

Desigualdades Raciais na Mortalidade de Adolescentes: determinação biológica, social ou racismo institucional

Anna Volochko¹

O mito da democracia racial, construído pelo modelo de relações raciais no Brasil, ao negar o racismo (FREIRE, 1933; PIERSON, 1971) e, conseqüentemente, ao não analisar os indicadores de saúde desagregados por cor, ocultou, durante muito tempo, as desigualdades na situação de saúde da população preta e parda comparada com a da população branca. Por isso se utiliza a classificação de cor atual da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE): branca, preta, parda, amarela, indígena e não informada, onde o termo 'negro' refere-se ao conjunto de pretos e pardos.

Todavia, desde o primeiro Censo da população brasileira (1872), o quesito cor vem sendo colhido e analisado, exceto em 1900, 1920 e 1970 (PETRUCELLI, 2000), revelando a situação socioeconômica desfavorável da população negra. A distribuição da população brasileira por cor e sexo variou regionalmente, em 2000, levantando questões complexas sobre os critérios de classificação por cor e seu significado que não serão aqui abordados. No Censo daquele ano, a proporção de pessoas sem informação sobre cor era desprezível.

(Ver Anexo, na p. 11)

No âmbito do trabalho, aos negros são destinados principalmente trabalhos marginais, temporários e precários e postos menos qualificados e pior remunerados (CHAIA, 1988). Em ocupações iguais, negros chegam a receber menos da metade do salário pago a brancos e o desemprego aberto e encoberto é maior entre eles (BARROS et al, 1990). O mercado de trabalho é negativamente seletivo em relação ao negro e, para Barbosa (1999), o racismo é parte estrutural do processo de produção e reprodução do capital.

Quanto à educação, Hasenbalg (1979) verificou fenômeno semelhante ao da esfera do trabalho. A proporção de negros sem acesso ao ensino formal é o triplo da dos brancos, seu ingresso mais tardio, a evasão escolar mais precoce e maior, além de essa população obter escolaridade menor que brancos de mesma situação social. O retorno, em termos de inserção ocupacional e renda, também é menor que a dos brancos com mesma escolaridade.

O processo brasileiro de formação capitalista implicou na produção e reprodução de complexa rede de inclusões e exclusões sociais. A industrialização e modernização criaram

e recriaram critérios particulares e temporais de seleção social geradora de desigualdades. A revolução burguesa transformou grupos considerados inferiores – negros, índios e imigrantes – em trabalhadores, mas não em cidadãos. Às desigualdades foram incorporadas diversidades raciais e de classe social, amalgamando uma dupla discriminação de classe e raça (IANNI, 1991). Seus efeitos cumulativos se evidenciam pela diferente apropriação econômica de bens, serviços e direitos sociopolíticos comparados à dos brancos, conduzindo a desvantagens intergeracionais cumulativas e conseqüente aumento da vulnerabilidade aos fatores de risco de doenças (CUNHA, 2001).

O quesito cor só foi incluído na Declaração de Óbitos do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde em 1996 por recomendação do Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra, que também propôs sua introdução nos demais documentos do SUS, para possibilitar diagnósticos epidemiológicos em grupos raciais. Mas, em 2000, 15,7% dos óbitos no país não tinham registro de cor, 7,8% na região Sul, 11,5% na Sudeste, 13,4% na Norte, 15,2% na Centro-Oeste e 29,9% na Nordeste.

Estudo sobre as desigualdades raciais na mortalidade na região Sul (VOLOCHKO, 2005) mostrou que os adolescentes (10 a 19 anos) constituíram o segundo maior grupo populacional (19,8%), suplantados apenas pelos adultos (20-59 anos, 53,2%). Sua taxa de mortalidade específica foi a menor entre as mulheres e a segunda menor entre homens. Não obstante, em 11,9% dos adolescentes que morreram a cor não foi informada. A dimensão do não-registro de cor e o não-conhecimento de sua distribuição entre os vários grupos podem acarretar distorções e sub-registros importantes na mortalidade específica de grupos minoritários como os pretos.

A mortalidade de pardos foi menor que a de brancos em ambos os sexos (em contradição com suas condições de vida piores) sugerindo embranquecimento dos mortos de cor parda, que não será aqui apresentada.

