

reversão da tendência de crescimento de casos entre os grupos mais vulneráveis, do ponto de vista sócio-econômico, não são evidentes.

Em resumo, no caso da AIDS, ainda não é possível concluir que a incidência da doença vem aumentando entre pretos e pardos nem tampouco entre indivíduos com nível de escolaridade médio/superior, com base nos dados disponíveis e análises apresentadas para o período mais recente.

Ainda que conclusões prematuras a respeito da evolução da AIDS possam comprometer a efetividade da agenda de redução das desigualdades em saúde, já existem evidências suficientes de que a cor/raça é um dos determinantes de trajetórias sócio-econômicas desfavoráveis em nosso país^{7,8,9}, contribuindo para aumentar o risco de outros desfechos de saúde (e.g. mortalidade materna, ganho de peso, violência)^{1,2,10,11}. Essas trajetórias são apenas parcialmente mensuradas pelos indicadores sócio-econômicos disponíveis, que podem ainda não ser equivalentes nos diferentes grupos raciais (e.g. mesmo nível de escolaridade de brancos, pretos e pardos não representa igual acesso a ocupações, renda e bens)¹². Além disso, já há evidências no Brasil¹³ de que discriminação racial nos serviços de saúde piora a qualidade do tratamento para pretos e pardos, a exemplo do que tem sido reportado na literatura estrangeira^{14,15}.

1. Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal. Rio de Janeiro: Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2005.
2. Costa JMBS, Lyra TM, Guimarães MJB, Santos SM, Oliveira CM, Mafra WS, et al. Desigualdades raciais na mortalidade materna em residentes no Recife, 2001-2004. In: Anais do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
3. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1586-94.
4. Fonseca MG, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1351-63.
5. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:678-85.
6. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 Suppl 1:65-76.
7. Hasenbalg CA, Silva NV. Notes on racial and political inequality in Brazil. In: Hanchard M, editor. *Racial politics in contemporary Brazil*. Durham/London: Duke University Press; 1999. p. 154-78.
8. Telles E. *Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 2003.
9. Barbosa MLO. As relações entre educação e raça no Brasil: um objeto em construção. In: Soares S, Beltrão KI, Barbosa MLO, Ferrão ME, organizadores. *Os mecanismos de discriminação racial nas escolas brasileiras*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2005. p. 5-19.
10. Chor D, Faerstein E, Kaplan GA, Lynch JW, Lopes CS. Association of weight change with ethnicity and life course socioeconomic position among Brazilian civil servants. *Int J Epidemiol* 2004; 33:100-6.
11. 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.
12. Kaufman JS, Cooper RS, McGee DL. Socioeconomic status and health in blacks and whites: the problem of residual confounding and resiliency of race. *Epidemiology* 1997; 8:621-8.
13. Cabral ED, Caldas JEF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:461-6.
14. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006; 35:888-901.
15. Epstein AM, Weissman JS, Schneider EC, Gatsonis C, Leape LL, Piana RN. Race and gender disparities in rates of cardiac revascularization: do they reflect appropriate use of procedures or problems in quality of care? *Med Care* 2003; 41:1240-55.

*Mark Drew
Crosland
Guimarães*

*Faculdade de
Medicina,
Universidade
Federal de Minas
Gerais, Belo
Horizonte, Brasil.
drew@medicina.ufmg.br*

Fry et al. apresentam argumentos políticos, históricos e epidemiológicos relativos à tendência da epidemia de AIDS no Brasil considerando a variável cor/raça. São arrazoados, bem elaborados divididos basicamente em dois itens: (i) interpretação de dados; e (ii) formulação de políticas públicas no Brasil. Gostaria de chamar a atenção principalmente para o primeiro aspecto. Apesar dos autores desenvolverem uma crítica às interpretações publicadas em boletins do PN-DST/AIDS, incorrem no mesmo erro ao tentarem estabelecer seu ponto de vista. Enfatizo um dos mais citados usos da epidemiologia, i.e., a geração e análise de dados que possam subsidiar a construção de indicadores norteadores da formulação de políticas públicas em saúde. A magnitude dos eventos em saúde, dada por informações descritivas de morbimortalidade, deveria apontar para prioridades a serem atendidas em programas de prevenção e/ou cuidados à saúde da população. No entanto, uma correta

