

Violência, juventude e saúde: quem é que vai pagar por isso?

Luís Eduardo Batista¹

Para que possamos fazer algo para a saúde da população negra, jovem e adulta, é preciso ter dados, transformar os dados em informação e a informação em decisão. Nesse sentido, utilizo este momento para falar sobre a necessidade de uma ação conjunta em prol da juventude negra.

A questão é: o que a gente faz depois dos dados? O que a gente faz depois das constatações? O que podemos fazer juntos: Estado e Sociedade civil? Penso que, após as constatações, é necessário dialogar com vários atores: sociedade civil, com o Estado, e também com as instituições de pesquisa, comunicadores sociais, educadores, formadores de opinião, etc.

Do que estamos falando?

As pessoas/apresentações que me antecederam (pela manhã) enfatizaram que a sociedade é marcada por sua história econômica, cultural, pelas leis, organização, pelos modos de produção econômica e pelos modos de produção e reprodução da vida. Falaram que ao longo da história, as sociedades criaram formas de lidar com as pessoas e grupos, e que a hierarquização, a segregação de grupos sociais, as desigualdades historicamente construídas sempre estiveram presentes. Podemos perceber esse processo através de diversas leis, manifestações sociais, culturais, econômicas e políticas.

Dentre as desigualdades destacamos: desigualdades de gênero - inferioridade das mulheres em relação aos homens; desigualdades étnicas e raciais - dos negros e indígenas em relação aos brancos e discutimos como essa construção é uma construção social e cultural; a hierarquização nas relações de trabalho e salientamos a segregação em relação à orientação sexual, a raça, a cultura e aos territórios. A orientação sexual também é um demarcador sócio-cultural.

A construção social de inferiorização, discriminação, segregação está presente em várias partes do mundo, se perpetuando de tal forma que passa a nos parecer normal (processo de naturalização). Mas, essa construção tem nome: racismo, sexismo, homofobia, sionismo, islãfobia.

No caso específico do racismo, atribui-se um significado social negativo a determinados padrões de diversidades, sejam elas fenotípicas, sejam elas genéticas, que acabam sendo utilizadas para justificar um tratamento desigual (KALCKMANN *et al*, 2007). Em outras palavras, é acreditar que determinados grupos sociais são inferiores, incapazes e primitivos. Portanto, o racismo não é uma questão de opinião, todos estão submetidos a ele, brancos, negros, amarelos, indígenas (LOPES, 2006).

Vale salientar que classe social, gênero e raça/etnia se interrelacionam de forma sinérgica e são pontos determinantes nos processos de segregação, discriminação e racismo; o que Heleieth Saffioti denomina "idéia de nó", simbiose entre o racismo, o sexismo e as classes sociais (SILVA, 1999, p.9).

Violência

O outro ponto é o tema da violência. Segundo Maria Cecília de Souza Minayo (2003), a violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (MINAYO, 2003, p.785).

Considerando a sociedade brasileira, os estudos mostram que há desvantagem dos negros (pretos + pardos) no que diz respeito ao salário, educação, acesso a emprego, habitação, justiça etc; também demonstra que os negros são excluídos de vários direitos sociais. Podemos concluir que, um dos tipos de violência que a sociedade brasileira pratica é a discriminação racial institucional ou racismo institucional (CASHMORE, 2000, p. 171-2).

Meu objetivo é mostrar a interface entre saúde e violência estrutural, ou seja, o impacto do racismo na saúde. Como o racismo impacta no processo saúde, doença e morte de homens e mulheres, brancos e negros.

