

Rafael Guerreiro Osorio

**A questão racial e as desigualdades
em saúde no Brasil, no Rio de Janeiro
e na Bahia**

IPEA/DFID

Documento de divulgação proibida, primeira versão para crítica e discussão

Brasília, 2002

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO E METODOLOGIA	3
2.1. Estratificação pela renda domiciliar per capita	4
Tabela 2.1.1 -Valor máximo da renda domiciliar per capita em cada estrato. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	4
2.2. Classificação de cor ou raça	5
3. RESULTADOS	6
3.1. Características demográficas e socioeconômicas gerais	6
TABELA 3.1.1 -Esperança de vida ao nascer (e_0) segundo a cor ou raça. Brasil, 1985, 1990, 1995 e 2000	6
GRÁFICO 3.1.1 -Pirâmides de população por grupos quinquenais de idade segundo a cor. Brasil, 1998 (%)	7
GRÁFICO 3.1.2 -Pirâmides de população por grupos quinquenais de idade segundo a cor - Rio de Janeiro - 1998 (em %)	7
GRÁFICO 3.1.3 - Pirâmides de população por grupos quinquenais de idade segundo a cor - Bahia - 1998 (em %)	7
TABELA 3.1.2 -Proporção de Negros e Brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	8
TABELA 3.1.3 -Razões entre a chance de ser negro nos estratos mais pobres e a chance de ser negro no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	9
TABELA 3.1.4 -Média da renda domiciliar per capita segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	9
TABELA 3.1.5 -Média de anos de estudo segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	10
3.2. Características dos domicílios	10
GRÁFICO 3.2.1 -Composição racial dos domicílios por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998 (%)	11
TABELA 3.2.1 -Média da densidade habitacional segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	11
TABELA 3.2.2 -Razões entre as chances de não ter água encanada de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	12
TABELA 3.2.3 -Razões entre as chances de não ter esgoto adequado de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	13
TABELA 3.2.4 -Razões entre as chances de não ter coleta de lixo de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	14
3.3. Estado individual de saúde	14
TABELA 3.3.1 -Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” do estado individual de saúde, ao invés de “Bom” ou “Muito Bom”, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	15

TABELA 3.3.2 -Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” do estado individual de saúde, ao invés de “Bom” ou “Muito Bom”, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	15
TABELA 3.3.3 -Razões entre a chance de ter doenças crônicas do aparelho circulatório, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	16
TABELA 3.3.4 -Razões entre a chance de ter doenças crônicas do aparelho locomotor, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	17
TABELA 3.3.5 -Razões entre a chance de ter câncer, ou diabetes, ou bronquite, ou asma, ou doença renal crônica, ou depressão, ou tuberculose, ou cirrose, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	17
TABELA 3.3.6 -Razões entre as chances de ter doenças crônicas do aparelho circulatório de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	17
TABELA 3.3.7 -Razões entre as chances de ter doenças crônicas do aparelho locomotor de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	18
TABELA 3.3.8 -Razões entre as chances de ter câncer, ou diabetes, ou bronquite, ou asma, ou doença renal crônica, ou depressão, ou tuberculose, ou cirrose, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	18
TABELA 3.3.9 -Razões entre a chance de ter tido as atividades normais suspensas por motivo de saúde ou por ter estado acamado, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	19
TABELA 3.3.10 -Razões entre as chances de ter tido as atividades normais suspensas por motivo de saúde ou por ter estado acamado, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	19
TABELA 3.3.11 -Média de dias de duração da suspensão de atividades normais devido a problemas de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	20
TABELA 3.3.12 -Razões entre a chance de ter restrições leves à mobilidade física nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	20
TABELA 3.3.13 -Razões entre a chance de ter restrições graves à mobilidade física nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	21
TABELA 3.3.14 -Razões entre as chances de ter restrições leves à mobilidade física, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	21
TABELA 3.3.15 -Razões entre as chances de ter restrições graves à mobilidade física, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	21
3.4. Acesso e utilização dos serviços de saúde	22
TABELA 3.4.1 -Razões entre a chance de não ter sido atendido nos estratos mais pobres e a chance de não ter sido atendido no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	22
GRÁFICO 3.4.1 - Curvas de concentração das consultas médicas. Brasil, 1998	23
TABELA 3.4.2 -Razões entre as chances de não ter sido atendido de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	24
GRÁFICO 3.4.2 -Estimativa do número de consultas médicas anuais per capita segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998 (%)	24
TABELA 3.4.3 -Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” do atendimento recebido, ao invés de “Bom” ou “Muito Bom”, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	25

TABELA 3.4.4 -Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” ou “Bom” do atendimento recebido, ao invés de “Muito Bom”, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	26
TABELA 3.4.5 -Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” ou “Bom” ao invés de “Muito Bom” de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	26
TABELA 3.4.6 -Razões entre a chance de nunca ter ido ao dentista, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 10 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	27
TABELA 3.4.7 -Razões entre a chance de três ou mais anos terem transcorrido desde a última ida ao dentista, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 10 ou mais anos de idade e que já foram ao dentista ao menos uma vez em suas vidas. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	27
TABELA 3.4.8 -Razões entre a chance de nunca ter ido ao dentista de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 10 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	28
TABELA 3.4.9 -Razões entre a chance de três ou mais anos terem transcorrido desde a última ida ao dentista de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 10 ou mais anos de idade e que já foram ao dentista ao menos uma vez em suas vidas. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	28
TABELA 3.4.10 -Razões entre a chance de ter sido internado nos estratos mais pobres e a chance de ter sido internado no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	29
GRÁFICO 3.4.3 - Curvas de concentração das internações hospitalares. Brasil, 1998	29
TABELA 3.4.11 -Razões entre as chances de ter sido internado de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	30
GRÁFICO 3.4.4 -Estimativa do número de internações hospitalares anuais para cada 100 pessoas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998 (%)	30
TABELA 3.4.12 -Média de dias de duração da internação hospitalar, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas que ficaram internadas por períodos inferiores a 29 dias. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	31
TABELA 3.4.13 -Razões entre a chance de ter sido atendido com cobertura do SUS nos estratos mais pobres e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	31
TABELA 3.4.14 -Razões entre a chance de ter sido internado com cobertura do SUS nos estratos mais pobres e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	32
3.5. Planos de saúde: cobertura e gasto	32
TABELA 3.5.1 -Razões entre a chance de não ter plano de saúde nos estratos mais pobres e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	32
TABELA 3.5.2 -Razões entre as chances de não ter plano de saúde negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	33
TABELA 3.5.3 -Média da taxa de cobertura intradomiciliar por planos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	33
TABELA 3.5.4 -Média do gasto domiciliar mensal com planos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	34
TABELA 3.5.5 -Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com planos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	34
3.6. Gastos domiciliares com saúde	35

TABELA 3.6.1 -Média do gasto domiciliar mensal com medicamentos de uso regular, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	36
TABELA 3.6.2 -Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com medicamentos de uso regular, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	36
TABELA 3.6.3 -Média do gasto domiciliar mensal com consultas médicas, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	37
TABELA 3.6.4 -Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com consultas médicas, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	37
TABELA 3.6.5 -Média do gasto domiciliar mensal total com saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	38
TABELA 3.6.6 -Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com gastos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	38

4. CONCLUSÕES **39**

ANEXO 1 – TABELAS **42**

TABELA A.1.1 - Freqüência, média e desvio-padrão da renda domiciliar per capita segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	42
TABELA A.1.2 - Freqüência, média e desvio-padrão dos anos de estudo segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	42
TABELA A.1.3 - Freqüência, média e desvio-padrão da densidade habitacional segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	43
TABELA A.1.4 - Freqüência* de água encanada proveniente de rede geral de distribuição segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	43
TABELA A.1.5 - Freqüência* de esgoto adequado segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	44
TABELA A.1.6 - Freqüência* de coleta de lixo segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	44
TABELA A.1.7 - Freqüência* da avaliação do estado individual de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	45
TABELA A.1.8 - Freqüência* de pessoas com doenças do aparelho circulatório** segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	45
TABELA A.1.9 - Freqüência* de pessoas com doenças do aparelho locomotor** segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	46
TABELA A.1.10 - Freqüência* de pessoas com outras doenças** segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	46
TABELA A.1.11 - Freqüência* de suspensão de atividades normais por motivos de saúde ou por estar acamado segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	47

TABELA A.1.12 - Freqüência, média e desvio-padrão do número de dias de suspensão de atividades segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	47
TABELA A.1.13 - Freqüência* de constrictões leves** à mobilidade física segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	48
TABELA A.1.14 - Freqüência* de constrictões graves** à mobilidade física segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	48
TABELA A.1.15 - Freqüência* de atendimentos em um período de duas semanas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	49
TABELA A.1.16 - Freqüência das avaliações dos atendimentos em um período de duas semanas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	49
TABELA A.1.17 - Freqüência* de tempo transcorrido desde a última ida ao dentista segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas com 10 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	50
TABELA A.1.18 - Freqüência* de internações em um período de um ano segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	50
TABELA A.1.19 - Freqüência, média e desvio-padrão do número de dias da internação segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas que ficaram internadas por períodos inferiores a 29 dias. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	51
TABELA A.1.20 - Freqüência* da cobertura dos atendimentos em um período de duas semanas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	51
TABELA A.1.21 - Freqüência* da cobertura das internações em um período de um ano segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	52
TABELA A.1.22 - Freqüência* de plano de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	52
TABELA A.1.23 - Freqüência, média e desvio-padrão da taxa de cobertura intradomiciliar (em %) por planos de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que ao menos uma pessoa é coberta. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	53
TABELA A.1.24 - Freqüência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar com planos de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	53
TABELA A.1.25 - Freqüência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com planos de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	54
TABELA A.1.26 - Freqüência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar com medicamentos de uso regular segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	54
TABELA A.1.27 - Freqüência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com medicamentos de uso regular segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	55
TABELA A.1.28 - Freqüência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar com consultas médicas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	55

TABELA A.1.29 - Frequência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com consultas médicas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	56
TABELA A.1.30 - Frequência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar total com saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	56
TABELA A.1.31 - Frequência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com gastos em saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998	57
ANEXO 2 – DA INFERIORIDADE RELIGIOSA À CULTURAL: O RACISMO E A DISCRIMINAÇÃO NO PENSAMENTO SOCIAL	58
ANEXO 3 – OS MECANISMOS DA DISCRIMINAÇÃO NO BRASIL: PRECONCEITO RACIAL DE MARCA	65
ANEXO 4 – AS ENFERMIDADES MAIS INCIDENTES NA POPULAÇÃO NEGRA E AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E POBREZA	68
ANEXO 5 – SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE COR OU RAÇA NAS PNAD	72
FIGURA A.5.1. - Captação da cor ou raça das pessoas na PNAD de 1998	72
QUADRO A.5.1 – Definições das categorias de cor ou raça utilizadas na PNAD de 1998	73
TABELA A.5.1 - Cor ou raça das pessoas. Brasil, 1992 a 1999	73
TABELA A.5.2 - Cor ou raça das pessoas. Rio de Janeiro, 1992 a 1999	73
TABELA A.5.3 - Cor ou raça das pessoas. Bahia, 1992 a 1999	74
TABELA A.5.4 - Cor ou raça das pessoas. Regiões Metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Salvador e Recife, Julho de 1998	75
TABELA A.5.5 - Cor ou raça das pessoas – atribuída e autodeclarada – homens de 15 a 59 anos e mulheres de 15 a 49 anos. Brasil, 1996	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1. Introdução

É possível pensar analiticamente em um racismo que afeta a mobilidade social e outro que se manifesta nas relações sociais. Se se considera que os negros têm uma situação de saúde pior por serem pobres, assume-se que a condição socioeconômica é mais importante que a raça na determinação do estado individual de saúde. Neste caso, o combate ao racismo deveria visar aos fatores que prejudicam a mobilidade social dos negros, fazendo com que eles pertençam aos contingentes mais pobres da população.

Por outro lado, não se pode excluir a possibilidade de que além de serem prejudicados por serem pobres, os negros são prejudicados por sua negritude. Nesta perspectiva, o racismo manifesto nas interações faz parte do sistema de saúde. Poder-se-ia ter, por exemplo, as seguintes situações: o médico demora mais para atender pessoas negras e não as atende com a mesma atenção; o paciente negro pode experimentar um tempo de espera maior, ou ser preterido na fila; ou, ainda, as fichas relativas ao seu atendimento podem ser preenchidas com menos cuidado. Todas estas situações apresentam a perversa característica de que podem ocorrer sem que o discriminado venha a perceber que foi vítima do racismo, e de serem muito difíceis de serem detectadas. Entretanto, se elas ocorrem sistematicamente, seus efeitos acabarão por se revelar no agregado da população negra, e, neste casos, os negros apresentariam uma situação pior de saúde em relação aos brancos de mesmo nível socioeconômico.

O presente trabalho tem por objeto a investigação de como o racismo afeta a saúde da população negra e por quais meios. Está dividido em quatro partes, contando com esta introdução. Na segunda parte, são discutidos o objetivo e o método utilizado, bem como as categorias que serão privilegiadas na análise. Na terceira parte, são apresentados os resultados da investigação, divididos em seis áreas temáticas: primeiro é estabelecida a relação entre raça e pobreza, demonstrando que há uma associação inequívoca entre ser negros e pertencer aos contingentes mais pobres da população; em seguida, as características dos domicílios de pessoas negras e brancas de mesma condição socioeconômica são comparadas; na terceira seção, a comparação busca estabelecer se há diferenças na percepção do estado individual de saúde e na incidência de grupos de enfermidades crônicas e restrições à mobilidade física; na quarta seção, são analisados indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde; a cobertura de planos de saúde e os gastos domiciliares relativos a estes são investigados na quinta seção; por fim, são apresentados os dados relativos aos gastos domiciliares com medicamentos de uso regular, consultas médicas, e com saúde em geral. Na última parte do trabalho, são apresentadas as conclusões que podem ser obtidas a partir dos resultados da investigação.

Além disto, o trabalho possui cinco anexos. O primeiro é um anexo estatístico contendo a maior parte das tabelas que servem de base ao cálculo das estatísticas apresentadas na seção de resultados. Elas permitem não só conferir os resultados, mas também empreender outros tipos de análise estatística sobre o mesmo conjunto de dados. O segundo anexo é um texto sobre o racismo no pensamento social brasileiro, que fornece uma visão geral de como a questão racial vem sendo tratada no Brasil ao longo da história. O terceiro anexo é outro texto, caracterizando o conceito de preconceito racial de marca, cujo entendimento é fundamental para a compreensão dos mecanismos de atuação do racismo no Brasil. Recomenda-se a leitura destes dois anexos para aqueles que desejarem uma introdução superficial ao debate sobre a questão racial brasileira. O quarto anexo é um

breve arrazoado sobre pobreza e saúde e sobre as doenças mais incidentes na população negra. O quinto anexo é um texto que analisa com vagar a acurácia e a pertinência da classificação de cor ou raça utilizada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, que costuma ser objeto de controvérsias e é muito criticada.

2. Objetivo e Metodologia

A literatura recente em ciências sociais possui vários trabalhos que fornecem uma descrição geral da situação socioeconômica das populações negra e branca. Todos, sem exceção, demonstram a inferioridade dos indicadores sociais da população negra comparada com a branca. Estes trabalhos geralmente comparam as duas populações sob vários aspectos, principalmente nível e concentração de renda, e o principal mérito deles é tornar explícito o racismo que conspira contra a mobilidade social dos negros. Em Henriques (2001), por exemplo, são descritas várias diferenças destes aspectos para a população negra e branca. Paixão (2002) calcula o Índice de Desenvolvimento Humano (que é baseado na renda, na longevidade, e na escolaridade), IDH, para as populações negra e branca do Brasil, chegando às mesmas conclusões, isto é, de que as condições gerais de vida da população negra são piores, tanto pelo IDH quanto por qualquer um dos indicadores distintos que o compõem.

Um pouco mais raros são trabalhos como o de Soares (2000), que tenta identificar o racismo de forma decomposta, ou seja, se ao racismo que aloca os negros para as posições inferiores da hierarquia social se sobrepõe o outro racismo, que se manifesta nas interações. Soares escolhe a remuneração no mercado de trabalho como objeto de estudo, e controlando diversos aspectos, como idade, escolaridade, setor produtivo e região, mostra de forma cabal (e sofisticada) que os negros têm remuneração inferior a dos brancos mesmo em igualdade das outras condições que contribuem para a determinação do salário. Outra conclusão importante a ser tirada dos resultados apresentados por Soares é que, ao contrário da discriminação contra as mulheres, que vem diminuindo lentamente, a discriminação contra os negros permanece estável em intensidade ao longo do tempo.

Como a literatura é farta em descrições de como os negros são mais pobres, não se insistirá sobre este tema aqui, somente o suficiente para caracterizar a estratificação socioeconômica adotada, de forma a explicitar suas implicações.

O objetivo deste trabalho é testar sistematicamente se, no Brasil, no Rio de Janeiro e na Bahia, as pessoas que se declaram portadoras de traços do fenótipo negro sofrem por isto algum tipo de prejuízo em sua situação geral de saúde, quando comparadas a pessoas brancas de situação socioeconômica semelhante. A escolha do Rio de Janeiro e da Bahia se justifica pelo fato de serem os estados com o maior contingente proporcional de pessoas que se declararam “pretas”, e por seus desenvolvimentos históricos particulares.

Para tanto, o grupo definido pelas pessoas “pretas” ou “pardas”, doravante denominado Negros, será contrastado ao das demais pessoas não-negras, aqui denominado Brancos, na análise da distribuição de várias características que concorrem direta ou indiretamente na determinação do estado geral de saúde das pessoas. A fonte dos dados é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, de 1998, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, em quase todo o território nacional¹.

A raça das pessoas e a situação socioeconômica, aproximada através de uma classificação relativa dos rendimentos domiciliares per capita, serão consideradas fatores que podem influenciar a distribuição das várias características analisadas. Buscar-se-á estabelecer relações de associação ou independência entre os fatores no seguintes termos: associação entre cor e estrato, que será representada por [EC]; associação entre a terceira

¹ A PNAD não cobre a zona rural da região Norte.

variável e estrato, [EV]; e associação entre cor e a variável [CV]. Nas situações em que existir, a relação [EC] será considerada um efeito da existência do racismo agindo nos processos de mobilidade e reprodução social. Sabe-se de antemão que esta relação existe, o que será reafirmado. Quando existir a relação [EV], ter-se-á que a característica representada por V está desigualmente distribuída entre os estratos, com prejuízo aos mais pobres, independentemente da cor. A relação [CV], por fim, é a que mais interessa: sua existência indica a presença de mais racismo se sobrepondo a [EC], e que os negros são discriminados mesmo se comparados a brancos de mesma situação socioeconômica. Sabe-se que ela existe no mercado de trabalho (Soares, 2000), mas será que também existe nos diversos conjuntos de características que concorrem para a determinação do estado geral de saúde de uma população?

2.1. Estratificação pela renda domiciliar per capita

A posição dos indivíduos na distribuição ascendente da renda domiciliar per capita será utilizada como indicador do status socioeconômico. Depois de ordenada, a população é dividida em cinco partes de mesmo tamanho, quintos, e os indivíduos são classificados de acordo com as suas posições. Este procedimento é repetido para o Brasil, o Rio de Janeiro e a Bahia. O primeiro quinto engloba os 20% mais pobres de cada população, e o último, os 20% mais ricos. A Tabela 2.1.1 mostra os valores máximos da renda domiciliar per capita de negros e brancos em cada estrato. Nela percebe-se que a população do Rio de Janeiro tem renda maior que a do Brasil, que, por sua vez, tem renda maior que a da Bahia, em todos os estratos.

Tabela 2.1.1 - Valor máximo da renda domiciliar per capita em cada estrato. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (R\$)		Rio de Janeiro (R\$)		Bahia (R\$)	
	Negros	Branços	Negros	Branços	Negros	Branços
1º Quinto (20% mais pobres)	50,00	50,00	86,67	86,67	31,67	31,43
2º Quinto (20-40%)	97,50	97,50	146,00	146,00	52,67	52,50
3º Quinto (40-60%)	164,00	164,00	230,00	230,00	86,67	86,67
4º Quinto (60-80%)	317,67	317,67	433,33	433,33	150,00	150,00
5º Quinto (20% mais ricos)	22.289,00	40.500,00	5.000,00	30.000,00	10.000,00	10.000,00

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Como o cálculo da renda domiciliar per capita exige que todas as rendas de todos os moradores de um domicílio que as auferem sejam conhecidas, foram excluídos do estudo todos os domicílios em que ao menos uma pessoa tinha rendimentos individuais ignorados (e, por extensão, todos os moradores destes). Isto não implica mudança significativa nos resultados obtidos, pois a proporção de domicílios nos quais isto se verifica é muito pequena.

Além disto, pessoas em determinadas situações domiciliares em relação à pessoa de referência – pensionistas, empregados domésticos e parentes de empregados – não têm suas rendas consideradas no cômputo da renda domiciliar total, pois, ao menos teoricamente,

não fazem parte da rede intradomiciliar de captação e distribuição de recursos. Pelo mesmo motivo, tais pessoas não entram na contagem do número de membros residentes, que é o denominador do cálculo da renda domiciliar per capita. Como as pessoas nestas três categorias são muito poucas proporcionalmente (Medeiros & Osorio, 2001), optou-se por excluí-las do estudo, procedimento que não afeta de maneira substantiva os resultados.

2.2. Classificação de cor ou raça

A PNAD capta a cor ou raça das pessoas perguntando a elas em qual de cinco categorias consideram se enquadrar: “branca”, “preta”, “parda”, “amarela”, “indígena”. Esta classificação é objeto de controvérsias, razão pela qual se empreendeu um pequeno estudo sobre suas implicações, encontrado no Anexo 5. “Preta” e “parda” são as cores das pessoas que carregam uma ou mais, ou todas, as marcas que caracterizam o fenótipo negro. As pessoas que se declararam como pertencentes a estas duas categorias serão tratadas como um único grupo neste estudo, os Negros, considerados vítimas efetivas ou potenciais de preconceito que lhes acarreta prejuízos. As pessoas que se enquadram nas demais categorias, “branca”, “amarela”, e “indígena”, serão agrupadas e suas características servirão de contraste às dos negros. Dado o fato de que tal grupo é quase que totalmente constituído de pessoas “brancas”, será designado Brancas (termo que pode ser substituído, sem problema algum, por “não-negro”).

3. Resultados

3.1. Características demográficas e socioeconômicas gerais

Em 1997, a taxa de óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos, no Brasil, era 29 para a população branca e 53 para a negra (Paixão, 2002). Além da mortalidade infantil ser maior para a população negra, é lícito supor que alguns outros tipos de mortalidade – como a de menores de 5 anos por infecções respiratórias agudas (de coqueluche a bronquite), ou por doenças diarréicas – altamente relacionados com a pobreza, provavelmente são também maiores entre as crianças negras. Some-se a isto o fato de que a mortalidade por violências (causas externas) nos grandes centros urbanos também afeta significativamente os adultos negros, e fecha-se o quadro que ajuda a definir uma esperança de vida ao nascer (e_0) significativamente mais baixa para os negros, como pode ser visto na Tabela 3.1.1.

TABELA 3.1.1 - Esperança de vida ao nascer (e_0) segundo a cor ou raça. Brasil, 1985, 1990, 1995 e 2000

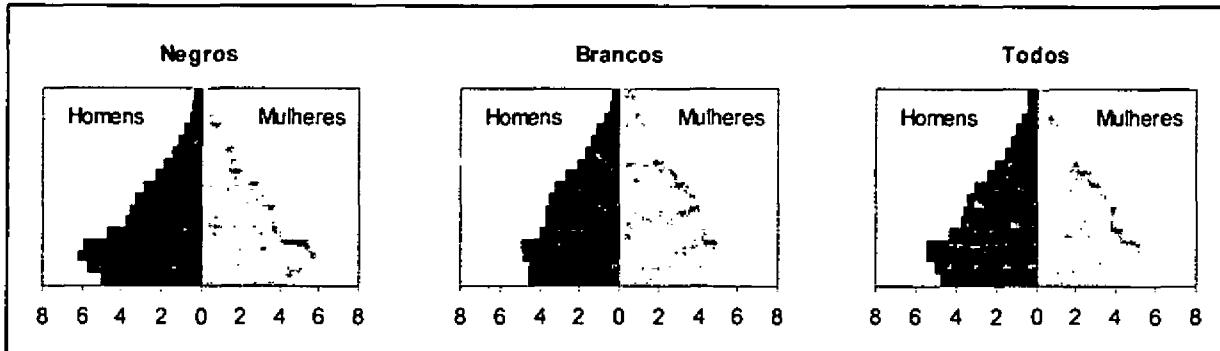
Cor	Homens (anos)				Mulheres (anos)			
	1985	1990	1995	2000	1985	1990	1995	2000
Negros	57,8	60,6	63,3	65,9	61,5	64,4	67,0	69,5
Branco	64,0	65,7	67,3	68,9	68,0	69,7	71,2	72,7
TOTAL	60,7	63,0	65,2	67,3	64,6	66,8	69,0	70,9

FONTE: IBGE, PNAD, 1997 a 1999. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Estimativa pelo método dos filhos sobreviventes utilizando o modelo oeste de tábua de mortalidade.

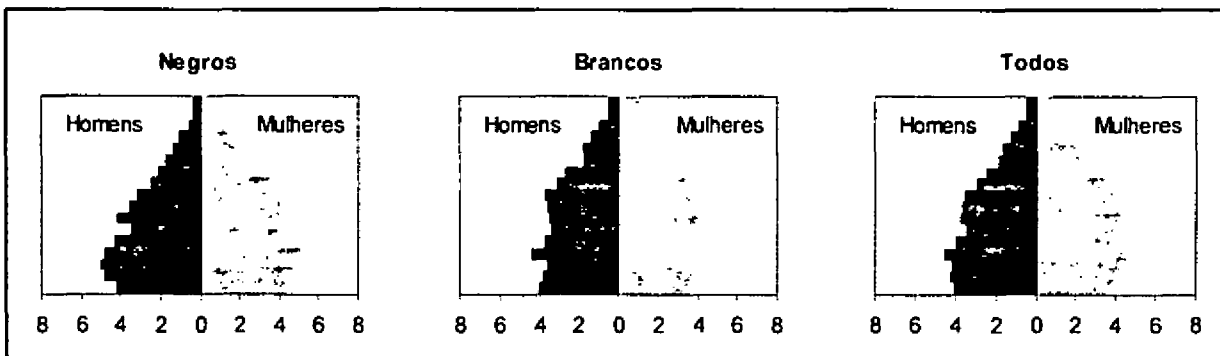
Porém, a melhor forma disponível para ver os impactos da dinâmica demográfica sobre as populações negra e branca são as pirâmides etárias da população, representadas nos Gráficos 3.1.1 a 3.1.3. As pirâmides mostram, primeiramente, uma tendência global (verificada no país e nos dois estados) que diferencia a população negra e branca: a população branca é mais envelhecida que a negra. O fato de a população negra ser mais jovem pode ser explicado primeiro por maiores taxas de fecundidade das mulheres negras, o que faz com que a base das pirâmides correspondentes a esta população sejam mais largas, mesmo com a mortalidade elevada das crianças. Em segundo lugar, a menor esperança de vida dos negros faz com que o topo das pirâmides da população negra sejam mais estreitos. Resumindo, enquanto a pirâmide da população branca está assumindo a forma de um barril, a dos negros continua estritamente piramidal. Embora no Rio de Janeiro e na Bahia esta tendência seja válida, há algumas diferenças perceptíveis: no Rio de Janeiro, a população, seja a negra ou a branca, é mais envelhecida, como se pode ver a partir das bases mais estreitas e dos topos mais largos de suas pirâmides, comparadas às da Bahia.