interpretação de tendências depende de diversos fatores, dentre os quais incluo a definição do indicador propriamente dito e a qualidade das informações. É freqüente o uso de indicadores cujos denominadores representam apenas o total de observações, gerando as chamadas, indevidamente, *taxas proporcionais*. Um dos conceitos básicos da epidemiologia, principalmente quando se deseja produzir inferências para grandes populações, é definir adequadamente seu denominador sob risco, i.e., a qual população estes indicadores pretendem representar. É também notória a baixa confiabilidade dos dados gerados pelos sistemas de informações hoje disponíveis no Brasil, geralmente coletadas e processadas por pessoal com pouco treinamento. Tanto aqueles que geram os dados primários quanto os que processam tais informações, via de regra não se preocupam com sua qualidade (e.g. validade e confiabilidade), apesar de esforços estarem ocorrendo para um aprimoramento do sistema. Dessa forma, a possibilidade de profissionais de saúde utilizarem dados disponibilizados pelo sistema para uso público e produzirem interpretações falaciosas é alta. Em relação ao sistema de informação de AIDS, essas duas limitações acontecem simultaneamente. Não me surpreende o altíssimo grau de informação desconhecida com relação à variável cor/raça indicada no artigo. Preenche-se uma ficha de notificação como um mero ato burocrático. Concordo com os autores quanto ao enorme risco que o PN-DST/AIDS incorre ao tentar, por motivos nada embasados em dados empíricos, criar a *racialização da AIDS* no país. Outros erros nesse mesmo sentido já ocorreram, ao se descrever tendências da epidemia por meio de denominações tais como *juvenização*, *heterossexualização*, *feminização* e *pauperização*. São interpretações baseadas em dados proporcionais de notificação de casos de AIDS com a conhecida baixa confiabilidade, tempo de atraso e subnotificação, dentre outros. Torna-se complicado do ponto de vista de política pública afirmar que o risco de se adquirir o HIV está aumentando, por exemplo, entre as mulheres, baseado apenas em proporções. Sim, é verdade que o número de casos de AIDS notificados entre mulheres tem aumentado, mas a epidemia continua crescendo também entre os homens. De forma semelhante, como bem apontado pelos autores, os dados sobre escolaridade não corroboram a teoria da chamada *pauperização*. Em um programa respeitado mundialmente como o nosso, não podemos aceitar que tais denominações sejam feitas sem o embasamento empírico necessário. Em todos, não há um dado sequer indicativo de que o *risco de se adquirir o HIV em uma dada população* está aumentando ou diminuindo. O que

se coloca é o peso (proporção) que uma categoria está tendo em relação à outra. Conseqüentemente, o efeito do aumento em uma categoria é a óbvia diminuição em outra, por termos sempre um total que some 100%. A afirmativa de que existe um aumento proporcional em um grupo, não é sinônimo de redução de risco na categoria complementar, podendo-se incorrer em uma comunicação inadequada do ponto de vista de saúde pública. Não é possível obter dados de tendência confiáveis com o nível de deficiência e com a baixa confiabilidade das informações atualmente disponíveis. Nesse sentido, aponto a aparente contradição a que os autores se submetem. Em um primeiro momento chamam a atenção para a dificuldade de interpretação dos dados para, em seguida, usarem os mesmos dados, excluindo aqueles ignorados, e apontarem uma possível tendência mais falaciosa ainda (Tabela 4). Ou seja, restringem sua análise a um universo apenas dos casos notificados com informação sobre cor/raça disponível e mantêm a análise em sua dimensão proporcional, sem uma maior preocupação com a representatividade das inferências produzidas. É igualmente perigoso afirmarem que há “*aumento entre os pardos, estabilidade entre os pretos e uma diminuição entre os brancos*”, ou sugerirem “*reversão da tendência de pauperização*”. Além das dificuldades da classificação da variável cor/raça, ao excluirmos os dados ignorados, os autores perdem mais de 50% da informação. Qualquer perda nesse nível gera inferências perigosas e provavelmente incorretas, como também salientado pelos autores. Além disso, há uma tendência dos dados ignorados diminuírem, como apontados na Tabela 1 (96,1% a 15,1% para, respectivamente, 2000 a 2005), o que automaticamente afeta os demais componentes. Situação diversa poderia ser pensada, caso a proporção das informações ignoradas permanecesse constante ao longo do tempo e com índices baixos. Os autores perdem uma oportunidade de discutir a real dimensão que a disseminação da infecção pelo HIV (não de casos de AIDS notificados) pode ter em populações mais vulneráveis, o que não necessariamente está associado à preferência sexual, ao sexo ou à cor da pele. Nesse sentido, chamo atenção para o conceito de vulnerabilidade entendido por Mann et al. 1: “*susceptibilidade ou fatores de indivíduos ou grupo de indivíduos que podem aumentar ou diminuir o risco de ocorrência [grifo meu] de um determinado evento*”. Esse conceito apresenta três dimensões relevantes para esta discussão, individual (cognitiva e comportamental), social e organizacional (i.e., institucional), como determinantes da disseminação do HIV. A desigualdade social e econômica existente no Brasil, e em outros países em

