e diagnóstico, visto que as doenças crônicas aumentam a necessidade de internação para o tratamento. As doenças mais comuns que foram encontradas em todas as idades estão agrupadas nas

doenças de coluna, hipertensão, artrite, doenças do coração e depressão, e também são as mais comuns na busca por tratamentos. Das doenças citadas, todas são mais comuns em mulheres. A depressão, que é comum entre as mulheres, tende a decrescer com o avanço da idade. A tuberculose e a cirrose são mais comuns nos homens (BARROS ET AL, 2006). Os estudos apontaram que a autoavaliação das mulheres e idosos era pior do que a dos homens (BARROS, ET AL, 2006).

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde apontam que

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no País (Ministério da saúde, 2013).

As doenças apontadas pelo Ministério da Saúde como prevalentes na população negra implicam o reconhecimento da necessidade de grupos raciais terem tratamentos específicos para doenças ligadas à raça. Pontua aqui que os tratamentos específicos são necessários para promover um estado de saúde boa para a população negra, bem como estudos avançados para otimização dos tratamentos, mas isso não elimina as desigualdades de saúde entre brancos e não brancos. Focar em doenças que são específicas da raça como um meio de explicar as desigualdades entre elas torna os verdadeiros fatores da desigualdade ocultos. Estudos focados na explicação da disparidade de saúde no Brasil precisam levar em consideração fatores socioeconômicos juntamente com o fator raça e racismo, a fim de verificar as diferenças das chances de saúde não boa entre esses grupos raciais. Os estudos de Figueiredo Santos (2011a) apontam que as diferenças raciais no Brasil não são marcadas pelos fatores genótipos, o que marca a desigualdade são os fatores fenótipos, são eles que determinam as chances de vida dos indivíduos, determinando também as probabilidades de saúde não boa.

Além desta introdução que especifica o enfoque da estrutura do capítulo e apresenta o assunto investigado, a proposta deste capítulo foi desenvolvida por meio de duas seções. A seção 5.1 aborda a relação entre fatores socioeconômicos e a distribuição das categorias raciais por classe social, bem como as assimetrias educacionais entre

brancos e não brancos. Apresenta também as assimetrias da distribuição das categorias raciais por décimos de renda familiar *per capita* e a distribuição das categorias raciais por território. A seção 5.2 analisa doenças crônicas mensuradas por raça. As doenças crônicas representam um conjunto de agravos relacionados a múltiplos fatores. Os estudos demonstraram que o desenvolvimento de algumas doenças crônicas está conectado ao nível educacional. Os fatores de risco à saúde mensurados por raça e as probabilidades de desenvolver doenças crônicas por raça também foram analisados.

5.1. Divisões raciais e fatores socioeconômicos

Diversos grupos compõem as classes sociais no Brasil, delineando as classificações de maneira hierárquica entre ricos e pobres, entre brancos e não brancos. As categorias de classe são utilizadas como padrões de referências para definir as desigualdades entre os grupos sociais, mensuradas pelo emprego e pelos recursos controlados. As classificações estão associadas aos fatores cor/raça, cultura, educação, riqueza, renda e saúde. Um marcador importante que perdura nas assimetrias entre os grupos sociais é o fator cor/raça. As oportunidades sociais, econômicas e culturais estão diretamente conectadas à raça. Desse modo, pode-se comparar o papel da classe social nas desigualdades entre brancos, pretos e pardos.

A tabela 1 apresenta a distribuição das categorias raciais por classe social. As tipologias de classe (Capitalista, Especialista, Autônomo, Gerente, Empregado, Especialista, Pequeno empregador, Autônomo com ativos, Autônomo agrícola, Empregado qualificado, Supervisor, Trabalhador típico, Trabalhador excedente, Autônomo precário, Empregada doméstica, Agrícola precário, Trabalhador elementar) estão descritas no quadro 1.

Tabela 1

Tabela. Distribuição das categorias raciais por classe social.
Brasil, 2013.

Posições de Classe	Branco	Preto	Pardo	Total
Capitalista	1,07	0,09	0,28	0,64
Especialista autônomo	1,81	0,49	0,47	1,12
Gerente	4,53	1,93	2,10	3,25
Empregado especialista	7,92	2,38	2,92	5,28
Pequeno empregador	3,79	1,31	1,61	2,63
Autônomo com ativos	8,23	5,61	6,08	7,07
Autônomo agrícola	2,68	1,64	1,91	2,25

Empregado qualificado	10,13	7,91	7,45	8,79
Supervisor	0,77	0,68	0,48	0,64
Trabalhador típico	35,25	34,83	35,69	35,39
Trabalhador elementar	5,71	12,97	10,89	8,60
Autônomo precário	7,45	11,85	13,20	10,31
Empregada doméstica	4,90	9,48	7,58	6,48
Agrícola precário	1,36	2,74	2,89	2,14
Trabalhador excedente	4,37	6,09	6,46	5,42

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

As porcentagens indicam que a ocupação dos pretos está concentrada nas profissões de menor prestígio, sendo a remuneração compatível com a valorização da ocupação. As estimativas dos pardos são bem próximas às estimativas dos pretos. Como foi dito anteriormente, a explicação está nas desigualdades de oportunidades raciais, pois pretos e pardos compartilham limitações sociais impostas pela construção social e histórica brasileira, com algumas variações. O contraste racial no mercado de trabalho se estende para a remuneração. Esses fatores refletem na qualidade de vida.

O trabalho de empregado doméstico está entre as ocupações mais desvalorizadas no mercado de trabalho. As estimativas demonstraram que a presença da população negra nesse setor supera a de brancos e pardos. Historicamente a população negra encontra-se em situação de maior precarização e vulnerabilidade diante do emprego. O ambiente de trabalho está ligado a alguns agravos na saúde. Ele marca a distância hierárquica racial, de gênero, social, cultural e socioeconômica entre os grupos. O desenvolvimento de algumas doenças tem ligação com o tipo de ocupação.

A relação saúde e doença está ligada às condições de trabalho. Exposição a produtos nocivos à saúde, risco de queda, esforço físico em excesso, levantamento inadequado de peso são alguns dos agravos ligados à profissão. O adoecimento sugere tratamentos e recursos financeiros que quase sempre não estão ao alcance das trabalhadoras domésticas, tal realidade torna-se ainda mais complexa quando a trabalhadora doméstica é arrimo de família.

As estimativas dos não brancos superam as estimativas dos brancos em ocupações de baixo prestígio. Esse expressivo contingente de pretos e pardos denota a persistência das desigualdades de oportunidades entre os grupos raciais no mercado de trabalho. O alto nível de exclusão de não brancos em cargos valorizados, mesmo

quando a escolaridade bem como o currículo são compatíveis com o dos brancos, identifica as razões pelas quais persistem o alto nível de assimetrias socioeconômicas.

Essas distâncias profissionais têm reflexos nas assimetrias de saúde. Embora os recursos educacionais tenham relevância nos efeitos de classe na saúde, a intervenção da classificação socioeconômica tem uma relevância maior. A posição socioeconômica tem um papel determinante para efeitos de investigação da estrutura da desigualdade de saúde entre os grupos sociais. O conceito de classe para o Brasil é visto como capaz de apresentar um grande potencial explicativo do efeito de classe na saúde por condensar em si dimensões e trajetórias que determinam resultados de saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a).

As estimativas indicam que os brancos estão situados nas categorias de classe consideradas com maiores vantagens. As justificativas para essas discrepâncias estão contidas na marca historicamente construídas das desigualdades entre brancos e não brancos. O elemento estruturador das propriedades privadas e dos meios de produção produziu técnicas de segregação racial por ocupação. Em linhas gerais, as ocupações referem-se a uma fonte principal de ingresso econômico caracterizadas por um conjunto de atividades formais ou informais. As vantagens sociais acarretam uma ligação direta com grau de desempenho de uma função na sociedade. O alto grau de aceitação social de uma determinada função juntamente com agências simbólicas e instituições faz com que as ocupações sejam valorizadas financeiramente, aliando-se ao *status* social das pessoas.

Essas assimetrias entre os grupos também são demarcadas na saúde. Os estudos de Figueiredo Santos (2011, b) demonstraram que a ocupação influencia a probabilidade da distribuição de saúde não boa entre brancos e não brancos. Entre as ocupações privilegiadas, as chances de amenizar a saúde não boa era maior tanto para brancos como para não brancos. As ocupações de menor prestígio tinham chances inversamente proporcionais de minimizar a saúde negativa para ambos os grupos.

A distribuição desigual da riqueza produzida é resultado das desigualdades de oportunidades entre os grupos sociais. Quanto mais o capital é acumulado nas mãos de poucos, mais forte se tornam as assimetrias, dessa maneira perpetuando as desigualdades. Na verdade, combater definitivamente a desigualdade social no Brasil é muito mais complexo do que se imagina, subverter a lógica de um sistema baseado na autovalorização do capital acima do bem-estar e do desenvolvimento humano é uma realidade distante.

Observando as assimetrias entre brancos e não brancos, levando-se em conta renda, escolaridade, posse de bens duráveis e serviços, dentre outros, os não brancos encontram-se em um conjunto de desvantagens em relação aos brancos. Devido à probabilidade de os brancos terem maiores chances de alcançar escolaridade compatível com ocupações que geram prestígio, eles têm mais oportunidades de manter uma renda maior do que os não brancos; levando em consideração o fator racismo institucional, as assimetrias tornam-se ainda mais acentuadas.

A tabela 2 apresenta uma agregação em cinco agrupamentos afins das categorias de tipologia de classes plena (*Vide* Quadro 1). A variável “Topo social” (empregos privilegiados) mede a probabilidade dos grupos em posições de classes privilegiadas de ter saúde não boa. A variável “Qualificado” (empregado qualificado e supervisor) mede as probabilidades de saúde não boa das pessoas desse grupo. A variável “Pequenos Ativos” (controladores de ativos de capital ou terra em menor dimensão) mede as chances de saúde não boa dos grupos. A variável “Trabalhador” (trabalhador típico, não destituído, porém sem qualificações escassas) mede o efeito dessa classe na saúde de não brancos em relação aos brancos mensurada por raça. A variável “Destituído” (quando as pessoas estão destituídas de ativos econômicos) mede o efeito dessa classe de ter saúde não boa.

Tabela 2
Distribuição das categorias raciais por agregados de classe social.
Brasil, 2013.

Posições de Classe	Branco	Preto	Pardo	Total
Topo social	15,34	4,89	5,77	10,29
Qualificado/supervisor	10,91	8,58	7,93	9,43
Pequenos ativos	14,71	8,56	9,59	11,95
Trabalhador típico	35,25	34,83	35,69	35,39
Destituídos	43,13	43,13	41,02	32,94

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A participação dos grupos raciais no mercado de trabalho demarca que os não brancos estão expostos a diversas práticas discriminatórias, além de ingressar no mercado de trabalho com desvantagens educacionais¹⁷, pretos e pardos estão mais vulneráveis à discriminação ocupacional, pela qual a cor da pele determina o acesso, exclusão ou limitação de posições valorizadas no mercado de trabalho. Soma-se a esse

¹⁷ *Vide* tabela 3

fato a discriminação salarial, resultado de menores taxas de nível educacional devido a desvantagens acumuladas nas etapas formativas antecedentes ao ingresso no mercado de trabalho. Essa condição é repassada para gerações futuras. O preconceito e a discriminação racial estão intimamente integrados à competição por posição na estrutura social, essa concorrência reflete em assimetrias na apropriação de posições na hierarquia social (HASENBALG, 2006).

O Brasil é um país de contrastes, entre o topo e a base da pirâmide social encontram-se vários fatores que determinam a distribuição de riqueza e renda. A desigualdade entre os grupos não é apenas oriunda da economia, o entrelaçamento do sistema econômico e político determina as oportunidades entre os grupos. Levando em consideração o fator raça, os não brancos estão em desvantagens na competição por acesso aos recursos sociais. Enquanto o topo da pirâmide social é ocupado pelos brancos, as pessoas não brancas que se encontram na base da pirâmide compartilham estilos de vida similares, tais como dificuldade de acesso à educação de qualidade, saúde boa, renda.

A educação é considerada um dos fatores de maior potencial para amenizar as desigualdades entre os grupos sociais. Não são poucas as pesquisas que apontam a educação como uma possibilidade de mobilidade social.

As disponibilidades do capital econômico, social e cultural influenciam no desenvolvimento educacional e nas reservas de oportunidades. O nível de instrução é afetado pela origem social. De acordo com os estudos de Shavit e Yaish, Bar-Haim, (2007), famílias com capital econômico disponível tendem a ter um maior investimento na educação de seus filhos, sendo o ensino fundamental uma fase crucial para que o estudante tenha possibilidade de obter bons resultados nas próximas fases da sua vida acadêmica. O capital cultural tende a ser reproduzido, refletindo a classe à qual o indivíduo pertence. O investimento no processo educacional está inserido no meio cultural dos grupos que têm disponibilidade econômica para investir na educação. As crianças desse grupo são mais expostas aos livros, os filhos tendem a ser influenciados pela escolaridade dos pais (SHAVIT E YAISH, BAR-HAIM, 2007).

Os recursos financeiros possuem dois efeitos na educação. O efeito primário que influencia no desenvolvimento cognitivo da criança e o secundário que influencia em suas escolhas educacionais posteriores, sendo esta compatível com a classe de seus pais. No caso das crianças pertencentes às classes baixas, tendem a escolher opções educacionais menos exigentes, porém suficientes para a realização de trabalho ou

ocupações de classe (SHAVIT E YAISH, BAR-HAIM, 2007). A tabela 3 apresenta as disparidades educacionais entre brancos e não brancos.

Tabela 3

Tabela. Distribuição das categorias raciais por níveis de escolaridade. Brasil, 2013.