GRÁFICO 3.1.1 - Pirâmides de população por grupos quinquenais de idade segundo a cor. Brasil, 1998 (%)



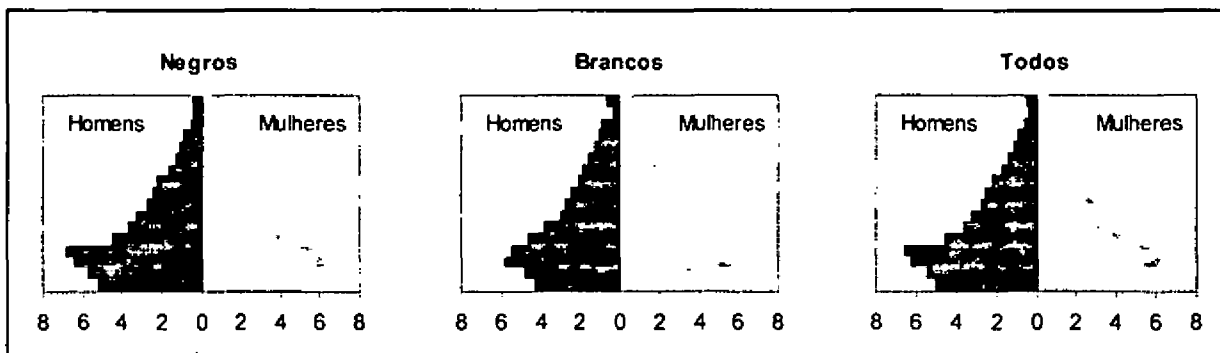
Fonte: IBGE, PNAD 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

GRÁFICO 3.1.2 - Pirâmides de população por grupos quinquenais de idade segundo a cor - Rio de Janeiro - 1998 (em %)



Fonte: IBGE, PNAD 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

GRÁFICO 3.1.3 - Pirâmides de população por grupos quinquenais de idade segundo a cor - Bahia - 1998 (em %)



Fonte: IBGE, PNAD 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Como já discutido, é amplamente sabido que os negros estão sobre-representados entre as camadas mais pobres da população. A Tabela 3.1.2 mostra a distribuição proporcional de negros e brancos pelos estratos adotados para a classificação socioeconômica dos indivíduos (quintos da população ordenada segundo a renda domiciliar per capita).

TABELA 3.1.2 - Proporção de Negros e Brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (%)		Rio de Janeiro (%)		Bahia (%)	
	Negros	Brancos	Negros	Brancos	Negros	Brancos
1º quinto (20% mais pobres)	14	6	11	9	16	4
2º quinto	11	9	10	10	16	4
3º quinto	9	11	9	11	16	4
4º quinto	7	13	7	13	16	4
5º quinto (20% mais ricos)	4	16	3	17	13	7
TOTAL	45	55	39	61	77	23

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Comparando-se o Rio de Janeiro e a Bahia ao Brasil, informações significativas são trazidas pela Tabela 3.1.2. Para o Brasil, quanto mais pobre é o estrato considerado, maior é a proporção de negros. Porém, a distribuição na Bahia parece ser a mesma nos quatro estratos mais pobres, e no Rio de Janeiro, também há pouca diferença entre as proporções de negros nestes estratos. A impressão inicial é a de que, isoladamente, o racismo pode ser menos intenso nas populações carioca e baiana do que no Brasil. Uma forma de comprovar isto com algum grau de rigor é calculando as razões entre a chance² de ser negro em cada um dos quatro quintos mais pobres e a chance de ser negro no último quinto (20% mais ricos). Estas razões (OR³) são apresentadas na Tabela 3.1.3, conjuntamente com os valores mínimo e máximo que podem assumir, dado um intervalo de confiança de 99%.

A análise da Tabela 3.1.3 mostra que a impressão inicial não é válida para o Rio de Janeiro, mas pode ser mantida para a Bahia. No Brasil, é clara a tendência de que a chance de ser negro aumenta à medida que se considera as populações mais pobres. Entre os 20% mais pobres, a chance de que uma pessoa seja negra é mais que oito vezes superior que entre os 20% mais ricos (Q1/Q5). No Rio de Janeiro, pode-se observar a mesma tendência, com a ressalva de que não se pode assumir, com 99% de confiança, que existam diferenças entre as razões do segundo e do terceiro quintos. Mesmo assim, verifica-se claramente para o Brasil e o Rio de Janeiro a associação forte entre cor e estrato, [EC]

Porém, na Bahia, o quadro é significativamente distinto: não há evidências de que as razões entre a chance de ser negro nos quatro primeiros estratos e no último sejam diferentes entre si. Em outras palavras, se fossem considerados apenas os 80% mais pobres

² A chance é uma razão entre a probabilidade de algo ocorrer e a probabilidade de algo não ocorrer: $p/(1-p)$. No caso, a chance de ser negro é definida pela razão entre a probabilidade de ser negro e a de ser branco: pN/pB .

³ Abreviatura de *odds-ratio*, termo aqui traduzido como *razão entre chances*.

da população da Bahia, não haveria a menor relação entre a raça e a classificação nos estratos adotados, ou seja não existiria [EC]. Na Bahia o racismo age intercalando barreiras para que os negros possam ascender aos 20% mais ricos. Dada a existência desta barreira, [EC] também existe para a Bahia, mas com menor intensidade.

TABELA 3.1.3 - Razões entre a chance de ser negro nos estratos mais pobres e a chance de ser negro no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	8,1	8,4	8,6	5,5	6,1	6,8	1,8	2,0	2,3
Q2/Q5	5,0	5,2	5,3	4,2	4,7	5,2	2,0	2,2	2,5
Q3/Q5	3,2	3,3	3,4	3,4	3,8	4,2	1,9	2,1	2,4
Q4/Q5	2,0	2,1	2,1	2,1	2,4	2,7	1,7	1,9	2,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Entretanto, há que se levar em consideração que os estratos são razoavelmente grandes (cada um tem 20% da população), e que, por conseguinte, podem ainda haver desigualdades intra-estratos significativas. Em outras palavras, os negros podem ser os mais pobres entre os 20% mais pobres, e assim por diante. A análise das médias da renda domiciliar per capita por estratos pode dirimir tais dúvidas. Na Tabela⁴ 3.1.4 são apresentadas estas médias, para negros e brancos.

TABELA 3.1.4 - Média da renda domiciliar per capita segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (R\$)			Rio de Janeiro (R\$)			Bahia (R\$)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	29,30	29,88	-1,27	53,45	55,35	-1,76	19,04	19,27	-0,33
2º quinto	72,15	73,58	-3,61	114,13	116,22	-2,36	41,83	42,60	-1,23
3º quinto	126,04	128,15	-4,58	182,54	183,99	-1,34	68,14	68,90	-1,01
4º quinto	224,24	230,73	-9,21	307,92	314,28	-3,20	113,44	113,74	-0,29
5º quinto	627,03	859,13	-42,56	769,76	1162,73	-24,53	347,77	593,47	-29,62
TOTAL	143,51	344,97	-113,80	200,30	451,18	-57,68	109,37	219,94	-30,83

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

As colunas “z” apresentam os valores de um teste simples de diferença entre as médias. Para o intervalo de confiança de 99% adotado, o valor crítico de z é 2,58: valores de z menores que o crítico implicam a não diferença das médias, valores maiores, que há diferenças. Para o Brasil, percebe-se que entre os 20% mais pobres não se pode considerar que a pequena diferença observada entre as médias da renda domiciliar per capita de negros

⁴ No anexo são fornecidas tabelas com as contagens de casos e os desvios-padrão, para cada tabelas de médias apresentadas.

e brancos exista de fato na população. Porém, as diferenças são significativas para todos os demais estratos, se tornando maiores à medida em que se considera os estratos mais ricos. No Rio de Janeiro, só é possível assumir que há diferença entre as médias nos dois estratos mais ricos; na Bahia, a diferença só vale entre os 20% mais ricos.

Adotando-se a mesma estratégia para analisar outro importante indicador socioeconômico, a escolaridade, medida em anos de estudo, tem-se os resultados apresentados na Tabela 3.1.5. Neste caso, os testes de diferença entre as médias de anos de estudo apresentam uma dinâmica ligeiramente distinta. No Rio de Janeiro e na Bahia, não se pode ter 99% de confiança de que a diferença das médias realmente existe na população, seja qual for o estrato considerado. No Brasil, as diferenças são substantivas somente entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos.

TABELA 3.1.5 - Média de anos de estudo segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (anos)			Rio de Janeiro (anos)			Bahia (anos)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	1,89	2,46	-2,83	1,80	2,52	-1,85	1,52	1,40	0,35
2º quinto	2,92	3,30	-1,91	2,90	3,35	-1,17	1,91	2,24	-0,80
3º quinto	3,84	4,17	-1,68	3,95	4,36	-1,05	2,57	2,94	-0,87
4º quinto	5,29	5,47	-0,94	5,00	5,66	-1,65	3,39	3,80	-0,90
5º quinto	7,41	8,30	-4,28	7,52	8,53	-2,42	6,08	7,28	-2,54
TOTAL	3,56	5,35	-12,26	3,56	5,35	-6,39	2,98	4,00	-3,17

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

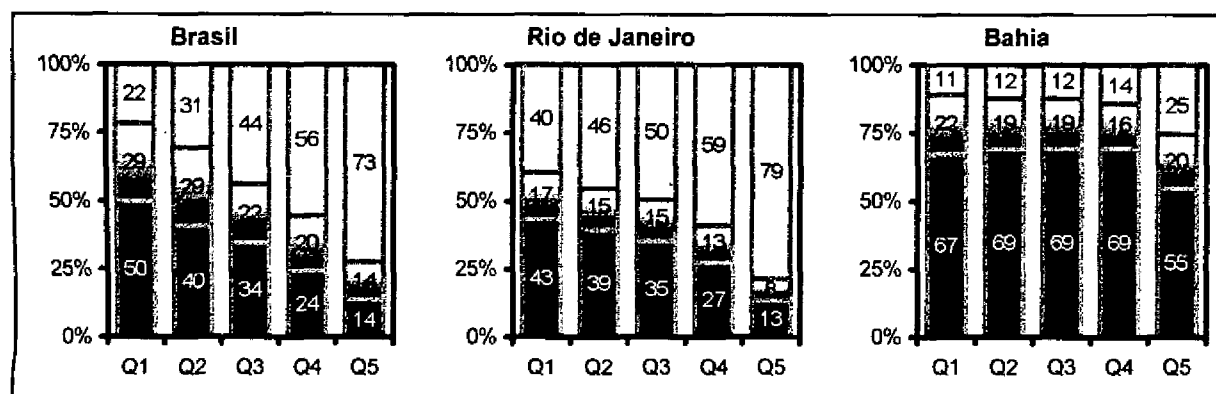
Os dados apresentados sobre a distribuição de negros e brancos pelos diferentes estratos de riqueza relativa e sobre as rendas e escolaridade médias mostram de forma incontestável os efeitos do racismo sobre as condições socioeconômicas da população negra. O estabelecimento da existência da relação entre cor e estrato, [EC] tem uma série de implicações. A primeira é que sempre que existe uma associação entre ser pobre e ser prejudicado na distribuição de uma característica qualquer, [EV], a população negra também será prejudicada, sem que necessariamente exista a relação entre a característica e a cor, [CV]. Por outro lado, se a população negra é prejudicada e [EV] não existe, [CV] deve necessariamente existir. Para que [CV] exista, por outro lado, é preciso que a intensidade desta relação seja a mesma independentemente do estrato considerado.

3.2. Características dos domicílios

O primeiro aspecto a ser averiguado nesta seção é a composição racial dos domicílios. Para tanto, os domicílios foram classificados em três categorias: “só negros”, para os domicílios em que todos os habitantes são negros; “negros e brancos”, para os domicílios multirraciais; e “só branco”. As proporções de domicílios classificados em cada uma destas categorias por estrato podem ser observadas no Gráfico 3.2.1. Nos gráficos, a seção das barras com fundo preto representa a proporção de domicílios onde só residem

negros, a seção com o fundo em gradiente, os domicílios mistos, e a parte branca, os domicílios exclusivos de brancos. No Brasil e no Rio de Janeiro, a proporção de domicílios mistos diminui nos estratos mais ricos, enquanto na Bahia se mantém relativamente constante em todos os estratos. As proporções de domicílios exclusivamente negros ou brancos são diretamente condicionadas pela proporção de pessoas de uma ou outra cor em cada estrato (ver Tabela 3.1.2)

GRÁFICO 3.2.1 - Composição racial dos domicílios por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998 (%)



FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Algumas características dos domicílios estão intrinsecamente relacionadas com a situação geral de saúde dos indivíduos, principalmente as de saneamento. A seguir, as populações negra e branca serão contrastadas nos seguintes aspectos relativos aos seus domicílios: densidade habitacional, água encanada proveniente de rede geral, esgoto adequado, e coleta de lixo. Todas estas características estão associadas com a situação socioeconômica, portanto, existe [EV].

TABELA 3.2.1 - Média da densidade habitacional segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (res./dorm.)			Rio de Janeiro (res./dorm.)			Bahia (res./dorm.)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	2,94	2,77	1,27	3,07	2,68	1,71	3,14	2,79	1,30
2º quinto	2,51	2,43	0,67	2,52	2,28	1,24	2,65	2,36	1,25
3º quinto	2,24	2,14	1,04	2,21	2,12	0,53	2,40	2,28	0,52
4º quinto	2,07	1,97	1,20	1,98	1,94	0,25	2,08	1,92	0,79
5º quinto	1,77	1,67	1,48	1,76	1,60	1,31	1,83	1,64	1,24
TOTAL	2,45	2,08	5,58	2,45	2,05	3,35	2,44	2,13	2,10

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Na Tabela 3.2.1, que segue o mesmo modelo das tabelas anteriormente vistas para a renda e a escolaridade, são apresentadas as densidades habitacionais médias de negros e brancos de cada estrato. A densidade habitacional é a razão entre o número de residentes e o número de cômodos do domicílio que são utilizados como dormitório. Percebe-se claramente que os testes demonstram não haver diferenças significativas entre as médias, isto é, não há como dizer com 99% (nem com 95%) de confiança que as diferenças realmente existem na população de cada quinto. Neste caso, dado qualquer um dos cinco estratos, não há relação entre a raça e a densidade habitacional, [CV], somente entre raça e estrato, [EC] e entre estrato e densidade habitacional [EV]. Isto vale para o Brasil, o Rio de Janeiro e a Bahia.

Uma importante característica dos domicílios é a presença de água canalizada proveniente de uma rede geral de distribuição. Na maior parte dos casos isto significa que as famílias estão, ao menos teoricamente, recebendo uma água de boa qualidade e provavelmente tratada, e é desnecessário insistir sobre a importância disto para a saúde das pessoas. Sabe-se que os mais pobres são menos cobertos por este tipo de serviço, e que os negros estão sobre-representados entre estes, portanto, pode-se concluir que a proporção de negros que não dispõem de água encanada é maior que a proporção de brancos em igual situação. Portanto, [EC] e [EV] existem.

A pergunta a ser feita é se dado um estrato socioeconômico a chance dos negros não terem água encanada (ou esgoto, ou coleta de lixo) é igual à dos brancos, ou seja, se [CV] existe. Se a resposta é positiva, a razão entre as duas chances é 1; se a chance dos negros é maior que a dos brancos, a razão entre chances é maior que 1, e, naquele estrato, existe alguma forma de discriminação na distribuição de água canalizada (associação entre a cor e a característica); se a razão de chances é menor do que 1, tem-se a situação contrária, na qual os negros são favorecidos. Na Tabela⁵ 3.2.2 são apresentadas as razões entre chances condicionais de cada estrato. Além das razões observadas, são apresentadas estimativas dos valores máximo e mínimo que podem assumir, para um intervalo de confiança de 99%.

TABELA 3.2.2 - Razões entre as chances de não ter água encanada de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,4	1,5	1,6	1,3	1,5	1,8	0,5	0,7	0,8
2º quinto	1,3	1,4	1,4	1,1	1,3	1,5	1,0	1,2	1,5
3º quinto	1,2	1,3	1,3	1,2	1,4	1,8	0,6	0,8	0,9
4º quinto	1,1	1,2	1,2	0,9	1,2	1,5	0,9	1,0	1,2
5º quinto	1,2	1,4	1,5	0,5	0,8	1,4	0,9	1,1	1,4

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Para o Brasil, as razões entre chances observadas se mostram maiores que 1, com 99% de confiança de que nenhuma delas se iguala a 1 (OR Mín.). Isto indicaria que existe

⁵ Para cada uma das tabelas de razões entre chances que serão apresentadas há uma tabela correspondente, no anexo, com as frequências.

associação entre ser negro e não ter água encanada no domicílio. Todavia, há também 99% de confiança de que nenhuma das razões está muito distante de 1 (OR Máx.). Como as razões entre chances podem assumir valores muito grandes (ou muito pequenos), a associação indicada é muito fraca. No caso específico do Brasil, elas podem ser o produto de diferenças regionais que não estão sendo controladas: no Nordeste, por exemplo, há mais negros que no Sul, e também menos pessoas cobertas por rede de água encanada – somente este fato pode estar produzindo a diferença.

No Rio de Janeiro, as chances também indicam associações mínimas nos três estratos mais pobres, e provável inexistência de associação nos dois estratos mais ricos. Na Bahia, só há associação entre ser negro e não ter água encanada no primeiro e no terceiro estrato. Curiosamente, nos dois estratos em que há associação ela aponta não a discriminação, mas o favorecimento dos negros. Porém, estas associações também são fracas. Não se pode estabelecer a existência de [CV] da mesma forma que a de [EC] para a distribuição de água encanada.

O mesmo tipo de abordagem pode ser feito para analisar a relação entre ser negro e morar em um domicílio sem esgoto adequado. Por esgoto adequado entende-se que o escoamento do banheiro, que pode ou não ser de uso exclusivo dos moradores, é feito através de ligação à rede coletora, ou com fossa séptica. Na Tabela 3.2.3 são apresentadas, por estratos, as razões entre as chances de negros e brancos não terem esgoto adequado em suas residências. A análise desta Tabela revela uma estrutura quase idêntica à da Tabela 3.2.2. Uma ligeira diferença de magnitude nas razões entre chances relativas ao Brasil pode ser percebida, embora a associação também seja muito fraca. No Rio de Janeiro, de acordo com os valores mínimo e máximo, não há como sustentar que as razões entre chances da Tabela 3.2.3 sejam diferentes das da Tabela 3.2.2. O mesmo pode ser dito para a Bahia, excetuando, por muito pouco, o segundo estrato.

TABELA 3.2.3 - Razões entre as chances de não ter esgoto adequado de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,6	1,6	1,7	1,5	1,7	2,0	0,3	0,4	0,6
2º quinto	1,6	1,6	1,7	0,9	1,1	1,3	0,6	0,7	0,9
3º quinto	1,5	1,6	1,7	1,1	1,4	1,8	0,6	0,7	0,9
4º quinto	1,5	1,6	1,7	1,2	1,7	2,2	0,8	0,9	1,1
5º quinto	1,9	2,1	2,2	1,1	1,9	3,3	1,4	1,7	2,0

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Enquanto as razões entre a chance de um negro não ter esgoto e a de um branco só diferem das de não ter água para o Brasil e o segundo estrato da Bahia, não é possível sustentar que existam diferenças entre as chances de não ter coleta de lixo (direta ou indireta) no domicílio e as de não ter água encanada. Efetivamente, comparando-se as Tabelas 3.2.4, que apresenta os dados relativos à coleta de lixo, e a Tabela 3.2.2, percebe-se que, dados os limites máximo e mínimo para o intervalo de confiança de 99%, pode-se assumir que os efeitos estudados são os mesmos em ambas.

TABELA 3.2.4 - Razões entre as chances de não ter coleta de lixo de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,4	1,4	1,5	1,3	1,5	1,8	0,4	0,5	0,6
2º quinto	1,4	1,5	1,5	1,5	1,9	2,4	0,8	0,9	1,1
3º quinto	1,3	1,4	1,5	1,3	1,7	2,2	0,5	0,6	0,7
4º quinto	1,2	1,2	1,3	1,4	2,0	3,0	0,7	0,8	0,9
5º quinto	1,2	1,4	1,6	0,7	1,5	3,6	1,0	1,3	1,6

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Analisando conjuntamente os resultados relativos à distribuição das características domiciliares, percebe-se, mais uma vez, semelhança nos padrões do Brasil e do Rio de Janeiro, e discordância na Bahia. Na Bahia, não se pode sustentar a existência de relação entre a cor e as características domiciliares apresentadas, ou ter-se-ia que admitir a existência de um racismo contra os brancos mais pobres. Todavia, no Brasil e no Rio de Janeiro pode-se admitir a existência de relação entre a cor e a chance de não ter água encanada, esgoto, e coleta de lixo, ressaltando porém que a intensidade de [CV] é quase nula, inexistindo em alguns estratos.

3.3. Estado individual de saúde

Na primeira seção, dedicada à caracterização demográfica e socioeconômica, foi demonstrada a relação inequívoca entre ser negro e a chance de pertencer a um estrato mais pobre, [EC]. Quando uma terceira variável foi acrescentada à cor e ao estrato, na segunda seção, não se insistiu sobre as relações entre a terceira variável e os estratos, [EV], dando-se preferência à investigação da relação da terceira variável com cor dentro de cada estrato. Isto foi feito por que, no caso das variáveis analisadas, densidade habitacional, água encanada, esgoto e coleta de lixo, sabe-se de antemão que todas estão intrinsecamente relacionadas com os estratos, e no mesmo sentido: quanto mais pobres as pessoas (negras ou brancas), menor a quantidade de cada uma delas⁶, excetuando-se a densidade habitacional, que aumenta com a pobreza.

No caso do estado individual de saúde, tem-se, também, *a priori* a certeza de que há relação entre cor e estrato, mas não se sabe se as características que serão analisadas têm relação com os estratos, embora a suspeita seja que sim. Por esta razão, a estratégia de análise será ligeiramente diferenciada nesta seção, pois antes de investigar a interação entre a cor e a característica dentro de um estrato, [CV], buscar-se-á a certificação da associação entre a terceira variável e os estratos, [EV].

O primeiro aspecto a ser investigado é a avaliação do estado individual de saúde efetuada pelo próprio entrevistado. As avaliações podem ser feitas em cinco categorias dispostas nos moldes de uma escala de Lickert: “Muito bom”, “Bom”, “Regular”, “Ruim” e

⁶ Caso haja dúvidas sobre estas afirmações, as tabelas fornecidas no anexo fornecem a base para comprová-las.

“Muito Ruim”. A categoria modal é “Bom”, pois a maior parte das pessoas qualifica desta forma seu próprio estado de saúde, ou daqueles por quem responde. A segunda categoria mais freqüente é “Muito Bom”. A categoria “Muito Ruim” tem freqüência baixíssima, quase nula, e a categoria “Ruim”, embora mais freqüente, também é pouco utilizada. Dadas estas observações, optou-se por aglutinar estas últimas duas categorias em uma só, “Ruim”.

Para simplificar a análise das avaliações, será feita a comparação das chances de se avaliar o estado de saúde individual como “Ruim” ou “Regular” ao invés de se avaliá-lo como “Bom” ou “Muito Bom”. Antes de começar a análise das razões entre as chances de negros e brancos condicionadas por estratos, porém, proceder-se-á à investigação da existência de associação entre os estratos e a avaliação, [EV], a partir da Tabela 3.3.1.

TABELA 3.3.1 - Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” do estado individual de saúde, ao invés de “Bom” ou “Muito Bom”, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	1,5	1,5	1,6	1,1	1,3	1,5	0,7	0,8	0,9
Q2/Q5	1,7	1,8	1,8	1,2	1,4	1,6	0,8	0,9	1,0
Q3/Q5	1,8	1,9	1,9	1,0	1,2	1,3	0,9	1,0	1,2
Q4/Q5	1,4	1,5	1,5	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,7

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

No Brasil, percebe-se primeiro que o estrato mais rico tem uma proporção de avaliações “Bom” e “Muito Bom” maior que em todos os outros estratos, e que a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” é maior nos três primeiros estratos, caracterizando a existência da relação [EV]. No Rio de Janeiro, as chances são praticamente idênticas e pequenas, não muito maiores que as dos 20% mais ricos. Já na Bahia, apenas os membros do quarto quinto parecem ser mais críticos que os do último. Portanto, para os dois estados não seria apropriado sustentar a existência de [EV].

TABELA 3.3.2 - Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” do estado individual de saúde, ao invés de “Bom” ou “Muito Bom”, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,0	1,0	1,1	0,8	0,9	1,1	1,0	1,3	1,7
2º quinto	1,0	1,1	1,1	0,8	0,9	1,1	0,7	0,9	1,1
3º quinto	1,1	1,2	1,2	0,9	1,1	1,3	0,8	1,0	1,2
4º quinto	1,0	1,1	1,1	0,8	1,0	1,2	0,8	1,0	1,2
5º quinto	1,2	1,3	1,4	1,1	1,4	1,8	0,9	1,0	1,2

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

As razões entre as chances de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” ao invés de “Bom” ou “Muito Bom” de negros e brancos, dentro de um determinado estrato, estão na Tabela 3.3.2. Afora os 20% mais ricos do Brasil e do Rio de Janeiro, estratos em que há uma associação bem fraca, quase nula, entre uma avaliação pior do estado individual de saúde e a cor, em todos os outros estratos a relação [CV] não existe.

Outra forma de se ter uma idéia do estado de saúde de negros e brancos é através das proporções de pessoas que se declararam portadoras de uma ou mais doenças crônicas. Um exame preliminar e individual das doze doenças crônicas investigadas pela PNAD de 1998 demonstrou não haver relação entre ser negro e estar enfermo de qualquer uma delas, tanto no Brasil quanto no Rio de Janeiro e na Bahia. Pelo contrário, nos casos em que parecia haver alguma associação, esta era favorável aos negros, em cuja população a incidência da doença era menor.

A incidência de algumas das doenças investigadas é muito baixa para permitir uma análise em termos da classificação socioeconômica. Devido a este problema, as doenças foram agregadas em três grupos: o das doenças relacionadas ao aparelho circulatório, “hipertensão” e “doença do coração”; o das doenças relacionadas ao aparelho locomotor, “doença de coluna ou costas”, “artrite ou reumatismo”, e “tendinite ou tenossinovite”; e um último grupo com as demais, não necessariamente relacionadas entre si e de baixa incidência, “câncer”, “diabetes”, “bronquite ou asma”, “doença renal crônica”, “depressão”, “tuberculose”, e “cirrose”.