Apresento o que a Secretaria da Saúde consegue captar desse racismo, impregnado na sociedade brasileira e que pode ser observado através de indicadores. Os números apresentados devem ser interpretados como refletindo o histórico citado anteriormente, os indicadores são reflexos da violência estrutural. Para tanto, utilizo dados obtidos junto à Fundação Sistema Esta-

¹ Sociólogo, Mestre e Doutor em Sociologia, Pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra (GTAE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Representante desta no Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do estado de São Paulo. Contato: lebatista@saude.sp.gov.br

dual de Análise de Dados - FSEADE (Índice de Vulnerabilidade Juvenil e Indicadores de Desigualdade Racial); outros da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (PRO-AIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo) e os produzidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O que dizem os estudos?
Índice de Vulnerabilidade Juvenil:

Ao realizar o estudo do Índice de Vulnerabilidade Juvenil, técnicos da Fundação SEADE desagregaram os distritos da cidade de São Paulo em grupos sociais. O estudo mostra que no município de São Paulo tem aproximadamente 19 distritos categorizados como distritos onde se localiza a população pobre; a população de classe média-baixa está concentrada em 25 distritos; a população classe média em 35; e a população rica em 17 distritos. Também calculou a proporção da população em cada um desses grupos e, dentro desses grupos, qual era o percentual de jovens (Tabela 1).

- 8,9% dos jovens residem nos 19 distritos mais pobres do município de São Paulo e perfazem uma percentual de 31,4% da população jovem;
- 8,3% dos jovens, residem nos 25 distritos de classe social média baixa, 31,1% da população jovem;
- 7,2 dos jovens residem nos 35 distritos de classe média da cidade, e é constituído por 26,9% da população;
- 6,0% dos jovens residem nos 17 distritos ricos - 10,5% da população jovem da cidade.

Tabela 1: Número de distritos do município de São Paulo por área de classe social, porcentagem do total da população e porcentagem de jovens residentes, 2005

Classe Social	Número de Distritos	% População	% Jovens
Pobre	19	31,4	8,9
Média Baixa	25	31,1	8,3
Média	35	26,9	7,2
Rica	17	10,5	6

Fonte: FSEADE - Índice de Vulnerabilidade Juvenil, 2005.

A análise da taxa de mortalidade masculina por agressões entre os jovens de 15 a 19 anos, segundo a classe de renda, evidencia que os jovens que moram nos distritos pobres morrem 3,3 vezes mais que os jovens ricos (189/100.000 entre os jovens pobres; 153/100.000 entre os de média baixa; 80/100.000 entre os de classe média e 57/100 mil entre os jovens ricos). São os jovens residentes nos distritos pobres da cidade de São Paulo as maiores vítimas da violência estrutural.

Quando se analisa a taxa de fecundidade das adolescentes de 14 a 17 anos (por 1.000 mulheres) no período 2000 a 2005, segundo o tipo de área do

município, os dados do Índice de Vulnerabilidade Juvenil evidenciam que a maior taxa de fecundidade é presente entre as adolescentes que residem nos distritos pobres, seguidas pelas moradoras dos distritos de classe média baixa e média; enquanto entre as adolescentes ricas encontram-se as menores taxas de fecundidade, como pode ser observado na Figura 1:

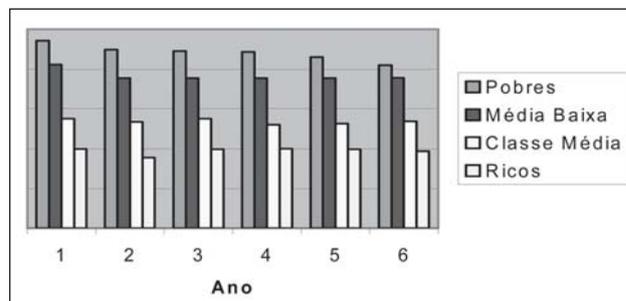


Figura 1: Taxa de fecundidade das adolescentes de 14 a 17 anos, segundo tipo de área do município de São Paulo, 2000-2005 (por 1.000 mulheres)

Fonte: FSEADE - Índice de Vulnerabilidade Juvenil, 2005.