Nível de Escolaridade	Branco	Preto	Pardo	Total
Sem escolaridade	7,11	14,48	13,69	10,67
Fund. Incompleto	20,29	24,99	27,22	23,75
Fund. Completo	9,50	12,13	10,78	10,30
Médio Incompleto	5,13	6,53	7,00	6,07
Médio Completo	31,28	29,26	28,88	30,04
Superior Incompleto	7,03	4,67	4,74	5,81
Superior Completo	19,67	7,94	7,70	13,35

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

As proporções dos pretos sem escolaridade são maiores do que as dos brancos. As assimetrias educacionais desses dois grupos têm sido foco de estudos e de políticas públicas com a finalidade de amenizar as distâncias. Entre pretos e pardos, essa realidade é próxima com algumas variações. Uma parcela significativa de pretos não tem acesso à escola ou tem acesso a instituições educacionais precárias e ineficientes. Esse fato tem consequências diversas, como a forte presença dessa população em postos de trabalho que exigem baixa escolaridade, condições precárias no ambiente de trabalho e baixa remuneração.

O fator “fundamental incompleto” apresentou maior incidência de pardos do que os demais grupos. Os pardos são os que mais abandonam os estudos. As estimativas apontam que os pretos também se destacam no abandono dos estudos no ensino fundamental. Os não brancos têm mais dificuldades de alcançar um grau mais alto de escolaridade do que os brancos.

Famílias pauperizadas tendem a investir menos nos estudos de seus filhos. Quando a renda dos pais não é suficiente para manter os custos mínimos da família, os filhos precisam complementar a renda, fazendo com que uma parcela desses alunos

abandone a escola regular e tais eventos refletem nos resultados da apropriação do capital socioeconômico e cultural (HASENBALG, 2003). Muitos desses jovens e adultos não são absorvidos pelo mercado de trabalho por falta de qualificação, de maneira que o aumento da escolaridade é visto como o principal caminho de mobilidade social ascendente das pessoas, reduzindo drasticamente as chances de mobilidade social dos não brancos.

As percentagens demonstraram que os brancos têm mais probabilidades de acessar o ensino superior do que os demais grupos. Essas assimetrias são justificadas pela concentração de não brancos em escolas públicas. Tomando como grau de importância para definir as oportunidades, a qualidade do ensino fundamental e médio que são a base para o ingresso no ensino superior, os não brancos encontram-se em desvantagens. Apesar de existirem políticas públicas de inclusão dos não brancos no ensino superior, existem vários empecilhos que dificultam esse acesso. Algumas dessas dificuldades estão contidas na qualidade do ensino básico.

O acesso de crianças e jovens ao sistema educacional não resulta em equidade educacional. A qualidade do ensino tem um papel importante nas oportunidades. É fato que o ensino público brasileiro tem se tornado cada vez mais ineficiente, com algumas exceções. Algumas das habilidades mínimas esperadas de um estudante, como apontar a ideia principal de uma crônica ou de um poema, estão entre as dificuldades que os estudantes de escola pública exibem. O baixo desempenho desses alunos produz resultados nas oportunidades. Esses alunos não estão preparados para disputar uma vaga em uma universidade pública ou até mesmo concorrer a bolsas de estudos em faculdades particulares. Essas desigualdades de oportunidades iniciadas no ensino fundamental consequentemente diminuem as chances no mercado de trabalho, bem como deixam de amenizar as lacunas educacionais entre brancos e não brancos.

A redução das desigualdades no Brasil na última década ocorreu por diferentes motivos, dentre eles, programas criados pelo governo para amenizar as lacunas de oportunidades entre os grupos sociais. Programas criados com a intenção de apoiar famílias que se encontram em vulnerabilidade social contribuíram para aumento de renda dessas famílias, bem como para a permanência de estudantes de baixa renda nas instituições educacionais.

O mercado de trabalho também foi um dos motivos que propiciou a diminuição das desigualdades de renda entre os grupos. No entanto, o setor de serviços que tem empregado intensivamente pessoas é aquele que exige baixa escolaridade; o grupo que

se encaixa em maior proporção nesse requisito é o dos não brancos¹⁸. Sendo assim, os ganhos desses grupos aumentaram, porém as desigualdades de renda entre brancos e não brancos ainda exercem um papel significativo nas oportunidades.

À medida que a economia se desenvolve, a renda é importante para análise do aumento das desigualdades entre os grupos sociais. Isso se deve fundamentalmente pelo acúmulo de fatores ligados à renda, tais como oportunidades de ampliar benefícios educacionais, sociais, culturais, bem como qualidade de saúde. Outros elementos que devem ser considerados são os reflexos do nível de renda, contidos nas possibilidades de proximidades ou distanciamentos da pobreza. O acúmulo de recursos propiciados pela renda tornam possível a obtenção de qualidade de vida e a possibilidade de acesso a um sistema de saúde de qualidade. Dessa forma, os grupos de baixa renda estão mais próximos da pobreza e mais distantes das chances de manter uma qualidade de vida.

De acordo com os estudos de Bateman (2014), renda refere-se a um determinado valor de dinheiro, recebido pela troca de bens e serviços, comumente utilizada para medir o *status* socioeconômico da pessoa. A renda é normalmente medida por família. Para fins deste estudo para estimar os décimos de renda e a relação da desigualdade entre brancos, pretos e pardos, a estratégia utilizada é semelhante à aplicada pelo sociólogo Figueiredo Santos (2011b). Conforme aponta a literatura do autor, o índice de bens transformados em dez categorias¹⁹ baseadas nos décimos de sua distribuição torna essa medida de renda mais apropriada, pois reflete a relação não linear entre renda e saúde.

A tabela 4 apresenta a distribuição das categorias raciais por décimos de renda familiar *per capita*. As categorias foram divididas em dez grupos de renda.

Tabela 4

Tabela. Distribuição das categorias raciais por décimos de renda.
Brasil, 2013.

¹⁸ *Vide* tabela 9

¹⁹ Conforme aponta a literatura de Figueiredo Santos (2011b), o indicador de riqueza foi construído calculando os bens disponíveis no domicílio, tais como automóveis, eletrodomésticos, aparelhos celulares, dentre outros. A cada item foi atribuído um peso levando em consideração a frequência relativa do item verificado em cada amostra. Os itens mais escassos tinham o peso aumentado. A variação do índice de bens na amostra era de zero a 4,7, com média de 1,9, e desvio padrão de 1,3 (Figueiredo Santos 2011, b, p.18-19).

Décimos	Branco	Preto	Pardo	Total
Menor	5,22	11,73	12,38	8,84
2º Décimo	6,98	11,72	11,93	9,51
3º Décimo	7,00	12,46	13,02	10,04
4º Décimo	8,61	11,53	11,54	10,11
5º Décimo	9,78	10,33	10,69	10,21
6º Décimo	10,83	9,92	9,65	10,25
7º Décimo	10,97	10,16	9,55	10,30
8º Décimo	12,13	8,76	8,64	10,35
9º Décimo	13,39	8,24	7,09	10,26
Maior	15,10	5,16	5,52	10,14

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

As proporções dos pretos nos décimos de menor renda são maiores do que as proporções dos demais grupos. As proporções dos pardos são semelhantes às dos pretos, a justificativa para as semelhanças está nas oportunidades, pretos e pardos tem mais dificuldades de acessar recursos básicos como saúde, educação²⁰ e ocupações que possibilitam a geração de renda mais alta. Quando a educação é vista sob um ângulo de oportunidade de ampliar as oportunidades de renda, os brancos têm maior probabilidades de concentrar tais recursos. A estratificação social determina o acesso aos recursos e recompensas. Os mecanismos que reproduzem as desigualdades sociais sejam poder, recursos, riqueza, *status*, prestígio perpassam pela distribuição assimétrica de chances de obtenção de recursos socioeconômicos entre os grupos raciais.

As proporções demonstraram que o grupo que possui a maior média de renda são os brancos. A desigualdade atinge diferentes aspectos, tais como culturais, sociais e socioeconômicos, porém as desigualdades econômicas são determinantes para as oportunidades. Os estudos de Medeiros (2015) demonstraram evidências de que as desigualdades de renda no Brasil permaneceram estáveis entre 2006 e 2012. Apesar do crescimento de renda, os ricos se apropriaram da maior parte desse crescimento. As

²⁰ Vide tabela 9

disparidades de renda têm efeitos na distribuição de recursos valiosos entre os grupos. A próxima tabela apresenta os rendimentos por categorias raciais no ano de 2013.

A tabela 5 apresenta a renda média de brancos, pretos e pardos.

Tabela 5

Tabela. Renda média das categorias raciais.
Brasil, 2013.

Renda média	Branco	Preto	Pardo
Todos os trabalhos	2143,1	1215,9	1249,9
Domiciliar <i>per capita</i>	1530,0	805,2	796,9

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

A tabela aponta que o rendimento dos brancos é superior aos rendimentos do grupo dos pretos e do grupo dos pardos. Os rendimentos dos pardos são próximos aos rendimentos dos pretos. As semelhanças entre os rendimentos marcam também a proximidade de desvantagens de acesso aos recursos sofridos por esses dois grupos.

A desigualdade de rendimentos entre brancos e não brancos não ocorre apenas pela discriminação racial, perpassa pelas oportunidades, parte dela obedece a diferentes obtenções de recursos, dentre eles, está a educação seguida pela oportunidade no mercado de trabalho (HASENBALG, 2003). As pesquisas sobre educação apontaram que, mesmo quando as crianças possuem a mesma origem social ou renda familiar *per capita*, as disparidades de acesso entre os grupos sociais persistem, os brancos têm maior probabilidade de acessar o ensino superior. Essas desigualdades educacionais serão refletidas posteriormente em padrões assimétricos de inserção desses grupos na estrutura ocupacional (HASENBALG, 2006).

O território é um dos principais fatores que marcam as assimetrias entre os grupos sociais, pois está diretamente relacionado ao processo da construção social e histórica do Brasil. O território configura uma delimitação dos espaços de poder apoderados pelas classes sociais, considerando nessa classificação o fator raça, o território pode se manifestar em múltiplas escalas, a dificuldade de acesso aos recursos pautada na localização regional é uma delas. Dessa forma, o território pode expressar, por meio de relações socioeconômicas, culturais, sociais e políticas, a organização a partir de redes que se interligam e deslocam-se nos mais diferentes espaços promovendo

as desigualdades de acesso dos grupos aos recursos sociais por região. A tabela 6 apresenta a distribuição de categorias raciais por região.

Tabela 6
Tabela. Distribuição das categorias raciais no território.
Brasil, 2013.

Unidade	Branco	Preto	Pardo	Total
Norte	3,47	7,35	12,42	7,74
Nordeste	15,33	34,31	37,27	26,69
Sudeste	50,21	45,19	35,28	43,22
Sul	24,64	7,17	5,94	14,84
Centro-Oeste	6,35	5,98	9,08	7,51
Interior	75,65	72,19	75,91	75,44
Capital	24,35	27,81	24,09	24,56
Rural	10,16	13,75	17,16	13,55
Urbana	89,84	86,25	82,84	86,45

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

As proporções de pardos no nordeste são maiores do que dos demais grupos. As proporções de pretos são próximas às dos pardos. Esses dois grupos compartilham as desigualdades de oportunidade e dividem estratos sociais semelhantes. Em nível social, a região nordeste apresenta maior dificuldade para vencer a barreira das desigualdades de acesso aos bens básicos. Em nível econômico, as condições de trabalho não são favoráveis para derrubar a linha da pobreza, bem como a educação precária. Salvo algumas exceções, a região nordeste é marcada pela desigualdade de oportunidades, socioeconômicas, que refletem essa situação em gerações futuras, fazendo com que essas desigualdades sejam duráveis. A presença dos pardos e pretos nessas regiões são maiores do que a de brancos. Esse fato marca as desigualdades de oportunidades entre os grupos sociais.

Os estudos de Soares et al (2016) apontaram que de acordo com os dados da PNAD houve queda nas taxas de pobreza e de extrema pobreza no Brasil, porém, entre os anos de 2012 e 2013, a taxa de pobreza estagnou e a taxa de extrema pobreza teve

aumento. O estudo constatou que as duas forças fundamentais da redução da pobreza encontram-se no mercado de trabalho e nas transferências de valores oriundos de programas sociais do governo para a população desfavorecida socialmente. Mediante as dificuldades de manutenção dos programas sociais, não foi possível manter o ritmo do crescimento dos programas na última década. Os benefícios sociais colaboram com a melhora na qualidade de vida, mas não é suficiente para tirar a população da extrema pobreza.

A região norte também é marcada pela pobreza acentuada da população em relação às demais regiões. Os estudos de Soares et al (2016) apontaram que as taxas de pobreza dessa região permanecem similares às dos anos 2004 e 2013. O norte enfrenta dificuldades socioeconômicas similares às do nordeste. As proporções de pardos nessa região são maiores do que a de brancos. As proporções de pretos também são maiores do que as proporções de brancos. Nessa região, as dificuldades de acesso aos bens básicos são mais complexas do que nas demais regiões, sendo uma região de desigualdades e contrastes sociais. A população encontra dificuldades para vencer as barreiras da falta de recursos. A pobreza tem maior incidência nas regiões norte e nordeste. Essa realidade está alinhada à realidade dos não brancos, que se encontram em maior proporção. Nessas regiões, a concentração de não brancos é maior do que a de brancos.

As proporções de brancos no sul são maiores do que as proporções dos não brancos. O desenvolvimento dessa região é notadamente melhor do que das regiões norte e nordeste. A economia é marcada por várias atividades econômicas dos setores primário, secundário e terciário, tendo destaque nas atividades agrícolas que respondem por mais da metade da produção de grão do Brasil. Trata-se de uma região com mais oportunidades socioeconômicas do que as regiões norte e nordeste, o que contribui para melhor acesso à educação, saúde e melhor qualidade de vida. Quando a educação é colocada como grau de importância para acesso a bons empregos, a região sul é mais propícia do que a região norte e nordeste.

A desigualdade regional no Brasil é um dos problemas que persiste, apesar de ser alvo de políticas públicas com a finalidade de amenizar as discrepâncias. As distâncias socioeconômicas entre as regiões persistem, as políticas sociais voltadas para a população de baixa renda amenizam as desigualdades, mas não conseguem eliminá-las. Assim, pode-se afirmar que as dinâmicas socioeconômicas contribuem para a permanência das assimetrias entre as regiões. Essas desigualdades regionais também

afetam a desigualdade entre brancos e não brancos, visto que os não brancos encontram-se em maior proporção nas regiões afetadas pela dificuldade de acesso aos bens básicos; enquanto as proporções dos brancos são maiores do que as dos não brancos em regiões notadamente mais desenvolvidas socioeconomicamente.