As Tabelas 3.3.3 a 3.3.5 exibem as razões entre a chance de pessoas dos quatro primeiros estratos terem uma ou mais doenças de cada um dos grupos e a mesma chance dos 20% mais ricos. Surpreendentemente, os dados revelam que a chance de se ter uma doença crônica de qualquer um destes grupos de enfermidades diminui à medida que os estratos mais pobres são comparados ao mais rico. Esta tendência é observada no Brasil, no Rio de Janeiro e na Bahia. Na Bahia, em particular, a chance de ter doenças do aparelho circulatório é muito menor nos três primeiros estratos. Entre os 20% mais pobres da Bahia, a chance de não tê-las chega a ser quase três vezes maior que entre os 20% mais ricos. Portanto, existe relação entre a incidência de doenças crônicas e a estratificação socioeconômica, [EV], ainda que esta seja, de forma geral, de baixa intensidade.

TABELA 3.3.3 - Razões entre a chance de ter doenças crônicas do aparelho circulatório, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,3	0,4	0,4
Q2/Q5	0,8	0,8	0,8	0,7	0,9	1,0	0,4	0,5	0,6
Q3/Q5	1,0	1,0	1,1	0,7	0,8	0,9	0,6	0,7	0,8
Q4/Q5	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,3

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.3.4 - Razões entre a chance de ter doenças crônicas do aparelho locomotor, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	0,8	0,8	0,8	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7
Q2/Q5	0,9	1,0	1,0	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7	0,8
Q3/Q5	1,1	1,1	1,2	0,7	0,8	0,9	0,8	0,9	1,0
Q4/Q5	1,0	1,0	1,0	0,8	0,9	1,1	1,2	1,3	1,5

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.3.5 - Razões entre a chance de ter câncer, ou diabetes, ou bronquite, ou asma, ou doença renal crônica, ou depressão, ou tuberculose, ou cirrose, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9	1,0	0,5	0,6	0,7
Q2/Q5	0,9	1,0	1,0	0,8	0,9	1,1	0,6	0,7	0,8
Q3/Q5	1,1	1,1	1,1	0,7	0,8	0,9	0,7	0,9	1,0
Q4/Q5	1,0	1,0	1,1	0,8	0,9	1,1	0,9	1,1	1,3

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Na Tabela 3.3.6 são apresentadas as razões entre as chances de ter doenças crônicas do aparelho circulatório de negros e brancos. Nota-se claramente que, dado um determinado estrato, pode-se dizer com 99% de confiança que não há relação alguma entre a cor e este grupo de doenças, seja no Brasil, no Rio de Janeiro, ou na Bahia.

TABELA 3.3.6 - Razões entre as chances de ter doenças crônicas do aparelho circulatório de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	0,9	1,0	1,1	0,9	1,1	1,4	0,9	1,4	2,1
2º quinto	1,0	1,0	1,1	0,9	1,1	1,4	0,6	0,8	1,1
3º quinto	1,0	1,1	1,1	0,9	1,1	1,4	0,8	1,0	1,3
4º quinto	1,0	1,0	1,1	0,9	1,2	1,4	0,8	1,0	1,3
5º quinto	1,0	1,1	1,1	1,0	1,3	1,6	0,7	0,9	1,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

As razões entre as chances de ter doenças do aparelho locomotor de negros e brancos também denotam a ausência de relação da cor com a presença destas doenças. É o quadro que emerge das razões apresentadas na Tabela 3.3.7. A Tabela 3.3.8 mostra que também não há relação entre a incidência de doenças do último grupo e a cor das pessoas. Portanto, ao menos com base nos dados da PNAD, não se pode concluir pela existência da relação [CV] quando "V" é um dos grupos definidos de doenças crônicas, no Brasil, no Rio de Janeiro ou na Bahia.

TABELA 3.3.7 - Razões entre as chances de ter doenças crônicas do aparelho locomotor de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,0	1,0	1,1	0,7	0,9	1,1	0,8	1,0	1,2
2º quinto	1,0	1,1	1,1	0,7	0,8	1,0	0,7	0,8	1,1
3º quinto	1,1	1,1	1,2	0,8	0,9	1,1	0,7	0,9	1,1
4º quinto	0,9	1,0	1,0	0,8	1,0	1,2	0,9	1,1	1,3
5º quinto	1,0	1,0	1,1	1,0	1,3	1,6	0,8	0,9	1,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.3.8 - Razões entre as chances de ter câncer, ou diabetes, ou bronquite, ou asma, ou doença renal crônica, ou depressão, ou tuberculose, ou cirrose, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	0,8	0,8	0,9	0,9	1,1	1,3	0,9	1,4	2,1
2º quinto	0,8	0,8	0,9	0,7	0,9	1,1	0,5	0,6	0,9
3º quinto	0,9	0,9	1,0	0,8	0,9	1,2	0,7	1,0	1,4
4º quinto	0,8	0,9	1,0	0,8	1,0	1,2	0,6	0,8	1,1
5º quinto	0,9	1,0	1,0	0,8	1,0	1,3	0,6	0,8	1,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Passa-se agora à investigação da suspensão de atividades normais (como brincar, estudar e trabalhar) em um período de duas semanas, devido a problemas de saúde ou a pessoa ter ficado acamada. A Tabela 3.3.9 mostra que não há relação entre ter tido as atividades suspensas e pertencer a um determinado estrato no Rio de Janeiro e na Bahia, dados os limites mínimo e máximo estimados para o intervalo de confiança de 99%. No Brasil, uma associação muito fraca é detectada, todavia não forte o suficiente para ser considerada. Portanto, não há relação entre estrato e a suspensão de atividades.

TABELA 3.3.9 - Razões entre a chance de ter tido as atividades normais suspensas por motivo de saúde ou por ter estado acamado, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	1,1	1,2	1,3	0,7	0,9	1,2	0,7	0,8	1,0
Q2/Q5	1,2	1,3	1,4	0,8	1,0	1,2	0,7	0,8	1,0
Q3/Q5	1,2	1,3	1,4	0,6	0,8	1,0	0,8	1,0	1,2
Q4/Q5	1,0	1,1	1,2	0,7	0,9	1,1	1,0	1,2	1,5

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Comparando as chances de negros e brancos terem tido as atividades suspensas devido a problemas de saúde, dentro de cada estrato, percebe-se que não há evidências da associação entre cor e suspensão de atividades, seja no Brasil, no Rio de Janeiro ou na Bahia. Isto pode ser visto a partir da Tabela 3.3.10.

TABELA 3.3.10 - Razões entre as chances de ter tido as atividades normais suspensas por motivo de saúde ou por ter estado acamado, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	0,9	1,0	1,1	0,7	1,0	1,4	0,8	1,1	1,7
2º quinto	0,9	1,0	1,1	0,6	0,8	1,2	0,6	1,0	1,4
3º quinto	1,0	1,1	1,2	0,9	1,3	1,8	0,8	1,1	1,6
4º quinto	1,0	1,1	1,2	0,6	0,9	1,2	0,6	0,8	1,1
5º quinto	0,9	1,0	1,1	0,8	1,2	1,8	0,6	0,8	1,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Considerando-se somente as pessoas que suspenderam suas atividades, foi investigado o número médio de dias de duração da suspensão. Também não foram detectadas diferenças significativas neste quesito, seja entre estratos, ou entre os grupos raciais. Em média, a suspensão de atividades dura em torno de 5 ou 6 dias, no Brasil, no Rio de Janeiro e na Bahia. As médias de dias de duração da suspensão de atividades de negros e brancos, geral e por estratos, pode ser observada na Tabela 3.3.11.

TABELA 3.3.11 -Média de dias de duração da suspensão de atividades normais devido a problemas de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (dias)			Rio de Janeiro (dias)			Bahia (dias)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	5,37	5,24	0,28	5,91	5,58	0,34	6,00	6,04	-0,04
2º quinto	5,49	5,53	-0,09	6,63	6,16	0,49	5,52	4,92	0,57
3º quinto	5,51	5,77	-0,59	5,48	5,47	0,01	5,33	5,47	-0,14
4º quinto	5,53	5,72	-0,44	5,89	6,42	-0,52	5,59	6,86	-1,29
5º quinto	5,34	5,57	-0,52	6,50	5,66	0,81	5,47	6,30	-0,86
TOTAL	5,45	5,60	-0,50	6,06	5,89	0,28	5,58	6,08	-0,75

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

No suplemento de saúde da PNAD de 1998 também foram investigadas as características de mobilidade física dos moradores com 14 ou mais anos de idade. Para possibilitar a análise, as categorias originais de mobilidade foram agrupadas em dois grandes grupos. No primeiro grupo, foram agregadas as restrições leves à mobilidade física, expressas em dificuldades para: levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; andar mais do que um quilômetro. No segundo, as restrições graves à mobilidade física, representadas por dificuldades para: andar cerca de 100 metros; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; subir ladeira ou escada; alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro. As respostas originais previam uma gradação do nível de dificuldade em quatro categorias que iam da ausência de dificuldade à incapacidade, passando por “pequena” e “grande” dificuldade. Na presente investigação, considerar-se-á somente a ausência ou presença de dificuldade, independentemente do grau da última, quando existir.

TABELA 3.3.12 -Razões entre a chance de ter restrições leves à mobilidade física nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	1,2	1,3	1,3	0,9	1,0	1,1	0,8	0,9	1,0
Q2/Q5	1,4	1,4	1,5	1,0	1,2	1,3	0,9	1,0	1,1
Q3/Q5	1,5	1,5	1,6	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0	1,1
Q4/Q5	1,1	1,2	1,2	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,7

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.3.13 - Razões entre a chance de ter constrictões graves à mobilidade física nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	1,3	1,3	1,4	0,9	1,0	1,1	0,8	0,9	1,0
Q2/Q5	1,5	1,6	1,6	1,1	1,2	1,4	0,9	1,0	1,2
Q3/Q5	1,6	1,7	1,7	0,9	1,0	1,2	0,9	1,1	1,2
Q4/Q5	1,2	1,2	1,3	0,9	1,1	1,2	1,4	1,6	1,8

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.3.14 - Razões entre as chances de ter constrictões leves à mobilidade física, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,0	1,0	1,1	0,9	1,1	1,3	0,9	1,2	1,6
2º quinto	0,9	1,0	1,0	0,7	0,8	1,0	0,7	0,9	1,1
3º quinto	1,0	1,0	1,1	0,8	1,0	1,2	0,6	0,8	1,0
4º quinto	0,9	0,9	1,0	0,8	1,0	1,2	0,7	0,9	1,1
5º quinto	0,9	1,0	1,1	0,9	1,2	1,5	0,7	0,8	1,0

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.3.15 - Razões entre as chances de ter constrictões graves à mobilidade física, de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,0	1,0	1,1	0,8	1,0	1,2	1,0	1,4	1,9
2º quinto	0,9	1,0	1,0	0,7	0,8	1,0	0,7	0,9	1,2
3º quinto	1,0	1,0	1,1	0,8	0,9	1,1	0,7	0,8	1,1
4º quinto	0,9	0,9	1,0	0,8	1,0	1,2	0,8	0,9	1,1
5º quinto	0,9	1,0	1,1	1,0	1,2	1,6	0,7	0,9	1,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A chance de ter constrictões leves ou graves à mobilidade física apresenta uma ligeira associação como os estratos socioeconômicos no Brasil. No penúltimo estrato (Q4) da

Bahia, esta chance é maior que entre os 20% mais ricos, todavia, a associação só ocorre neste estrato, pois nos outros não há evidência da relação [EV]. No Rio de Janeiro, não há associação alguma entre estrato e restrições, leves ou graves, à mobilidade física. Estas conclusões podem ser tiradas a partir dos dados das Tabelas 3.3.12 e 3.3.13.

Considerando por estratos as chances de negros e brancos terem restrições leves ou graves à mobilidade física, percebe-se que elas são da mesma monta, no Brasil, no Rio de Janeiro, ou na Bahia. É o que mostram as Tabelas 3.3.14 e 3.3.15. Portanto, não há evidências da relação de associação entre a presença de dificuldades para se movimentar e a cor das pessoas.

Tomando-se em conjunto as informações sobre o estado individual de saúde apresentadas nesta seção, percebe-se que em nenhum caso foram detectadas associações entre a cor e as características investigadas, considerando-se brancos e negros do mesmo estrato socioeconômico. Também não foram detectadas evidências significativas de associação entre as diversas características e a estratificação socioeconômica adotada. Todavia, quando esta associação foi definida, ela aparentemente favorecia os mais pobres, como no caso da chance de possuir doenças relacionadas ao aparelho circulatório. Tal fato não deve necessariamente ser interpretado como refletindo um estado individual de saúde melhor dos mais pobres, pois pode simplesmente significar que os mais pobres, por terem menos atenção, têm menos doenças crônicas diagnosticadas, o que não quer dizer que a incidência delas seja menor. E se isto vale para os mais pobres, pode valer para os negros também.

3.4. Acesso e utilização dos serviços de saúde

A primeira característica a ser investigada é a proporção de pessoas atendidas em duas semanas, desconsiderando-se a cobertura do atendimento (SUS ou não SUS). Parte-se aqui do pressuposto de que, na inexistência de relação entre ter acesso ao serviço e estar em um determinado estrato, as proporções de atendidos em todos os estratos seria idêntica. Para verificar esta hipótese, foram calculadas as razões entre a chance de não ser atendido nos quatro estratos mais pobres e a chance de não ser atendido entre os 20% mais ricos. Estas razões, conjuntamente com seus valores mínimo e máximo para um intervalo de confiança de 99%, são apresentadas na Tabela 3.4.1.

TABELA 3.4.1 - Razões entre a chance de não ter sido atendido nos estratos mais pobres e a chance de não ter sido atendido no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

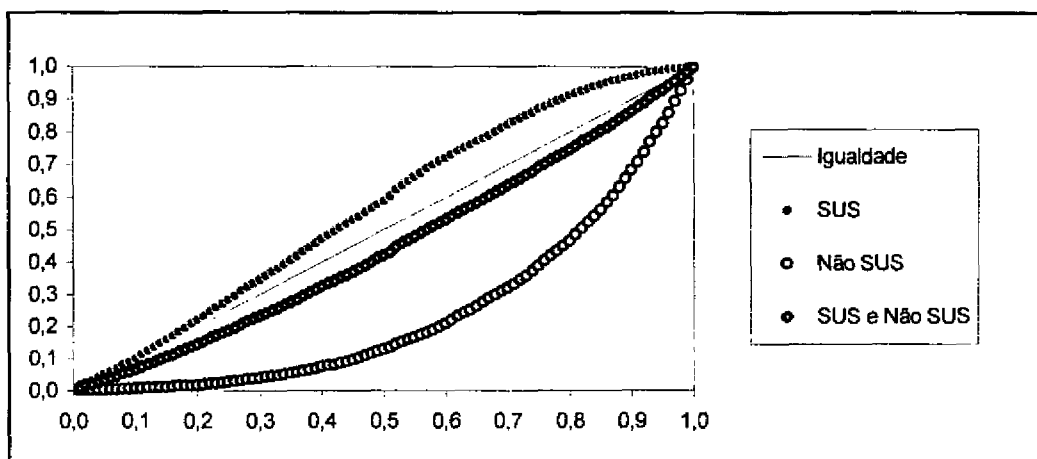
Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.	OR Min.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	1,9	2,0	2,1	1,5	1,7	2,0	2,4	2,8	3,4
Q2/Q5	1,5	1,6	1,6	1,4	1,6	1,8	2,0	2,3	2,7
Q3/Q5	1,3	1,4	1,4	1,4	1,6	1,8	1,5	1,7	2,0
Q4/Q5	1,2	1,3	1,3	1,1	1,3	1,5	1,3	1,5	1,7

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Percebe-se que é possível assumir, com 99% de confiança, que nenhuma das razões se iguala a um, o que exclui a possibilidade de independência entre a proporção de atendidos (ou de não atendidos, tanto faz) e os estratos. Mas a associação não é tão intensa, por exemplo, quanto a existente entre cor e estrato. A associação aumenta quando os estratos mais pobres são considerados, porém, só se pode afirmar que as chances dos quatro primeiro estratos são diferentes entre si no Brasil. No Rio de Janeiro, as chances dos três estratos mais pobres podem ser iguais na população, e não se pode descartar a possibilidade que a do quarto estrato também o seja. Na Bahia, a relação entre o estrato e a proporção de atendidos demonstra maior intensidade. Assim, fica caracterizada a existência da relação [EV], com intensidade moderada.

Grande parte da responsabilidade pela baixa relação⁷ entre o estrato e a proporção de atendidos pode ser atribuída ao Sistema Único de Saúde. O Gráfico 3.4.1 exibe três curvas de concentração das Consultas Médicas. No eixo das abcissas, tem-se a fração acumulada da população ordenada pela renda domiciliar per capita dos mais pobres (esquerda) aos mais ricos; no eixo das ordenadas, a fração acumulada das consultas médicas⁸. Percebe-se claramente que as consultas SUS estão concentradas nas camadas mais pobres da população, o contrário valendo para as não SUS. Embora a concentração das consultas SUS não seja tão intensa quanto a das não SUS, ela é suficiente para fazer com que, somados os dois tipos de cobertura, a concentração das consultas fique muito pequena, daí a pouca associação entre a proporção de atendimentos e os estratos. A curva de concentração de todas as consultas ainda mostra um favorecimento aos mais ricos, mas está bem próxima da linha de perfeita igualdade. Infelizmente, não é possível produzir estas curvas para o Rio de Janeiro e a Bahia por causa do tamanho das amostras.

GRÁFICO 3.4.1 -Curvas de concentração das consultas médicas. Brasil, 1998



FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Estabelecida a associação inversa entre o estrato e a proporção de pessoas atendidas, isto é, quanto mais pobre o estrato, menor a proporção, cumpre investigar se dentro de cada

⁷ É uma associação bem mais fraca que a existente entre a cor e a situação socioeconômica, por exemplo.

⁸ As consultas médicas são o tipo mais freqüente de atendimento (em torno de 68% deles no Brasil), e sua dinâmica entre e intra-estratos é a mesma dos atendimentos em geral. O segundo tipo de atendimento mais freqüente são as consultas odontológicas, seguidas por procedimentos ambulatoriais diversos.

estrato existem diferenças entre a proporção de negros e brancos atendidos. Na Tabela 3.4.2 são apresentadas as razões entre a chance de um negro não ser atendido e a de um branco para cada um dos estratos.

TABELA 3.4.2 - Razões entre as chances de não ter sido atendido de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

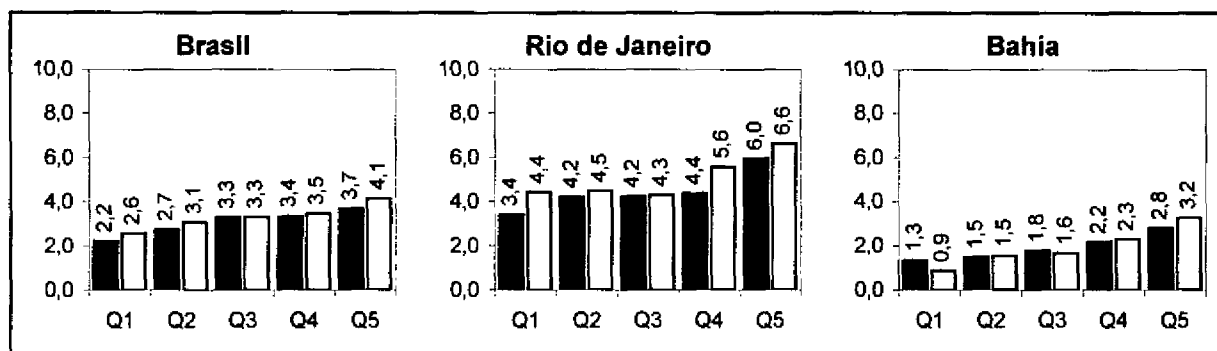
Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,1	1,2	1,3	1,0	1,3	1,6	0,5	0,8	1,1
2º quinto	1,1	1,1	1,2	0,8	1,0	1,2	0,7	1,0	1,4
3º quinto	0,9	1,0	1,1	0,7	0,9	1,1	0,7	0,9	1,2
4º quinto	1,0	1,0	1,1	0,9	1,1	1,4	0,8	1,1	1,4
5º quinto	1,1	1,1	1,2	0,8	1,1	1,4	1,0	1,2	1,4

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A completa independência entre a cor e a proporção de atendimentos é óbvia em todos os estratos, para o Brasil, o Rio de Janeiro e a Bahia: nenhuma das razões entre chance é significativamente diferente de 1. Portanto, não se pode sustentar a existência da relação [CV] para a chance de ter sido atendido.

Um exercício de estimativa interessante consiste em aplicar o número de consultas médicas anuais aprovadas pelo SUS à estrutura de proporções das consultas médicas segundo a cor, os estratos e o tipo de cobertura (SUS ou não SUS) verificada na PNAD.

GRÁFICO 3.4.2 - Estimativa do número de consultas médicas anuais per capita segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998 (%)



FONTES: IBGE, PNAD, 1998; MS, DATASUS, SIA. Elaboração DISOC/IPEA.

Pressupondo-se que as proporções se mantêm durante o ano⁹, isto permite estimar o número total de consultas médicas realizadas, acrescentando às consultas SUS uma estimativa das consultas não SUS, para cada grupo definido pela cor e pelo estrato.

⁹ Na verdade elas se referem aos atendimentos realizados em um período de duas semanas não fixo, ou seja, não é um intervalo entre duas datas, mas os 14 dias anteriores à data da entrevista.

Dividindo os números de consultas estimados pela população projetada para cada grupo, tem-se o número de consultas médicas anuais per capita segundo a cor e o estrato, apresentados no Gráfico 3.4.2 (as barras pretas correspondem aos negros).

A maior parte das diferenças do número de consultas per capita entre negros e brancos são de pouca monta, quando não nulas, e devem ser desconsideradas, pois, devido ao erro das proporções utilizadas como base, elas podem existir na amostra mas não na população. Nos dois estratos mais ricos e no mais pobre do Rio de Janeiro as diferenças parecem maiores, mas há que se considerar que o erro das proporções também é maior.

Controlando-se o estrato socioeconômico, portanto, não há, até agora, evidências de que os negros sejam discriminados no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode excluir de antemão a possibilidade de que sejam discriminados durante os atendimentos¹⁰, na utilização dos serviços. Uma forma de investigar esta possibilidade é através da análise das avaliações¹¹ dos atendimentos pelos atendidos. Se as avaliações de negros e brancos de um mesmo estrato forem divergentes, ficam configuradas as evidências de discriminação.

Verificando primeiramente o tipo de relação existente entre as avaliações dos atendimentos e os estratos socioeconômicos dos atendidos, percebe-se que só não há associação entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” ao invés de “Bom” ou “Muito bom” na Bahia. Isto pode ser conferido na Tabela 3.4.3.

TABELA 3.4.3 - Razões entre a chance de uma avaliação “Ruim” ou “Regular” do atendimento recebido, ao invés de “Bom” ou “Muito Bom”, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	2,1	2,4	2,7	1,7	2,7	4,2	0,7	1,1	1,7
Q2/Q5	2,3	2,6	2,9	2,0	3,1	4,8	1,0	1,5	2,3
Q3/Q5	2,2	2,5	2,8	1,8	2,8	4,4	0,7	1,1	1,6
Q4/Q5	1,7	2,0	2,2	1,1	1,7	2,7	1,0	1,5	2,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Já a chance de uma avaliação que não seja “Muito bom” demonstra uma associação ainda mais intensa, e de tendência mais bem definida. A partir da Tabela 3.4.4 observa-se que, tanto no Brasil quanto no Rio de Janeiro e na Bahia, quanto mais pobre é o estrato considerado, menor é a chance de uma avaliação “Muito Bom” do atendimento recebido (ou, maior é a chance de avaliações “Ruim”, ou “Regular” ou “Bom”)

¹⁰ Nesta seção, pretendia-se investigar a relação entre cor e não ser atendido na primeira vez em que o serviço de saúde foi procurado. Todavia, como a parcela de pessoas que tiveram esta experiência é muito reduzida, não seria possível conduzir esta análise para a Bahia e o Rio de Janeiro.

¹¹ A distribuição geral da avaliação dos atendimentos segue exatamente o mesmo padrão da avaliação do estado individual de saúde, com “Bom” sendo a categoria modal, “Muito Bom” a segunda mais freqüente, etc. O tratamento dado a esta variável é, por conseguinte, o mesmo.

TABELA 3.4.4 - Razões entre a chance de uma avaliação "Ruim" ou "Regular" ou "Bom" do atendimento recebido, ao invés de "Muito Bom", nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	3,2	3,6	4,0	3,1	4,4	6,2	1,3	2,0	3,0
Q2/Q5	3,1	3,4	3,8	2,6	3,6	4,9	1,2	1,7	2,6
Q3/Q5	2,5	2,7	3,0	1,9	2,6	3,5	1,2	1,8	2,5
Q4/Q5	1,8	1,9	2,1	1,6	2,1	2,7	1,4	1,9	2,7

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Como o grande diferencial entre os estratos está relacionado à probabilidade de que a avaliação do atendimento seja "Muito bom", comparar-se-á apenas a chance de não ter avaliado o atendimento desta forma de negros e brancos, dentro de um determinado estrato. As razões que representam esta comparação podem ser encontradas na Tabela 3.4.5. Percebe-se, no Brasil, uma associação muito tênue entre cor e não avaliar o atendimento como "Muito Bom", dentro de cada estrato. Todavia, no Rio de Janeiro e na Bahia, não se pode concluir pela existência de tal associação.

TABELA 3.4.5 - Razões entre a chance de uma avaliação "Ruim" ou "Regular" ou "Bom" ao invés de "Muito Bom" de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,2	1,4	1,7	0,6	1,1	2,0	0,5	1,3	3,5
2º quinto	1,1	1,2	1,5	0,5	0,8	1,4	0,9	1,9	4,1
3º quinto	1,1	1,2	1,4	0,7	1,1	1,8	0,8	1,5	3,1
4º quinto	1,1	1,2	1,4	1,0	1,6	2,5	0,7	1,3	2,5
5º quinto	1,3	1,5	1,7	0,8	1,3	2,2	1,0	1,4	2,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Outro aspecto a ser investigado é o tempo transcorrido desde a última ida ao dentista. O suplemento de saúde da PNAD capta este intervalo temporal em quatro categorias: menos de 1 ano; de 1 a 2 anos; 3 ou mais anos; nunca foi. Para simplificar a análise, primeiro será avaliada a chance de nunca ter ido ao dentista, e depois a chance de a última visita ao dentista ter sido há três ou mais anos (para quem já foi ao dentista ao menos uma vez na vida). Somente as pessoas com 10 ou mais anos de idade foram consideradas.

