

1. Silva NV. O preço da cor: diferenciais raciais na distribuição da renda no Brasil. *Pesqui Planej Econ* 1980; 10:21-44.
2. Guimarães A. *Classes sociais, raças e democracia*. São Paulo: Editora 34; 2002.
3. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev Bras Ciênc Soc* 2000; 15:127-41.
4. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:630-6.
5. Batista LE, Volochko A, Ferreira CEC, Martins V. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: Lopes F, organizador. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2005. p. 237-314.
6. Paixão M, Carvano LM, Oliveira J, Ervatti L. Contando vencidos. In: Lopes F, organizador. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2005. p. 49-190.
7. Pinho MD, Berquó E, Lopes F, Oliveira KA, Lima LCA, Pereira N. Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2002; 19:277-94.
8. Bastos FI. Entre a consertação perversa e o varejo político: a complexa trajetória reprodutiva das mulheres negras e pardas. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. v. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 249-56.

Rita Barradas
Barata

Faculdade de Ciências
Médicas, Santa Casa de
São Paulo, São Paulo, Brasil.
rita.barata@fcmscsp.edu.br

A politização dos riscos

Desde o início da epidemia de AIDS, a politização inerente ao processo, seja pelos preconceitos associados à enfermidade e aos enfermos, seja pela gravidade do problema ou ainda pela possibilidade de vocalização de demandas por parte de alguns grupos afetados ou ameaçados, os dados e informações epidemiológicas foram sempre instrumentos desta politização mais do que referências objetivas para compreender a distribuição populacional da doença. Talvez, nunca antes na história do controle de doenças transmissíveis tal fato tenha ocorrido em tais proporções.

Podemos lembrar da criação de “indicadores” especiais para o programa de AIDS sem nenhuma expressão propriamente epidemiológica, ou seja, sem equivalência como medida de risco,

cujas únicas finalidades eram fornecer material para as demandas políticas em torno da doença. O cálculo de uma “*taxa de incidência acumulada*”, por exemplo, produzia o esperado efeito de *marketing* de sugerir um aumento desenfreado do risco, mas não ajudava a compreender a evolução real da doença. Esse indicador só foi substituído quando passou a ser interessante, politicamente, demonstrar o impacto da terapia anti-retroviral.

Do mesmo modo, alegando a impossibilidade de determinar exatamente a dimensão da população exposta, até hoje a maioria dos programas analisa a distribuição dos casos segundo possíveis modos de transmissão lançando mão de proporções em vez de utilizar taxas. Se fossemos usar o mesmo raciocínio para outros problemas de saúde jamais poderíamos utilizar taxas.

O problema de usar proporções em vez de taxas é que, no mais das vezes, os autores e os leitores se equivocam e tendem a interpretar as proporções como se fossem medidas de risco. Um exemplo óbvio é a idéia bastante difundida de que o risco é maior atualmente para heterossexuais, o que é rigorosamente falso.

Se utilizarmos as estimativas de tamanho dos grupos populacionais de usuários de drogas injetáveis, homossexuais e heterossexuais elaborados para o programa de DST/AIDS e projetarmos estas estimativas para obter os denominadores das taxas, veremos que o risco continua sendo extremamente alto para os usuários de drogas injetáveis (taxa de incidência de 169,2 casos por 100 mil usuários em homens e 161,8 casos por 100 mil usuários em mulheres) e para os homossexuais masculinos (95,3 casos por 100 mil homossexuais) se comparado às taxas de incidência para homens e mulheres heterossexuais (8,0 casos e 10,4 casos por 100 mil, respectivamente). Portanto, ainda que as taxas apresentem tendência declinante a partir da introdução do tratamento, os riscos seguem sendo muito importantes e diferenciados.

A análise das proporções distorce a avaliação sugerindo que o risco é menor entre usuários e homossexuais em decorrência do aumento proporcional do grupo de heterossexuais. Como as proporções não medem risco e sim a composição relativa do total de casos segundo modo de transmissão, o aumento relativo de um grupo resulta inevitavelmente na redução proporcional dos demais sem que isto signifique redução ou aumento do risco.