Uma das causas importantes das disparidades entre brancos e não brancos está contida na distribuição geográfica desigual. Na construção histórica brasileira, os não brancos foram concentrados em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico, norte e nordeste do Brasil. Os brancos foram concentrados nas regiões mais desenvolvidas, sul e sudeste. Essa polarização geográfica foi condicionada pela dinâmica do sistema escravocrata. As políticas de incentivos e subsídios à imigração europeia no sul e sudeste no pós-abolição da escravatura reforçou a dicotomia entre brancos e não brancos determinando também as oportunidades futuras entre os grupos sociais. A polarização persiste até hoje, traduzindo-se em desigualdade de apropriação de oportunidades sociais, educacionais, socioeconômicas, bem como a disparidade de saúde entre os brancos e não brancos. Os dados do IBGE comprovam facilmente as desigualdades de oportunidades raciais (HASENBALG, 2006).

No âmbito das desigualdades, as diferenças entre as áreas urbanas e rurais têm características básicas que são fundamentais para o processo de desenvolvimento econômico e a natureza das desigualdades de oportunidades. Embora seja complexo generalizar os custos de vida entre urbano e rural, nota-se que as áreas urbanas costumam apresentar um custo de vida mais caro do que os da zona rural. Por outro lado, as zonas urbanas oferecem mais oportunidades de recursos para a sobrevivência das pessoas. Apesar de oferecer mais oportunidades, as áreas urbanas são marcadas pelas desigualdades entre os grupos sociais, como educação, transporte, eletricidade, água e esgoto tratados, acesso ao bem-estar, dentre outros.

Nas regiões rurais do norte e nordeste, a migração das pessoas da área rural para área urbana em busca do mercado de trabalho urbano propicia o aumento das desigualdades entre os grupos. A região norte tem menos famílias não agrícolas urbanas comparadas em nível nacional. Nas regiões rurais, os jovens têm mais dificuldades de acessar as oportunidades do que os jovens das regiões urbanas. (SOARES ET AL, 2016). As proporções de pardos nas áreas rurais são maiores que as proporções de brancos. As proporções de pretos também são menores do que a de pardos. Levando em consideração as dificuldades encontradas na região rural, o pardo encontra-se em

desvantagens em relação aos demais grupos, visto que o acesso aos bens básicos nas áreas rurais são mais complexos.

5.2.Fatores de riscos à saúde no Brasil em 2013

Os fatores de risco são condições ambientais ou hereditárias que aumentam as chances de uma pessoa sadia desenvolver uma doença. Alguns fatores podem ser evitados, controlados ou tratados. No Brasil, as principais estratégias para mapear os fatores de risco são exames clínicos, porém essas possibilidades não chegam de forma equitativa nos grupos. As estimativas da probabilidade predita de ter fator de risco à saúde demonstram essas discrepâncias.

A variável binária “Desconforto mental” mede se o entrevistado teve alguma sensação de incômodo, desconforto, inquietação, perturbação ou problema de ordem psicológica nas duas últimas semanas. A variável binária “Sedentarismo” mede se a pessoa praticou ou não algum exercício físico ou esporte nos últimos três meses. A variável binária “Discriminação geral” mede se a pessoa sentiu-se discriminado por algum profissional de saúde. A variável binária “Discriminação cor” mede se a pessoa sentiu-se discriminada por algum profissional de saúde durante atendimento devido a sua cor/ raça. A variável binária “Tabagismo” mede se a pessoa usa algum produto à base de tabaco. A variável binária “Isolamento familiar” mede se a pessoa se sente ou não à vontade para falar de tudo com membro familiar. Os dados foram estimados por modelo de regressão logístico.

Tabela 7

Tabela. Probabilidade predita de ter fator de risco à saúde. Brasil, 2013

Fatores	Branco	Preto	Pardo
Desconforto mental	51,5	52,0	55,0
Sedentarismo	64,9	71,6	71,2
Discriminação geral	10,2	13,4	12,3
Discriminação cor	0,5	6,1	1,9
Tabagismo	14,2	18,6	17,5
Isolamento familiar	9,7	14,8	13,2

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

O sedentarismo é caracterizado por um conjunto de fatores prejudiciais à saúde, envolvendo a ausência de prática de exercícios físicos e dietas inadequadas. Especialistas alertam que o sedentarismo direta ou indiretamente colabora para o

aparecimento de várias doenças. Obesidade, hipertensão arterial, diabetes, ansiedade e enfermidades relacionadas ao coração estão entre as doenças às quais as pessoas sedentárias estão expostas.

As estimativas mostraram que os pretos têm maior probabilidade de ter uma vida sedentária do que os demais grupos. Os dados mostraram que os não brancos estão em desvantagens de saúde. O sedentarismo envolve hábitos que estão ligados às situações socioeconômicas, que exercem forte influência sobre os padrões de atividades físicas e alimentares. Manter uma alimentação saudável com produtos frescos é mais caro do que manter uma dieta com produtos artificiais. Outros fatores que marcam as discrepâncias de sedentarismo entre brancos e não brancos estão ligados à localização. Nas regiões urbanas, geralmente os não brancos estão concentrados nas áreas periféricas, onde as alternativas de encontrar alimentos saudáveis e acessíveis financeiramente são por vezes mais difíceis. Espaços para atividades físicas orientadas por um profissional também são normalmente menos acessíveis.

Outro fator que marca as discrepâncias de saúde é o racismo. Estudos como o de Karlsen e Roth (2014) e Phelan e Link (2015) apontaram que racismo é um dos fatores de adoecimento da população não branca, pois cria condições perversas que são difíceis de serem combatidas. Essas situações tornam-se mais complexas quando ocorrem na área da saúde.

As estimativas demonstraram que o racismo também opera na área da saúde. Os pretos têm maior probabilidade predita de sofrer racismo do que os demais grupos. Existem fatores cumulativos que refletem a discrepância de saúde entre brancos e não brancos. O racismo explica parte dessa desigualdade. As preferências pela cor das pessoas no momento do atendimento em unidades de saúde, por vezes, reflete em diagnósticos incompletos. Os profissionais da saúde frequentemente ignoram sintomas emitidos pelos pacientes, exames deixam de ser feitos, comprometendo o estado de saúde do paciente.

O colorismo²¹ é um dos fatores que marcam as desigualdades no atendimento médico. Em alguns casos, a relação paciente/médico e/ou profissional de saúde é pautada nas características físicas do paciente, sendo a cor um marcador de

²¹ O colorismo marca a “pigmentocracia”, que configura privilégios da pele clara em relação à pele escura. Para entender como esse sistema opera, cabe ressaltar o contexto da segregação racial dentro do processo histórico de construção da imagem da população não branca. Os estudos de Nascimento (2015) demonstraram que esse processo foi influenciado pelo sistema de eugenia e pela construção da hierarquia racial.

desigualdade para o direcionamento das instruções médicas. Os estudos de Ferraro e Morton (2014) e de Souza (2000) concluíram que a cor da pele pode ser um marcador grosseiro de discriminação. As pessoas de pele mais escura tendem a receber menos instruções sobre tratamentos médicos do que as pessoas de pele mais clara. Pessoas de pele mais escura estão mais sujeitas a receber tratamentos mais invasivos.

O Ministério da Saúde admite a existência de racismo no atendimento à população negra. Na tentativa de conter o racismo no atendimento médico, o Ministério da Saúde em parceria com o Movimento Negro Unificado criou projetos que incluem cursos de capacitação para os profissionais da saúde. As denúncias de maus atendimentos baseadas na cor/raça são incentivadas. Elas são recebidas na Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde. Outras políticas de combate ao racismo foram criadas, como a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, que possui entre uma de suas metas o combate ao racismo praticado pelos profissionais de saúde.

O desconforto mental pode passar despercebido por pessoas próximas, às vezes, sendo confundido como uma situação passageira ligada a um momento de decepção ocorrido por determinada circunstância. A tentativa de invisibilizar o desconforto mental pode acarretar dificuldade no diagnóstico do paciente.

As estimativas apontaram que os brancos têm probabilidade predita menor do que os pretos e pardos de desenvolver desconforto mental. Alguns fatores cumulativos estão ligados a esses resultados. A estabilidade emocional é propiciada por efeitos múltiplos ligados à qualidade de vida, dentre eles, encontra-se estabilidade financeira, segurança próxima à residência, relacionamentos familiares e sociais estáveis, acesso a diagnósticos e tratamentos. As razões para a desproporção vivida por brancos são parcialmente relacionadas à maior possibilidade de ter acesso a esses bens.

A Organização Mundial de Saúde-OMS considera o tabagismo como a principal causa de morte que poderia ser evitada em todo o mundo. O tabagismo causa dependência física e psicológica. É considerado um dos fatores que está ligado ao desenvolvimento de algumas doenças crônicas, tais como doenças pulmonares, cardiovasculares e câncer.

As estimativas demonstraram que os pretos têm maior probabilidade predita de desenvolver tabagismo. Existem várias motivações que levam o indivíduo ao consumo de tabaco. Dentre elas, está a sensação de bem-estar momentâneo. Estudos apontam que nicotina tem efeitos calmantes, já que provoca mudanças no metabolismo cerebral, aliviando o estresse. O efeito calmante é rápido, fazendo com que o fumante sintam a

necessidade de fumar mais vezes para aliviar as tensões. A dependência do cigarro causa ansiedade e aumenta o estresse (PAWLINA et al, 2015). Apesar de o tabagismo ser um hábito enraizado em várias culturas e o consumo movimentar muitos dividendos, países como o Brasil o considera atualmente como problema de saúde pública, investindo em políticas para restringir o consumo.

Os estudos de Spink (2010) demonstraram que as primeiras ações oficiais do Brasil contra o uso de tabaco são datadas em 1986, medidas, como legislações, campanhas e estratégias, foram tomadas a fim de promover a cessação do fumo, levando em consideração ações para amenizar os danos causados aos fumantes passivos. As doenças crônicas desenvolvidas pelo uso do tabaco, tais como câncer de pulmão, câncer de mama, asma, complicações de diabetes, complicações cardíacas, por vezes acompanham o indivíduo durante boa parte da sua vida.

As doenças crônicas não são causadas apenas pelo uso de tabaco, existem outras circunstâncias que propiciam o aparecimento delas, que atingem todas as camadas sociais, mas de maneira mais intensa nas pessoas de baixa renda.

5.3. Doenças crônicas no Brasil em 2013

À medida que novas doenças surgem, juntamente aparecem também novas pesquisas e novos tratamentos, a fim de evitar ou minimizar os efeitos de doenças. Indivíduos e grupos com maior nível socioeconômico estão em melhores condições de evitar tais doenças ou de tirar vantagens dos tratamentos mais avançados. Em geral, os efeitos das condições sociais são em longo prazo e pode levar a uma acumulação de desvantagens durante toda a vida e que pode ser atribuída aos diferentes mecanismos em diferentes pontos do curso de vida (ONGE, 2014).

A tabela 8 aponta as diferenças da probabilidade predita de problemas de saúde de brancos, pretos e pardos. A variável binária “Uma doença crônica” mede se a pessoa recebeu diagnóstico médico de uma doença crônica, física ou mental, ou de longa duração. A variável binária “Duas doenças crônicas” mede se a pessoa recebeu diagnóstico médico para mais de uma doença crônica. A variável binária “dificuldade de locomoção” mediu a probabilidade de a pessoa ter alguma dificuldade de locomoção. Foram utilizados os dados da questão N003 do questionário da PNS 2013, os quais foram estimados pelo modelo de regressão logístico.

Tabela 8

Tabela. Probabilidade predita de problema de saúde. Brasil, 2013

Fatores	Branco	Preto	Pardo
Uma doença crônica	37,6	34,6	35,5
Duas doenças crônicas	15,4	13,9	14,2
Dificuldade de locomoção	6,1	7,1	7,8

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

A análise dos dados indica que, quando o fator “uma doença crônica” é estimado, os brancos apresentam maior incidência do que pretos e pardos de desenvolver “uma doença crônica”, mas esse fato não conclui que a saúde do branco é pior do que a saúde dos pretos e pardos. Há fatores cumulativos que influenciam essas discrepâncias, dentre eles, estão as possibilidades dos brancos de ter maior frequência em consultas médicas, bem como um número maior de acesso a diagnósticos. As estimativas para uma doença crônica demonstram que a probabilidade predita de pretos de desenvolver doenças crônicas é menor do que a dos pardos, mas não é significativa, pois existe a desigualdade de acesso à saúde entre esses dois grupos, mas no contexto de acesso aos bens básicos eles se assemelham nas desigualdades de oportunidades sociais.

A associação raça com a variável dependente “duas doenças crônicas” demonstra que os brancos apresentam maior incidência de desenvolver mais de uma doença crônica do que os demais grupos; assim como nas estimativas de probabilidade predita de “uma doença crônica”, existem fatores cumulativos que reforçam as discrepâncias dessas probabilidades.

Os estudos de Figueiredo Santos (2011,a) apontaram que na idade adulta as condições de vida ligadas aos fatores socioeconômicos e à raça contribuem para invisibilizar o adoecimento ao longo da vida. Os fatores socioeconômicos marcam as desigualdades, mas não explicam a desigualdade de saúde em sua amplitude. O fato de os brancos serem diagnosticados com maior probabilidade predita de sofrer de doenças crônicas está em consonância com o fato de os brancos terem renda disponível maior do que a dos não brancos e conseqüentemente maior disponibilidade para cuidar da saúde. Mesmo quando os não brancos têm renda igual à dos brancos, a desigualdade de saúde permanece. O fator racismo, mesmo depois dos controles dos fatores socioeconômicos, ainda opera de forma significativa na desigualdade de saúde entre esses grupos sociais.