Ao contrário das outras características investigadas até este ponto da presente seção, o tempo transcorrido desde a última ida ao dentista, por qualquer uma das duas abordagens, exhibe uma associação muito forte com o estrato socioeconômico considerado, [EV], o que de antemão, dada a também intensa relação [EC], permite afirmar que os negros são extremamente prejudicados em sua saúde bucal. Isto pode ser visto nas Tabelas 3.4.6 e

3.4.7. No Brasil, a chance de uma pessoa entre os 20% mais pobres da população nunca ter ido ao dentista é doze vezes maior que a de uma pessoa entre os 20% mais ricos, e, para as que já foram ao dentista ao menos uma vez, a chance de que esta ida tenha ocorrido há mais de três anos é quase quatro vezes maior. Padrões semelhantes são observados para o Rio de Janeiro e a Bahia.

TABELA 3.4.6 - Razões entre a chance de nunca ter ido ao dentista, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 10 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	11,7	12,3	13,0	7,1	8,7	10,7	7,7	8,8	10,0
Q2/Q5	5,8	6,1	6,4	3,7	4,5	5,6	5,7	6,5	7,3
Q3/Q5	3,2	3,3	3,5	2,4	3,0	3,7	4,1	4,6	5,2
Q4/Q5	1,9	2,0	2,1	1,8	2,3	2,8	2,2	2,5	2,8

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.4.7 - Razões entre a chance de três ou mais anos terem transcorrido desde a última ida ao dentista, nos estratos mais pobres, e a mesma chance no estrato mais rico – pessoas com 10 ou mais anos de idade e que já foram ao dentista ao menos uma vez em suas vidas. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	3,4	3,6	3,8	2,8	3,5	4,3	2,7	3,1	3,6
Q2/Q5	3,1	3,3	3,5	2,8	3,4	4,2	2,5	2,9	3,3
Q3/Q5	2,8	2,9	3,1	2,1	2,5	3,1	2,2	2,5	2,9
Q4/Q5	1,9	2,0	2,1	1,7	2,1	2,5	2,0	2,3	2,7

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A despeito disto, quando as chances de negros e brancos são comparadas por quintos, não há indícios de associação entre cor e frequência ao dentista. Na Tabela 3.4.8, percebe-se que, quando a associação entre cor e nunca ter ido ao dentista – dentro de um dado estrato – existe, ela é fraquíssima. Assim, não se pode concluir pela existência da relação [CV] no que toca a nunca ter ido ao dentista, seja no Brasil, no Rio de Janeiro ou na Bahia.

Para a população com 10 ou mais anos que já foi ao dentista ao menos uma vez em suas vidas, a chance de negros e de brancos de que esta ida tenha ocorrido há três ou mais anos apresenta pequenas diferenças, como pode ser visto na Tabela 3.4.9. No Rio de Janeiro, a diferença ocorre em todos os estratos, mas a associação é de baixa intensidade, quase nula. No Brasil, há um estrato em que não há diferenças, e, para os outros, vale o que foi dito para o Rio de Janeiro, excetuando-se o último estrato, no qual a chance de os negros não irem ao dentista há três ou mais anos é maior. Na Bahia, não há relação alguma

entre cor e esta característica entre os 80% mais pobres, porém, entre os 20% mais ricos a associação assume a mesma intensidade que a verificada para o estrato correspondente do Brasil.

TABELA 3.4.8 - Razões entre a chance de nunca ter ido ao dentista de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 10 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,2	1,3	1,3	1,1	1,3	1,6	0,8	0,9	1,1
2º quinto	1,1	1,2	1,2	1,0	1,2	1,5	1,0	1,1	1,4
3º quinto	1,1	1,1	1,2	0,8	1,0	1,3	1,1	1,3	1,5
4º quinto	1,0	1,1	1,2	0,7	0,9	1,2	0,8	1,0	1,2
5º quinto	1,0	1,1	1,2	0,5	0,9	1,5	1,0	1,3	1,6

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.4.9 - Razões entre a chance de três ou mais anos terem transcorrido desde a última ida ao dentista de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 10 ou mais anos de idade e que já foram ao dentista ao menos uma vez em suas vidas. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,1	1,2	1,2	1,1	1,3	1,5	0,6	0,7	1,0
2º quinto	1,0	1,1	1,1	1,1	1,3	1,5	0,9	1,1	1,4
3º quinto	1,2	1,2	1,3	1,1	1,2	1,4	0,7	0,8	1,0
4º quinto	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,5	0,9	1,1	1,3
5º quinto	1,4	1,5	1,6	1,1	1,4	1,7	1,4	1,6	1,9

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Passando à investigação das internações hospitalares, supondo-se que a probabilidade de ser internado por problemas de saúde não tivesse relação alguma com o estrato socioeconômico das pessoas, a proporção de pessoas de cada estrato internadas no período de um ano deveria ser igual ou muito próxima. É exatamente este o quadro delineado na Tabela 3.4.10. A partir desta, percebe-se claramente que, no Rio de Janeiro e na Bahia, não há associação entre o estrato e a proporção de internados. No Brasil, as razões entre chances indicam que nos três estratos mais pobres a chance de ser internado é ligeiramente superior à do último estrato. Todavia, as associações observadas são de baixíssima intensidade. Assim, como no caso dos atendimentos, não se pode sustentar a existência da relação [EV] para a internação hospitalar.

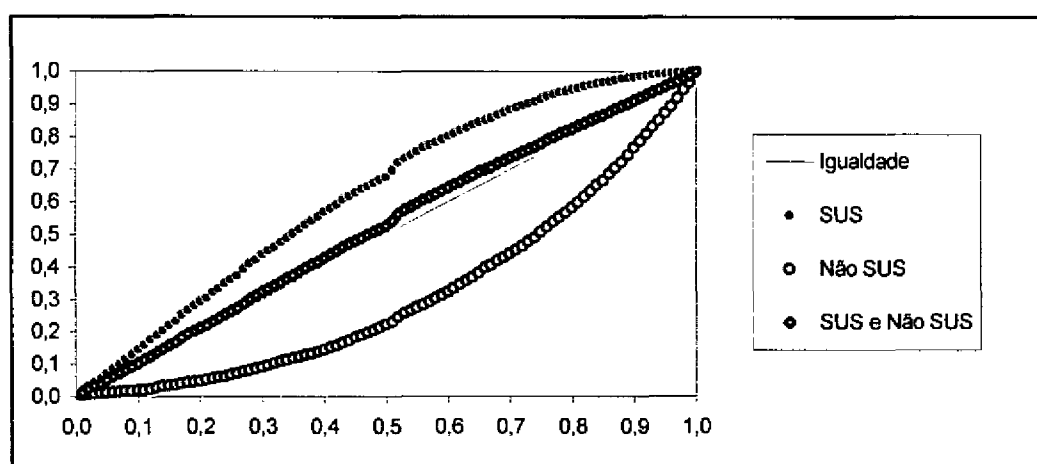
TABELA 3.4.10 - Razões entre a chance de ter sido internado nos estratos mais pobres e a chance de ter sido internado no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	1,1	1,1	1,2	0,8	1,1	1,3	0,8	1,0	1,2
Q2/Q5	1,1	1,1	1,2	0,7	0,9	1,1	0,9	1,1	1,3
Q3/Q5	1,1	1,1	1,2	0,6	0,7	0,9	0,8	1,0	1,2
Q4/Q5	0,9	1,0	1,1	0,7	0,8	1,1	0,9	1,1	1,3

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A exemplo do comentário feito para os atendimentos, pode-se atribuir a ausência da relação [EV] para internações, ao menos em parte, à existência do SUS. As curvas de concentração exibidas no Gráfico 3.4.3 mostram como o SUS contribuiu para amenizar as diferenças entre ricos e pobres, e, por extensão, entre negros e brancos. Valem para este gráfico os mesmos comentários gerais tecidos para o equivalente das consultas médicas (Gráfico 3.4.1), com a ressalva de que a curva das internações em geral (SUS e Não SUS) se sobrepõe quase perfeitamente à linha de igualdade

GRÁFICO 3.4.3 - Curvas de concentração das internações hospitalares. Brasil, 1998



FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Resta saber se negros e brancos de um mesmo estrato têm chances distintas de serem internados. As informações constantes na Tabela 3.4.11 permitem responder negativamente tal questionamento. A cor não exerce o menor efeito sobre a probabilidade de ser internado, seja no Brasil, no Rio de Janeiro ou na Bahia, independentemente do estrato socioeconômico em questão. A relação [CV] também não existe para as internações hospitalares.

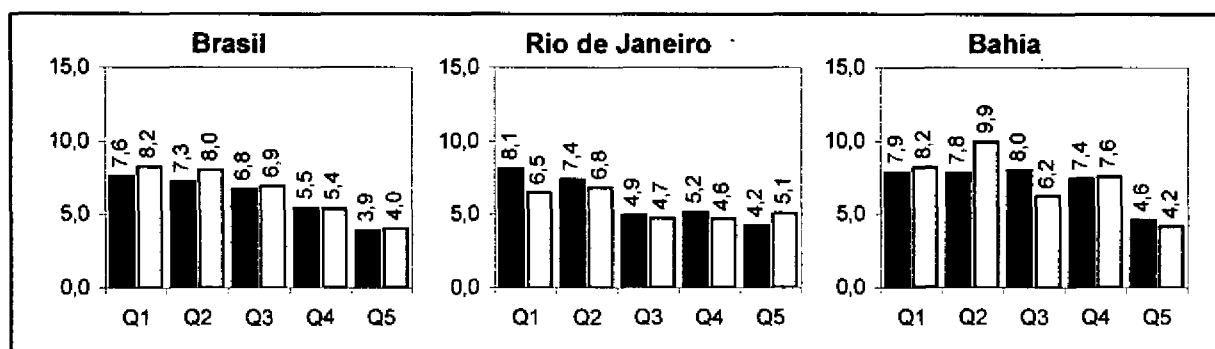
TABELA 3.4.11 - Razões entre as chances de ter sido internado de negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	0,8	0,9	1,0	0,9	1,2	1,7	0,7	1,0	1,4
2º quinto	0,8	0,9	0,9	0,5	0,8	1,1	0,5	0,7	1,0
3º quinto	0,8	0,9	1,0	0,7	1,0	1,5	0,9	1,3	1,9
4º quinto	0,9	0,9	1,0	0,7	1,1	1,5	0,7	0,9	1,3
5º quinto	0,8	0,9	1,0	0,5	0,9	1,3	0,6	0,8	1,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Um exercício de estimativa do número de internações hospitalares anuais, desta feita por 100 habitantes, das populações negra e branca, por quintos, pode ser realizado com o mesmo método utilizado para a estimativa das consultas médicas. Os resultados da estimativa podem ser vistos no Gráfico 3.4.4, ressaltando que o erro das proporções em que se baseiam estas estimativas é alto (ainda mais alto que para as consultas, pois o número de internados é menor). O gráfico confirma as conclusões obtidas a partir da análise da Tabela 3.4.11.

GRÁFICO 3.4.4 - Estimativa do número de internações hospitalares anuais para cada 100 pessoas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998 (%)



FONTES: IBGE, PNAD, 1998; MS, DATASUS, SIH. Elaboração DISOC/IPEA.

Considerando-se somente as pessoas que foram internadas ao menos uma vez no período de um ano, foi investigado o número médio de dias de duração da internação. A maior parte das internações dura menos de 15 dias, por isto, não foram consideradas para o cálculo do número médio de dias da internação as internações que duraram 30 ou mais dias. A investigação mostrou que as internações duram em média entre 3 e 5 dias, tempo que aparentemente independe da cor ou do estrato socioeconômico dos internados. Isto acontece tanto no Brasil quanto no Rio de Janeiro e na Bahia, e pode ser facilmente depreendido a partir da Tabela 3.4.12.

TABELA 3.4.12 - Média de dias de duração da internação hospitalar, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas que ficaram internadas por períodos inferiores a 29 dias. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (dias)			Rio de Janeiro (dias)			Bahia (dias)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	4,36	4,34	0,04	4,55	5,47	-0,86	3,71	3,81	-0,11
2º quinto	4,42	4,48	-0,13	4,58	4,86	-0,29	3,93	3,02	1,28
3º quinto	4,63	4,52	0,28	5,92	4,59	1,20	3,95	3,70	0,23
4º quinto	4,54	4,31	0,55	4,74	4,69	0,05	4,35	3,92	0,49
5º quinto	4,08	4,20	-0,31	3,76	4,27	-0,53	3,95	3,75	0,23
TOTAL	4,44	4,36	0,28	4,78	4,69	0,13	3,98	3,64	0,59

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Devido ao pequeno número de pessoas internadas na Bahia e no Rio de Janeiro, optou-se por não empreender a análise das avaliações das internações.

Para finalizar esta seção sobre acesso e utilização são apresentados alguns dados sobre a cobertura dos atendimentos médicos e internações. Viu-se que a relação [CV] inexistente na prática para as características investigadas, quando se compara negros e brancos de mesmo estrato econômico, e, de forma significativa, também não se pode dizer que existe relação entre os estratos e as características, [EV]. Para o Brasil, mostrou-se que a ausência da relação [EV] para o conjunto das variáveis analisadas pode, em grande parte, ser atribuída a existência do SUS. Embora não seja possível analisar a cobertura do SUS por cor e por estratos, em face aos resultados obtidos, pode-se deduzir que não deve haver relação entre cor e tipo de cobertura. Porém, a associação entre estratos e o tipo de cobertura é com certeza a mais intensa verificada no decorrer da investigação empírica, ainda mais forte do que a relacionada à chance de nunca ter ido ao dentista e que a associação entre cor e estrato, [EC]. Na Tabela 3.4.13, são apresentadas as razões entre a chance de ser atendido pelo SUS nos quatro primeiros estratos e a mesma chance no último estrato. A Tabela 3.4.14 apresenta a mesma informação, só que em relação às internações hospitalares. Os dados são tão eloquentes que dispensam comentários adicionais.

TABELA 3.4.13 - Razões entre a chance de ter sido atendido com cobertura do SUS nos estratos mais pobres e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	46,5	54,2	63,1	19,1	28,2	41,6	22,6	47,9	101,5
Q2/Q5	19,0	21,0	23,3	9,6	13,4	18,7	20,0	37,0	68,7
Q3/Q5	8,6	9,4	10,3	6,7	9,2	12,6	7,9	11,4	16,4
Q4/Q5	3,8	4,1	4,4	2,7	3,6	4,9	4,4	5,9	8,0

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.4.14 - Razões entre a chance de ter sido internado com cobertura do SUS nos estratos mais pobres e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	62,7	77,0	94,6	22,4	44,2	87,0	19,2	48,0	120,1
Q2/Q5	25,5	29,7	34,6	10,4	18,5	32,9	15,0	32,0	68,3
Q3/Q5	9,9	11,3	12,9	5,5	9,5	16,5	11,1	21,8	42,8
Q4/Q5	4,0	4,6	5,2	2,1	3,4	5,7	4,1	6,5	10,4

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

3.5. Planos de saúde: cobertura e gasto

Assim como a probabilidade da cobertura SUS do atendimento e da internação, a probabilidade de ter direito a cobertura de plano de saúde também está intensamente associada com a condição socioeconômica das pessoas, porém, no sentido inverso, isto é, quanto mais pobres, menor a probabilidade de terem plano. Esta associação [EV], muito forte, pode ser observada na Tabela 3.5.1, onde é exibida a chance de não ter plano nos estratos mais pobres, comparada a mesma chance entre os 20% mais ricos. Percebe-se também que a intensidade da associação está relacionada com o nível dos rendimentos do Brasil, do Rio de Janeiro e da Bahia: onde a renda é mais baixa, a associação é mais intensa.

TABELA 3.5.1 - Razões entre a chance de não ter plano de saúde nos estratos mais pobres e a mesma chance no estrato mais rico. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estratos comparados	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
Q1/Q5	68,7	73,7	79,1	35,2	41,7	49,6	141,1	265,1	497,9
Q2/Q5	20,2	21,1	22,1	15,0	17,1	19,6	28,8	36,9	47,3
Q3/Q5	8,4	8,7	9,0	7,1	8,0	9,0	13,3	15,9	18,9
Q4/Q5	3,5	3,6	3,7	3,4	3,8	4,2	5,5	6,2	7,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Comparando as chances de negros e brancos de um mesmo estrato não terem plano de saúde, porém, verifica-se que as diferenças não são muito grandes. A Tabela 3.5.2 exibe as razões que representam as comparações. No Brasil, as associações entre cor e não ter plano de saúde dentro de um determinado estrato são fracas nos três estratos intermediários, e um pouco mais fortes entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos. No Rio de Janeiro, não há associação entre os 40% mais pobres, e, nos demais estratos, a associação existente é quase nula. O mesmo pode ser dito para Bahia, excetuando-se o último estrato, onde há

uma associação fraca. Os intervalos de confiança estimados são amplos nos dois primeiros estratos da Bahia, pois quase ninguém tem plano entre os 40% mais pobres.

TABELA 3.5.2 - Razões entre as chances de não ter plano de saúde negros e brancos por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.	OR Mín.	OR Obs.	OR Máx.
1º quinto	1,6	1,8	2,1	1,0	1,4	1,9	0,1	0,5	3,6
2º quinto	1,1	1,2	1,3	0,9	1,1	1,3	1,3	2,2	3,6
3º quinto	1,2	1,3	1,4	1,2	1,4	1,7	0,6	0,8	1,3
4º quinto	1,1	1,2	1,2	1,1	1,3	1,6	1,1	1,3	1,7
5º quinto	1,5	1,6	1,7	1,3	1,6	2,0	1,6	1,9	2,1

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Muitas das pessoas que têm plano de saúde não pagam por ele diretamente. Crianças são geralmente dependentes dos pais e um dos cônjuges pode ser dependente do outro. Eventualmente, em um domicílio, pode-se ter uma pessoa que não faz parte do mesmo plano que o resto da família, seja por ter um plano relacionado ao seu emprego, ou por outras razões. Em domicílios mais pobres, pode acontecer de apenas os membros de saúde mais vulnerável terem plano, por exemplo, uma criança ou um idoso. Assim, é interessante saber a proporção de membros do domicílio que são cobertos por planos de saúde, nos domicílios em que ao menos um membro faz jus à cobertura. A Tabela 3.5.3 exibe a média da taxa intradomiciliar da cobertura por plano de saúde, expressa como percentagem do número de membros do domicílio. É importante ressaltar o fato de que a raridade das pessoas cobertas por planos de saúde entre os 40% mais pobres é muito grande, o que torna imprecisas as estatísticas apresentadas para eles. Entre os 20% mais pobres da Bahia, por exemplo, apenas duas pessoas brancas residiam em domicílios em que ao menos uma pessoa era coberta por plano (provavelmente, dois habitantes do mesmo domicílio).

TABELA 3.5.3 - Média da taxa de cobertura intradomiciliar por planos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (%)			Rio de Janeiro (%)			Bahia (%)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	59,37	64,10	-2,72	54,67	66,50	-4,12	69,19	54,14	1,46
2º quinto	61,64	64,92	-2,79	64,02	63,52	0,23	55,47	72,12	-3,99
3º quinto	65,09	70,90	-6,35	70,43	74,76	-2,46	58,55	54,66	1,22
4º quinto	69,76	73,91	-5,71	75,75	77,30	-1,03	55,98	59,84	-1,66
5º quinto	80,84	86,95	-10,95	86,07	90,45	-3,49	76,12	84,00	-5,85
TOTAL	70,42	80,03	-19,52	72,74	81,71	-9,18	68,05	78,08	-7,63

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Grosso modo, desconsiderando-se os dois estratos mais pobres do Rio de Janeiro e da Bahia, nestes dois estados só há diferença significativa da média da taxa intradomiciliar de cobertura por planos de saúde entre os 20% mais ricos. No Brasil, a diferença é significativa em todos os estratos, mas, mais uma vez, há que se considerar que as diferenças regionais podem ser responsabilizadas pelo quadro observado.

Finalmente, analisa-se o gasto médio mensal domiciliar com planos de saúde. Na Tabela 3.5.4 são apresentadas as médias em Reais; na Tabela 3.5.5, são apresentadas as médias da proporção da renda domiciliar despendida em planos de saúde, expressa em porcentagem. Foram considerados somente as pessoas residentes em domicílios que tiveram gastos desta natureza, com a ressalva de que nem todos os domicílios de pessoas cobertas por planos de saúde têm este tipo de gasto, pois o plano pode ser pago pelo empregador, ou por uma pessoa que não reside no domicílio. Os domicílios em que o gasto com saúde era superior ou igual à renda domiciliar foram desconsiderados.

TABELA 3.5.4 - Média do gasto domiciliar mensal com planos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (R\$)			Rio de Janeiro (R\$)			Bahia (R\$)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	21,25	27,44	-3,53	35,33	45,55	-2,24	18,00	...	...
2º quinto	30,45	36,84	-4,68	43,90	51,13	-2,12	26,48	17,34	2,58
3º quinto	40,92	48,76	-6,13	48,95	63,18	-5,29	35,38	71,15	-6,73
4º quinto	60,46	68,70	-6,45	63,63	88,58	-7,57	38,60	47,09	-2,90
5º quinto	114,37	155,83	-22,11	118,84	195,30	-12,39	106,41	169,33	-14,00
TOTAL	70,44	117,67	-38,48	70,74	141,80	-24,89	83,95	152,97	-18,07

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.5.5 - Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com planos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (%)			Rio de Janeiro (%)			Bahia (%)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	9,97	13,11	-2,39	10,16	16,67	-2,70	13,85	...	...
2º quinto	7,48	10,46	-3,99	8,04	11,30	-2,48	11,22	9,49	0,70
3º quinto	6,64	8,58	-3,79	6,44	8,36	-2,40	8,45	18,49	-4,09
4º quinto	5,96	7,20	-3,54	5,41	7,84	-3,38	6,50	8,56	-1,72
5º quinto	4,99	5,64	-2,62	4,54	5,97	-2,96	6,88	7,15	-0,40
TOTAL	6,05	6,56	-2,06	6,12	7,17	-2,16	7,10	7,61	-0,76

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Como seria de se esperar, o gasto com planos de saúde aumenta em valores absolutos à medida que se considera os estratos mais ricos, e diminui como proporção da renda domiciliar. Em outras palavras, os mais pobres gastam menos com planos de saúde, mas para o orçamento doméstico destas famílias, o peso deste gasto é muito maior. Quanto às diferenças entre os dispêndios dos domicílios de negros e brancos, as médias dos valores absolutos apresentam diferenças significativas em todos os estratos (excetuando-se os dois primeiros do Rio de Janeiro e da Bahia, que não serão analisados pelos motivos já expostos). Já o gasto em planos de saúde como porcentagem da renda domiciliar apresenta diferenças menores, que todavia são significativas em alguns estratos. Porém, a diferença das médias totais de negros e brancos não é significativa, seja no Brasil, no Rio de Janeiro ou na Bahia.

3.6. Gastos domiciliares com saúde

Na seção anterior, foram analisados os gastos mensais dos domicílios com planos de saúde, tanto em valores absolutos quanto como porcentagem da renda domiciliar. Nesta seção serão analisadas mais duas categorias particulares de dispêndios, os realizados com medicamentos de uso regular e com consultas médicas. A última categoria em particular, talvez esteja fadada a resultados não muito elucidativos, como os dos gastos com planos, pois estes tipos de dispêndios são raros entre as famílias mais pobres. Embora a PNAD propicie um razoável detalhamento do gasto com saúde, além dos gastos com medicamentos e com consultas, será analisado apenas o gasto total, pois as outras categorias de gasto são de menor incidência, e praticamente inexistem entre os mais pobres.

Existe uma série de enfermidades crônicas cujo o controle exige o consumo regular de medicamentos. As Tabelas 3.6.1 e 3.6.2 exibem o gasto domiciliar mensal com estes medicamentos, a primeira como média dos valores absolutos despendidos, e a segunda como média da porcentagem da renda domiciliar representada por este gasto. Foram considerados somente os domicílios em que havia gasto com medicamentos. A exemplo do que acontece com os gastos de plano de saúde, o nível global de rendimentos influencia o nível do gasto com medicamentos. Assim, em cada estrato e no total, para negros e brancos, o gasto do Rio de Janeiro é maior que o do Brasil, que é maior que o da Bahia (Tabela 3.6.1). O gasto também é maior nos domicílios mais ricos. Os brancos despendem mais dinheiro com medicamentos de uso regular em todos os estratos (exceto o segundo da Bahia), embora nem sempre a diferença entre as médias seja significativa. Essa diferença, quando significativa, deve ser interpretada com cuidado, pois pode ser devida à estrutura etária mais envelhecida da população branca.

Embora os pobres gastem menos com medicamentos de uso regular, percebe-se, a partir da Tabela 3.6.2, que o peso deste item é maior no orçamento das famílias mais pobres, como esperado. No Brasil, este tipo de gasto parece ter um impacto maior na renda domiciliar dos brancos, controlando-se pelos estratos, mas a diferença em relação aos domicílios dos negros não é significativa entre os 20% mais ricos. Na Bahia, a diferença só é significativa no primeiro e no terceiro estrato; no Rio de Janeiro, em nenhum estrato. Como no caso do Brasil, lembra-se mais uma vez, a composição das diferenças regionais pode estar produzindo estes resultados, conclui-se pela ausência de relação entre a cor e o gasto com medicamento (como porcentagem da renda domiciliar), [CV]. A relação [EV], por sua vez, fica bem delineada.

TABELA 3.6.1 - Média do gasto domiciliar mensal com medicamentos de uso regular, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (R\$)			Rio de Janeiro (R\$)			Bahia (R\$)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	30,44	32,59	-2,22	42,14	44,88	-1,35	33,17	38,21	-2,41
2º quinto	40,59	44,68	-4,18	49,56	53,04	-1,64	34,79	32,77	1,19
3º quinto	50,62	54,00	-3,23	59,39	65,84	-2,27	35,53	49,38	-6,40
4º quinto	62,25	66,63	-3,74	65,85	79,35	-4,75	57,07	64,83	-2,66
5º quinto	84,58	97,27	-7,41	98,67	119,99	-3,98	69,00	81,73	-4,08
TOTAL	51,03	69,46	-22,42	58,78	82,09	-13,10	47,76	60,04	-7,02

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.6.2 - Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com medicamentos de uso regular, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (%)			Rio de Janeiro (%)			Bahia (%)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	16,91	19,49	-3,61	15,75	17,31	-1,42	23,23	29,39	-3,91
2º quinto	11,54	13,53	-3,86	11,04	13,30	-2,45	15,74	15,30	0,36
3º quinto	9,71	11,07	-3,12	8,32	9,90	-1,97	10,82	15,97	-4,31
4º quinto	6,89	7,96	-2,98	6,75	7,80	-1,58	11,82	13,29	-1,39
5º quinto	4,51	4,56	-0,18	4,64	4,50	0,26	6,50	6,34	0,23
TOTAL	10,27	8,90	4,87	9,96	8,98	1,91	12,56	13,64	-1,43

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

O gasto domiciliar mensal com consultas médicas é apresentado como média dos valores despendidos, Tabela 3.6.3, e como média da porcentagem da renda domiciliar, Tabela 3.6.4. Foram considerados somente os moradores dos domicílios em que houve este tipo de gasto. Ressalta-se que a incidência do gasto com consultas médicas é extremamente reduzida entre os contingentes mais pobres da população, portanto, os resultados obtidos para os três primeiros estratos devem ser interpretados com cautela. A exemplo dos outros gastos já vistos, as despesas com consultas médicas aumentam à medida que os estratos mais ricos são considerados, mas diminuem como porcentagem da renda domiciliar. Analisando o gasto com consultas médicas como porcentagem da renda domiciliar, percebe-se que é só no Brasil que as diferenças das médias dentro dos estratos apresentam algum grau de significância, pois os resultados dos dois primeiros estratos da Bahia não devem ser considerados muito seriamente. Porém, dado o problema das diferenças inter-regionais, as diferenças observadas para o Brasil podem ser desconsideradas. Portanto, não existe a relação [CV] para os gastos com consultas médicas.