Do mesmo modo podemos extrapolar esses comentários para os aspectos tratados pelos autores no artigo em debate. Ao analisarmos apenas a distribuição proporcional por escolaridade ou cor da pele, não podemos inferir destes dados nada acerca do risco dos diferentes grupos. Por

exemplo, se cotejarmos a distribuição proporcional dos casos com a distribuição proporcional da população segundo cor da pele, poderemos observar que a proporção de casos por cor corresponde, aproximadamente, à distribuição populacional por cor, desautorizando, portanto, qualquer associação entre cor da pele e risco. Há entre os casos uma escassez relativa de pardos, “compensada” pela proporção dos casos com o quesito ignorado. Entretanto, como bem salientam os autores, essas quantidades não são imediatamente comparáveis porque no censo populacional a classificação de cor é feita pelo próprio indivíduo (autoclassificação), enquanto para os casos o quesito cor é preenchido pelo profissional de saúde. A alta proporção de não preenchimento da informação para os casos também prejudica qualquer análise (cerca de 15 a 23%).

Em relação à escolaridade, conforme também assinalam os autores, a distribuição dos casos não corresponde à distribuição populacional havendo praticamente uma inversão: os casos se concentram nas camadas com maior escolaridade enquanto a população se concentra nas camadas com escolaridade fundamental ou sem escolaridade.

Portanto, se a análise dos dados fosse levada em consideração para a formulação das estratégias de comunicação social do programa e também para a orientação das ações preventivas não seria correto afirmar a ocorrência do fenômeno de “pauperização”, uma vez que, os casos estão concentrados em grupos com maior escolaridade.

Assim, para verificar se a cor da pele em si é um determinante ou um marcador para a ocorrência de problemas de saúde é necessário controlar o efeito de confusão das variáveis sócio-econômicas, ainda que se saiba que estes controles matemáticos nunca logram isolar completamente os efeitos de cada variável.

A própria polêmica, referida pelos autores em torno de uma das peças publicitárias do programa no interior dos movimentos sociais, exemplifica a ausência de consenso acerca dos sentidos socialmente atribuídos às construções culturais e políticas em torno da saúde da população negra. Em outros momentos, a comunicação social adotou postura semelhante com outros grupos, ou seja, nem sempre houve consonância entre o perfil epidemiológico da doença e as mensagens publicitárias emanadas do programa.

A construção de um discurso social, cultural e político sobre a doença, mais ou menos descolado dos dados utilizados para descrever o perfil epidemiológico no âmbito populacional certamente têm conseqüências não apenas no âmbito cultural, social ou político, mas também para

o próprio perfil epidemiológico. A mobilização política em torno de uma mitologia construída com indicadores propositalmente distorcidos, no início da epidemia, teve inegavelmente, papel importante para impulsionar as pesquisas, canalizar recursos, mobilizar as autoridades sanitárias para organizar serviços e programas de controle da AIDS. Por outro lado, essa mesma mitologia contribuiu para produzir classificações pretensamente científicas nas quais o fato de ser haitiano significava risco de infecção; discriminar grupos populacionais por seus comportamentos; estabelecer estereótipos com sua carga de preconceito e isolamento.

O reconhecimento da dívida que o país possui com a população negra, pelos anos de exploração e expropriação durante a escravidão e pela exclusão social após a “libertação”, não deveria implicar o estabelecimento de associações espúrias entre cor de pele e problemas de saúde, ocultando toda sorte de determinantes sociais que o processo saúde-doença tem.

O compromisso sério com a saúde da população negra deve ser pautado por uma postura ética na condução de estudos que permitam esclarecer a parcela atribuível aos determinantes econômicos, sociais e políticos, aí incluídos os aspectos étnicos que vão além da cor da pele, na distribuição populacional dos problemas de saúde, sem recorrer a posturas paternalistas ou que reforcem a discriminação, com a construção cultural de brancos e negros como grupos estanques e perfeitamente distinguíveis em um país tradicionalmente marcado pela miscigenação e, no qual a discriminação por classe social sempre foi marcadamente mais forte.

Superar as desigualdades sociais em saúde no país é uma tarefa urgente, porém ela não deveria incluir a construção artificial de diferenças ou iniquidades além das já existentes.

Dora Chor

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. dorinha@ensp.fiocruz.br

No Brasil, ao longo de décadas, a discussão sobre as desigualdades sócio-econômicas entre diferentes grupos raciais constituiu tema pouco abordado fora da literatura sociológica. Nos últimos anos, tornou-se assunto da sociedade brasileira, embora no âmbito da saúde pública, esta discussão ainda seja incipiente.

O debate a respeito do artigo de Peter Fry et al. é portanto da maior importância, por apresentar novas perguntas a respeito de tema complexo e polêmico.