As análises do fator “Dificuldade de locomoção” demonstraram que a probabilidade predita de problemas de locomoção de pardos é maior do que dos demais

grupos. Essas discrepâncias precisam ser mediadas por outros indicadores socioeconômicos e raciais. Como esta limitação funcional independe de acesso ao serviço de saúde e de diagnóstico médico, a discrepância racial se manifesta mais claramente.

Ao observar as discrepâncias de renda entre brancos e não brancos e a disponibilidade dessa renda para investimento em saúde e educação, nota-se que a probabilidade dos brancos de serem mais diagnosticados com doenças crônicas pode estar conectada ao fato de que os brancos têm maior frequência na procura por tratamentos médicos do que pretos e pardos. As análises dos dados da PNS 2013 apontam as diferenças das probabilidades previstas de acesso e uso aos serviços de saúde.

As variáveis analisadas para medir a probabilidade prevista de acesso e uso de serviço de saúde foram as variáveis binárias: “Consulta médica até 12 meses”, mede se a pessoa utilizou os serviços de saúde nos últimos 12 meses. A variável “Consulta médica 2 ou mais anos” mede se a pessoa demorou 2 anos ou mais para ir ao médico. A variável “Posse de plano de saúde” mede se a pessoa tem plano particular de saúde.

Tabela 9

Tabela. Probabilidade prevista de acesso e uso de serviço de saúde. Brasil, 2013

Fatores	Branco	Preto	Pardo
Consulta médica até 12 meses	72,4	68,5	67,6
Consulta médica 2 ou mais anos	13,1	15,9	16,4
Posse de plano de saúde	39,2	23,6	20,7

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

As estimativas demonstraram que os brancos têm mais acesso à “Consulta médica até 12 meses” do que os demais grupos. As estimativas da probabilidade prevista de acesso e uso de serviço de saúde de pretos é semelhante às estimativas dos pardos. As diferenças entre esses dois grupos existem, mas são insignificantes. Pretos e pardos estão mais próximos em relação às desigualdades sociais e conseqüentemente também estão mais distantes dos brancos em relação às probabilidades de acesso a consultas médicas. Os brancos têm mais acesso ao sistema de saúde. Esse fato não significa que a saúde deles é pior do que a dos pretos e pardos, pois eles têm mais acesso à saúde e conseqüentemente mais diagnósticos.

As estimativas da variável “Consulta médica 2 ou mais anos” demonstraram que os pardos têm maior probabilidade de uso menos frequente de serviço de saúde do que

os demais grupos. As estimativas de pardos são semelhantes às estimativas de pretos. Pelo mesmo motivo citado anteriormente, pretos e pardos estão mais próximos nos contextos socioeconômicos e raciais, o que propicia limites compartilhados de desigualdade de acesso aos bens básicos.

O fato de os brancos terem mais possibilidades de acesso às consultas médicas realça as assimetrias de saúde entre brancos e não brancos. Existem várias questões dessa desigualdade que estão ocultas, a dificuldade de acesso a uma consulta médica pode ser uma dessas questões. Alguns fatores reforçam as desigualdades de acesso às unidades de saúde, tais como a distância da residência à unidade de saúde, horário de funcionamento, acesso ao transporte, dentre outros. A dificuldade de marcar consulta médica em uma unidade de saúde pública também é um fator importante para essa análise. Os grupos que dispõem de renda para investir em um plano de saúde passam a ter outras possibilidades de acesso às consultas médicas. Enquanto os grupos desfavorecidos socialmente dependem da disponibilidade das vagas do SUS.

As estimativas do fator “Posse de plano de saúde” demonstraram que os brancos possuem mais acesso aos planos de saúde do que os demais grupos. Como já foi pontuado anteriormente, existem vários fatores para a persistência da discrepância de saúde entre brancos e não brancos, entre eles, estão os fatores socioeconômicos e fatores raciais, famílias de baixa renda não dispõem de recursos para investimentos em planos de saúde. É notável que, no contexto socioeconômico brasileiro, a parcela significativa da população que se enquadra nesse perfil é preta ou parda. As estimativas dos pardos são semelhantes às estimativas dos pretos, mostrando que os pardos herdaram as mesmas limitações sociais dos pretos com pequenas variações em relação aos brancos.

Os estudos de Figueiredo Santos (2011, a) apontaram que, para entender as diferenças de saúde entre os grupos raciais e étnicos, é preciso compreender que as desigualdades estão para além das diferenças culturais e biológicas, estão situadas nas estruturas socioeconômicas, que operam de forma independente e diversificada. A associação de fatores socioeconômicos e raciais fortalece as desigualdades entre os grupos sociais.

Existem muitas explicações para a desigualdade racial de saúde nas sociedades modernas, dentre os principais determinantes sociais focados em fatores socioeconômicos estão comportamento de saúde, racismo e acesso aos cuidados de saúde. Uma das explicações mais amplamente estudadas sobre disparidades raciais em saúde é o *status* socioeconômico. A revisão de literatura de Ferraro e Morton (2014)

aponta que, mesmo quando o *status* socioeconômico é controlado, os adultos negros geralmente não colhem os mesmos benefícios de saúde como seus homólogos brancos. O *status* socioeconômico não atenua completamente os efeitos da raça em saúde.

6. A DESIGUALDADE RACIAL DE SAÚDE E O PAPEL DA MEDIAÇÃO SOCIOECONÔMICA NO BRASIL EM 2013.

A revisão de literatura de Carvalhaes (2013) ressaltou que a literatura epidemiológica reconheceu a ligação entre saúde e condições socioeconômicas. Os estudos sobre a ligação estado de saúde e posição social tornaram-se recorrentes na literatura internacional. Os estudos comprovam que os resultados educacionais, os ganhos financeiros e as relações sociais estão conectados ao estado de saúde das pessoas. Essa relação pode ser positiva ou negativa. Positiva quando os ganhos sociais, educacionais estão ligados à manutenção de um bom estado de saúde. A ligação é negativa quando os ganhos acarretam danos à saúde como estresse e doenças ligadas à má alimentação, dentre outros.

A desigualdade na distribuição de saúde afeta todas as idades por mecanismos heterogêneos, porém existem estudos empíricos sobre doenças que têm pouca incidência em grupos mais ou menos afluentes, e outras doenças que têm mais recorrência em grupos das camadas mais desfavorecidas. De acordo com a revisão de literatura de Carvalhaes (2013), é importante conectar a condição socioeconômica e estado de saúde das pessoas. Estudar a singularidade desses mecanismos “seria estudar a estratificação social da saúde” (CARVALHAES, 2013, p. 21). A desigualdade na distribuição de saúde no Brasil não é afetada somente pelas condições socioeconômicas, ela está fundamentada nas relações raciais, principalmente na dicotomia entre brancos e não brancos. Os estudos sobre a desigualdade de saúde no Brasil, para serem completos, necessitam realizar o intercruzamento entre os três vetores: estado de saúde, fator socioeconômico e raça. A revisão de literatura de Carvalhaes (2013) aponta que o grau educacional, renda e posição ocupacional é inversamente proporcional ao estado de saúde; menos escolaridade, menos ganhos financeiros podem representar mais problemas ligados ao estado de saúde.

A revisão de literatura de Figueiredo Santos (2011a) disserta acerca da ligação estado de saúde e posição socioeconômica. A sociologia e epidemiologia social percebem uma diferença no significado de saúde e doença. A saúde representa o bem-estar físico e mental das pessoas. A doença representa um mau funcionamento no corpo, que pode comprometer o funcionamento de alguns órgãos por um curto período de

tempo, ou pela vida toda. Os progressos nos tratamentos de saúde são proporcionais às desigualdades de acesso aos tratamentos. Mesmo havendo melhorias no sistema de saúde, pesquisas rigorosas e renomadas, tais como as pesquisas de Figueiredo Santos (2011a, 2011b), mostram que essas melhorias chegam com discrepâncias entre a população. Os menos favorecidos socialmente usufruem muito pouco ou quase nada da modernização do sistema de saúde.

Os indicadores no nível individual mais usados na literatura sobre epidemiologia social internacional e nas Ciências Sociais para fundamentar as diferenças na posição social das pessoas estão pautados nos indicadores renda e educação. De acordo com os estudos de Figueiredo Santos (2011a), a dificuldade de utilização do indicador renda está na sua inconstância ao longo da vida e sua dificuldade de estabelecer relações causais. A educação seria um dos indicadores que demonstra mais afinidade com medidas de estado de saúde e mortalidade, ela pode ser aplicada tanto na população economicamente ativa como na população economicamente inativa. O ponto que dificulta a mensuração da educação para avaliar as desigualdades de saúde está implicado na variação da época de nascimento das pessoas e na assimetria dos cortes de idade e risco de morte que, ajustado por idade para aqueles que estão no nível socioeconômico mais baixo, é duplo. No caso das ocupações, a dificuldade da mensuração está contida nas variações, na ausência de uma padronização e de base teórica para calcular a relação posição social e estado de saúde.

A diferença no pensamento dos dois autores citados acima sobre as implicações entre estado de saúde e fator socioeconômico está no ponto em que Carvalhaes (2013) acredita que não existem dados temporais suficientes para testar a ligação entre adoecimento e recursos socioeconômicos. Para ele, essa seria a única forma de realizar um teste rigoroso da teoria.

Além desta introdução que especifica o enfoque da estrutura do capítulo e apresenta o assunto que é investigado, a proposta deste capítulo foi desenvolvida por meio de duas seções. A seção 6.1 aborda a relação das categorias raça e saúde não boa. Nesse contexto, inserem-se também o papel dos fatores socioeconômicos associados, a perda de qualidade de vida e a desigualdade socioeconômica entre esses grupos. A seção 6.2 demonstra o efeito relativo que fica após o controle individual das variáveis territórios, renda, educação, classe. Apresenta também o efeito que fica quando todas as variáveis (territórios, renda, educação, classe) são controladas ao mesmo tempo.

6.1 Probabilidade Predita de Saúde não Boa por Cor Brasil 2013

Partindo-se da premissa segundo a qual a sociedade brasileira se estrutura sobre a base de classes sociais, organizadas pelo contexto histórico da dicotomia entre brancos e não brancos, portanto, do modo como o processo de sua organização vem se estruturando a partir das discrepâncias de oportunidades entre brancos e não brancos. Assim, inserem-se também o papel dos fatores socioeconômicos associados à perda de qualidade de vida e à desigualdade socioeconômica entre esses grupos. Sob essa perspectiva, este capítulo intenta analisar as chances de saúde não boa de brancos, pretos e pardos.

Os estudos de Figueiredo Santos (2011a), bem como o modelo de regressão logística usado pelo sociólogo, serão utilizados como modelo para as estimativas das probabilidades de saúde não boa. O estudo constatou que, para analisar o papel dos fatores socioeconômicos na construção das desigualdades raciais de saúde no Brasil, deve-se levar em consideração que o acúmulo de um conjunto de fatores associados à desigualdade racial de saúde depende da mediação de fatores que incidem nas desigualdades de oportunidades entre brancos e não brancos. O estudo do sociólogo demonstra que os grupos raciais têm acessos distintos aos recursos valiosos, que incidem também sobre as desigualdades de saúde. Para fins deste estudo, os fatores território, renda, educação e classe foram usados como variáveis de controle para estimar a probabilidade predita de saúde não boa.

A relação das categorias raça e saúde não boa é estimada usando uma estratégia em parte semelhante à aplicada pelo sociólogo Figueiredo Santos (2011a). São utilizados padrões de referência de modelo inicial básico. Entretanto, neste estudo, ao contrário do que foi feito naquele estudo, cada novo controle é incluído sem manter os controles anteriores, exceto no caso de idade, sexo, informante e território. Desse modo, pode-se comparar o papel de renda, educação e classe social. No último modelo, todos os controles foram simultaneamente incluídos. No modelo inicial, o efeito de raça é ajustado por idade, gênero e informante²² do estado de saúde. Nas análises, foi incluída a macrorregião relativa à residência como variável, bem como os efeitos interativos entre raça e classe. O modelo inicial também foi utilizado nas demais estimativas. As chances relativas ajustadas foram usadas para apresentar o efeito de raça. (FIGUEIREDO SANTOS, 2011A, 19).

²² A própria pessoa declarou o estado de saúde, ou outro membro da casa realizou a declaração.

O modelo de regressão logística foi usado para estimar as probabilidades de saúde não boa entre brancos e não brancos. As variáveis de controle, renda, educação e classe foram utilizadas para auxiliar na avaliação das diferenças relativas e absolutas de saúde não boa entre pretos e pardos em relação aos brancos.

Tabela 10

Probabilidade Predita de Saúde não Boa por Cor. Brasil, 2013.

Modelos	Branco	Preto	Pardo
Inicial	18,7	26,5	28,3
+ Território	20,2	25,9	26,3
+ Renda	21,5	24,5	25,0
+ Educação	21,5	24,4	25,0
+ Classe	21,4	24,5	25,2
+ Todos	22,0	23,9	24,6

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

A estimativa da variável território indica que a probabilidade predita de saúde não boa dos brancos é menor do que as estimativas dos outros grupos. Essa diferença em relação ao modelo inicial nos percentuais indica que a localização territorial dos indivíduos influencia seu estado de saúde. A localização dos brancos por vezes abrange regiões mais bem situadas do que as regiões ocupadas por pretos e pardos. Os espaços urbanos geralmente contam com saneamento básico, a mobilidade é mais acessível, as casas são bem estruturadas, geralmente as construções têm um planejamento e supervisão de um profissional, evitando o risco de desabamento. A mobilidade até os estabelecimentos de saúde também são mais acessíveis.

A estimativa da variável renda em relação ao modelo inicial indica que os brancos têm menor probabilidade predita de saúde não boa do que os demais grupos estudados. A variável renda é importante para delinear a disponibilidade de recursos disponíveis para investimento em saúde e educação. Pesquisas do IBGE (2017) apontam que os rendimentos mensais da população branca são superiores aos rendimentos da população preta e parda. Os brancos têm maior probabilidade de ocupar cargos de maior prestígio e conseqüentemente rendimentos maiores do que os rendimentos de pretos e pardos. Esse fato amplia as chances de os brancos terem maiores investimentos em tratamentos de saúde do que os não brancos de baixa renda. Quando os rendimentos entre brancos e não brancos são iguais, estudos indicam que os brancos tendem a investir mais na saúde do que os não brancos.