TABELA 3.6.3 - Média do gasto domiciliar mensal com consultas médicas, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (R\$)			Rio de Janeiro (R\$)			Bahia (R\$)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	17,82	20,49	-1,76	16,27	19,01	-1,10	17,41	17,40	0,00
2º quinto	21,88	24,72	-2,16	16,88	26,41	-3,52	14,27	28,75	-4,62
3º quinto	21,63	28,85	-6,23	19,20	24,36	-2,35	25,22	14,01	5,09
4º quinto	24,67	29,24	-4,02	21,97	38,17	-5,12	23,91	24,50	-0,24
5º quinto	39,24	51,20	-5,72	36,35	79,79	-8,76	28,74	45,48	-5,36
TOTAL	25,88	37,78	-11,45	21,55	49,96	-12,45	24,60	37,40	-5,39

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.6.4 - Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com consultas médicas, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (%)			Rio de Janeiro (%)			Bahia (%)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	10,68	13,65	-2,47	5,98	7,77	-1,17	13,23	26,55	-5,55
2º quinto	6,06	7,74	-2,53	3,24	5,56	-2,01	6,11	13,75	-4,67
3º quinto	4,04	5,75	-3,41	2,55	3,59	-1,52	7,21	5,51	1,38
4º quinto	2,67	3,42	-2,10	1,95	3,32	-1,69	4,32	4,28	0,05
5º quinto	1,85	2,05	-0,69	1,89	2,10	-0,42	2,30	2,36	-0,11
TOTAL	4,18	3,98	0,65	2,87	3,42	-1,00	5,01	3,75	1,79

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

As Tabelas 3.6.5 e 3.6.6 apresentam a média do gasto domiciliar mensal total com saúde em valores absolutos e como porcentagem da renda domiciliar. Para o gasto total, valem as mesmas considerações gerais dos outros gastos já analisados. Observando a Tabela 3.6.6 percebe-se que a média da porcentagem da renda domiciliar empenhada em despesas relacionadas a saúde é sempre menor nos domicílios dos negros. No Brasil, a diferença entre negros e brancos é significativa em todos os estratos, no Rio de Janeiro, nos três estratos intermediários; e na Bahia, somente no primeiro e no terceiro. Porém, observando-se a média total de negros e brancos, percebe-se que a diferença só é significativa na Bahia. Isto se deve a um interessante efeito de composição gerado pela distribuição desigual dos negros pelos estratos (sobre-representação entre os mais pobres) e também pela menor incidência do gasto entre os mais pobres (este efeito também pode ser observado na Tabela 3.6.4 e na Tabela 3.6.2 – nesta última excluindo o total Brasil, o qual pode estar sendo influenciado pelas diferenças inter-regionais). Embora seja impossível, por razões técnicas, incluir na presente análise dos gastos a estrutura etária, é lícito

suspeitar que os maiores gastos absolutos e percentuais dos brancos sejam devidos à estrutura etária, uma vez que só estão sendo considerados os domicílios com gasto superior a zero. Assim, não se pode considerar que os dados apresentados nesta seção refletem diferenças efetivas entre a população branca e a negra.

TABELA 3.6.5 - Média do gasto domiciliar mensal total com saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (R\$)			Rio de Janeiro (R\$)			Bahia (R\$)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	31,27	34,91	-3,68	47,51	48,83	-0,61	32,24	37,56	-2,59
2º quinto	46,40	52,48	-5,89	63,62	66,69	-1,25	35,00	35,60	-0,34
3º quinto	63,38	71,45	-7,04	74,17	90,32	-5,62	39,87	55,19	-6,67
4º quinto	94,99	106,66	-8,34	100,55	136,41	-9,20	66,80	77,23	-3,63
5º quinto	178,42	244,82	-25,81	190,47	299,27	-12,71	131,99	209,86	-16,29
TOTAL	78,21	141,69	-53,25	86,06	166,18	-31,35	69,47	118,76	-18,69

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 3.6.6 - Média da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com gastos de saúde, segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Brasil (%)			Rio de Janeiro (%)			Bahia (%)		
	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z	Negros	Branco	z
1º quinto	17,27	20,36	-4,43	17,34	18,47	-1,02	22,52	29,02	-4,16
2º quinto	12,84	15,54	-5,15	13,20	16,07	-2,95	15,54	16,71	-0,97
3º quinto	11,61	13,88	-5,02	10,18	13,17	-3,63	11,83	17,15	-4,25
4º quinto	9,94	11,94	-5,18	9,46	12,47	-3,88	13,34	15,57	-2,08
5º quinto	8,40	9,53	-3,51	8,34	9,90	-2,31	10,16	11,11	-1,24
TOTAL	11,99	12,29	-1,06	11,99	12,77	-1,46	13,55	15,55	-2,76

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

4. Conclusões

Neste trabalho, buscou-se investigar sistematicamente se, comparados a brancos do mesmo nível socioeconômico, os negros apresentariam uma situação de saúde pior. Isto foi realizado para vários aspectos relacionados à situação geral de saúde, do estado individual ao gasto, passando pelo acesso e a utilização de serviços.

Partindo do pressuposto de que o racismo existe na sociedade brasileira, inicialmente foi demonstrado que a presença desta ideologia prejudica os negros em sua situação socioeconômica, estabelecendo uma associação forte entre ser negro e pertencer aos estratos mais pobres da classificação de pobreza relativa adotada. Os efeitos disto sobre a dinâmica demográfica da população negra podem ser vistos com clareza nas pirâmides etárias apresentadas. Neste primeiro passo, delineou-se um fenômeno particularmente interessante que se manteve, com pouca variação, ao longo do trabalho: na Bahia, talvez pela particularidade de sua composição racial, de maioria negra, a intensidade da associação entre a raça e a situação socioeconômica é bem menor do que no Rio de Janeiro, ou no Brasil como um todo. Efetivamente, as evidências mostraram que ser negro, na Bahia, cria dificuldades para a inserção entre os 20% mais ricos da população. Porém, se se considerasse apenas os 80% mais pobres, não haveria como estabelecer a associação entre raça e situação socioeconômica na Bahia.

Com o estabelecimento da relação entre raça e situação socioeconômica, abreviadamente denominada [EC], uma série de implicações lógicas passam a ter efeito. A primeira, e mais importante, é que os negros serão prejudicados em todas as características cuja distribuição esteja associada ao estrato, ou seja, sempre que existir a relação [EV]. Assim, por exemplo, se se sabe que entre os mais pobres há menos pessoas cobertas por um determinado serviço, pode-se automaticamente concluir que se a população branca em geral for comparada à negra, a última terá indicadores piores de cobertura do serviço em questão. Por conseguinte, tudo o que condiciona uma situação pior de saúde para os mais pobres, atingirá os negros.

No caso das características dos domicílios, para todas existe [EV], isto é, quanto mais pobres as pessoas, menor a cobertura por água encanada, esgoto adequado, coleta de lixo, e maior a densidade habitacional. Assim, não é nem ao menos preciso o trabalho de comparar a população negra e a branca em geral nestes quesitos, pois sabe-se de antemão que a situação dos negros será pior. Todavia, a comparação entre negros e brancos do mesmo estrato socioeconômico revelou que não há indícios de racismo na distribuição dos serviços. A relação entre a cor e as características dos domicílios independente do estrato socioeconômico, que denotaria o racismo nas interações se sobrepondo ao racismo que faz com que os negros sejam mais pobres, [CV], ou inexistente, ou é de baixa intensidade. No Brasil, as associações fracas detectadas não devem ser tomadas em conta, pois são muito provavelmente produzidas pelas diferenças inter-regionais: a proporção de negros é maior nos estados mais pobres. No Rio de Janeiro foram vistas associações quase nulas. E na Bahia, as relações mais intensas detectadas, que apontariam um racismo moderado, estavam no sentido "errado", isto é, apontando a discriminação contra os brancos!

As informações sobre o estado individual de saúde mostraram um quadro um pouco distinto. Ao contrário das informações sobre as características dos domicílios, demonstraram baixa associação, ou nenhuma, com a estratificação socioeconômica. E, no caso dos grupos de enfermidades crônicas, surpreendentemente revelaram os mais pobres com

chances menores, relativamente aos mais ricos, de serem portadores de enfermidades crônicas. Comparando-se brancos e negros de mesma condição socioeconômica, não foi detectado indício algum de associação entre cor e as variáveis analisadas, com as razões entre chances denotando várias vezes a perfeita independência entre os dois fatores. Todavia, a noção de que os mais pobres estão menos sujeitos a doenças crônicas deve ser tomada com cautela: isto pode ser tanto o efeito da estrutura etária, pois a população mais pobre é mais jovem, quanto o efeito da restrição do acesso aos serviços de saúde, pois as doenças podem existir e não terem sido diagnosticadas, o que não implica incidência menor. Mas isto não invalida de todo o fato de que não há evidência de associação entre cor e o estado individual de saúde, dentro de um estrato. Isto vale para o Brasil, o Rio de Janeiro e a Bahia, que não demonstraram diferenças significativas neste aspecto.

A investigação do acesso e utilização dos serviços de saúde também não permitiu sustentar a existência de racismo. Todas as variáveis analisadas demonstraram haver uma associação entre a distribuição delas e a situação socioeconômica, [EV], todavia, de intensidades distintas. Isto se deve a existência do Sistema Único de Saúde, o SUS, que pode não ser uma maravilha, mas contribui em muito para amenizar as desigualdades entre ricos e pobres na esfera da saúde, e conseqüentemente, contribui para reduzir (nesta esfera) a desigualdade racial. É nos indicadores relativos à ida ao dentista que isto pode ser visto. Como o SUS é mais fraco na assistência odontológica, a intensidade da associação entre a situação socioeconômica e o tempo transcorrido desde a última ida ao dentista é bem maior que a associação com os atendimentos e internações. Todavia, quando a comparação entre negros e brancos de mesmo estrato foi empreendida, não foram detectadas evidências sólidas de associação entre cor e as diversas variáveis. No Brasil, algumas associações fracas foram detectadas, mas podem ser desprezadas por causa dos efeitos de composição das diferenças inter-regionais que não foram controladas.

Finalmente, os dados sobre planos de saúde e gastos também não apontaram a existência de racismo, além daquele que age sobre a situação socioeconômica. Todavia, estes dados devem ser observados com reservas. Os relativos aos planos de saúde por que são raros os domicílios mais pobres que tem pessoas cobertas e os de gasto pela mesma razão. Mesmo assim, os dados apontaram uma associação moderada entre ser negro e não ter plano de saúde entre os 20% mais ricos do Brasil, do Rio de Janeiro e da Bahia. Mas, é justamente nestes estratos que a desigualdade socioeconômica interna entre negros e brancos é maior, e a cobertura por planos de saúde está muito associada, por razões óbvias, ao nível de renda. Assim, a associação pode estar refletindo a desigualdade socioeconômica intra-estrato, e não racismo.

Embora os resultados deste estudo não possam ser considerados a palavra final sobre o assunto, eles oferecem uma contribuição importante para a compreensão dos mecanismos de atuação do racismo na saúde, em suas grandes tendências. Ressalta-se aqui que quando se fala em grandes tendências, não está excluída a possibilidade de que em situações particulares aconteça exatamente o contrário da tendência. Porém, no somatório de todas as situações as idiosincrasias se dissolvem e prevalece o modal, o mais comum. Ficou demonstrado que a população negra é mais exposta aos riscos de uma situação deteriorada de saúde sob vários aspectos. Entretanto, isto não acontece por que existe discriminação na saúde. A saúde é extremamente condicionada pela situação socioeconômica, e é através desta última que os negros são prejudicados em sua saúde. Os resultados apresentados, em sua maioria, apontaram não haver diferenças entre negros e brancos de mesma condição socioeconômica. A ação do racismo sobre a saúde dos negros é, portanto, indireta. Ela se

faz por que o racismo conspira contra a mobilidade social dos negros, atuando nos mecanismos de reprodução social, e os condenando a uma posição subalterna na estrutura social. É a esta inserção prejudicada na sociedade que deve ser atribuída a responsabilidade pela pior situação de saúde dos negros.

ANEXO 1 – Tabelas

TABELA A.1.1 - Freqüência, média e desvio-padrão da renda domiciliar per capita segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	45.517	29,30	13,56	2.792	53,45	21,89	4.706	19,04	8,55
	Branco	21.224	29,88	14,68	2.262	55,35	23,29	1.219	19,27	8,25
2º Quinto	Negros	38.110	72,15	13,08	2.459	114,13	16,78	4.790	41,83	6,36
	Branco	28.630	73,58	12,90	2.595	116,22	16,85	1.136	42,60	6,45
3º Quinto	Negros	30.511	126,04	18,70	2.198	182,54	23,54	4.732	68,14	9,49
	Branco	36.228	128,15	19,04	2.856	183,99	24,61	1.192	68,90	9,53
4º Quinto	Negros	23.031	224,24	43,15	1.654	307,92	56,36	4.622	113,44	17,91
	Branco	43.711	230,73	43,38	3.401	314,28	59,07	1.304	113,74	18,01
5º Quinto	Negros	13.633	627,03	546,21	848	769,76	426,83	3.880	347,77	376,76
	Branco	53.107	859,13	905,40	4.206	1162,73	1348,14	2.047	593,47	728,90

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para a elaboração das Tabelas 3.1.2, 3.1.3 e 3.1.4.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.2 - Freqüência, média e desvio-padrão dos anos de estudo segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	45.517	1,89	2,51	2.792	1,80	3,01	4.706	1,52	2,27
	Branco	21.224	2,46	2,92	2.262	2,52	3,51	1.219	1,40	1,93
2º Quinto	Negros	38.110	2,92	3,09	2.459	2,90	3,27	4.790	1,91	2,56
	Branco	28.630	3,30	3,24	2.595	3,35	3,65	1.136	2,24	2,75
3º Quinto	Negros	30.511	3,84	3,53	2.198	3,95	3,76	4.732	2,57	3,01
	Branco	36.228	4,17	3,58	2.856	4,36	3,84	1.192	2,94	3,21
4º Quinto	Negros	23.031	5,29	3,93	1.654	5,00	4,02	4.622	3,39	3,58
	Branco	43.711	5,47	4,03	3.401	5,66	4,39	1.304	3,80	3,80
5º Quinto	Negros	13.633	7,41	4,56	848	7,52	4,63	3.880	6,08	4,47
	Branco	53.107	8,30	4,89	4.206	8,53	4,88	2.047	7,28	4,90

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para a elaboração da Tabela 3.1.5.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.3 - Frequência, média e desvio-padrão da densidade habitacional segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	45.517	2,94	1,34	2.792	3,07	1,46	4.706	3,14	1,54
	Branco	21.224	2,77	1,29	2.262	2,68	1,27	1.219	2,79	1,18
2º Quinto	Negros	38.110	2,51	1,11	2.459	2,52	1,07	4.790	2,65	1,08
	Branco	28.630	2,43	1,07	2.595	2,28	0,90	1.136	2,36	0,87
3º Quinto	Negros	30.511	2,24	0,99	2.198	2,21	0,82	4.732	2,40	1,00
	Branco	36.228	2,14	0,87	2.856	2,12	0,82	1.192	2,28	0,93
4º Quinto	Negros	23.031	2,07	0,82	1.654	1,98	0,75	4.622	2,08	0,85
	Branco	43.711	1,97	0,75	3.401	1,94	0,70	1.304	1,92	0,71
5º Quinto	Negros	13.633	1,77	0,66	848	1,76	0,77	3.880	1,83	0,69
	Branco	53.107	1,67	0,55	4.206	1,60	0,50	2.047	1,64	0,55

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.2.1.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.4 - Frequência* de água encanada proveniente de rede geral de distribuição segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Sem Água	Com Água	Sem Água	Com Água	Sem Água	Com Água
1º Quinto	Negros	27.607	17.800	1.062	1.722	3.197	1.494
	Branco	10.732	10.458	648	1.614	934	284
2º Quinto	Negros	14.622	23.410	562	1.897	2.688	2.080
	Branco	8.966	19.634	487	2.108	583	553
3º Quinto	Negros	7.511	22.961	401	1.797	2.084	2.629
	Branco	7.445	28.753	383	2.472	610	582
4º Quinto	Negros	3.069	19.934	192	1.461	1.552	3.064
	Branco	5.142	38.529	336	3.064	427	876
5º Quinto	Negros	1.046	12.553	29	818	455	3.421
	Branco	3.065	50.004	169	4.036	216	1.824

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.2.2.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.5 - Frequência* de esgoto adequado segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Sem Esgoto	Com Esgoto	Sem Esgoto	Com Esgoto	Sem Esgoto	Com Esgoto
1º Quinto	Negros	35.042	10.366	1.028	1.756	3.892	798
	Branco	14.290	6.900	578	1.683	1.117	101
2º Quinto	Negros	22.192	15.839	487	1.972	3.629	1.140
	Branco	13.179	15.420	473	2.121	925	211
3º Quinto	Negros	13.057	17.415	344	1.854	3.255	1.457
	Branco	11.473	24.725	330	2.526	897	296
4º Quinto	Negros	6.060	16.943	141	1.511	2.787	1.830
	Branco	7.923	35.749	181	3.218	808	494
5º Quinto	Negros	2.094	11.504	30	817	1.424	2.452
	Branco	4.297	48.773	81	4.124	521	1.520

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.2.3.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.6 - Frequência* de coleta de lixo segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Sem Coleta	Com Coleta	Sem Coleta	Com Coleta	Sem Coleta	Com Coleta
1º Quinto	Negros	26.518	18.890	719	2.064	3.148	1.543
	Branco	10.447	10.743	418	1.844	996	223
2º Quinto	Negros	13.680	24.352	407	2.052	2.679	2.089
	Branco	7.976	20.623	247	2.347	654	482
3º Quinto	Negros	6.589	23.883	216	1.982	2.124	2.589
	Branco	6.021	30.176	175	2.681	673	519
4º Quinto	Negros	2.391	20.612	89	1.563	1.616	3.001
	Branco	3.750	39.921	93	3.306	530	772
5º Quinto	Negros	575	13.024	12	835	545	3.331
	Branco	1.627	51.443	39	4.166	230	1.811

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.2.4.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.7 - Frequência* da avaliação do estado individual de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil				Rio de Janeiro				Bahia			
		Ruim	Reg.	Bom	M.B.	Ruim	Reg.	Bom	M.B.	Ruim	Reg.	Bom	M.B.
1º Quinto	Negros	1.765	7.812	23.670	12.231	105	412	1.536	733	124	643	2.516	1.423
	Branco	829	3.594	10.657	6.125	68	379	1.104	705	21	134	535	528
2º Quinto	Negros	1.786	7.515	19.961	8.836	80	398	1.195	776	152	671	2.580	1.387
	Branco	1.315	5.264	14.518	7.517	105	435	1.195	858	34	183	508	411
3º Quinto	Negros	1.555	6.398	15.341	7.200	59	341	1.066	731	176	763	2.505	1.288
	Branco	1.644	6.788	18.322	9.465	73	406	1.442	929	52	194	506	440
4º Quinto	Negros	732	4.161	11.989	6.138	40	264	839	506	253	989	2.164	1.216
	Branco	1.301	7.465	22.322	12.595	80	547	1.644	1.124	88	258	566	392
5º Quinto	Negros	314	2.061	7.125	4.122	22	139	420	268	111	648	1.916	1.203
	Branco	982	6.619	25.603	19.892	72	542	1.869	1.722	65	328	988	666

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.1 e 3.3.2.

NOTA: A categoria original "Muito Ruim" foi agregada à "Ruim"; "Reg." = "Regular"; "M.B" = "Muito Bom".

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.8 - Frequência* de pessoas com doenças do aparelho circulatório segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998**

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Com doença	Sem doença	Com doença	Sem doença	Com doença	Sem doença
1º Quinto	Negros	3.501	42.000	341	2.450	273	4.433
	Branco	1.658	19.552	247	2.010	52	1.167
2º Quinto	Negros	4.287	33.822	376	2.077	355	4.436
	Branco	3.177	25.439	363	2.229	103	1.033
3º Quinto	Negros	4.399	26.105	316	1.882	475	4.257
	Branco	4.981	31.239	373	2.480	119	1.073
4º Quinto	Negros	3.144	19.879	296	1.354	715	3.907
	Branco	5.805	37.897	542	2.855	197	1.107
5º Quinto	Negros	1.920	11.713	167	681	512	3.367
	Branco	7.078	46.019	673	3.533	306	1.741

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.3 e 3.3.6.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

** Hipertensão e "doenças do coração".

TABELA A.1.9 - Frequência* de pessoas com doenças do aparelho locomotor segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998**

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Com doença	Sem doença	Com doença	Sem doença	Com doença	Sem doença
1º Quinto	Negros	8.128	37.373	385	2.406	676	4.030
	Branco	3.702	17.508	352	1.904	178	1.040
2º Quinto	Negros	8.208	29.902	415	2.039	745	4.045
	Branco	5.772	22.844	509	2.083	203	933
3º Quinto	Negros	7.490	23.014	423	1.775	907	3.826
	Branco	8.067	28.153	596	2.258	257	936
4º Quinto	Negros	4.941	18.082	372	1.278	1.198	3.424
	Branco	9.407	34.295	778	2.619	323	981
5º Quinto	Negros	2.954	10.679	235	613	792	3.087
	Branco	11.320	41.777	981	3.224	442	1.605

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.4 e 3.3.7.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

** Artrite ou reumatismo, tendinite ou tenossinovite, ou "doença da coluna ou costas".

TABELA A.1.10 - Frequência* de pessoas com outras doenças segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998**

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Com doença	Sem doença	Com doença	Sem doença	Com doença	Sem doença
1º Quinto	Negros	4.319	41.182	379	2.412	277	4.430
	Branco	2.414	18.796	290	1.966	52	1.166
2º Quinto	Negros	4.478	33.631	330	2.123	270	4.520
	Branco	3.946	24.671	392	2.200	98	1.038
3º Quinto	Negros	4.225	26.279	267	1.931	358	4.375
	Branco	5.313	30.907	365	2.489	89	1.103
4º Quinto	Negros	2.977	20.046	226	1.424	413	4.209
	Branco	6.168	37.534	474	2.923	137	1.167
5º Quinto	Negros	1.736	11.898	127	720	319	3.560
	Branco	7.035	46.061	629	3.576	200	1.847

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.5 e 3.3.8.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

** Câncer, diabetes, bronquite ou asma, tuberculose, doença renal crônica, depressão, cirrose.

TABELA A.1.11 - Frequência* de suspensão de atividades normais por motivos de saúde ou por estar acamado segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Suspensa	Ininterrupta	Suspensa	Ininterrupta	Suspensa	Ininterrupta
1º Quinto	Negros	3.155	42.361	146	2646	239	4.467
	Branco	1.502	19.721	121	2140	55	1.163
2º Quinto	Negros	2.796	35.314	127	2332	241	4.549
	Branco	2.153	26.476	158	2437	60	1.076
3º Quinto	Negros	2.339	28.172	111	2087	278	4.455
	Branco	2.588	33.639	113	2743	64	1.129
4º Quinto	Negros	1.526	21.505	77	1577	320	4.302
	Branco	2.717	40.993	183	3218	105	1.199
5º Quinto	Negros	803	12.830	57	790	220	3.660
	Branco	3.116	49.991	231	3975	136	1.911

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.9 e 3.3.10.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.12 - Frequência, média e desvio-padrão do número de dias de suspensão de atividades segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	3.155	5,37	4,07	146	5,91	4,57	239	6,00	4,19
	Branco	1.502	5,24	4,08	121	5,58	4,26	55	6,04	4,08
2º Quinto	Negros	2.796	5,49	4,34	127	6,63	4,99	241	5,52	3,91
	Branco	2.153	5,53	4,40	158	6,16	4,77	60	4,92	3,91
3º Quinto	Negros	2.339	5,51	4,33	111	5,48	4,43	278	5,33	4,05
	Branco	2.588	5,77	4,64	113	5,47	4,40	64	5,47	3,79
4º Quinto	Negros	1.526	5,53	4,56	77	5,89	4,88	320	5,59	4,31
	Branco	2.717	5,72	4,67	183	6,42	5,02	105	6,86	4,57
5º Quinto	Negros	803	5,34	4,54	57	6,50	5,12	220	5,47	4,34
	Branco	3.116	5,57	4,69	231	5,66	4,59	136	6,30	4,93

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.3.11.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.13 - Frequência* de constrictões leves à mobilidade física segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998**

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Possui	Não Possui	Possui	Não Possui	Possui	Não Possui
1º Quinto	Negros	7.147	18.269	462	1.215	555	1.948
	Branco	3.298	8.602	382	1.055	123	518
2º Quinto	Negros	7.790	18.042	510	1.303	665	2.199
	Branco	5.865	13.001	626	1.269	182	519
3º Quinto	Negros	7.351	15.918	469	1.275	743	2.510
	Branco	8.318	18.061	623	1.621	235	609
4º Quinto	Negros	4.719	13.791	405	992	1.157	2.456
	Branco	9.225	24.971	824	1.974	354	682
5º Quinto	Negros	2.691	8.821	227	523	718	2.467
	Branco	10.254	33.841	983	2.661	441	1.245

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.12 e 3.3.14.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

** Possuir algum grau de dificuldade ou não conseguir: levantar objetos pesados; praticar esporte ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos; andar mais do que um quilômetro.

TABELA A.1.14 - Frequência* de constrictões graves à mobilidade física segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – pessoas com 14 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998**

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Possui	Não Possui	Possui	Não Possui	Possui	Não Possui
1º Quinto	Negros	5.462	19.954	353	1.324	449	2.054
	Branco	2.472	9.428	315	1.123	87	554
2º Quinto	Negros	6.137	19.695	422	1.391	549	2.315
	Branco	4.601	14.265	508	1.386	143	558
3º Quinto	Negros	5.943	17.327	367	1.377	629	2.624
	Branco	6.591	19.787	505	1.740	188	655
4º Quinto	Negros	3.547	14.963	318	1.079	977	2.636
	Branco	6.989	27.207	645	2.153	297	739
5º Quinto	Negros	1.959	9.553	185	566	578	2.607
	Branco	7.437	36.657	769	2.875	341	1.345

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.3.13 e 3.3.15.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

** Possuir algum grau de dificuldade ou não conseguir: andar cerca de 100 metros; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; subir ladeira ou escada; alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.