desenvolvimento, está também permeando a epidemia da AIDS, como demonstram os dados de tendência mundial apresentados na última conferência internacional de AIDS em Toronto, Canadá². O argumento político-histórico apresentado é consistente e bem fundamentado e com o qual concordo: *racializar* a epidemia de AIDS na forma demonstrada pode ser, além de pouco fundamentada com os dados disponíveis, uma reversão da forma com que o PN-DST/AIDS tem enfrentado o problema no Brasil, cujo reconhecimento é internacional. É exatamente no conceito do direito de acesso universal e irrestrito aos cuidados em saúde que reside parte de seu sucesso. No entanto, reforço que o argumento epidemiológico da reanálise dos dados apresentados pelos autores é tão falacioso quanto as análises iniciais citadas no texto e apresentadas nos boletins epidemiológicos. Precisamos de dados mais confiáveis, de base populacional, sobre as reais tendências da infecção pelo HIV de forma ampla e consistente. Ademais, uma profunda avaliação do sistema de notificação dos casos de AIDS no que se refere à sua validade e confiabilidade torna-se indispensável. Somente assim, os dados empíricos podem servir de subsídios confiáveis para a elaboração de uma política pública universal, não somente para o tratamento, mas principalmente para a prevenção e promoção da saúde em suas diversas dimensões.

1. Mann J, Tarantola D. AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses. New York: Oxford University Press; 1996.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2006.

Claudia Travassos

Centro de Informação
Científica e Tecnológica,
Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasil.
claudia@cict.fiocruz.br

Inicialmente, parabeno os autores do artigo pela oportunidade de colocar em debate a tendência atual no Brasil de associar-se saúde à raça, e as políticas recentes voltadas para viabilizar programas de saúde com foco na “população negra”. Agradeço também o convite para participar como debatedora, por ser este um tema que me mobiliza como cidadã brasileira e como pesquisadora da área da Saúde Pública. Há muito que se sabe que as doenças distribuem-se desigualmente entre os grupos sociais, apesar de as complexas relações entre condição social, adoecimento e morte não serem completamente conhecidas. Uma teoria sobre essas relações considera que, à

medida que as doenças aumentam nas populações, a sua distribuição tende a assumir um gradiente social desfavorável aos grupos socialmente menos privilegiados¹. A AIDS tem sido uma doença particularmente estudada com base nessa teoria. Conforme destacam os autores, no Brasil, como em outros países, a epidemia de AIDS iniciou-se nos grupos socialmente mais privilegiados, mas, à medida que aumentou o número de casos, estes passaram a se concentrar nos grupos sociais menos privilegiados, invertendo, ao longo do tempo, o gradiente social existente no início da epidemia. Vários estudos, como indicado no artigo, mostram que no Brasil a AIDS aumentou entre as mulheres, as pessoas mais pobres, com menos escolaridade, em ocupações menos qualificadas e inseridas no mercado informal de trabalho. Um perfil de distribuição que espelha os vários aspectos de desvantagem social em que vive a grande maioria da população brasileira. Deve ter aumentado também nas pessoas de raça/cor de pele preta e parda, cuja distribuição concentra-se nas posições de maior desvantagem social. Com base nesse quadro, pergunta-se: por que destacar a raça/cor da pele como expressão da pauperização da AIDS no país? Por que deixar de lado a multiplicidade e complexidade dos fatores sociais envolvidos nesse processo? Considero que dar destaque à raça/cor na interpretação das desigualdades sociais em saúde em nosso país não contribui para um melhor entendimento de como são geradas estas desigualdades.

Nos Estados Unidos, raça foi historicamente destacada dentre as demais dimensões de estratificação social. No entanto, o seu emprego, muitas vezes inadequado para analisar relações entre raça (etnia e nacionalidade) e saúde fez com que revistas científicas importantes daquele país, como o *New England Journal of Medicine*², estabelecessem critérios para a publicação de artigos sobre estas relações. Existe também uma extensa literatura internacional, além de artigos nacionais³, que apontam as particularidades da variável raça e cor de pele e fazem recomendações sobre seu emprego na pesquisa em Saúde Pública, de modo a evitar interpretações espúrias. Diferenças conceituais e operacionais implicam que dados de raça/cor sejam publicados com informação aos leitores, visando à orientação destes sobre como os utilizar e os interpretar. Vale lembrar que raça e, particularmente, cor de pele são variáveis bastante dependentes do contexto e devem ser utilizadas e interpretadas a partir deste. Lamentavelmente, a inclusão recente da variável raça/cor nos documentos de saúde no Brasil não se orientou por essas recomendações. Essas recomendações estão voltadas para