As estimativas da variável educação em relação ao modelo inicial demonstraram que os brancos têm probabilidade predita de saúde não boa menor do que pretos e pardos. Estudos do IBGE (2010) apontaram que o nível educacional de jovens brancos é maior do que o de jovens pretos e pardos. A probabilidade dos brancos de ingressarem no ensino superior²³ é maior do que a probabilidade dos não brancos. Existem vários fatores que marcam essas diferenças, tais como renda e ocupação dos pais ou responsáveis. A dificuldade de acesso às instituições educacionais, a escassez dos recursos financeiros, o isolamento e as condições de trabalho são fatores que ainda dificultam a aquisição do aumento da educação dos não brancos, mesmo que seja em uma instituição pública, sendo essa condição repassada aos filhos.

As probabilidades dos brancos de terem saúde não boa em relação às probabilidades dos não brancos, quando as variáveis renda, educação e classe são estimadas separadamente, são menores. Quando todas as variáveis (território, renda educação e classe) são estimadas coletivamente, as probabilidades dos brancos de terem saúde não boa permanecem menores do que as probabilidades dos não brancos. As desigualdades de probabilidade de saúde não boa permanecem entre os grupos. Esse fato aponta que o acúmulo de desigualdade de oportunidade entre esses grupos sociais reflete também na persistência da desigualdade de saúde, como aponta a próxima tabela.

6.2.Diferença Absoluta de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles

As assimetrias socioeconômicas entre brancos e não brancos respondem por muitas desigualdades de saúde entre esses grupos (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a). O papel desempenhado pelas diferenças sociais, devido ao fator classes sociais e *status* socioeconômico, incide sobre resultados de saúde entre os grupos sociais. Os estudos de Figueiredo Santos (2011, b) demonstraram que as extensões das desigualdades absolutas entre os grupos sociais são frequentemente amplas. Pessoas desfavorecidas socialmente em relação aos estratos superiores tendem a estar também em desvantagens mediante fatores de risco biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais.

A tabela 11 apresenta a diferença absoluta de saúde não boa em relação ao branco e efeito após o controle dos fatores socioeconômicos.

²³ Na época da pesquisa, 31,1 % dos brancos pesquisados chegavam ao ensino superior. Os pretos somavam apenas 12,8% e os pardos 13,4%. Informações retiradas do gráfico do Portal Brasil (07/08/15 22:14) acessado em 20/04/16

Tabela 11

Diferença Absoluta de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles.
Brasil, 2013.

Modelos	Preto		Pardo	
	Dif. Abs. Dydx	Efeito % Inicial=100	Dif. Abs. Dydx	Efeito % Inicial=100
Inicial	7,8	100,0	9,7	100
+ Território	5,7	73,1	6,1	62,9
+ Renda	3,0	39,0	3,6	37,1
+ Educação	2,9	37,2	3,4	35,1
+ Classe	3,1	39,7	3,8	39,2
+ Todos	1,9	24,4	2,6	26,8

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

Quando a variável território é controlada, a diferença absoluta de saúde não boa do preto em relação ao branco apresenta redução em relação ao efeito inicial. As estimativas dos pardos em relação aos brancos também apresentam redução em relação ao efeito original. As persistências das desigualdades entre brancos e não brancos indica que o fator território influencia as desigualdades de saúde. O território ocupado pelos pretos e pardos de baixa renda nas zonas urbanas são periféricos. Em localidades de médio e grande porte, as ocupações estão localizadas nas comunidades²⁴. Esses ambientes são marcados por conflitos e dificuldade de acesso aos bens básicos, como saneamento básico; em alguns locais, o esgoto não é encanado, expondo os moradores a possíveis doenças causadas pelo contato com dejetos humanos e de animais. As construções são em grande parte irregulares, correndo o risco de desabamentos, principalmente em época de chuvas mais intensas. Os conflitos ligados ao tráfico de drogas, por vezes, incidem nesses locais, gerando tensões entre moradores, agentes da segurança pública e traficantes, consequentemente causando instabilidade nesses territórios. Os postos de saúde pública não são suficientes para atender todos os moradores das comunidades. Os tratamentos básicos de saúde não chegam a todos os grupos de forma eficiente. Esses fatores reduzem as chances de saúde boa dos não brancos. As diferenças de renda entre brancos e não brancos estão diretamente relacionadas com os locais de ocupação territorial.

O controle do fator renda indica que houve uma redução das chances de saúde não boa de pretos em relação aos brancos, mas o efeito das discrepâncias permanece. As

²⁴ Antiga favela. A nomenclatura foi modificada, mas as condições de moradia, ineficiência do saneamento básico, riscos de desabamentos da estrutura física das construções, conflitos, tiroteios ainda estão presentes no cotidiano dos moradores.

estimativas dos pardos em relação aos brancos também apresentam redução em relação ao efeito original. Essas diferenças em relação ao efeito original nos percentuais indicam as desigualdades de recompensas de pretos e pardos em relação aos brancos e seu papel mediador na desigualdade de saúde. Os pretos são mais propensos para ocupação de cargos de menor prestígio e conseqüentemente os salários são compatíveis com as ocupações. Os investimentos em moradia, estudos e saúde são mensurados de acordo com a renda.

Os investimentos em educação estão ligados aos valores da renda. Quando a variável educação é controlada, a diferença da probabilidade absoluta de saúde não boa de pretos em relação aos brancos é reduzida. Estudos como os do IBGE (2010) apontaram que os pretos, em relação aos brancos, ainda têm um índice maior de baixa escolaridade, sendo as ocupações e conseqüentemente os salários associados ao nível educacional. Entender o contexto da relação educação com saúde pressupõe, portanto, identificar os fatores culturais, comportamentais, vinculados ao estilo de vida da pessoa e que envolvem conhecimento.

O conhecimento acadêmico no mercado de trabalho tornou-se o fator fundamental para determinar a nova estrutura social, levando em consideração as diferentes posições sociais que podem surgir dessa definição. Implicam também determinados graus de poder de uns sobre os outros (BOURDIEU, 2007). Quanto maior o ganho, maior o capital econômico, maior o investimento no capital cultural e na educação dos filhos (HASENBALG, 2003). Famílias pauperizadas tendem a investir menos nos estudos de seus filhos, fazendo com que uma parcela desses alunos abandone a escola regular e tais eventos refletem nos resultados da apropriação do capital social, econômico e cultural. Os moradores urbanos possuem oportunidades maiores de apropriação de capital cultural do que os chefes de famílias rurais.

O fator capital econômico e capital cultural estão inseridos no contexto das discrepâncias de saúde. Os profissionais de saúde tendem a dar mais atenção às pessoas com mais instrução. Os estudos de Lang e Lombraile (2014) apontaram que as orientações médicas para com o paciente é proporcional ao nível de escolaridade. A justificativa está nos hábitos culturais e na facilidade de compra de medicamentos sem receituário médico. A desconfiança em relação às indicações médicas leva o paciente a não seguir ou acreditar nas recomendações do profissional. Esse tipo de comportamento possivelmente promove o alongamento ou prejuízo aos tratamentos. As desconfianças

sobre receitas médicas não estão restritas às pessoas de baixa escolaridade, por vezes, pessoas mais instruídas iniciam tratamentos e ingerem medicação indicados por leigos.

Quando a variável classe é controlada, a diferença absoluta de saúde não boa do preto em relação ao branco apresenta redução em relação ao efeito inicial. O mesmo ocorre com as estimativas do pardo. O controle da variável classe reduz o efeito original das assimetrias de saúde não boa de pardos em relação aos brancos. O estudo da dicotomia construída ao longo da história brasileira entre brancos e não brancos é importante para delinear a persistência das desigualdades sociais entre essas duas categorias, bem como o entendimento das desigualdades de classe no Brasil.

Ao longo do tempo, a estrutura da classe social no Brasil sofreu algumas alterações em relação à estrutura apresentada por Florestan Fernandes (1965), porém a composição original da base da estrutura social ainda se faz presente. As distâncias sociais entre brancos e não brancos ainda são significativas, os grupos ocupam lugares diferentes na sociedade. Essas diferenças são marcadas pelas assimetrias de oportunidades de acesso ao capital econômico, capital cultural e capital social, bem como o poder político e a outros prestígios valorizados na sociedade brasileira.

O controle do fator “todos” (território, renda, educação e classe) reduz o efeito inicial da diferença absoluta de saúde não boa do preto em relação ao branco. As estimativas de diferença absoluta de saúde não boa dos pardos em relação aos brancos têm uma redução em comparação ao efeito original. A questão da desigualdade de saúde no Brasil é resultado das demais desigualdades de oportunidade raciais. Todos os fatores estudados, classe, renda e educação, estão ligados às chances do indivíduo de ter boa saúde ou não. Essas chances estão intimamente conectadas à raça, que determina todas as demais chances de vida.

A próxima tabela apresenta o efeito de raça na forma de chances relativas. As estimativas tratam-se das diferenças que persistem dentro dos contextos territoriais, de renda, educação, classe, bem como a persistência de todos esses fatores juntos, nas probabilidades de saúde não boa entre brancos e não brancos.

A tabela 12 apresenta a diferença relativa de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles.

Tabela 12

Diferença Relativa de Saúde não Boa em Relação ao Branco e Efeito após controles.
Brasil, 2013.

Modelos	Preto		Pardo	
	Dif. Rel. Eydx	Efeito % Inicial=100	Dif. Rel. Eydx	Efeito % Inicial=100
Inicial	36,7	100,0	43,8	100,0
+ Território	26,8	73,0	28,5	65,1
+ Renda	14,6	39,8	17,1	39,0
+ Educação	14,1	38,4	16,5	37,7
+ Classe	14,9	40,6	18,2	41,6
+ Todos	9,5	25,9	12,5	28,5

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados

Quando a variável território é controlada, a diferença relativa de saúde não boa do pardo em relação ao branco apresenta redução em relação ao efeito inicial. A concentração de pardos localizados na região nordeste é maior do que a de pretos e brancos, o que explica a diferença nas chances de saúde não boa entre esses grupos. A região nordeste é marcada por desigualdades sociais e os recursos básicos para manter uma saúde boa não chegam a todos os moradores de forma equitativa. O sistema de saúde público é ineficiente, as estruturas físicas e de pessoal nessa região são precárias, impossibilitando atendimentos e tratamentos eficazes para os pacientes. Famílias não brancas de baixa renda não possuem recursos para atendimentos médicos em estabelecimentos particulares e/ou condições para manter alimentação saudável, dificultando a manutenção de saúde boa para os moradores dessa região.

O controle do fator renda reduz a diferença relativa de pretos terem saúde não boa em relação aos brancos. Essas diferenças também ocorrem com pardos. As chances de os pardos terem saúde não boa em relação aos brancos são reduzidas quando o fator renda é controlado. Autores como Carvalhaes (2013) e Figueiredo Santos (2011a) constataram que a diferença de renda é um dos mecanismos que acentuam as desigualdades de chances de saúde não boa entre brancos e não brancos. Os estudos de Figueiredo Santos (2011a) apontaram que os grupos em desvantagens sociais experimentam maior dificuldade para alcançar a saúde boa. As ocorrências das chances de saúde não boa dos favorecidos socialmente serem piores do que as dos desfavorecidos socialmente são raras. Esse fato denota a importância de analisar a saúde não boa pelo estrato social, a fim de verificar a equidade nas chances de saúde boa e saúde não boa entre os grupos (FIGUEIREDO SANTOS, 2011a). Os não brancos (pretos e pardos) de baixa renda estão incluídos no grupo dos desfavorecidos

socialmente. Os estudos de Hasenbalg e Silva (2003) já apontavam um distanciamento nas chances de vida de grupos sociais fundamentados nas diferenças raciais. As chances de vida de filhos de pais ou responsáveis pretos com baixa escolaridade, cujo salário é compatível com a escolaridade, alcançarem oportunidade de vida equitativa com os demais grupos sociais é rara, além de a renda não ser suficiente para viabilizar a manutenção de saúde boa, que inclui alimentação de qualidade, ambiente sem poluição sonora, lazer, moradia de qualidade, estrutura familiar, dentre outros fatores que proporcionam uma boa saúde. A baixa renda inviabiliza uma educação de qualidade. Tendo o grau de escolaridade como uma possibilidade de ascensão social, essa família dificilmente teria condição de proporcionar uma melhora na qualidade de vida de seus descendentes.

Quando a variável educação é controlada, a diferença relativa de pretos terem saúde não boa em relação aos brancos é reduzida. As probabilidades relativas dos pardos de terem saúde não boa em relação aos brancos também sofrem redução. As estimativas da diferença relativa de saúde não boa apontam que os não brancos estão em desvantagens de saúde em relação aos brancos. Os estudos de Yaish e Bar-Haim (2007) apontaram que as disponibilidades do capital econômico, social e cultural influenciam no desenvolvimento educacional e nas reservas de oportunidade. Os grupos não usufruem das oportunidades da mesma forma. O nível de instrução é afetado pela origem social.

As disparidades de saúde entre brancos e negros são mais elevadas nos níveis de baixa escolaridade (CUMMINGS E JACKSON, 2008). De uma maneira geral, a baixa escolaridade por vezes é proporcional à exposição a fatores de risco. Os estudos de Barros et al (2006) apontaram incidências de doenças ligadas à baixa escolaridade. À medida que diminuem os anos de escolaridade, aumentam as chances de probabilidades de desenvolvimento de doenças crônicas. Mulheres de baixa renda e com pouca escolaridade, por vezes, têm dificuldades para acessar as orientações dos profissionais de saúde para prevenção e tratamentos dos miomas (Souza, 2000).