TABELA A.1.15 - Frequência* de atendimentos em um período de duas semanas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Sem Atendimento	Com Atendimento	Sem Atendimento	Com Atendimento	Sem Atendimento	Com Atendimento
1º Quinto	Negros	41.534	3.983	2.522	270	4.414	292
	Branços	19.058	2.165	1.986	276	1.160	58
2º Quinto	Negros	34.013	4.097	2.169	290	4.453	338
	Branços	25.182	3.448	2.291	304	1.053	83
3º Quinto	Negros	26.640	3.871	1.926	273	4.286	446
	Branços	31.602	4.626	2.538	318	1.087	105
4º Quinto	Negros	19.947	3.084	1.438	216	4.133	489
	Branços	37.742	5.969	2.911	490	1.154	149
5º Quinto	Negros	11.546	2.087	707	141	3.319	561
	Branços	44.101	9.006	3.471	735	1.711	335

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.4.1 e 3.4.2.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.16 - Frequência das avaliações dos atendimentos em um período de duas semanas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil				Rio de Janeiro				Bahia			
		Ruim	Reg.	Bom	M.B.	Ruim	Reg.	Bom	M.B.	Ruim	Reg.	Bom	M.B.
1º Quinto	Negros	153	499	2.787	538	9	37	181	43	7	40	201	43
	Branços	58	292	1.418	387	9	39	176	46	1	6	40	11
2º Quinto	Negros	114	604	2.773	582	10	43	176	61	16	56	215	51
	Branços	113	497	2.227	590	6	57	184	54	5	8	49	21
3º Quinto	Negros	133	535	2.523	661	7	36	163	66	12	58	304	69
	Branços	129	638	2.898	943	7	56	171	82	1	11	69	23
4º Quinto	Negros	81	394	1.909	696	1	29	135	50	19	82	314	73
	Branços	111	680	3.577	1.570	6	47	279	156	5	19	96	28
5º Quinto	Negros	27	170	1.232	648	2	15	67	57	15	84	328	134
	Branços	119	530	4.673	3.658	4	42	339	347	3	26	203	103

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.4.3 a 3.4.5.

NOTA: A categoria original "Muito Ruim" foi agregada à "Ruim"; "Reg." = "Regular"; "M.B." = "Muito Bom".

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.17 - Frequência* de tempo transcorrido desde a última ida ao dentista segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas com 10 ou mais anos de idade. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Nunca foi	3 anos ou mais	Até 2 anos	Nunca foi	3 anos ou mais	Até 2 anos	Nunca foi	3 anos ou mais	Até 2 anos
1º Quinto	Negros	7.337	12.610	11.385	214	1.019	749	1.035	1.253	850
	Branco	2.270	5.967	6.123	124	799	732	295	342	175
2º Quinto	Negros	4.157	12.780	12.947	146	1.044	841	1.047	1.454	988
	Branco	1.855	9.585	10.112	88	1.033	971	210	354	252
3º Quinto	Negros	2.102	11.232	12.391	81	858	935	1.018	1.513	1.227
	Branco	1.283	12.293	15.693	87	1.009	1.323	196	446	321
4º Quinto	Negros	859	7.381	11.819	49	612	818	637	1.805	1.502
	Branco	920	12.782	23.453	81	1.089	1.799	214	490	440
5º Quinto	Negros	239	3.212	8.840	14	219	562	246	1.176	2.029
	Branco	378	9.351	37.315	23	859	2.923	84	458	1.265

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.4.6 a 3.4.9.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.18 - Frequência* de internações em um período de um ano segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Com Internação	Sem Internação	Com Internação	Sem Internação	Com Internação	Sem Internação
1º Quinto	Negros	3.209	42.308	175	2.616	265	4.441
	Branco	1.652	19.571	116	2.146	72	1.147
2º Quinto	Negros	2.650	35.461	107	2.352	270	4.520
	Branco	2.261	26.368	146	2.449	84	1.052
3º Quinto	Negros	2.102	28.410	92	2.106	278	4.455
	Branco	2.705	33.523	115	2.741	56	1.137
4º Quinto	Negros	1.444	21.588	80	1.574	276	4.346
	Branco	2.889	40.822	154	3.246	82	1.221
5º Quinto	Negros	803	12.830	41	807	204	3.676
	Branco	3.524	49.583	237	3.970	134	1.913

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.4.10 e 3.4.11.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.19 - Frequência, média e desvio-padrão do número de dias da internação segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas que ficaram internadas por períodos inferiores a 29 dias. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	3.207	4,36	4,13	175	4,55	4,59	265	3,71	3,47
	Branco	1.652	4,34	4,09	116	5,47	5,52	72	3,81	3,21
2º Quinto	Negros	2.650	4,42	4,22	106	4,58	4,01	270	3,93	3,77
	Branco	2.260	4,48	4,20	145	4,86	4,77	84	3,02	2,08
3º Quinto	Negros	2.099	4,63	4,40	92	5,92	6,08	278	3,95	3,89
	Branco	2.703	4,52	4,09	115	4,59	4,36	56	3,70	4,54
4º Quinto	Negros	1.443	4,54	4,45	80	4,74	4,77	276	4,35	4,06
	Branco	2.887	4,31	4,13	154	4,69	4,65	82	3,92	3,22
5º Quinto	Negros	803	4,08	4,24	41	3,76	3,76	203	3,95	4,51
	Branco	3.522	4,20	4,19	237	4,27	4,20	134	3,75	3,49

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.4.12.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.20 - Frequência* da cobertura dos atendimentos em um período de duas semanas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
1º Quinto	Negros	3.806	177	234	36	279	13
	Branco	1.987	178	233	43	58	...
2º Quinto	Negros	3.613	484	220	70	324	14
	Branco	2.903	545	218	86	77	6
3º Quinto	Negros	3.006	866	189	84	380	67
	Branco	3.277	1.349	200	118	95	10
4º Quinto	Negros	1.810	1.274	105	112	379	110
	Branco	3.181	2.788	199	291	107	42
5º Quinto	Negros	633	1.454	32	109	223	338
	Branco	1.934	7.072	120	615	92	244

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.4.13.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.21 - Frequência* da cobertura das internações em um período de um ano segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
1º Quinto	Negros	3.103	106	165	10	258	7
	Branco	1.550	102	103	13	70	2
2º Quinto	Negros	2.425	225	94	13	262	8
	Branco	1.976	285	116	30	78	6
3º Quinto	Negros	1.708	393	66	26	264	14
	Branco	1.975	729	82	33	51	5
4º Quinto	Negros	917	527	42	38	232	44
	Branco	1.554	1.335	69	85	66	16
5º Quinto	Negros	232	571	7	34	104	99
	Branco	742	2.782	51	186	41	92

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.4.14.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.22 - Frequência* de plano de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil		Rio de Janeiro		Bahia	
		Não tem	Tem	Não tem	Tem	Não tem	Tem
1º Quinto	Negros	44.703	814	2.643	148	4.692	15
	Branco	20.536	688	2.097	165	1.217	2
2º Quinto	Negros	35.518	2.592	2.130	329	4.711	60
	Branco	26.257	2.372	2.223	372	1.095	40
3º Quinto	Negros	26.098	4.414	1.720	478	4.508	224
	Branco	29.693	6.534	2.042	813	1.145	48
4º Quinto	Negros	16.240	6.791	1.035	620	4.148	474
	Branco	29.152	14.558	1.894	1.506	1.129	174
5º Quinto	Negros	6.279	7.354	297	550	2.405	1.474
	Branco	18.459	34.648	1.048	3.158	957	1.090

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo das Tabelas 3.5.1 e 3.5.2.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.23 - Frequência, média e desvio-padrão da taxa de cobertura intradomiciliar (em %) por planos de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que ao menos uma pessoa é coberta. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	1.388	59,37	35,42	276	54,67	32,32	22	69,19	31,84
	Branços	1.057	64,10	34,47	245	66,50	34,52	2	54,14	29,27
2º Quinto	Negros	4.232	61,64	33,54	514	64,02	33,79	143	55,47	34,96
	Branços	3.629	64,92	33,77	585	63,52	33,02	57	72,12	32,76
3º Quinto	Negros	6.830	65,09	32,73	679	70,43	29,75	381	58,55	31,85
	Branços	9.171	70,90	32,59	1.088	74,76	29,68	89	54,66	34,83
4º Quinto	Negros	9.742	69,76	30,98	827	75,75	28,07	855	55,98	34,29
	Branços	19.690	73,91	30,15	1.940	77,30	28,87	283	59,84	33,97
5º Quinto	Negros	9.153	80,84	26,49	641	86,07	24,02	1.946	76,12	29,21
	Branços	39.795	86,95	23,45	3.491	90,45	19,72	1.289	84,00	24,77

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.5.3.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.24 - Frequência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar com planos de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	612	21,25	19,35	119	35,33	28,26	4	18,00	0,00
	Branços	373	27,44	23,76	70	45,55	58,18	...	...	...
2º Quinto	Negros	2.227	30,45	24,87	276	43,90	38,86	72	26,48	23,96
	Branços	1.844	36,84	34,17	235	51,13	47,08	16	17,34	8,78
3º Quinto	Negros	4.080	40,92	37,61	358	48,95	34,30	175	35,38	29,68
	Branços	5.375	48,76	47,32	647	63,18	49,95	29	71,15	61,33
4º Quinto	Negros	6.554	60,46	56,57	508	63,63	52,95	411	38,60	31,10
	Branços	13.450	68,70	66,30	1.259	88,58	94,57	107	47,09	32,05
5º Quinto	Negros	6.943	114,37	110,51	479	118,84	121,94	1.403	106,41	116,47
	Branços	31.754	155,83	156,54	2.727	195,30	182,41	974	169,33	163,97

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.5.4.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.25 - Frequência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com planos de saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	612	9,97	11,14	119	10,16	8,94	4	13,85	0,00
	Branços	373	13,11	14,79	70	16,67	21,42	...	...	...
2º Quinto	Negros	2.227	7,48	6,67	276	8,04	7,35	72	11,22	11,23
	Branços	1.844	10,46	11,56	235	11,30	11,76	16	9,49	8,30
3º Quinto	Negros	4.080	6,64	6,58	358	6,44	4,70	175	8,45	7,77
	Branços	5.375	8,58	9,20	647	8,36	7,36	29	18,49	15,06
4º Quinto	Negros	6.554	5,96	5,64	508	5,41	4,83	411	6,50	6,57
	Branços	13.450	7,20	6,87	1.259	7,84	8,35	107	8,56	6,86
5º Quinto	Negros	6.943	4,99	4,28	479	4,54	3,72	1.403	6,88	6,36
	Branços	31.754	5,64	5,31	2.727	5,97	5,40	974	7,15	6,54

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.5.5.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.26 - Frequência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar com medicamentos de uso regular segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	9.783	30,44	29,42	1.134	42,14	40,11	968	33,17	30,97
	Branços	5.530	32,59	31,29	925	44,88	41,08	387	38,21	33,13
2º Quinto	Negros	13.432	40,59	42,87	1.126	49,56	46,63	1.429	34,79	30,61
	Branços	11.547	44,68	43,94	1.331	53,04	47,16	454	32,77	23,47
3º Quinto	Negros	12.503	50,62	56,11	1.148	59,39	67,95	1.756	35,53	31,93
	Branços	17.526	54,00	56,06	1.640	65,84	81,62	504	49,38	45,93
4º Quinto	Negros	10.691	62,25	67,58	924	65,85	64,52	1.896	57,07	71,29
	Branços	22.944	66,63	70,98	2.136	79,35	81,99	628	64,83	73,33
5º Quinto	Negros	6.765	84,58	100,83	552	98,67	112,79	1.716	69,00	82,09
	Branços	29.718	97,27	123,39	2.786	119,99	149,25	1.070	81,73	94,80

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.6.1.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.27 - Frequência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com medicamentos de uso regular segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	9.783	16,91	16,20	1.134	15,75	14,54	968	23,23	17,99
	Branco	5.530	19,49	17,90	925	17,31	15,51	387	29,39	21,09
2º Quinto	Negros	13.432	11,54	11,93	1.126	11,04	11,73	1.429	15,74	14,01
	Branco	11.547	13,53	13,79	1.331	13,30	13,37	454	15,30	13,73
3º Quinto	Negros	12.503	9,71	10,63	1.148	8,32	9,36	1.756	10,82	9,77
	Branco	17.526	11,07	11,99	1.640	9,90	11,48	504	15,97	15,49
4º Quinto	Negros	10.691	6,89	7,77	924	6,75	6,88	1.896	11,82	13,08
	Branco	22.944	7,96	9,34	2.136	7,80	9,06	628	13,29	12,95
5º Quinto	Negros	6.765	4,51	5,89	552	4,64	5,49	1.716	6,50	7,08
	Branco	29.718	4,56	6,25	2.786	4,50	6,46	1.070	6,34	7,38

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.6.2.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.28 - Frequência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar com consultas médicas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	708	17,82	19,29	70	16,27	13,45	101	17,41	15,77
	Branco	563	20,49	20,86	74	19,01	15,40	5	17,40	2,36
2º Quinto	Negros	1.582	21,88	28,86	142	16,88	14,59	70	14,27	7,71
	Branco	1.870	24,72	26,00	154	26,41	35,96	13	28,75	15,73
3º Quinto	Negros	1.867	21,63	21,15	148	19,20	16,04	138	25,22	19,07
	Branco	3.293	28,85	31,70	231	24,36	23,20	33	14,01	6,17
4º Quinto	Negros	2.226	24,67	31,15	144	21,97	15,23	274	23,91	19,74
	Branco	5.102	29,24	30,49	279	38,17	70,03	76	24,50	20,77
5º Quinto	Negros	1.697	39,24	64,44	89	36,35	36,94	376	28,74	30,39
	Branco	7.984	51,20	85,88	508	79,79	101,65	242	45,48	56,56

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.6.3.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.29 - Frequência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com consultas médicas segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	708	10,68	11,38	70	5,98	6,23	101	13,23	12,68
	Branco	563	13,65	15,00	74	7,77	7,68	5	26,55	3,94
2º Quinto	Negros	1.582	6,06	7,27	142	3,24	3,40	70	6,11	4,55
	Branco	1.870	7,74	8,80	154	5,56	7,67	13	13,75	4,17
3º Quinto	Negros	1.867	4,04	4,23	148	2,55	2,09	138	7,21	5,83
	Branco	3.293	5,75	7,00	231	3,59	3,28	33	5,51	3,57
4º Quinto	Negros	2.226	2,67	3,98	144	1,95	1,26	274	4,32	3,58
	Branco	5.102	3,42	4,25	279	3,32	5,44	76	4,28	3,47
5º Quinto	Negros	1.697	1,85	3,09	89	1,89	1,57	376	2,30	2,69
	Branco	7.984	2,05	3,29	508	2,10	2,36	242	2,36	2,27

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.6.4.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.30 - Frequência, média e desvio-padrão do gasto mensal domiciliar total com saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	11.820	31,27	32,67	1.232	47,51	46,14	1.060	32,24	30,36
	Branco	6.766	34,91	36,57	1.012	48,83	46,66	413	37,56	33,90
2º Quinto	Negros	16.845	46,40	51,39	1.345	63,62	62,59	1.694	35,00	33,84
	Branco	14.382	52,48	54,67	1.472	66,69	60,46	525	35,60	28,13
3º Quinto	Negros	16.674	63,38	70,21	1.389	74,17	76,19	2.020	39,87	38,81
	Branco	22.649	71,45	76,48	2.004	90,32	91,09	592	55,19	55,03
4º Quinto	Negros	15.495	94,99	101,81	1.196	100,55	104,23	2.383	66,60	80,01
	Branco	31.998	106,66	115,14	2.617	136,41	156,12	752	77,23	80,67
5º Quinto	Negros	10.755	178,42	200,79	736	190,47	215,00	2.630	131,99	166,79
	Branco	45.746	244,82	306,91	3.721	299,27	316,35	1.603	209,86	245,34

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.6.5.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

TABELA A.1.31 - Frequência, média e desvio-padrão da porcentagem da renda domiciliar mensal empenhada com gastos em saúde segundo a cor e por quintos da população distribuída na ordem ascendente da renda domiciliar per capita – somente pessoas residentes em domicílios em que há gasto. Brasil, Rio de Janeiro e Bahia, 1998

Estrato	Cor	Brasil			Rio de Janeiro			Bahia		
		Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s	Freq.*	Média	s
1º Quinto	Negros	11.820	17,27	17,26	1.232	17,34	15,84	1.060	22,52	17,33
	Branco	6.766	20,36	18,96	1.012	18,47	16,36	413	29,02	21,81
2º Quinto	Negros	16.845	12,84	13,56	1.345	13,20	13,66	1.694	15,54	15,09
	Branco	14.382	15,54	15,88	1.472	16,07	15,59	525	16,71	15,05
3º Quinto	Negros	16.674	11,61	12,50	1.389	10,18	10,39	2.020	11,83	11,58
	Branco	22.649	13,88	14,65	2.004	13,17	13,37	592	17,15	18,24
4º Quinto	Negros	15.495	9,94	10,45	1.196	9,46	9,48	2.383	13,34	14,66
	Branco	31.998	11,94	12,69	2.617	12,47	13,41	752	15,57	14,57
5º Quinto	Negros	10.755	8,40	8,82	736	8,34	8,89	2.630	10,16	10,20
	Branco	45.746	9,53	10,21	3.721	9,90	10,60	1.603	11,11	10,89

FONTE: IBGE, PNAD, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Esta tabela possui as informações necessárias para o cálculo da Tabela 3.6.6.

* A amostra foi expandida e reescalada para que a soma de todos os pesos fosse igual a N.

ANEXO 2 – Da inferioridade religiosa à cultural: o racismo e a discriminação no pensamento social

A discriminação racial acompanha o Brasil desde os primórdios. Durante quase 400 anos da história brasileira, existiu a escravidão. A maior parte dos escravos era trazida da África para sustentar o empreendimento colonial, e o negócio da captura e comércio dos africanos era por si tão ou mais lucrativo que aquele. A escolha dos africanos não foi obra do acaso. Alguns povos africanos conheciam o valor mercantil do escravo, e os portugueses, usando ora a diplomacia, ora os canos dos arcabuzes e os cavalos, aproveitaram-se desta característica e do domínio, cuidadosamente construído, da costa atlântica da África, para estruturar o “trato dos viventes”. Embora a maior parte dos registros do tráfico negreiro tenha se perdido, estimativas contemporâneas consideram que em torno de 4 milhões de africanos foram trazidos para o Brasil entre 1526 e 1870 (Alencastro, 2000).

A Igreja provia as justificativas de ordem ideológica para o tráfico. Embora reprovasse a escravidão, ponderava que a situação dos escravos não era tão ruim, pois em contato com os europeus teriam a chance de conhecer a “verdadeira” fé, o que era preferível ao “paganismo” original em que viviam na África. O famoso “Sermão aos escravos” do Padre Antônio Vieira (séc. XVII) expressa bem este pensamento. O padre, pregando aos “Irmãos do Rosário pretos”, procura convencê-los que sua escravidão é uma vontade de Deus, e que sua situação seria equiparável à dos hebreus na Babilônia: Deus os estaria testando e lhes dando uma oportunidade de conhecer a fé e aceitá-la. Prova da vontade de Deus seria a facilidade de navegação no Atlântico Sul entre o Brasil e a África. Assim, embora repugne a Vieira a escravidão e o tráfico, “trato desumano em que a mercancia são homens” (1971, p.60), o sofrimento “alunia” com o fogo de Deus, e, ademais, o escravo não é “todo o homem, senão só metade dele” (idem, p.61), pois só o corpo é escravo, a alma é livre.

No decorrer do século XIX a explicação religiosa tradicional da ordem das coisas, sob ataques desde o Renascimento, perdeu a importância em um ritmo vertiginoso; no mesmo período, a causa abolicionista ganhou força, e muitos países deram fim à escravidão. Esta, só terminou em 1888, quando o último país em que ainda era legal, o Brasil, a aboliu, ao cabo de um processo iniciado em 1850, com a suspensão oficial do tráfico imposta pela Lei Eusébio de Queiroz. Ao mesmo tempo em que explicações do mundo de cunho científico cresciam em legitimidade e conquistavam hegemonia, o empreendimento expansionista europeu se acelerou. A colonização das nações com menos poderio militar, e que se organizavam em moldes distintos, e as relações de dominação mantidas com as colônias que se haviam feito independentes ganharam também suas justificativas ideológicas, desta feita baseadas nas explicações “científicas” do mundo.

Nestas explicações, os conceitos de raça e nacionalidade, e muitas vezes de território, se encontravam imbricados. As nações européias eram constituídas de povos de raças brancas e suas sociedades eram mais evoluídas, o que justificava sua tutela sobre as nações de raças inferiores, sociedades em estágios atrasados de um processo evolutivo, unilinear ou não, que conduzia dos “selvagens” dos quatro cantos do mundo a algo como a Inglaterra Vitoriana ou a Alemanha de Bismarck. Até o clima quente seria um fator de inferioridade, pois predisporia à preguiça. A idéia da superioridade das raças brancas européias teve um

grande impacto sobre a elite brasileira a partir da segunda metade do século XIX, quando tomou corpo o problema da constituição da identidade nacional.

Com o recrudescimento das teorias de cunho científico sobre as diferenças raciais e a projeção da antropologia (física e social) e da sociologia, e de suas “descobertas” acerca dos povos “inferiores”, o problema do Brasil não ser nem totalmente europeu nem branco ganhou uma dimensão ainda maior no pensamento social brasileiro. A preocupação com o futuro do país, à luz destas teorias, terminou por estimular, de diversas formas, um intenso fluxo de trabalhadores brancos europeus para o Brasil. Isto, combinado às condições adversas do trabalho escravo e à baixíssima esperança de vida dos negros, fez com que a composição racial do Brasil se alterasse radicalmente: os negros, que eram por volta de 80% da população no início do século XIX (Laraia, 1988), já não eram maioria em 1940.

A preocupação com a miscigenação e a composição racial da população, e as implicações destas para o desenvolvimento e o futuro do Brasil, eram centrais na protociência social brasileira das últimas décadas do século XIX e princípios do XX. Para Nina Rodrigues, autor do primeiro estudo etnográfico sobre as origens, costumes e características dos africanos trazidos para o Brasil, a presença do negro e de seus descendentes mestiços era um fator de inferioridade, pois os considerava, dentre uma série de características negativas, indolentes. Ele temia que, devido ao seu grande número, os mestiços pudessem assumir o controle do país, o que acarretaria a impossibilidade de sua constituição como nação, pois isto só poderia ser feito sob a direção superior da raça branca (1988).

Euclides da Cunha, com maior pessimismo, considerava a mestiçagem uma violência que junta em um mesmo organismo estruturas mentais e biológicas incompatíveis: seu produto é um indivíduo doente, histérico, incapaz de se adaptar à civilização, pois mesmo que seu elemento branco tivesse impresso a tendência civilizatória, o elemento negro impossibilitaria a evolução social que complementaria o processo biológico (1987). Já Silvio Romero considerava que a mestiçagem não era algo a ser discutido, mas um fato com o qual os brasileiros teriam que lidar, pois seria um dos elementos constituintes do país (1949). Como Nina Rodrigues (1988), Romero preocupava-se com a “arianização” acentuada no sul do país e a possibilidade de movimentos separatistas “teutônicos” eclodirem, e por isto defendia que a imigração européia fosse controlada e distribuída desproporcionalmente pelo país, o que garantiria a integridade territorial e o embranquecimento por igual.

Estes exemplos de figuras destacadas dão uma idéia de como a questão racial era abordada no pensamento social brasileiro no final do século XIX e no início do século passado. Todavia, naquela época já havia vozes discordantes, como as de Manoel Bomfim (1993) e Alberto Torres (1982). Para eles, o problema não era a inferioridade dos negros ou mestiços, mas sim o fato de que a maior parte da população brasileira estava abandonada à miséria e à ignorância, doente, faminta e desnutrida. Alberto Torres, já no início do século XX, chamava a atenção para a extrema desigualdade socioeconômica brasileira, declarando que o fato do Brasil ser um país pródigo em riquezas seria irrelevante enquanto continuasse, na prática, a ser pobre para a sua gente. O “problema nacional brasileiro” seria então de ordem técnica, social e cultural, e de forma alguma determinado por aspectos de ordem racial.

Nas quatro primeiras décadas do século XX, as fundamentações científicas da discriminação racial baseadas em diferenças biológicas foram sendo progressivamente preteridas em favor de justificativas ou explicações de ordem cultural. Todavia,

racionalizações científicas da inferioridade biológica das raças não europeias continuaram a ser produzidas e defendidas. No Brasil, Oliveira Vianna era um defensor do branqueamento. Preconizava a imigração dos trabalhadores europeus para o Brasil e a miscigenação, pois considerava que no produto do cruzamento de duas raças, sobressair-se-iam as características da mais eugênica (a branca pura). Assim, breve o Brasil teria uma população uniforme e branca (Laraia, 1997). Muito embora a vanguarda da ciência de então já reconhecesse não haver provas de diferenças biológicas substantivas entre as raças, e que as razões para as diferenças entre os povos pertenciam à esfera cultural, a defesa retrógrada desta concepção não era um privilégio brasileiro. Em muitos países do mundo, regimes de exceção e segregação vigiam: na Alemanha, contra os judeus e outras minorias; nos EUA, contra os negros; em várias possessões coloniais, africanas e asiáticas, contra os povos nativos.

Teorias que postulavam que a pretensa inferioridade dos povos não europeus se devia a aspectos culturais também tiveram seus defensores no Brasil. Arthur Ramos, por exemplo, inspirado por Levi-Bruhl, considerava que a inferioridade dos negros se devia ao fato de provirem de sociedades onde o pensamento era pré-lógico, daí advindo o fetichismo, a emotividade etc. (Laraia, 1988). A extensão de características de indivíduos a grupos ou culturas, como a emotividade aos negros, feita por Arthur Ramos – procedimento considerado falacioso pela antropologia contemporânea – era relativamente comum na primeira metade do século XX. De forma semelhante a Oliveira Vianna, mas com lastro teórico distinto, Ramos considerava que a verdadeira cultura, a do pensamento lógico, lentamente agiria na supressão dos elementos pré-lógicos da cultura brasileira, introduzidos pela presença de negros e índios (*idem*).

No início da década de 1930, Gilberto Freyre publicou *Casa Grande & Senzala*, obra clássica e fundamental na sociologia brasileira por várias razões, mas, principalmente, por ter oferecido uma nova leitura do Brasil. Como apontam Veloso & Madeira (1999), a obra de Freyre é a primeira tentativa de entender a história e a constituição do povo brasileiro em termos culturais, demográficos e econômicos, e não do ponto de vista da configuração física do território ou da composição racial da população. As relações raciais entre os brancos, negros e índios são entendidas como moldadas pelo sistema produtivo colonial e escravocrata (fatores econômicos), e travadas sob o signo da ausência de mulheres brancas (fator demográfico). É dentro desta moldura econômica e demográfica que Freyre (1994) analisa a formação da cultura brasileira a partir das contribuições singulares dos europeus, especialmente os portugueses, dos africanos e dos índios.