Mortalidade:

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/ Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM) estudou a taxa de mortalidade por homicídios no período 2000 a 2004, segundo raça/cor, por distritos da cidade de São Paulo. Constatou-se que as maiores taxas de mortalidade ocorreram nos distritos do Brás, Grajaú, Parelheiros, Sé, Perus, Brasilândia, Guaianases, Jd. Angela, São Miguel e Jardim São Luiz. As menores taxas de mortalidade por homicídio estavam no Jardim Paulista, Moema e Consolação.

O estudo também mapeou a proporção de população negra, por distrito administrativo do município de São Paulo, constatando que a maior proporção de população negra (preta e parda) reside nos distritos da periferia da cidade, demonstrando haver forte associação entre ser negro (preto e pardo), morrer por homicídio e morar em regiões com piores acessos a bens e serviços públicos.

Quando projetamos os distritos pobres, onde está a população negra, e os distritos com homicídios, verifi-

Tabela 2: Taxa de mortalidade masculina por agressões por 100.000 hab. (15-19 anos), segundo tipo de área - Município de São Paulo, 2005

Classe	2001/3	2002/4	2003/5
Pobre	280	247	89
Média Baixa	230	200	153
Média	120	100	80
Rica	59	59	57

Fonte: FSEADE - Índice de Vulnerabilidade Juvenil, 2005.

ca-se que o perfil é o mesmo, eles se sobrepõem: há uma intensa sinergia entre onde a população negra reside (19 distritos pobres) e onde estão as maiores taxas de mortalidade por homicídios no município de São Paulo:

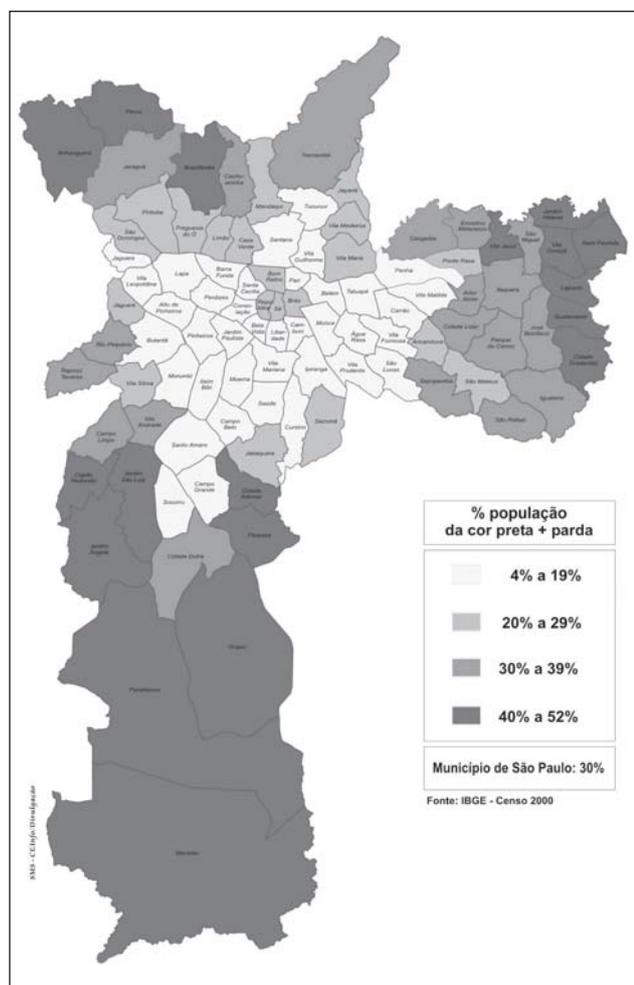


Figura 2: Distribuição percentual da população da negra por distrito administrativo do município de São Paulo, censo 2000

Fonte: PRO-AIM. Cássio Dias Leite Figueiredo

Indicadores de Desigualdades Raciais:

Ao realizar o estudo dos Indicadores de Desigualdades Raciais, técnicos da Fundação SEADE desagregaram vários dados (educação, trabalho, renda e rendimento, habitação, família e saúde), segundo raça/cor (SEADE, 2008).