Quando a variável classe é controlada, a diferença relativa de pretos terem a saúde não boa em relação aos brancos sofre uma redução em relação ao efeito original. De acordo com os estudos de Wright (2008), a percepção de classes sociais é reproduzida por meio da organização social na luta por manutenção de recurso e do poder, gerando uma porção de prestígio de uns sobre os outros. As ocupações marcam a

distribuição dos recursos no sistema econômico, bem como o relacionamento das pessoas pautado no acúmulo desses recursos.

Os estudos sobre as classes no Brasil deve-se levar em conta a história da formação das classes sociais baseada nas diferenças raciais. As lutas de classe estão para além dos bens materiais, desse modo, as crenças de superioridade entre os grupos é demarcada diretamente pela hierarquia racial. Nesse contexto, as oportunidades de vida não são equitativas. As condições de trabalho, tais como ausência de equipamentos de proteção, jornadas intensas sem intervalos adequados para descanso, dentre outras questões, acarretam danos à saúde. As condições para manter uma saúde boa fora do ambiente do trabalho para uma família não branca de baixa renda também não são favoráveis. Geralmente essas famílias estão concentradas em ambientes com poluição sonora, moradias precárias, dificuldade de acesso aos estabelecimentos de saúde, ausência de área de lazer, dificuldade de manter dietas consideradas saudáveis. Os custos dessas dietas não são compatíveis com a realidade dessas famílias. Esses acúmulos de desvantagens refletem no estado de saúde dos não brancos. Os estudos de Lynch et al (2000) apontam que os resultados da percepção da hierarquia social refletem em doenças ligadas a estresses, tabagismos, hipertensão, dentre outras. Por meio desse processo, o estado de saúde está ligado às classes sociais e à hierarquia social e racial.

Quando as variáveis educação, renda e classe são controladas, as diferenças relativas de saúde não boa entre brancos e não brancos ainda permanecem. As probabilidades dos pretos de terem saúde não boa excedem os padrões dos brancos em 9,5%, considerando que 74,1% dessas desigualdades devem-se aos quatro fatores socioeconômicos considerados, território, renda, educação e classe social. Em relação ao efeito original, persistem 25,9%, independente desses quatro fatores, ou seja, estão ligados a outros fatores distintos com os quais raça está associada e que afetam a saúde; assim também em relação ao pardo. As estimativas da diferença relativa de saúde não boa de pardo em relação ao branco apresentam redução em relação ao efeito original de 71,5%; assim como na estimativa anterior, esse valor corresponde à redução após o controle da variável, persistindo 28,5% devido a outros fatores independente de território, renda, educação e classe social. As estimativas individuais de pretos e pardos demonstraram que a contribuição de classe, renda e educação para a desigualdade racial de saúde dos não brancos em relação aos brancos persiste em patamar próximo, como foi possível perceber no efeito que persiste.

7. DESIGUALDADE RACIAL DE SAÚDE, INTERAÇÕES COM GÊNERO E CONTEXTO DE CLASSE NO BRASIL EM 2013

Tendo como referencial a cultura ocidental pautada na divisão do papel masculino e feminino dentro da sociedade brasileira, objetiva-se compreender os diferentes aspectos da posição da mulher nessa sociedade, em especial a não branca. Este capítulo intentou analisar em que medida o fator socioeconômico explica a variação de gênero da desigualdade racial de saúde. Quanto a esse aspecto, temos que a relação entre trabalho e gênero foi polarizada e oponente. Esse fato significa que a base da desigualdade não está estruturada na diferença biológica, mas nos significados construídos culturalmente sobre essas diferenças. Dessa forma, as categorias são construídas culturalmente, marcando expectativas para que cada um se encaixe em uma categoria que já possui características preestabelecidas. É importante pontuar que existe diferença na construção da percepção entre o significado de sexo (masculino ou feminino)²⁵ e gênero (homem e mulher).

Sexo define as diferenças anatômicas e fisiológicas do corpo masculino e feminino. Gênero abarca diferenças culturais, sociais, psicológicas, entre homens e mulheres. A noção de gênero está ligada às construções sociais e históricas marcadas pela percepção do que significa ser homem e/ou mulher na sociedade. Existe entre as categorias sexo e gênero a percepção de espaço. As distâncias e a distinção entre essas duas categorias marca o resultado da distância e da diferença entre natural e cultural. As assimetrias de oportunidades que homens e mulheres vivem hoje são resultados das influências sociais que surgem das estruturas culturais (Giddens, 2008). A revisão de literatura de Figueiredo Santos (2008) demonstrou que gênero define e organiza as relações de oportunidades de modo significativo, operando em interações sociais e instituições. Assim, quando há nomeação dos objetos, nada mais se faz do que classificá-los em categorias de conceitos, de modo que gênero é uma construção social, usada como justificativa e explicação das disparidades entre os grupos.

As disparidades de saúde encontram-se no contexto da disparidade de gênero, a esse fator soma-se a raça. Embora as mulheres negras tenham melhorado a percepção de saúde, nota-se que o fator raça ainda é determinante para assimetrias de saúde não boa entre os grupos sociais. Os estudos de Cummings e Jackson (2008) apontaram que, além dos fatores raça e gênero, o *status* socioeconômico é uma categoria de *status* social que

²⁵ Existem autores que discordam do significado de sexo e gênero exposto neste trabalho, mas não pretendo aprofundar esses conceitos (nesse trabalho) aqui.

abarca a distribuição diferencial de saúde não boa entre os grupos sociais. Este capítulo delineou as probabilidades de saúde não boa entre os grupos por gênero, raça e classe.

Além desta introdução que especifica o enfoque da estrutura do capítulo e apresenta o assunto que será investigado, a proposta deste capítulo foi desenvolvida por meio de duas seções. A seção 7.1 aborda as probabilidades de não ter saúde boa, mensuradas por gênero e raça. A seção 7.2 apresentou as diferenças absolutas de os não brancos terem saúde não boa em relação aos brancos e também as probabilidades relativas das assimetrias entre brancos e não brancos de terem saúde não boa, mensuradas por gênero e raça.

7.1 Probabilidades de não ter boa Saúde por Contexto de Classe

A estrutura de gênero no mercado de trabalho é determinada por um conjunto de pessoas, gerada pelas relações sociais de produção. O gênero é diferenciador de ocupação, cuja característica representa posições determinadas por relações técnicas de produção. A mulher no mercado de trabalho se tornou o fator fundamental para determinar a nova estrutura social, levando em consideração as diferentes posições sociais que podem surgir dessa definição. As fontes de renda, as ocupações estão encadeadas à situação de classe, acarretando certa porção de prestígio e são também relevantes para o *status* do homem. Implicam também determinados graus de poder de uns sobre os outros. As ocupações estão interligadas à carreira, que envolvem um vínculo hierárquico com as profissões. Os especialistas masculinos detêm a maior parte da renda. As oportunidades baseadas na diferenciação de gênero fornecem ao homem vantagem social sobre a mulher, reforçando a permanência das desigualdades entre homens e mulheres. Esse tipo de comportamento, dependendo da posição a qual a pessoa foi classificada, limita ou favorece as oportunidades sociais. Os consensos são vistos principalmente em profissões que são dominadas pelos homens. As expectativas sobre a capacidade e competência são tendenciosas, pois têm um efeito realizável sobre o comportamento das pessoas; as crenças de *status* moldam o comportamento das pessoas criando desigualdade de oportunidades, de raça, gênero e ocupação. As recompensas não são iguais. Essa forma de preconceito está implícita na distribuição e valorização de cargos. Homens brancos tendem a ter cargos mais altos do que mulheres. E mesmo quando ocupando o mesmo cargo, a valorização do salário é mais alta quando um homem está ocupando o cargo. Esse tipo de comportamento cria padrões que são reconhecidos pelos demais grupos, homens brancos são melhores que mulheres brancas, mulheres brancas são melhores que homens negros, homens negros são melhores que

mulheres negras; temos uma pirâmide social, em que o homem branco está no topo e a mulher negra está na base. Esses processos cumulativos são justificados pela crença do *status* social, influenciando a desigualdade de recursos e a forma como os grupos se relacionam. As desigualdades de saúde entre homens e mulheres estão inseridas nesse contexto. A tabela 13 demonstra as estimativas das probabilidades de não ter saúde boa mensuradas por gênero e raça.

A variável “sem classe” mede as probabilidades dos grupos homem branco, mulher branca, homem não branco, mulher não branca de terem saúde não boa sem o controle de classe. A variável “Topo social” (empregos privilegiados) mede a probabilidade dos grupos (homem branco, mulher branca, homem não branco, mulher não branca) em posições de classe privilegiadas de ter saúde não boa. A variável “Qualificado” (empregado qualificado e supervisor)²⁶ mede a probabilidade de saúde não boa das pessoas desse grupo. A variável “Pequenos Ativos” (controladores de ativos de capital ou terra em menor dimensão) mede as chances de saúde não boa dos grupos (homem branco, mulher branca, homem não branco, mulher não branca). A variável “Trabalhador” (trabalhador típico, não destituído, porém sem qualificações escassas) mede o efeito dessa classe na saúde de não brancos em relação aos brancos, mensuradas por gênero e raça. A variável “Destituído” (quando as pessoas estão destituídas de ativos econômicos) mede o efeito do desemprego na saúde dos grupos (homem branco, mulher branca, homem não branco, mulher não branca).

Tabela 13

Tabela. Probabilidades de não ter boa Saúde por Contexto de Classe. Brasil, PNS-2013.

Estimativas	Homem Branco	Mulher Branca	Homem Não Branco	Mulher Não Branca
Sem classe	22,4	27,0	27,5	34,7
Topo social	09,5	10,6	14,5	14,6
Qualificado	13,7	16,0	16,7	21,3
Pequenos Ativos	18,4	19,3	22,0	25,5
Trabalhador	19,4	22,1	21,7	27,8
Destituído	27,3	30,3	28,5	36,0

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Nota: Modelos com os controles de idade, gênero, região, área urbana/rural e capital/interior, interações entre raça e gênero, sem e com o controle de classe social.

O efeito da raça na saúde perdura até mesmo quando as mulheres não brancas estão no “Topo social”. Desse modo, mesmo quando estão em posições que favorecem a vantagem socioeconômica, elas ainda se encontram em desvantagem de saúde em

²⁶ Vide Quadro 1.

relação aos demais grupos. As estimativas da variável “topo social”, mensuradas por gênero e raça, apontam que o grupo das mulheres não brancas tem probabilidade maior do que os demais grupos de não ter saúde boa. Essas assimetrias são marcadas pelo fator raça, que determina as chances de vida. Quando somadas a outros fatores, as disparidades tornam-se cumulativas. As probabilidades do grupo dos homens não brancos apresentam proximidades com a probabilidade das mulheres não brancas. Esse fato ocorre por esses dois grupos compartilharem semelhanças de oportunidades educacionais, profissionais, de renda, sociais, bem-estar, dentre outros ligados ao fator raça e racismo.

De acordo com a revisão de literatura de Figueiredo Santos (2011,a), as assimetrias de saúde entre os grupos raciais estão ligadas ao encadeamento causal. O efeito da raça na saúde precede a posição socioeconômica, sendo que o fator socioeconômico atua como interventor ou mediador do efeito de raça, refletindo em parte o impacto de exclusões na estrutura social. As estimativas do fator “trabalhador” apontaram que o grupo das mulheres não brancas tem maior probabilidade de não ter saúde boa em relação aos demais grupos.

Quando as estimativas são mensuradas por gênero, as mulheres têm maior probabilidade de não ter saúde boa em relação aos grupos dos homens. Isso está vinculado à estratificação de gênero, como as oportunidades no âmbito econômico, social e cultural. Apesar dos avanços obtidos pelas mulheres no meio social, vale lembrar que geralmente, salvo algumas exceções, as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho acumulam duas funções, o que significa que muitas mulheres possuem jornada dupla, um emprego remunerado no mercado de trabalho e outro não remunerado nos afazeres domésticos, cuidando do lar e da família. Tais responsabilidades direcionadas apenas ou em maior proporção às mulheres fortalecem o papel das assimetrias de gênero nas oportunidades, acarretando também sobrecarga no bem-estar físico e mental das mulheres.

Os estudos de Figueiredo Santos (2008) demonstraram que a discriminação no mercado de trabalho por gênero opera fornecendo tratamento desigual aos trabalhadores igualmente produtivos. A discriminação ocorreria por atributos de gênero e raça. O potencial de produtividade seria avaliado pautado no gênero e na raça do trabalhador, discriminando os grupos portadores de característica que não se encaixam no perfil da empresa.

Nesse contexto, as mulheres não brancas estão em desvantagens em relação aos demais grupos. Além das desigualdades de oportunidades socioeconômicas por raça e gênero, existe a desvantagem de saúde. Independente da sua posição social, a probabilidade de ter saúde não boa é maior do que os demais grupos estudados. As estimativas do grupo das mulheres não brancas apresentou maior probabilidade de não ter saúde boa em relação aos demais grupos em todos os fatores (“sem classe”, “Topo social”, “Qualificado”, “Pequenos Ativos”, “Trabalhador”, “Destituído”) estimados (Trata-se de uma agregação em cinco agrupamentos afins das categorias de tipologia de classes plena - *Vide* Quadro 1). Comparadas aos demais grupos, as mulheres não brancas têm uma dupla desigualdade. Além das disparidades de oportunidades em relação aos homens brancos e aos homens não brancos, comparadas às mulheres brancas, as oportunidades estão longe de serem equivalentes. A mulher branca sofre discriminação por gênero. O homem negro sofre discriminação por raça e a mulher negra sofre discriminação por raça e gênero. Essas discriminações ocorrem em vários setores da sociedade. Notadamente a existência de diversas desigualdades, dentre elas as de gênero e raça, em que as relações são marcadas pelo modo de produção do sistema capitalista, que produz e distribui riqueza e ao mesmo tempo proporciona a desigualdade e exclusão. Essa exclusão vai além das questões econômicas, manifesta-se nas desigualdades educacionais, culturais, sociais e marcadamente raciais, permeando pelo acesso ao bem-estar físico e mental.