Embora a obra de Freyre (1994) seja o marco de um grande passo do pensamento social brasileiro, não se pode dizer que o autor já estivesse imbuído do relativismo cultural que se tornou hegemônico no pós-guerra. Ainda há em sua obra um ranço das teorias acerca da superioridade cultural de determinados povos, porém não mais sob a forma de sua apresentação, por exemplo, em Arthur Ramos. Embora Freyre seja extremamente condescendente com o negro e valorize as contribuições dos africanos para a cultura nacional, o preconceito contra os povos e as culturas indígenas é explícito em várias passagens, e mesmo o negro é apresentado através de estereótipos. Laraia (1988), indignado, chama a atenção para o fato de que Freyre considerava que nossa população indígena seria das mais atrasadas e “rasteiras” do continente americano.

Gilberto Freyre, dada a importância de sua obra, é um pensador muito estudado e uma figura controversa. Veloso & Madeira (1999) salientam esta faceta, ao lembrar que a Freyre se apuseram vários rótulos, de antimarxista e conservador, a progressista e

democrata. Freyre apresenta uma versão da história colonial na qual o conflito está ausente. Deslocando o foco da questão racial para a cultura, congrega o branco e o negro na intimidade da Casa Grande, na cumplicidade dos jogos infantis e na permissividade da cozinha; vê a religião como arena privilegiada da confraternização e fator de predisposição à miscigenação (como se o sincretismo não fosse expressão de resistência, mas de aceitação). Embora aos olhos contemporâneos tais considerações possam parecer extremamente criticáveis, o pensamento de Freyre ajudou a forjar o mito da democracia racial, e rapidamente se disseminou ganhando atenção não só dentro do país mas também fora.

Em 1952, *Casa Grande & Senzala* já estava em sua sétima edição nacional, havia sido traduzido para três línguas, e fora publicado na Argentina, Estados Unidos, Inglaterra e França. Afora o mérito intrínseco, parte da projeção da obra se deve à eclosão da Segunda Guerra Mundial e os problemas trazidos pelo seu desfecho. A vitória Aliada contra o Eixo expôs uma série de contradições insustentáveis nos países que haviam vencido a contenda. Na Europa, arrasada, os ecos do nazismo ainda se faziam ouvir e era impossível esquecer a colaboração de tantos líderes, vizinhos, amigos e parentes, pessoas dignas e respeitadas, com o regime de terror. Junto com a dura tarefa de contar os mortos, havia que se pensar o que fazer com as possessões coloniais: já não era mais possível sustentar aqueles empreendimentos com base na pretensa superioridade das nações e raças européias, ainda mais depois do espetáculo vergonhoso com que o mundo fora brindado. Os americanos, grandes vitoriosos, se encontravam em situação ainda mais desconfortável, pois domesticamente sustentavam contra os negros um regime explícito de exclusão.

No pós-guerra, o mundo viu surgir uma série de instituições internacionais criadas com os mais diversos propósitos, mas com um objetivo comum, o de trabalhar para que aquele tipo de conflito não mais se repetisse, e para que houvesse arenas onde a discussão sobre as diferenças entre as nações pudessem ser resolvidas de forma mais civilizada. Uma destas agências foi a Unesco. Entre os propósitos que motivaram sua instituição estavam a compreensão das razões do conflito e, principalmente, do holocausto, seu desdobramento mais mórbido. Vários cientistas sociais brasileiros foram trabalhar na Unesco, com um destaque especial para o já citado Arthur Ramos, que assumiu em 1949 a direção do Departamento de Ciências Sociais (Maio, 1999).

Arthur Ramos e outros cientistas sociais brasileiros, conjuntamente com pesquisadores americanos e franceses (como Donald Pierson e Roger Bastide) envolvidos com o Brasil ou com a própria Unesco, chamaram a atenção da direção da instituição para a importância que atribuíam a uma pesquisa em profundidade do caráter das relações raciais no Brasil. A alardeada democracia racial que em tese vigiria no país poderia ser um modelo para o mundo. A Unesco, nas palavras de Maio, procurava “numa espécie de anti-Alemanha nazista, localizada na periferia do mundo capitalista, uma sociedade com reduzida taxa de tensões étnico raciais, com a perspectiva de tornar universal o que se acreditava ser particular” (1999, p.142).

Analistas posteriores consideraram o projeto um fracasso retumbante, pois o que a maioria dos estudos mostrou foi que o Brasil não era uma sociedade de baixa tensão ou ausência de conflito racial, mas um lugar onde o racismo era exercido através de formas muito sutis e veladas, e, a despeito disto, intenso. Porém, Maio (1999) pondera que, embora de fato a tese da democracia racial fosse cara aos envolvidos com o projeto, não havia a negação da existência de racismo no Brasil, e a pesquisa estava atenta desde o início às formas pelas quais o último poderia se manifestar. Esta preocupação ditou, inclusive,

alterações substanciais nos rumos da pesquisa, como a decisão de empreendê-la em outros locais, e não somente em Salvador, como inicialmente planejado.

O projeto Unesco¹² teve um impacto substantivo nas ciências sociais brasileiras, então em período de institucionalização e profissionalização. Não seria exagerado dizer que todos os nomes de destaque no campo participaram de alguma forma no projeto ou em seus desdobramentos. O Movimento Negro de então, principalmente o Teatro Experimental do Negro (associação político-cultural do período), tendo como porta-vozes seu principal líder, Abdias Nascimento, e o sociólogo carioca Guerreiro Ramos, também tentou influenciar o projeto, no sentido de lhe conferir um caráter político, iniciativa que não teve sucesso (Maio, 1999). Graças ao projeto, a questão racial, que já ocupava um papel importante no pensamento social brasileiro, se tornou um tema central na produção sociológica brasileira. E percebeu-se que, longe de ser uma democracia racial, o Brasil era (e é), na verdade, um país extremamente racista.

Nas décadas de 1960 e 1970, o marxismo se tornou quase hegemônico como paradigma de análise da sociedade brasileira e de seu desenvolvimento histórico. Uma certa ortodoxia estrutural-marxista transparece facilmente nas obras de dois grandes nomes das ciências sociais do período que se dedicaram a fundo ao estudo da questão racial e da inserção do negro na sociedade, Florestan Fernandes e Otávio Ianni. Ressalvadas as diferenças, estes sociólogos consideravam que a forma de inserção do negro na sociedade brasileira estava historicamente condicionada ao modo de produção escravista e à posição desfavorável do negro nas relações sociais de produção. A abolição da escravatura é vista então como o momento de contradição entre mercadoria e escravo: quando a mercadoria se torna a categoria fundamental do sistema econômico-social, as relações de produção vigentes no modo escravista de produção precisam se desenvolver para acompanhar as demais mudanças na estrutura econômica. Para Ianni (1987), tanto a abolição da escravatura quanto a imigração européia são aspectos do processo de transição para o capitalismo, com a substituição das relações de produção e a formação de um exército de reserva, composto pelos escravos libertos e pelo lumpemproletariado urbano, que fornecerá a base para as futuras expansões industriais.

Na ótica destas análises, a posição desfavorável do negro na sociedade não se deve, portanto, prioritariamente à discriminação racial, mas à transição do modo de produção escravista para o capitalista, que faz com que o escravo se transforme em operário (Ianni, 1987). A abordagem da desigualdade racial através da concepção marxista da estrutura de classes, todavia, não significou a negação da existência do racismo. Florestan Fernandes (1964), por exemplo, salienta o fato de que o negro, na mesma situação de classe que o branco, tem que se esforçar muito mais para conseguir retornos semelhantes aos do último. Ianni observa que “ a estrutura do operariado incipiente constitui-se permeada pelo preconceito de cor e o etnocentrismo” (1987, p.44). Embora a existência do racismo não fosse negada, a recepção destas idéias da primazia da desigualdade de classe conjugada à forte idéia da democracia racial (ambas ainda presentes no pensamento social) engendrou um discurso que defende que a questão racial no Brasil, se não inexistente, é de pouca monta, e que o problema principal é o fato de que os negros são pobres, e não propriamente o racismo.

¹² Para informações mais aprofundadas sobre o projeto, recomenda-se a leitura do relato de Marcos Chor Maio (1999).

Esta forma de perceber a desigualdade tem uma série de impactos práticos. Na discussão de políticas públicas, por exemplo, pode-se tornar um tema emergente: deve-se fazer políticas específicas para a população negra, ou simplesmente ao fazer políticas para os pobres, pois desta forma aquela população é automaticamente contemplada? A discriminação racial é colocada em segundo plano: o racismo existe, mas o problema socioeconômico é mais importante. Porém, não é este o quadro que emerge das pesquisas que tem a questão racial como pano de fundo. Ademais, esta abordagem é absolutamente silenciosa sobre os mecanismos de reprodução social que fazem com que, mesmo após tanto tempo de instauração do capitalismo e abolição da escravidão no Brasil, os negros permaneçam sempre entre os contingentes mais pobres da população. Justificativas são sempre providas: se no início do século considerava-se que a posição desfavorável dos negros na estrutura social se devia a sua pretensa inferioridade biológica e/ou cultural, hoje aponta-se sua menor educação ou escolaridade.

O fato incontestável é que os negros são sistematicamente prejudicados nas oportunidades de ascensão social. Um estudo recente sobre mobilidade social, por exemplo, reafirma com base em dados atuais algo que já havia sido dito anteriormente, que os negros tem menos chances de mobilidade social comparativamente aos brancos com a mesma origem social (Pastore & Silva, 2000). Em outras palavras, a probabilidade de que o filho de um negro pobre ascenda na estrutura social é sempre inferior à do filho do branco em igual situação. Pode-se então pensar, para fins analíticos, em dois racismos: um se manifesta nos mecanismos de reprodução social que fazem com que o negro não consiga sair da sua situação original de prejuízo; o outro tipo de racismo se superpõe ao primeiro, manifestando-se nas interações, quando às vezes o negro chega a ser discriminado de forma velada sem que o próprio perceba.

No pós-guerra um dos primeiros esforços da Unesco foi reunir uma comissão de grandes cientistas das mais diversas áreas que declarou não haver base científica alguma conhecida que sustentasse a existência de diferenças biológicas significativas entre as raças. As raças não são portanto grupos biológicos, mas categorias culturais que definem grupos humanos com traços fenotípicos semelhantes. O recente aprofundamento do conhecimento sobre o genoma humano, atingido na década de 1990, sepultou definitivamente qualquer pretensão neste sentido. Hoje sabe-se que características fenotípicas são definidas por uma parte insignificante, menor que 0,1% do genoma humano. Na contemporaneidade, embora de vez em quando surja uma ou outra sandice, ninguém no meio das ciências sociais acredita que se vá encontrar algo como o gene da inferioridade dos negros. Há consenso em torno do fato de que as diferenças são sociais e culturais: é a desigualdade nas oportunidades produzidas pelo racismo, que é uma ideologia¹³, que faz com que os negros estejam geralmente em situação inferior a dos brancos.

Porém, no imaginário social¹⁴ mais amplo, a figura do negro evoca seus significados de vários períodos, e o racismo se viabiliza através de representações construídas a partir de uma mescla desses significados. Pode-se pensar em três conjuntos de significados, cada um forjado em um período da história, todos brevemente discutidos aqui, dissociáveis para a construção teórica, mas indissociáveis nas situações reais, nas quais sempre haverá ao menos um pouco de cada: o religioso; o biológico; e o cultural. Atualmente, Nas igrejas

¹³ Entende-se aqui ideologia como um conjunto de representações que orientam ações e, principalmente, lhes conferem sentido e justificativa.

¹⁴ Este conceito é aqui utilizado tal como desenvolvido por Castoriadis (1995).

evangélicas, muitas vezes os “possuídos” são exorcizados para que saia o “exu-caveira” ou a “pomba-gira”, entidades das religiões afro-brasileiras; e, volta e meia, algum prelado baiano resolve implicar com a lavagem das escadarias da Igreja do Senhor do Bonfim. Nestes casos, predominaria o componente religioso no racismo.

Quando os negros são considerados incapazes de aprender algo, ou realizar algum tipo de tarefa, ou mesmo quando são considerados mais aptos para a música ou para o futebol, sobressai-se o conjunto de significados de inspiração biológica (por exemplo, os negros seriam bons percussionistas por que “está no sangue”). Existe uma infinidade de expressões lingüísticas chulas e racistas, que todos os brasileiros, inclusive os negros, conhecem e aprendem desde cedo, que reforçam a pretensa inépcia dos negros. A piada, o gracejo, e os xingamentos “afetuosos” são formas perversas de reprodução do preconceito, nas quais tomam parte muitos que freqüentemente se consideram despidos do mesmo. A despeito de sua completa falta de embasamento por parte do sistema que detém o monopólio da produção da verdade em nosso tempo, a ciência, o racismo persiste em sua existência anacrônica.

ANEXO 3 – Os mecanismos da discriminação no Brasil: preconceito racial de marca

“Deve-se notar que, em igualdade de outras condições, o negro ou a pessoa escura sempre luta com desvantagem. Não se devem subestimar as dificuldades que o indivíduo escuro (ou negróide) tem de enfrentar, seus sofrimentos e angústias, seus prejuízos morais e materiais”

Oracy Nogueira

Quando o antropólogo francês Alfred Métraux, diretor do Setor de Relações Raciais do Departamento de Ciências Sociais da Unesco veio ao Brasil, a fim de costurar os detalhes finais do projeto Unesco, uma das pessoas a quem procurou foi Donald Pierson, para convidá-lo a dirigir a etapa paulista do estudo. Envolvido com outros compromissos, Pierson recomendou a Métraux que entregasse a direção a Oracy Nogueira, professor da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo (Maio, 1999). Oracy Nogueira conduziu então um estudo sobre as relações raciais em uma cidade do interior paulista. Nogueira prosseguiu desenvolvendo a temática das relações raciais e terminou por produzir uma obra genuinamente clássica sobre o assunto, com base em seu conhecimento amplo dos resultados dos estudos existentes, coligida em seu “Tanto preto quanto branco: estudo de relações raciais” (1985).

Partindo de uma comparação entre o tipo de preconceito existente nos Estados Unidos e no Brasil, Nogueira desenvolve e sugere, em suas próprias palavras, “um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil” (1985, p.67). A base deste quadro de referência é a delimitação de dois tipos ideais (em acepção estritamente weberiana) de preconceito racial. Um é o tipo de preconceito que vigia nos Estados Unidos¹⁵, que Nogueira define como “preconceito racial de origem”. O outro, seria o existente no Brasil, o “preconceito racial de marca”. Obviamente, a qualificação destes preconceitos como tipos ideais indica que a distinção entre eles tem fim analítico, pois, na realidade, os dois se encontram entremeados, embora um deles seja preponderante. Dependendo do tipo de preconceito para o qual tendem com maior intensidade as relações raciais, alteram-se os mecanismos pelos quais a discriminação se torna efetiva.

O preconceito racial de origem prejudica os que descendem do grupo discriminado, não importando se as pessoas trazem em sua aparência física os traços do fenótipo de seu grupo de origem. Em caso de miscigenação, o produto do cruzamento é identificado com o grupo discriminado, mesmo se fisicamente se caracterize pelo fenótipo do grupo discriminador. Entretanto, a forma de atuação do preconceito racial de origem, a exclusão incondicional “dos membros do grupo atingido, em relação a situações ou recursos pelos quais venham a competir com os membros do grupo discriminador” (Nogueira, 1985, p.79), por si já reduz bastante a probabilidade de uniões inter-raciais ocorrerem. Além disto, a pureza racial é algo prezado tanto pelo grupo discriminador quanto pelo discriminado.

¹⁵ O texto foi apresentado pela primeira vez em 1954, quando nos Estados Unidos existia um regime aberto de segregação racial.

Como a exclusão é incondicional, a delimitação do grupo discriminado é rígida: nos Estados Unidos da década de 1950, por exemplo, qualquer pessoa que tivesse um antepassado negro conhecido ou localizável (ou que a comunidade considerasse negra) seria também negro, mesmo que, numa situação extrema, a pessoa tivesse a pele alvíssima e fosse loira de olhos azuis.

Por outro lado, onde vige o preconceito racial de marca, a origem não importa, apenas quantos traços do fenótipo¹⁶ do grupo discriminado são portados pela vítima potencial. O preconceito racial de marca não exclui completamente, mas desabona suas vítimas. Portar os traços do grupo discriminado constitui demérito, e faz com que os sujeitos ao preconceito sejam sistematicamente preteridos em relação aos demais. Todavia, a posse de outras características positivamente valoradas, como a educação, poder político, projeção social e a posse de riquezas, pode compensar as marcas.

O caráter “intelectivo e estético” (Nogueira, 1985, p.82) do preconceito racial de marca faz com que a definição do grupo discriminado e a atribuição de pertencimento a ele sejam flexíveis. Isto faz com que uma mesma pessoa, inserida em determinadas relações sociais em contextos delimitados, possa ser vista como branca, e em outras relações e contextos, como negra. “Assim, a concepção de branco e não-branco varia, no Brasil, em função do grau de mestiçagem, de indivíduo para indivíduo, de classe para classe, de região para região.” (*idem*, p.80). A marca principal que permite a identificação das potenciais vítimas de preconceito é a cor, para a qual existe uma espécie de escala de gradação que vai do estritamente branco (o nível ideal) ao completamente negro. O preconceito se intensifica na razão direta desta escala de cor e do porte de outras marcas: quanto mais negro, maior o preconceito.

Oracy Nogueira (1985) aponta ainda outras características do preconceito racial de marca em contraste ao de origem. No que toca às relações interpessoais, o preconceito racial de marca tem uma forma de atuação que embasa a hipótese de uma pretensa democracia racial, pois a transgressão das fronteiras raciais é plausível. O racista pode ter uma relação afetiva plena com um amigo negro sem que isso implique o abandono total do preconceito. Este aspecto permissivo se traduz na ideologia que secunda o preconceito racial de marca, que seria assimilacionista e miscigenacionista, segundo o autor. Em outros termos, espera-se que através da miscigenação as marcas se diluam (algo bem expresso no pensamento de Oliveira Vianna) e que as heranças culturais das etnias negras transmigradas sejam esquecidas ou incorporadas na formação de uma cultura nacional (o mesmo valendo para o indígena). A convivência supostamente pacífica entre as raças suportada por esta ideologia é um fator de constrição à emergência de práticas explicitamente racistas e segregacionistas, como as que existiram nos Estados Unidos e na África do Sul.

Outra característica importante do preconceito racial de marca é a existência de uma etiqueta das relações inter-raciais. Esta, prescreve que na presença de vítimas potenciais do preconceito, dos portadores das marcas, não é de “bom tom” mencionar a marca, a cor, como não se falaria de uma deficiência física na frente de quem a tem (ou de corda na casa de enforcado, segundo a sabedoria popular). É um comportamento que esconde o preconceito, e que pode dar um verniz de cordialidade a um relacionamento pautado pela

¹⁶ É importante notar que o fenótipo negro não corresponde a pessoas reais, mas a um negro imaginado. Entre os negros, há tanta diversidade fenotípica quanto entre os brancos, mas alguns traços são privilegiados na composição do fenótipo imaginado: a cor escura da pele, o nariz “platicúrtico”, os lábios grossos e o cabelo encarapinhado são, provavelmente, os mais importantes.

discriminação. É interessante ainda notar que educação, neste caso, não tem relação alguma com instrução ou escolaridade: o brasileiro bem educado, ainda que analfabeto, raramente ofende o outro de forma gratuita. A educação contribui desta forma para o “desarmamento afetivo” do negro, o que torna mais difícil a reação à discriminação.

Além disso, este tipo de preconceito é intermitente em seus efeitos. Utilizando o instrumental conceitual desenvolvido por Roberto da Mata (1997) para pensar o problema da cidadania em um universo relacional, poder-se-ia afirmar que Oracy Nogueira considerava que o preconceito de marca tem maior probabilidade de causar prejuízos as suas vítimas sempre que estas se vêem obrigadas a confrontar situações fora de seu contexto relacional. Assim, um indivíduo que viva normalmente em um pequeno círculo de relações ou numa comunidade restrita pode jamais ser objeto de preconceito por parte de seus pares, mas “à medida que aumenta a frequência dos contatos secundários, se torna mais constante para o indivíduo de cor, o risco de ser tratado em função dos traços raciais – e portanto de um estereótipo – pelo menos nas situações de contato categórico” (Nogueira, 1985, p.87). A chance de ser discriminado é quase zero na casa, mas enorme na rua. E é no momento de conflito (quando poderia emergir o “você sabe com quem está falando?”) que normalmente a condição racial da vítima é lembrada como forma de humilhá-la e restabelecer a hierarquia das relações sociais.

Finalmente, o preconceito racial de marca é particularmente perverso no que toca a sua reprodução. Isto por que graças as suas características e formas de atuar, a reação a ele é quase sempre individualizada. O indivíduo que se vê portador das marcas, procura compensá-las através da aquisição de diversos capitais e características. Se tem êxito, freqüentemente se esquece dos negros que não obtiveram o mesmo grau de sucesso e, o que é ainda pior, pode mesmo negar a existência de preconceito, justificando tal asserção com o exemplo da sua ascensão. Isto faz também com que o preconceito de marca seja confundido com o de classe, e torna mais difícil a agregação dos negros e mestiços em agremiações e movimentos civis e políticos que visem à resistência e ao combate ao racismo.

ANEXO 4 – As enfermidades mais incidentes na população negra e as relações entre saúde e pobreza

A produção científica sobre a maior incidência de determinadas enfermidades na população negra é ampla e bem baseada em evidências empíricas de vários países, com destaque para os Estados Unidos. Na Internet é possível encontrar vários sítios dedicados ao assunto, em vários níveis, do esclarecimento educativo à pesquisa médica. No Brasil, também há alguns trabalhos, embora poucos publicados nos últimos anos nos periódicos científicos de maior prestígio e circulação. Uma análise superficial deste vasto material permite definir os principais agravos que representam maior risco para os negros: doenças do aparelho circulatório; AIDS; diabetes; algumas neoplasias; e problemas potenciais ou efetivos relacionados com a produção de hemoglobina.

Nenhum destes grupos de enfermidades é exclusivo da população negra, porém, pesquisas estão em curso para determinar se existe algum tipo de fator genético que possa potencializar sua incidência. Ao que tudo indica, é bem provável que as doenças relacionadas à produção de hemoglobina, a anemia falciforme e a talassemia, ou os traços falciforme e talassêmico (é possível ter estes traços e produção normal de hemoglobina concomitantemente), além de serem de fundo genético, estejam relacionadas com a ascendência africana. Porém, há que se ponderar que o traço falciforme também apresenta maior incidência em outras populações, como a mediterrânea e a do Oriente Médio. Entre as neoplasias, os miomas uterinos apresentam maior incidência em mulheres negras, mas a incidência é muito influenciada pela existência pregressa de outros casos na família, o que faz com que o risco de uma mulher não-negra com histórico familiar de miomatoses seja também elevado.

As enfermidades do aparelho circulatório, especificamente hipertensão e doenças coronarianas, são reconhecidamente influenciadas pelo estilo de vida e alimentação, que também pode determinar o surgimento do diabetes. O diabetes tipo 2 apresenta maior incidência e prevalência entre negros, enquanto o contrário ocorre com o tipo 1. Estudo realizado em Salvador, sem levar em consideração o status social, demonstrou haver no grupo de mulheres pesquisado uma leve associação entre a cor da pele e o diagnóstico positivo de diabetes mellitus (tipo 2) e intolerância à glicose (Brito; Lopes; Araújo, 2001). A tendência de pauperização da epidemia de AIDS tem sido apontada por estudos recentes (Parker & Camargo Jr., 2000; Bastos & Szwarcwald, 2000). Os miomas podem ser determinados por características congênitas, mas o tratamento pode ser influenciado também pelo estilo de vida, pois se a mulher recebe atenção preventiva, provavelmente o mioma será detectado e tratado sem conseqüências adversas. Também há indícios de que o desenvolvimento de miomas pode se dever à afecções pélvicas progressivas que não receberam tratamento adequado. Portanto, a maior incidência destas doenças entre os negros pode se dever não à negritude, mas ao racismo, que determina uma situação socioeconômica prejudicada para os negros. Assim, o racismo não só prejudica os negros em sua origem social e nas oportunidades de superá-la, como também em sua suscetibilidade às doenças, especialmente as relacionadas com a pobreza.

As relações entre saúde e pobreza são extremamente complexas e ultrapassam a simples incidência de doenças. A pobreza determina em grande grau uma série de fatores que concorrem para a determinação da situação geral de saúde, que vão das condições ecológicas e sanitárias das moradias ao acesso e utilização dos serviços de saúde, passando

pelas condições e tipo de trabalho (ou falta de), dentre uma infinidade de outros aspectos. Efetivamente, é nesta direção que apontam os resultados de vários estudos conduzidos recentemente.

Analisando, por exemplo, a disseminação da AIDS, Parker & Camargo Jr. (2000) tecem várias considerações interessantes. Entre elas a de que a epidemia de AIDS não seria apenas uma, mas muitas. Estas epidemias paralelas se caracterizariam pelo fato de que a disseminação do HIV ocorre em velocidades diversas dependendo do meio social em que ocorre. Embora não existam informações sobre o nível econômico das pessoas infectadas, a partir da escolaridade delas é possível inferir claramente a tendência de pauperização da AIDS.

A tendência de que a AIDS progressivamente passe a se disseminar com maior velocidade entre os mais pobres está, conforme Bastos & Szwarcwald (2000), ligada ao fato de que a pobreza é um catalisador de epidemias. A falta de estruturas de atenção à saúde, de informação, o desemprego, as precárias condições de moradia, a fome e a desnutrição, os índices elevados de alcoolismo e consumo de drogas, e até as resistências de ordem cultural, fazem com que intervenções sejam mais difíceis. Além disto, todos estes fatores acabam reduzindo a imunidade dos mais pobres. Assim, se o risco de contrair AIDS é hoje muito menor para o homossexual educado da classe média, o mesmo não vale para o travesti negro e pobre da periferia, ou para as prostitutas de beira de estrada.

Enfermidades transmitidas por insetos também estão relacionadas a situações de pobreza. O dengue, por exemplo, é transmitido pelo *Aedes aegypti*, um mosquito que se adaptou a viver acompanhando os agrupamentos humanos. Extremamente adaptado às condições urbanas, o *Aedes* só necessita de um pouco de água limpa represada para completar seu ciclo reprodutivo. O lixo contemporâneo, cheio de recipientes plásticos variados, constitui um perigo, e sabe-se que a coleta de lixo é sempre problemática nas áreas mais pobres. Isto se deve não só ao eventual descaso do poder público, mas a questões culturais: o que os epidemiologistas consideram lixo, de garrafas a pneus velhos, para a população carente são objetos que podem vir a ter serventia, pelo que se justifica sua acumulação, como apontam Lenzi et al. (2000). Estes autores salientam ainda eventos absolutamente quotidianos e pitorescos que todavia podem contribuir para a disseminação do *Aedes* e do dengue. Um exemplo é o fato de que, devido às ruas serem muito estreitas e as habitações normalmente desprovidas de quintal, os meninos que habitam favelas freqüentemente sobem às lajes para soltar pipas, podendo então quebrar a tampa de caixas d'água e fornecer um novo ambiente para a reprodução do *Aedes*. O perigo da febre amarela, transmitida pelo mesmo vetor, o *Aedes*, é, por estas razões, também maior para os contingentes mais pobres da população. A malária e a doença de chagas, também transmitidas por insetos, dependem de controle entomológico e da disseminação de informações. A doença de chagas, em especial, é transmitida por um inseto hematófago, o barbeiro, cuja presença doméstica está associada à baixa qualidade das moradias (Schmunis; Dias, 2000).