A análise das taxas de mortalidade da população de 10 a 24 anos, residente no estado de São Paulo, segundo sexo e raça/cor, evidencia que, independentemente do sexo, a mortalidade por causas externas dos pretos é sempre maior que a dos brancos.

Se considerarmos a deficiência na atenção pré-natal, na atenção ao parto e ao pós-parto como uma violência estrutural, o estudo mostra que as jovens pretas são suas maiores vítimas: morrem duas vezes mais que as brancas

de morte materna, revelando que têm acesso a serviços de pior qualidade.

A mortalidade materna das mulheres pretas foi maior do que a das pardas e brancas, no estado de São Paulo, nos anos de 2002 a 2005. Calculando-se a razão (pretas/brancas), verifica-se que a mortalidade materna das mulheres pretas foi 9,8, 7,5, 7,9 e 9,2 maior do que a das mulheres brancas, para os anos de 2002, 2003, 2004, 2005, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3: Mortalidade materna de mulheres de 10 a 49 anos, segundo raça/cor, Estado de São Paulo, 2002-05.

Raça/cor	Ano			
	2002	2003	2004	2005
Preta	373,75 (9,8)	250,70 (7,5)	263,59 (7,9)	307,79 (9,2)
Parda	57,48	38,75	40,48	54,24
Branca	37,15	37,04	36,72	29,52
Total	38,02	33,05	33,35	33,11

Fonte: Coordenadoria de Controle de Doenças/CCD-SES/SP

O que inventaram agora? Tem preto, tem pardo e tem negro?:

Não é uma invenção, é um acordo entre os demógrafos e o movimento negro (realizado nos anos 70), eles acordaram utilizar as cinco categorias de raça/cor: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. a partir disso, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a utilizá-las em todas as suas pesquisas, inclusive no Censo Demográfico, assim como, outros órgãos de pesquisa. A categoria "negro" (que é igual a preto mais pardo) vem sendo usada para mostrar a construção social brasileira.

Contudo, na área da saúde, constatamos que a mortalidade dos pretos, dos pardos e dos brancos são diferentes e que, a utilização da categoria "negro" (preto + pardo) vinha escondendo o que estava acontecendo especificamente com os pretos.

A maior mortalidade dos jovens pretos por HIV/Aids pode ser observada na tabela 4. Chama atenção que quando juntamos pretos e pardos, não se verifica diferenças significativas no perfil da mortalidade por HIV/Aids, mas quando olhamos pelos diferentes segmentos - pretos, pardos e brancos - fica evidente a maior mortalidade de mulheres e homens pretos por HIV/Aids.

Tabela 4: Taxa de mortalidade por HIV/AIDS (100.000 hab.) de jovens de 10 a 24 anos, segundo raça/cor e sexo

Cor/Sexo	Branco	Preta	Parda	Negra
Homens	1,6	3,3	1,4	1,7
Mulheres	1,2	2,5	1,0	1,2

Fonte: FSEADE - Indicadores de Desigualdade Racial

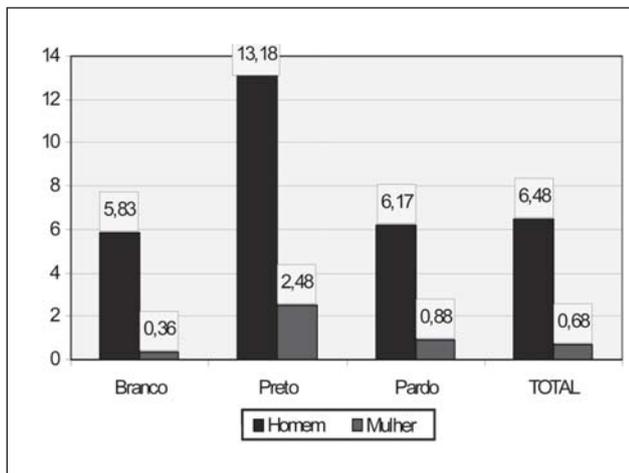


Figura 3: Taxa de mortalidade por alcoolismo de jovens de 10 a 24 anos, segundo sexo e cor. Região Sudeste, 2000.