7.2 Diferenças entre as Probabilidades de Raça de não ter boa Saúde, por Contexto de Classe

A desigualdade de classe na sociedade brasileira abarca as diferenças de renda, educação, riqueza, pobreza e *status* social. Pessoas com baixa escolaridade têm chances menores de exercer um bom cargo em uma empresa, conseqüentemente alcançar um salário que lhe proporcione aquisição de recursos sociais, o bem-estar físico e mental estão incluídos nesses recursos. Quando o fator raça é colocado como grau de importância para marcar as desigualdades de classe, as chances de vida entre os grupos sociais tornam-se ainda mais assimétricas. As desigualdades estão presentes também nas chances de saúde não boa. Quando as desigualdades de classe são mensuradas por gênero, apesar dos avanços em relação ao acesso e diminuição da diferença na proporção dos salários entre homens e mulheres, a diferença de remuneração por gênero ainda é um fato marcante na sociedade brasileira. As mulheres, mesmo quando ocupam

o mesmo cargo que os homens, recebem menos. Inclui-se nessas assimetrias o conjunto dos fatores raça, racismo e gênero. Notadamente, as mulheres não brancas acarretam dois empecilhos sociais, primeiro por serem negras, depois por serem mulheres. Esses dois fatores determinam as oportunidades de vida das mulheres não brancas, bem como as probabilidades de ter saúde não boa.

A tabela 14 apresenta as probabilidades de ter saúde não boa no contexto de classe mensurado por gênero e raça.

A variável “sem classe” mede as probabilidades do grupo de não brancos (homens e mulheres) de ter saúde não boa em relação ao grupo dos brancos (homens e mulheres), sem o controle de classe. A variável “Topo social” (empregos privilegiados) mede o efeito de classe na saúde de não brancos (homens e mulheres) em relação aos brancos (homens e mulheres), em posições privilegiadas. A variável “Qualificado” (empregado qualificado e supervisor) mede se a posição social dos trabalhadores qualificados²⁷ influencia a probabilidade de saúde não boa de não brancos em relação aos brancos. A variável “Pequenos Ativos” (controladores de ativos de capital ou terra em menor dimensão) mede o efeito de classe na saúde desses trabalhadores por gênero e raça, nessa posição. A variável “Trabalhador” (trabalhador típico, não destituído, porém sem qualificações escassas) mede o efeito dessa classe na saúde de não brancos em relação aos brancos. A variável “Destituído” mede a saúde de brancos em relação a não brancos quando as pessoas estão destituídas de ativos econômicos.

Tabela 14

Tabela. Diferenças entre as Probabilidades de Raça de não ter boa Saúde, por Contexto de Classe. Brasil, PNS-2013.

Estimativas	Dif. Absoluta		Dif. Relativa	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Sem classe	5,1	7,8	22,6	28,2
Topo social	1,4	3,5	13,9	28,2
Qualificado	1,9	4,6	13,2	26,5
Pequenos Ativos	2,3	5,4	12,5	24,8
Trabalhador	2,4	5,6	12,4	24,5
Destituído	2,9	6,6	11,3	21,9

Fonte: IBGE: PNS-2013. Microdados.

Nota: Modelos com os controles de idade, gênero, região, área urbana/rural e capital/interior, interações entre raça e gênero, sem e com o controle de classe social.

Quando as probabilidades de raça de não ter saúde boa é controlada por classe, ou seja, quando se remove o efeito de classe, é que se mostra o efeito independente de

²⁷ Vide Quadro 1.

raça na saúde. As estimativas da probabilidade absoluta indicam que as mulheres não brancas têm 7,8 pontos percentuais a mais de chances de ter saúde não boa em relação às mulheres brancas. Em relação aos homens brancos, as estimativas indicam que mulheres não brancas têm 5,1 pontos percentuais a mais de ter saúde não boa. Como mencionado no capítulo 3²⁸ deste trabalho, o preconceito racial no atendimento médico é um dos fatores que afetam a saúde dos não brancos diretamente. Os brancos sofrem discriminação no atendimento, mas em se tratando de não brancos as estatísticas²⁹ apontam que esse grupo é mais propenso a sofrer esse tipo de racismo. As preferências no atendimento comprometem os resultados dos tratamentos e, conseqüentemente, as probabilidades de saúde não boa. Outros fatores estão ligados a essas discrepâncias, mas o fator racismo tem grau de importância que é determinante para os resultados de saúde não boa entre os grupos raciais.

As estimativas relativas também apresentaram que, mesmo após o controle de classe social, o fator raça, inserido no contexto do racismo, não foi suprimido. Os dados da tabela apresentaram que as desigualdades de saúde são maiores entre as mulheres. O fator socioeconômico determina as chances de ter saúde não boa entre os grupos raciais. O controle do fator destituído demonstrou que, além do fator socioeconômico, o fator raça imprime as chances de saúde não boa entre os grupos.

As estimativas relativas do fator “destituídos” indicam que, mesmo após o controle de classe, as diferenças na probabilidade de saúde não boa não foram suprimidas; isso significa que as mulheres não brancas têm 21,9 % a mais de chances de ter saúde não boa em relação às mulheres brancas. A diferença das probabilidades de raça de ter saúde não boa em relação aos homens é de 11,3%, ou seja, a diferença racial de saúde entre as mulheres é maior do que a diferença racial entre os homens.

Desse modo, a complexa questão da igualdade não é uma ideia facilmente aceitável em uma cultura que foi construída sob as desigualdades de raça e gênero. Estabelecer diferenças parece ter sido uma tendência da sociedade brasileira, por meio delas, foi possível estabelecer as hierarquias e a distribuição do poder, padronizando estilo de vida e consumo.

Ao longo da construção social e histórica brasileira, os homens exerceram mais poder físico, social e político do que as mulheres. Não é surpreendente, portanto, o fato de os homens terem mais acesso às ferramentas que lhe proporcionem poder e controle

²⁸ Capítulo 3, subcapítulo 3.6. **Racismo e saúde**, deste trabalho.

²⁹ Tabela 7, deste trabalho.

de bens e serviços, bem como maior renda e riqueza. Em termos de renda, as mulheres encontram mais dificuldades de acessar carreiras que são consideradas masculinas. Quando essa mulher é não branca, as dificuldades são ampliadas consideravelmente. Além das implicações do fator gênero, as mulheres não brancas têm acesso desigual aos recursos sociais pautados na cor/raça, significando que esse grupo tem acúmulo de desvantagens em relação aos demais grupos.

Dessa forma, foi possível demonstrar que a diferença de chances de saúde não boa entre os grupos raciais, levando em consideração os fatores raça e racismo, não foram diluídas no controle do fator socioeconômico. Mesmo após o controle dessa variável, as diferenças de saúde ainda são estatisticamente significativas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal da pesquisa a análise dos efeitos dos intercruzamentos dos vetores de distribuição da saúde na população brasileira, formados pelas categorias de classe, gênero e raça. Na análise da questão, intentou-se agregar o papel dos fatores socioeconômicos, notadamente classe, renda e educação, para a caracterização e o entendimento dos padrões emergentes. A ideia foi entender de que forma esses fatores se relacionam na distribuição de saúde das pessoas, levando em consideração os fatores raça e gênero.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise das assimetrias de saúde entre brancos e não brancos. Ficou evidente no decorrer das diversas fases do trabalho os efeitos dos fatores de classe, educação, gênero e raça nas desigualdades de saúde entre os grupos raciais. Os autores estudados ao longo da construção do presente estudo apresentaram a riqueza da literatura sobre o tema proposto. Desse modo, contribuíram para delinear as assimetrias de saúde entre os grupos.

O primeiro passo do trabalho foi dissertar sobre as desigualdades entre os grupos sociais, por meio da revisão de literatura, compreendendo as características que podem ser consideradas relevantes para o entendimento das assimetrias de saúde. O estudo da desigualdade social abarcou em seu curso, além das assimetrias socioeconômicas, outros fenômenos igualmente preocupantes, as disparidades de saúde entre os grupos sociais. Indicadores de educação, renda e ocupação foram utilizados como medidas do *status* socioeconômico para entender de que forma esses fatores contribuem para as desigualdades. O estudo demonstrou que o *status* socioeconômico está associado a vários fatores de risco e proteção para doença e outras causas de morte. Neste estudo, foi possível observar que a desigualdade na distribuição de saúde afeta os grupos de

todas as idades por mecanismos heterogêneos. O sistema de saúde criado para amenizar as desigualdades de saúde entre os grupos ressignificou a noção de saúde boa. Antes da criação do SUS, os cuidados com a saúde consistiam apenas em amenizar os sintomas de doenças, não tinham como intenção promover o bem-estar das pessoas. O conceito de qualidade de vida compreende não apenas saúde física e saúde mental, além desses fatores, abrangem as relações sociais, saneamento básico, educação, alimentação, moradia, renda e lazer. De um modo geral, entende-se por bem-estar um conjunto de fatores que proporcionam qualidade de vida.

O segundo passo foi buscar uma compreensão para as assimetrias de saúde entre brancos e não brancos. Para entender as desigualdades raciais de saúde brasileira, foi importante delinear o contexto da estrutura das desigualdades raciais. O processo de desigualdades entre os grupos, construído ao longo da história do Brasil, utilizando a cor/raça como marcador de oportunidades, gerou assimetrias educacionais, de renda e de classe, duráveis entre brancos e não brancos. A estrutura da hierarquia racial no Brasil demarca que a raça ainda detém um poder fundamental como uma categoria social. A política de embranquecimento da população e ausência de uma classificação racial oficial no Brasil gerou a problemática da autodeclaração. Devido aos mecanismos utilizados pelo racismo, a autodeclaração de cor/raça ainda é um empecilho para as pesquisas sobre desigualdades raciais no país. Dentre as autodeclarações (pretos, pardos, brancos, indígenas, amarelos e outras categorias com as quais as pessoas se identificam) utilizadas pelo IBGE, destaco o termo “pardo”. Essa variável envolve uma complexidade de interpretações, pois abarca autodeclarações de pessoas brancas que se consideram como “morenas”, pessoas pretas que se declaram como pardas, pessoas que não se identificam nem como pretos nem como brancos, pessoas que não sabem ou não se identificaram com as demais categorias, dentre outros. O fato de o termo “pardo” ter a possibilidade de acolher membros de outros grupos pode invisibilizar parte das desigualdades decorrentes das categorias raciais.

O terceiro passo foi buscar entender de que forma os fatores socioeconômicos notadamente por classe, educação e renda se relacionam com a desigualdade de saúde racial. Para delinear essa questão, analisamos o papel da classe social nas desigualdades entre brancos, pretos e pardos. A distribuição das categorias raciais por classe social demarcou as diferenças de categorias de ocupação entre brancos e não brancos. Apesar do avanço de políticas públicas a fim de reduzir as desigualdades ocupacionais entre os

grupos raciais, o abismo ocupacional entre brancos e não brancos ainda tem como principal marcador a cor da pele.

Levando em consideração a educação como um fator importante para amenizar as desigualdades entre os grupos, os não brancos encontram-se em desvantagens, assim como no fator ocupação. Apesar das políticas públicas voltadas para a inclusão de não brancos no ensino superior, este estudo demonstrou que a disparidade educacional entre brancos e não brancos ainda não foi superada. As proporções de não brancos que chegam ao ensino superior é bem menor do que as proporções³⁰ de brancos, resultando em empecilhos que ampliam as desigualdades de renda entre esses grupos no mercado de trabalho. Essas desigualdades educacionais abarcam consequências diversas, além da forte presença de não brancos em trabalhos que exigem baixa escolaridade e consequentemente baixa remuneração. Em nível econômico, a renda oriunda dessas ocupações não é favorável para proporcionar qualidade de vida. Essa situação é repassada para as gerações futuras. Os não brancos presenciam um fator mais agravante que reduz drasticamente as chances de igualdades de oportunidades, o racismo no mercado de trabalho. Mesmo quando brancos e não brancos possuem o mesmo nível de escolaridade, as chances dos não brancos de ocupar cargos de prestígio no mercado de trabalho são menores, devido ao fator racismo.

Este estudo confirmou que os rendimentos dos brancos é superior aos rendimentos dos não brancos. Para além dos níveis econômicos, torna-se necessário atentar para os mecanismos que reproduzem as desigualdades sociais, de classe, de prestígio, socioeconômicas, riqueza e *status*. Esses mecanismos perpassam pela distribuição assimétrica de chances de obtenção de recursos, ocupação, educação, poder, renda, entre os grupos raciais.

Ao analisar as desigualdades por região, este estudo verificou que as regiões norte e nordeste, em nível socioeconômico, estão em desvantagens em relação às regiões sul e sudeste. Verificamos também que as proporções de não brancos nas regiões norte e nordeste são maiores do que a proporção de brancos. Foi possível constatar que a localização das pessoas por região também é um marcador de desigualdades raciais.

Este estudo verificou os fatores de risco à saúde mensurados por raça. Os dados analisados mostraram que os não brancos estão em desvantagens de saúde quando comparados aos brancos. Verificamos também que os fatores socioeconômicos são

³⁰ *Vide* tabela 3.

determinantes para a desigualdade de saúde entre os grupos raciais. Porém o fator racismo é um dos principais elementos que corroboram para acentuar as desigualdades de saúde entre os grupos, colaborando para que elas sejam duráveis. Os dados verificados apontaram que os não brancos estão mais propensos de sofrerem racismo no atendimento médico³¹. Esse fato é determinante para as diferenças dos resultados de tratamentos e diagnósticos. O atendimento médico não foi o foco deste estudo, mas chamou atenção por estar vinculado ao racismo, que de acordo com esta pesquisa é um agravante das desigualdades de saúde entre os grupos, contribuindo para delinear as disparidades de saúde entre os grupos.

Essa diferença no atendimento baseada na cor/raça denota a presença de uma barreira bastante tênue entre o preconceito racial e o fracasso das instituições de saúde em tentar promover o bem-estar físico e mental equitativo entre os grupos. O registro da percepção dos pacientes de práticas discriminatórias por parte dos profissionais de saúde torna-se importante para identificar práticas que comprometem os resultados de diagnósticos, prolongamentos de tratamentos ou até mesmo a morte de pacientes por negligência de profissionais de saúde. A identificação dessas práticas permite criar mecanismos para amenizar a discriminação racial no atendimento médico. Destaca-se também a importância de políticas voltadas para combater o racismo no âmbito institucional para profissionais da saúde e usuários. Embora esse problema estrutural não tenha sido o enfoque da pesquisa, foi importante colocá-lo como uma característica relevante para os estudos das desigualdades de saúde entre brancos e não brancos.