Outro flagelo brasileiro associado à pobreza é a hanseníase. Neste caso, as próprias pessoas são os vetores de transmissão, e a existência de portadores assintomáticos do *mycobacterium leprae*, conjugada à longa sobrevivência do microorganismo fora do ser humano, são fatores que dificultam o controle e o combate da doença. A principal forma de contágio é intradomiciliar, mas simplesmente viver em áreas onde a hanseníase é endêmica já constitui um fator de risco (Soares et al., 2000). No Brasil, a incidência de hanseníase está acima dos padrões aceitáveis determinados por organismos internacionais desde a

década de 1970, a despeito de a vacinação BCG conferir proteção contra algumas formas de hanseníase, diminuindo o risco de contraí-la, por exemplo, nos casos de contato intradomiciliar (Matos et al., 1999).

Afora a insuficiência da cobertura do tratamento poliquimioterápico e da vacinação com a BCG, a falta de informação sobre a doença, e sobre saúde em geral, é o grande obstáculo ao controle da hanseníase. Bakirtzief (1996) aponta algumas barreiras para o tratamento, todas relacionadas de alguma forma à pobreza, como a dificuldade para compreender as informações complexas e as instruções dos médicos, o abandono do tratamento antes do final, quanto os sintomas desaparecem mas não houve cura, dificuldades para deixar o trabalho e comparecer ao posto de saúde, e mesmo a falta de confiança e afeto e a impessoalidade na relação entre médicos e pacientes.

Não é só no campo das enfermidades “tradicionalistas” que a relação com a pobreza se verifica. Estudos recentes demonstram que a incidência de problemas de saúde mental é maior entre os mais pobres, especialmente entre os habitantes das favelas que pontilham os grandes centros urbanos brasileiros. Blue (2000) afirma haver evidências de que a exposição prolongada à pobreza significa também exposição prolongada a fatores de estresse que podem levar ao comprometimento da saúde mental, especialmente entre as mulheres. Aspectos físicos e sociais dos locais de moradia apresentariam alta correlação estatística com a incidência de doenças mentais.

É interessante notar que muitos dos fatores relacionados à pobreza que predisõem ao surgimento das enfermidades mentais destacados por Blue (2000) são os mesmos que propiciam a disseminação da AIDS, o descontrole das enfermidades transmitidas por vetores e a alta incidência de hanseníase. A pobreza é deletéria aos que nela estão, e, por extensão, à população negra. Os principais mecanismos pelos quais a pobreza conspira contra a saúde são a desinformação, as restrições ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, a cobertura insuficiente ou ineficiente da atenção básica, ou simplesmente a inexistência de qualquer tipo de atenção ou serviço de saúde, bem como as péssimas condições ecológicas que comumente determina. Estes fatores são invariavelmente apontados sempre que há a preocupação em estabelecer as razões do pior estado de saúde dos mais pobres, ou a relação entre a pobreza e enfermidades específicas.

Nos estudos sobre a mortalidade infantil, estes fatores se tornam ainda mais explícitos. Grande parte da mortalidade infantil se deve a causas perfeitamente evitáveis e tratáveis, como as infecções respiratórias agudas (como coqueluche, bronquite e pneumonia), as doenças diarreicas e parasitárias. Formigli et al. (1996) fornecem um diagnóstico do problema que engloba os fatores citados. O estudo dos autores mostrou, primeiramente, a partir dos registros de óbito infantil em que a caracterização socioeconômica dos pais fora preenchida, que os pais eram humildes e de baixa renda. Além disto, os registros administrativos relativos aos atendimentos mostravam descaso sob várias formas, do preenchimento descuidado dos formulários à ausência de diagnósticos de confirmação das patologias arroladas como causas dos óbitos. Muitas mães, procuraram mais de um serviço de saúde em busca de soluções para os problemas dos filhos, e os pediatras a quem foram submetidas as fichas com as descrições dos procedimentos os consideraram pouco adequados ou inadequados na maior parte dos casos, tendo como referência as orientações do Ministério da Saúde. As conclusões do estudo são eloquentes: “os principais problemas identificados têm origem na base da organização dos serviços, cuja precariedade é presumível (...) é fundamental investir também na transformação do próprio sistema de saúde (...) objetiva-se, com isso garantir acesso mais oportuno aos

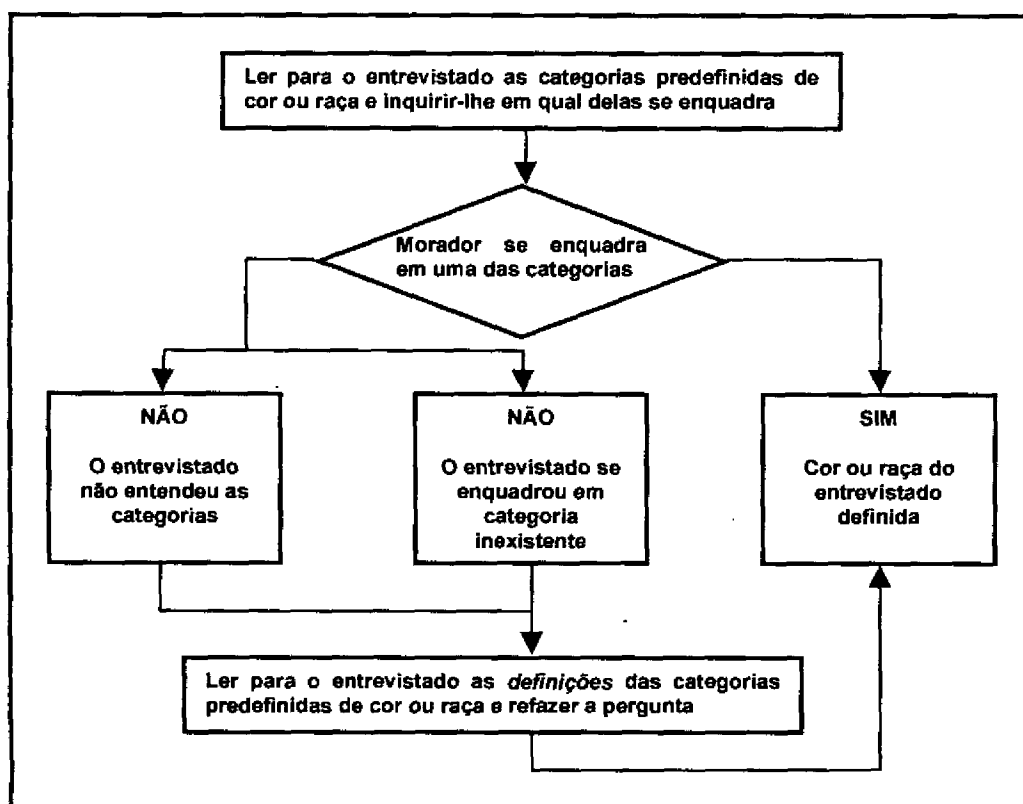
serviços de saúde, (...) melhoria das condições de atendimento mediante boa qualificação dos profissionais e maior acesso a recursos diagnósticos (...). Por fim, é importante registrar que a alteração de todo esse quadro só ocorrerá, efetivamente, a partir da transformação das condições insatisfatórias de vida dessas famílias, determinantes, em última instância, de grande parte das afecções que tiram prematuramente a vida de inúmeras crianças” (Formigli et al., 1996 pp. 40-1).

Se considerarmos que a disseminação de informações educativas sobre a saúde coletiva e individual é função precípua dos serviços de saúde, torna-se relativamente fácil perceber que a relação entre pobreza e saúde é determinada principalmente pelo grau de acesso e pela oferta de serviços de saúde. O problema é que os mais pobres se encontram em uma situação que se convencionou denominar SUS-dependência, ou seja, o único meio de que dispõem para resolver suas enfermidades e receberem algum tipo de atenção a sua saúde são os serviços públicos. Como estes são, historicamente, insuficientes e ineficientes (quando não inexistentes), o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos mais pobres é menor, pois a oferta é restrita. E embora os serviços de saúde, em si, não possam promover a melhoria das condições ecológicas em que vivem os mais pobres, como a insalubridade das moradias, podem contribuir para mitigá-las. Assim, falta de atenção e cuidados pode ser vista como o principal fator a comprometer a saúde dos mais pobres. Sendo os negros proporcionalmente mais representados entre as camadas mais pobres da população, eles são potencialmente sujeitos a terem um estado ruim de saúde.

ANEXO 5 – Sobre a classificação de cor ou raça nas PNAD

Dadas as características do preconceito racial existente no Brasil, a classificação da racial das pessoas é uma questão extremamente delicada, pois não há parâmetros estritamente objetivos que a orientem. Na PNAD de 1998, a cor ou raça dos indivíduos é captada seguindo os procedimentos esquematizados na Figura A.5.1, elaborada a partir das instruções do Manual do Entrevistador (IBGE, 1998).

FIGURA A.5.1. - Captação da cor ou raça das pessoas na PNAD de 1998



Percebe-se que o entrevistado tem liberdade para escolher a categoria de cor na qual se enquadra, ou na qual se enquadram os outros residentes do domicílio por quem responde o questionário. Porém, esta liberdade é toldada pela definição *a priori* das categorias. Ressalva-se que, embora não verificável, seria plausível supor que em várias situações o entrevistador pode influenciar a escolha da categoria. É interessante notar o que acontece se – após a leitura das categorias possíveis – o entrevistado não entende as categorias, ou tem dúvidas acerca do seu pertencimento a uma delas, ou ainda se ele declara uma categoria que não faz parte do escopo predefinido: o entrevistador é orientado a ler novamente para o entrevistado as categorias, desta feita lendo também as suas definições. Mas, das cinco categorias predefinidas, em apenas duas a leitura da definição constante no Manual do Entrevistador (IBGE, 1998) acrescenta alguma informação ao nome da categoria, a “amarela” e a “parda” como se pode constatar a partir do Quadro A.5.1.

QUADRO A.5.1 – Definições das categorias de cor ou raça utilizadas na PNAD de 1998

Categoria	Definição
Branca	Para a pessoa que se enquadrar como branca
Preta	Para a pessoa que se enquadrar como preta
Amarela	Para a pessoa que se enquadrar como de raça amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana, etc.)
Parda	Para a pessoa que se enquadrar como parda ou se declarar como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça
Indígena	Para a pessoa que se enquadrar como indígena ou Índia

FONTE: IBGE, Manual do Entrevistador da PNAD, 1998.

TABELA A.5.1 - Cor ou raça das pessoas. Brasil, 1992 a 1999

Ano	Categorias predefinidas pelo IBGE (%)					
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorada
1992	54	5	40	0	0	0
1993	54	5	40	1	0	0
1995	54	5	40	0	0	0
1996	55	6	38	0	0	0
1997	54	5	40	0	0	0
1998	54	6	40	1	0	0
1999	54	5	40	0	0	0
Média 1992-99	54	5	40	0	0	0

FONTE: IBGE, PNAD, 1992 a 1999. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA A.5.2 - Cor ou raça das pessoas. Rio de Janeiro, 1992 a 1999

Ano	Categorias predefinidas pelo IBGE (%)					
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorada
1992	60	11	28	0	0	0
1993	60	12	27	0	0	0
1995	61	12	27	0	0	0
1996	58	12	29	0	0	0
1997	61	12	27	0	0	0
1998	60	12	27	0	0	0
1999	62	13	25	0	0	0
Média 1992-99	61	12	27	0	0	0

FONTE: IBGE, PNAD, 1992 a 1999. Elaboração DISOC/IPEA.

Os dados das PNADs da década de 1990 mostram que, no Brasil, um pouco mais que a metade das pessoas declara pertencer à categoria “branca”; apenas em torno de um vigésimo à categoria “preta”; por volta de dois quintos declaram ser “pardas”; e menos de um centésimo delas pertence às categorias “indígena” ou “amarela”. “Branca” e “parda” são, portanto, as categorias mais abarcantes. Casos em que a cor das pessoas foi definida como “ignorada”, que podem ser o resultado tanto da recusa ao enquadramento em uma das categorias disponíveis, quanto de problemas no processamento dos questionários, são praticamente inexistentes. Estas proporções praticamente não variam ao longo da década, e podem ser conferidas nas Tabelas A.5.1 a A.5.3.

TABELA A.5.3 - Cor ou raça das pessoas. Bahia, 1992 a 1999

Ano	Categorias predefinidas pelo IBGE (%)					
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorada
1992	21	10	69	0	0	0
1993	22	9	68	0	1	0
1995	21	9	69	0	1	0
1996	28	11	60	0	1	0
1997	23	11	65	0	0	0
1998	23	11	66	0	0	0
1999	22	10	68	0	0	0
Média 1992-99	23	10	66	0	0	0

FONTE: IBGE, PNAD, 1992 a 1999. Elaboração DISOC/IPEA.

Pode-se, portanto, dizer que praticamente todas as pessoas acabam por conseguir se enquadrar em uma das categorias de cor disponíveis. Todavia, esta classificação, também utilizada pelo IBGE em outras pesquisas e levantamentos, é objeto de controvérsias que dizem respeito, principalmente, a sua adequação como instrumento de mensuração da composição racial, e ao caráter um tanto quanto depreciativo dos termos utilizados para definir as categorias “preta” e “parda”, principalmente a última.

Em julho de 1998, o IBGE incluiu em sua Pesquisa Mensal de Emprego, PME, uma pergunta de cor ou raça de resposta livre. Esta pergunta era sucedida por outra, idêntica a da PNAD, com cinco categorias predefinidas. O objetivo era medir a concordância ou a rejeição das categorias, para subsidiar os trabalhos da Comissão Consultiva do Censo 2000 (Schwartzman, 1999). Entre as tarefas da Comissão, se incluía analisar: a possibilidade de adotar uma nova classificação de cor ou raça; e o acréscimo de questões sobre a origem étnica, para contemplar com dados empíricos a discussão teórica referida ao trabalho de Oracy Nogueira (1985). As respostas às perguntas foram sintetizadas na Tabela A.5.4.

A distribuição das raças, segundo as categorias predefinidas pelo IBGE (valores entre colchetes¹⁷ na Tabela A.5.4), é diferente da normalmente observada no Brasil, mas se deve considerar o fato de que apenas seis regiões metropolitanas estão representadas. Quase duzentas categorias distintas de classificação de cor ou raça foram captadas pela pesquisa

¹⁷ Os valores não somam 100% pois a categoria “sem resposta/ignorado”, a que pertencem 1% da população considerada, não está representada na Tabela 2.2.1.

como respostas à pergunta aberta, relata Schwartzman (1999). As categorias proporcionalmente mais significativas são as que constam na Tabela A.5.4. Ressalva-se que denominações compostas, como por exemplo, “morena branca”, “morena mais para amarela”, “preta negra” e “pretinha” foram agrupadas na categoria “outras”. O procedimento mais adequado seria eliminar as nuances que as declarações de cor compostas representam e agrupá-las todas em torno da cor central, ou de referência. O principal efeito seria aumentar a proporção da cor “morena”. Entretanto, não é possível realizar isto a partir dos dados divulgados por Schwartzman, pois não são fornecidas as frequências das categorias de menor incidência.

TABELA A.5.4 - Cor ou raça das pessoas. Regiões Metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Salvador e Recife, Julho de 1998

Resposta livre	Categorias predefinidas pelo IBGE (%)				
	Branca [58]	Preta [9]	Parda [30]	Amarela [1]	Indígena [1]
Branca	91	1	1	6	4
Preta	0	44	0	0	1
Negra	0	31	1	0	2
Parda	0	2	34	1	2
Amarela	0	0	0	82	0
Indígena	0	...	0	0	14
Morena	5	14	54	6	62
Outras	4	9	10	5	15
TOTAL	100	100	100	100	100

FONTE: IBGE, PME, julho de 1998. In: Schwartzman, 1999. Dados retabulados.

NOTA: Os valores entre colchetes são as frequências relativas das categorias.

Os dados da Tabela A.5.4 mostram de forma clara que a classificação do IBGE é muito boa. Afora o fato de que teoricamente é baseada na suposição de que no Brasil vigia o preconceito racial de marca (Nogueira, 1985), possibilita prever com grande probabilidade de acerto a cor em que a pessoa se enquadrará na classificação a partir da declarada na questão de resposta livre. A maior concordância é para a categoria “branca”. A categoria “preta” também apresenta alto grau de previsibilidade, se enquadrando nela as pessoas que se declaram “pretas” ou “negras” na resposta livre. O mesmo pode ser dito para a “amarela”.

As categorias “parda” e “indígena” podem, à primeira vista, dar a impressão de que não existe concordância entre elas e a cor livremente declarada. A maioria das pessoas que se enquadraram na categoria “indígena” teriam preferido a designação “morena” para definir sua cor. O mesmo pode ser dito para os “pardos”, em proporção um pouco menor. A cor “morena” também foi a terceira colocada nas preferências dos “pretos”. Portanto, poder-se-ia pensar que a declaração livre da cor “morena” implicaria a dificuldade de enquadrar nas categorias do IBGE o declarante, pois ele tanto poderia ser “indígena” quanto “preto” ou “pardo”.

Entretanto, há que se considerar aqui os diferentes tamanhos dos grupos de pessoas nas três categorias. Para o grupo “indígena”, que enquadra pouco menos que 1% da

população considerada, os 62% podem ser muitos, mas para a população são apenas 0,5%. Os que se declararam de cor “morena” e posteriormente se enquadraram na “preta”, 14% deste grupo, representam 1,3% da população. Os “morenos” que se enquadraram na categoria “parda”, por sua vez, respondem por 15,9% da população. Isto quer dizer que, considerando somente os “morenos” que posteriormente se declararam “pretos”, “pardos” ou “indígenas”, a chance de que a pessoa se enquadre em “parda” ao invés de “preta” é 12 para 1. Em relação à probabilidade de se enquadrar em “indígena”, a chance de se enquadrar em “parda” desse grupo é ainda maior, 29 para 1. Sabiamente, a Comissão Consultiva do Censo 2000, após discutir várias alternativas, recomendou a manutenção da classificação do IBGE (Schwartzman, 1999).

A pergunta aberta incluída na PME de julho de 1998 permitiu avaliar o quanto as categorias do IBGE disponíveis para a autodeclaração da cor refletem de forma acurada a autodeclaração livre do mesmo quesito. Outro aspecto interessante a ser averiguado é o quanto a autodeclaração coincide com a opinião de outra pessoa acerca da cor do entrevistado. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, PNDS¹⁸, conduzida no Brasil em 1996, permite que se faça isto, com a vantagem adicional de utilizar a classificação adotada pelo IBGE. Na PNDS, o entrevistador também “responde” uma questão sobre a cor do entrevistado, o que confere uma segunda opinião para contrastar à autodeclaração. Os dados relativos ao Brasil são apresentados na Tabela A.5.5.

TABELA A.5.5 - Cor ou raça das pessoas – atribuída e autodeclarada – homens de 15 a 59 anos e mulheres de 15 a 49 anos. Brasil, 1996

Registro do entrevistador	Autodeclaração (%)				
	Branca [43]	Parda [53]	Preta [4]	Amarela [0]	Indígena [0]
Branca [44]	92	9	0	20	32
Parda [51]	8	87	22	19	59
Preta [5]	0	3	78	3	...
Amarela [0]	0	0	...	59	...
Indígena [0]	...	0	...	...	10
TOTAL	100	100	100	100	100

FONTE: PNDS, 1996. Elaboração DISOC/IPEA.

NOTA: Os valores entre colchetes são as freqüências relativas das categorias.

Em 89% dos casos a cor atribuída coincidiu com a declarada. A Tabela A.5.5 mostra que a maior concordância foi mais uma vez para a categoria “branca” – menos que 9% das pessoas que se declararam “brancas” foram classificadas em outras categorias pelos entrevistadores. As categorias “preta” e “parda” mostram uma tendência interessante: para a primeira, quando a classificação não coincide, a chance da pessoa que se declarou “parda” ser classificada como “branca” pelo entrevistador é 3 para 1; para as pessoas que se declararam “pretas”, quase a totalidade dos entrevistadores que discordaram as consideraram “pardas”. Por conseguinte, nas classificações discordantes envolvendo

¹⁸ Na verdade a PNDS não é propriamente “nacional”, mas a versão brasileira de uma pesquisa internacional, a Demographic and Health Survey, conduzida em vários países.

“pretos” e “pardos”, os entrevistadores teriam branqueado os entrevistados, se as respostas dos últimos fossem tomadas como referência.

A distribuição geral das categorias da autodeclaração da PNDS mostram uma proporção de “pardos” superior à comumente verificada para as PNADs da década de 1990. Isto pode ser o resultado da forma como esta categoria é designada no questionário da DHS, “parda/mulata/morena/cabocla”¹⁹, ao invés de somente “parda”, que deixaria as pessoas que se percebem “morenas” mais à vontade para nela se enquadrar.

As informações acrescentadas pelos resultados da PNDS confirmam a acurácia da classificação utilizada pelo IBGE para cor ou raça. Não é uma classificação muito precisa, pois nem sempre permite distinguir claramente todos os indivíduos. Uma pessoa que tivesse pai mulato e mãe índia, por exemplo, seria “indígena” ou “parda”? Pode-se assumir que situações dúbias como essa aparecerão, mas serão sanadas ora com a inclusão em uma, ora em outra categoria. No balanço de todas as situações, todavia, na maior parte das vezes o entrevistado sabe em que categoria se enquadra, e um avaliador externo concorda com o seu julgamento.

Embora seja acurada, o termo utilizado para descrever as pessoas “mestiças de preto com pessoa de outra cor ou raça” (IBGE, 1998:119) é inequivocamente infeliz. “Pardo” está eivado de conteúdos depreciativos, o que obviamente desagrada um grande número de pessoas que se enquadram nesta categoria; ainda assim, uma parcela significativa delas se declara “parda” mesmo com a liberdade para escolher a cor que quiser²⁰. O termo “preto” também não é bem visto, principalmente pelas pessoas mais esclarecidas que se enquadram nesta categoria, que preferem a este o termo “negro”. Finalmente, é digno de nota que a categoria de definição mais problemática, indígena, além de pouco incidente, é a única que não está tão relacionada ao fenótipo, ou a marcas, e possui uma carga grande da origem.

¹⁹ A categoria “amarela” também é apresentada de forma distinta, “amarela/oriental”

²⁰ Entre as muitas relatadas por Schwartzman (1999): azul e branca, bege, mel, vermelha e loura.

Referências bibliográficas

- ALENCASTRO, L. F. de. **O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**. v.12. nº 4. Rio de Janeiro, out./dez. 1996. Disponível em <www.scielo.br>.
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16. s.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <www.scielo.br>.
- BLUE, I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.22. nº 3. São Paulo, set. 2000. Disponível em <www.scielo.br>.
- BOMFIM, M. **América Latina: males de origem**. São Paulo: Topbooks, 1993.
- BRITO, I. C.; LOPES, A. A.; ARAÚJO, L. M. B. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. v.45. nº5. Outubro 2001. Disponível em <www.scielo.br>.
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 3.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1995.
- CUNHA, E. da. **Os sertões: campanha de Canudos**. 33.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- FERNANDES, F. **A integração do negro à sociedade de classes**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1964.
- FORMIGLI, V. L. A. et al. Avaliação da atenção à saúde através da investigação dos óbitos infantis. **Cadernos de Saúde Pública**. v.12. s.2. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em <www.scielo.br>.
- FREYRE, G. **Casa grande & senzala**. 29.ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.
- HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 1990**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. (Texto para Discussão, nº 807). Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/pub/td/td.html>>.
- IANNI, O. **Raças e classes sociais no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- IBGE. **Manual do entrevistador da PNAD - 1998**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998.

- LARAIA, R. de B. **Embranquecimento: a utopia racista**. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia, 1988. (mimeo)
- _____. Oliveira Vianna: 75 anos de evolução do povo brasileiro. In: **Revista Brasileira de Pós Graduação em Ciências Sociais**. v.1. nº 1. 1997. p.27-36.
- LENZI, M. de F. et al. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16. nº 3. Rio de Janeiro, jul./set. 2000. Disponível em <www.scielo.br>.
- MAIO, M. C. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.14, nº 41, outubro de 1999. Disponível em <www.scielo.br>.
- MATA, R. A. da. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5.ed. São Paulo: Rocco, 1997.
- MATOS, H. J. et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cadernos de Saúde Pública**. v.15. nº 3. Rio de Janeiro, jul./set. 1999. Disponível em <www.scielo.br>.
- MEDEIROS, M.; OSORIO, R. G. **Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. (Texto para Discussão, nº 788). Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/pub/td/td.html>>.
- NOGUEIRA, O. **Tanto preto quanto branco: estudo de relações raciais**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1985.
- NOGUEIRA, O. **Tanto preto quanto branco: estudo de relações raciais**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1985.
- PAIXÃO, M. **Os indicadores de desenvolvimento humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil**. Disponível em <<http://www.no.com.br/revista/secao/990/atuall>> Acesso em: 25 jan. 2002.
- PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos sociológicos e antropológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16. s.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <www.scielo.br>.
- PASTORE, J.; SILVA, N. do V. **Mobilidade social no Brasil**. São Paulo: Makron, 2000.
- RODRIGUES, N. **Os africanos no Brasil**. 7.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1988. (Coleção Temas Brasileiros, 40).
- ROMERO, S. O Brasil social e os elementos que o plasmaram. In: **História da literatura brasileira**. 4.ed. v.1. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1949. (Coleção Documentos Brasileiros, 24). p.177-297.

- SCHMUNIS, G. A.; DIAS, J. C. P. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16. s.2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <www.scielo.br>.
- SCHWARTZMAN, S. **Cor, raça e origem no Brasil**. Disponível em: <<http://www.airbrasil.org.br/Portugues/LinksExternos/FrameSSchwartzman.html>> Acesso em: 10 jan. 2002. [1999].
- SOARES, L. S. et al. The impact of multidrug therapy on the epidemiological pattern of leprosy in Juiz de Fora, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16. nº 2. Rio de Janeiro, abr./jun. 2000. Disponível em <www.scielo.br>.
- SOARES, S. S. D. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho – homens negros, mulheres brancas e mulheres negras**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000. (Texto para Discussão, nº 769). Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/pub/td/td.html>>.
- TORRES, A. **O problema nacional brasileiro: introdução a um programa de organização nacional**. 4.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1982. (Coleção Temas Brasileiros, 35).
- VELOSO, M.; MADEIRA, A. **Leituras brasileiras: itinerários no pensamento social e na literatura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- VIEIRA, A. Padre. Sermão aos escravos. In: SCOTT-BUCCLEUCH, R. L.; OLIVEIRA, M. T. de. **An anthology of brazilian prose**. São Paulo: Ática, 1971. p.60-4.