Entre as jovens pretas a taxa de mortalidade por alcoolismo é de 2,48 e entre os jovens pretos é de 13,18/100 mil (BRASIL, 2005).

A Tabela 5 abaixo mostra o comportamento da mortalidade de mulheres e homens pretos, pardos e brancos por causas violentas no Brasil, onde se pode ver que: a mortalidade de mulheres e homens pretos é sempre maior que a dos pardos e brancos.

Conclusão

Partimos do pressuposto que existem vários fatores que interferem direta ou indiretamente no processo saúde, doença e morte, entre os quais, destacam-se: a forma como homens e mulheres são construídos socialmente, as desigualdades nas condições de vida e no acesso a bens e ao consumo, ao racismo, à discriminação racial, as doenças raciais/étnicas, a falta de capacidade e de resolutividade dos programas de saúde, a educação; o acesso aos serviços de saúde de qualidade. Os dados apresentados mostram que os jovens negros (pretos + pardos) são suas maiores vítimas.

Retornando à pergunta inicial: O que vem depois destas constatações? E agora, o que é que podemos fazer com estes dados? Qual é o nosso compromisso individual e coletivo? É possível transformar esses números em informação **com** e **para** os jovens? É possível transformar em arte? Em grafite? É possível transformar esses números em um rap? Ou como poderemos mudar estes números?

A questão é como aproximar esses dados, este conhecimento sobre como o racismo provoca doença e morte, da vida cotidiana dos jovens. É preciso encontrar formas de transformar esse conhecimento em práticas de mudança da realidade. Para tanto, os jovens precisam ser e estar envolvidos neste processo exercendo seu protagonismo.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005.
- CASHMORE, E. **Dicionário das relações étnicas e raciais**. São Paulo: Summus, 2000.
- KALCKMANN, S.; SANTOS, C.G.; BATISTA, L.E.; MARTINS, V.M. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**, v.16, n., 2, 2007. p.146-155.
- LOPES, F. Comunicação Pessoal. **3º Seminário Estadual de Saúde da População Negra**. Ribeirão Preto, 12 dez, 2006.
- MINAYO, M.C.S. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003. p.783-791.
- SAFFIOTI, H. Prefácio. SILVA, M.A.M. **Errantes do fim do século**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.
- SEADE. Indicadores de Desigualdade Racial. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/idr>. Acessado em 21 de abril de 2008.
- SEADE. Índice de Vulnerabilidade Juvenil. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/>. Acessado em 21 de abril de 2008.

Tabela 5: Taxa de óbitos por Causas Externas da população adulta (10-64) anos, segundo região, por sexo e raça/cor. Brasil, 2000.

Sexo	Cor	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Masculino	Branco	117,68	70,39	55,21	113,99	141,42	124,07
	Pretos	143,76	78,68	67,11	166,80	215,85	150,64
	Pardos	136,40	111,26	121,21	160,99	173,00	84,77
	Negros	140,31	108,51	114,33	161,61	181,19	101,17
	Total	132,33	104,43	115,43	155,59	165,89	124,44
Feminino	Branca	18,20	12,67	9,49	21,07	19,89	21,08
	Pretas	17,36	11,21	11,36	28,20	21,28	17,72
	Pardas	16,98	15,33	15,42	21,91	19,02	12,06
	Negras	17,04	15,01	14,95	22,50	19,44	13,50
	Total	19,59	15,43	13,06	25,04	21,12	20,86

Fonte: FUNASA, 2005.