Este estudo verificou que outro fator que marca as desigualdades entre os grupos raciais encontra-se no acesso ao atendimento médico. Os brancos têm mais frequência³² nos atendimentos médicos, obtendo, portanto, mais acesso a diagnósticos e também aos tratamentos. Nesse contexto, articulam-se o acúmulo de desvantagens nas probabilidades de saúde não boa entre os grupos raciais. Além dos fatores socioeconômicos, os não brancos precisam vencer a barreira do racismo no atendimento médico.

Outro passo importante deste estudo foi verificar o efeito dos fatores socioeconômicos (Território, Renda, Educação e Classe)³³ nas probabilidades de saúde não boa entre os grupos raciais. Verificamos o efeito das probabilidades das variáveis

³¹ Vide tabela 7.

³² Vide tabela 9.

³³ Vide tabela 12.

individualmente. Em relação ao modelo inicial, foi possível observar que, mesmo após o controle, as desigualdades perduraram. O mesmo ocorreu quando todos os fatores foram controlados ao mesmo tempo, havendo uma redução nas desigualdades, mas elas ainda são estatisticamente significativas. Esse fato denota que o cruzamento dos fatores socioeconômicos com as probabilidades de saúde não boa revelam que os determinantes da saúde não boa perpassam pela estrutura hierárquica racial, notadamente no contexto da discriminação racial.

O quinto passo foi buscar entender o efeito da classe na saúde dos grupos por gênero e raça. Para compreender as desigualdades de saúde, tornou-se necessário entender a estrutura de oportunidades pautada no gênero. Nesse sentido, a divisão do trabalho mensurada por gênero perpassa pela construção social do gênero dentro dos espaços que reforçam as relações de desigualdades presentes na sociedade brasileira. Assim como as diferenças salariais entre homens e mulheres, considerando o grupo dos homens uma categoria, cuja classe profissional e gerencial procura manter a diferença de renda, mesmo quando as ocupações são iguais. As assimetrias socioeconômicas entre homens e mulheres têm efeitos na disparidade de saúde, somando-se a isso a raça. Embora as mulheres não brancas tenham melhorado a percepção de saúde, notadamente o fator raça ainda é determinante para assimetrias de saúde não boa entre os grupos sociais. Desse modo, as mulheres não brancas estão em desvantagens, independente da sua posição social, a probabilidade de ter saúde não boa é maior do que os demais grupos estudados.

Embora a categoria de gênero tenha sido um dos enfoques da pesquisa, o estudo dessa categoria não foi analisado em sua amplitude. No desenvolvimento deste estudo, verificamos que os mecanismos que reproduzem as desigualdades, sejam poder, recursos, riqueza, *status*, prestígio, perpassam pelo fator racismo. Embora esse fator não tenha sido o enfoque da pesquisa, dedicamos ao entendimento de como ele opera nas assimetrias de saúde entre os grupos. O racismo tornou-se um elemento importante para a compreensão da persistência das disparidades de chances na saúde não boa entre brancos e não brancos. Ficou evidente em diversas fases deste trabalho que o controle dos fatores socioeconômicos explicam apenas partes da estrutura das desigualdades de saúde racial. Dessa forma, verificamos a necessidade de aprofundar em um próximo estudo o efeito do racismo nas assimetrias de saúde entre mulheres brancas e não brancas. O fato de a pesquisa não ter conseguido captar essa dimensão não deve ser

visto como irrelevante na compreensão das disparidades de saúde entre brancos e não brancos.

A desigualdade de saúde no Brasil está intimamente ligada à desigualdade social que é determinada pelo acúmulo de recursos e poder, contidos em estratégias e práticas das pessoas que se adaptam, reagem e assim contribuem no fazer histórico. Agregam-se ou se cruzam os processos relacionados a formas de fechamento social ou segregação das pessoas por raça e classe. Porém, a questão não se limita às interações diretas, pois as divisões sociais e raciais encontram-se estabelecidas de forma despersonalizada nas instituições. A distinção entre os grupos organiza as relações, posições, reservas de oportunidades, recursos e poder entre as pessoas. Esses fatos geram a pirâmide social. Esses conceitos são legitimados pela sociedade e, a partir disso, ocorrem padronizações. Desse modo, foi importante para a compreensão das atuais desigualdades de saúde entre os grupos resgatar mesmo que brevemente o contexto das desigualdades de oportunidades entre branco e não branco.

Foi possível perceber que as desigualdades sociais são inseridas no contexto da identidade coletiva e da experiência, ambas são construídas historicamente, culturalmente e politicamente. A concepção de *status* e o reconhecimento do lugar do outro são identificados subjetivamente pelos grupos, por meio da história, da língua e da cultura. Em consonância com o que vem sendo apresentado, os estudos sobre a desigualdade social necessitam levar em conta a importância ou grau de importância que o *status* possui na relação de ocupação, poder e renda. Ele define a localização das pessoas dentro da estrutura social, institucionalizando formas de discriminação.

Os padrões hierárquicos estabelecem a desigualdade de acesso a recursos valiosos, estruturando a desigualdade de oportunidades entre as categorias de classes, homem branco, mulher branca, homem negro e mulher negra, fazendo com que os grupos que detêm o recurso e o poder estejam no topo e que este seja muito distante da base da pirâmide.

BIBLIOGRAFIA:

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; TORRE, Graciella Dalla. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasil. v. 4 V11, 2006, p. 911-928, 2006.

BAKER, Elizabeth h. Socioeconomic Status, Definition. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

BATEMAN, Lori Brand. Socioeconomic Status, Measurement. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

BENTO, Maria Aparecida Silva **BRANQUEAMENTO E BRANQUITUDE NO BRASIL** In: Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. (25-58)

BRANDON, L. Jerome. African Americans, Health of. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

_____. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 TÍTULO VIII Da Ordem Social, Brasília 1988 disponível em http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf. (acesso em 20/11/2017)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria executiva- Brasília Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção**. Crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk, 2007.

CARVALHAES, F. A. O. **Ciclo de vida e posição socioeconômica: contribuições sociológicas para o entendimento da relação entre desigualdade social e saúde no Brasil**. Tese de Doutorado em Sociologia. Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Chang, Virginia W. and Diane S. Lauderdale. Fundamental Cause Theory, Technological Innovation, and Health Disparities: The Case of Cholesterol in the Era of Statins. *Journal of Health and Social Behavior* 50:245–60, 2009.

COIMBRA, Renan Marcelo Alves. **Classe social, renda escolaridade e desigualdade de saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado em Sociologia.** Instituto de Ciência Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017

CORNELL, Stephan e Douglas Hartmann. **Ethnicity and Race.** Pina Forge Press, 1997, Capítulo 2, Mapping the Terrain: Definitions

CUMMINGS, Jason L. ; JACKSON, Pamela Braboy. Race, Gender, and SES Disparities in Self-Assessed Health 1974-2004. **Research on Aging**, Research on Aging. v. 2, 2008, p. 137-168, 2008. 10.1177/0164027507311835.
<http://roa.sagepub.com/cgi/content/abstract/30/2/137>.

DIOGO, Rosália. E. G. **Mídia e Racismo** -. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza EDIÇÕES, 2008. v. 1000. 80p.

DRESSLER, WILLIAM W. Race and Public Health. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society.** New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

Domingues, Petrônio **Uma história não contada. Negro, racismo e trabalho no pós-abolição em São Paulo (1889-1930)**, apresentada no departamento de História da Universidade de São Paulo (USP), em 2001.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes.** São Paulo: Dominus USP, 1965.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. *Uma classificação socioeconômica para o Brasil.* **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, nº 58, pp. 27-45, 2005.

_____. *Classe social e desigualdade de gênero no Brasil.* **Dados - Revista de Ciências Sociais**, vol. 51, nº 2: pp. 353-402. Rio de Janeiro, 2008.

_____. *Classe social e desigualdade de saúde no Brasil.* **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 26, nº 75: pp. 27-55, 2011a.

_____. *Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil.* **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 54, n. 1: pp. 5-40, 2011b.

_____. **A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil** in *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo. Vol.24 nº 70, 2009, p. 38-

60, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092009000200003> Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Classe Social, Espaço, Gênero e Desigualdade de Saúde no Brasil. Relatório de Pesquisa ao CNPq. 2017, Processo n°: 442501/2014-5. pp. 101

_____. Classe Social, Território e Desigualdade de Saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, 2018, vol. 27, n. 2.

FONSECA, Dagoberto José. **Políticas públicas e ações afirmativas / Dagoberto José Fonseca. São Paulo: selo Negro**, 2009(consciência em Debate/ coordenada por Vera Lúcia Benedito)

FOUCAULT, Michel; (org.) Roberto Machado. **Microfísica do poder**. 26. ed. Brasil: Graal, 1979. p. 295.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande e Senzala**. Editora Global, 49ª ed. São Paulo. 2004.

GIDDENS, Anthony. **Gênero e Sexualidade** in Sociologia. Porto Alegre: Artmed, 2008, 6ª ed.

HASENBALG, Carlos. **A distribuição de recursos familiares**. In: Hasenbalg, Carlos e Silva, Nelson do Valle (organizadores). **Origens e Destinos: Desigualdades sócio-Espaciais ao longo da vida**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2003

_____. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 18, n. 2.

Entrevista com Carlos Hasenbalg. Por Antônio Sérgio Alfredo Guimarães, 2006.

IBGE. MULHER NO MERCADO DE TRABALHO : PERGUNTAS E RESPOSTAS in Pesquisa Mensal de Emprego - PME 8 de março de 2012. Disponível no site : http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf

IBGE. Distribuição das pessoas de 15 anos a 24 anos de idade que frequentavam escola, por cor ou raça, segundo o nível de ensino frequentado - Brasil – 2010” IBGE 2010.

KARLSEN, Saffron ; ROTH , MARILYN A. Racism, Health, and Health Care. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

LANG, Thierry ; LOMBRIL, Pierre. Health Inequalities. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

LIMA Márcia, RIOS Flavia, FRANÇA Danilo. Articulando gênero e raça: a participação das mulheres negras no mercado de trabalho (1995-2009) in Dossiê

mulheres negras : retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes ... [et al.].- Brasília : Ipea, 2013.

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., and House, J. S. "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. *British Medical Journal* 320: 1200–1204, 2000.

MARCONI de Andrade Marina, LAKATOS Eva Maria .**Fundamentos de metodologia científica 1.** -5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MAREK Korczynski, RANDY Hodson, and EDWARDS Paul. **Social Theory at Work.** Oxford, Oxford University Press, 2006.

MEDEIROS, M. **A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006-2012: estimativa com dados do imposto de renda e pesquisa domiciliares.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):971-986, 2015.

MORTON, Patricia m. ; Ferraro, KENNETH F.. Race and Health Disparities. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society.** New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

NASCIMENTO Giovana Xavier da Conceição. **Os perigos dos Negros Brancos: cultura mulata, classe e beleza eugênica no pós-emancipação (EUA, 1900-1920).** *Revista Brasileira de História.* São Paulo, v. 35, nº 69, p.155-176, 2015
<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93472015v35n69008>

ONGE, Jarron M. Saint. Socioeconomic Status and Health. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society.** New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

PENNER, Louis A. ; HAGIWARA , NAO. Racism and Health. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society.** New Jersey: John Wiley & Sons, 2014

PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo . RONDINA, Regina de Cássia , ESPINOSA, Mariano Martinez. BOTELHO Clóvis. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *J. bras. Pneumol.* vol.41 no.5 São Paulo 2015.

PHELAN, Jo C. ; LINK, Bruce G. Controlling Disease and Creating Disparities: A Fundamental Cause Perspective. *The Journals of Gerontology* 60B(special issue II):27–33, 2005.

PHELAN, Jo C. ; LINK, Bruce G.. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health?. **Annu. Rev. Sociol.**, New York,. 2015.

PHELAN, Jo C. ; LINK, Bruce G. Tehranifar, Parisa. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51(S) S28–S40 ,2010.

RIDGEWAY, Cecília. Why Status Matters for Inequality. *American Sociological Review*, Vol. 79(1) 1–16, 2014.

SNEAD M. Christine Health, Self-Rated In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

SHAVIT Yossi,; YAISH, Meir; BAR-HAIM, Eyal. The Persistence of Persistent Inequality. In: THE PERSISTENCE OF PERSISTENT INEQUALITY, 2007, Campus Verlag.. **From Origin to Destination**.

SOARES, Sergei. SOUZA, Laetícia De. SILVA, Wesley. SILVEIRA. GAIGER, Fernando. CAMPOS, Áquila. “**Poverty profile: the rural North and Northeast of Brazil**”. IPC-IG Working Paper No. 138. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2016.

SOUZA. Vera Cristina de. A prevalência de miomas uterinos em mulheres negras : As dificuldades e avanços na coleta e análise dos dados com recorte racial. In *O Livro da Saúde das Mulheres Negras. Nossos Passos vêm de longe*, organização, Jurema Werneck, Maisa Mendonça, Evelyn C. White. Rio de Janeiro : Pallas : Criola ; [San Francisco, Calif.] : Global Exchange, 2000.

SPINK Mary Jane P. **Ser Fumante em um Mundo Antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.481-496, 2010.

TELLES, Edward E. **O Significado da Raça na Sociedade Brasileira**. Princeton University Press: [s.n.], 2004.

THERBORN, Göran Three Kinds of (In)equality, and Their Production In The Killing Fields of Inequality,2013, p.48 -68.

WRIGHT, Erik Olin. Logics of Class Analysis, in Annette Lareau e Dalton Conley (ed.). *Social Class: how does it work?* New York: Russel Sage, 2008.

WOLFE, Joseph D. Health Disparities. In: William C. Cockerham, Robert Dingwall, and Stella R. Quah (org.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behaviour, and Society**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.