Tanto a mortalidade geral quanto a evitável dos rapazes pretos foi 40% maior que a dos brancos enquanto as das moças pretas foram ambas 20% maiores

¹Médica Sanitarista, Mestre em Saúde Pública; Doutora em Ciência pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Membro do Grupo Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo. Contato: volochko@isaude.sp.gov.br

que a das brancas.

As principais causas de morte dos adolescentes pretos foram (em ordem decrescente): homicídios com taxa específica de mortalidade 2,4 vezes maior que a dos brancos; afogamentos, 70% maior que a dos brancos; atropelamentos, 40% maior; suicídios, 50% maior; mortes violentas de intencionalidade desconhecida, 30% maior; aids, 16 vezes maior e epilepsia, 6,4 vezes maior que a de brancos.

Este trabalho reitera os resultados de outros estudos que mostram a maior mortalidade de jovens pretos por causas violentas, em especial homicídios, uma expressão incontestada de racismo. A maior mortalidade por afogamento e atropelamento revela a exclusão dos pretos de atividades de lazer seguras e supervisionadas e da ausência de intervenções de segurança no trânsito nas periferias. Surpreendente e indicadora das pressões psicológicas do racismo é a maior taxa de suicídios dos adolescentes pretos, classicamente durkheimiana.

Todas as causas externas de morte são consideradas evitáveis embora seja consenso que a maior parte de sua evitabilidade esteja no campo das políticas públicas inter-setoriais. Ainda assim, o acesso oportuno e o tratamento de qualidade adequado dos traumas pelos serviços de saúde podem reduzir a mortalidade por essas causas em uma proporção ainda pouco estudada no Brasil.

A evitabilidade das mortes por aids e epilepsia, em especial entre jovens, são mais claramente ligadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde. A infecção de adolescentes pelo HIV pode ser através da transmissão vertical, do uso de drogas injetáveis e/ou de práticas de sexo desprotegido. A transmissão vertical do HIV pode ser praticamente evitada pelo diagnóstico da infecção na mãe, seu tratamento efetivo durante a gestação e parto, referência para parto cirúrgico, manipulação do leite materno ou alimentação artificial e tratamento anti-retroviral profilático de recém-nascido. Para jovens usuários de drogas, projetos específicos dos serviços de saúde mental e de redução de danos com distribuição de seringas descartáveis e educação para sexo protegido têm logrado reduzir a transmissão por essa via. No caso da transmissão sexual, as campanhas educativas e programas de distribuição de preservativos tanto nos serviços de saúde quanto nas escolas têm mostrado efetividade crescente.

A morte de jovens por epilepsia pode ser reduzida através da melhoria da qualidade de assistência ao parto e do tratamento oportuno e adequado de convulsões na infância e adolescência além de atividades educativas de controle da doença para pais e pacientes.

Para as moças pretas, as principais causas de morte foram (também em ordem decrescente): atropelamentos, 2,9 vezes maior do que para moças brancas; afogamentos, 70% maior; aids, 4 vezes maior; doenças cerebrovasculares, 2,4 vezes maior e homicídios, com mortalidade igual a de brancas. Também para elas as principais causas de morte foram as evitáveis e com

magnitude maior do que a das brancas exceto homicídios, cuja mortalidade foi a mesma.

A magnitude das principais causas de morte de jovens pretos foi sempre maior que a de brancos, sendo coerentes com as percepções de genocídio expressas pelo movimento negro.

Publicação do Ministério da Saúde apresenta a evolução da mortalidade por causas externas nos adolescentes de 10 a 14 anos e nos de 15 a 19 anos nas grandes regiões brasileiras de 2000 a 2003. A mortalidade do segundo grupo foi de 3 a 5 vezes maior que a do primeiro grupo. A região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade por causas externas no país, mas a mortalidade dos adolescentes pretos foi maior do que a dos adolescentes brancos em todas as regiões. O mesmo aconteceu com os adolescentes pardos para todas as regiões exceto na região Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os dados de 2000 para jovens da região Sul do país mostram que há uma grande proporção de óbitos sem registro de cor, sugerindo que as taxas de mortalidade dos pretos são as mínimas e podem vir a ser maiores quando houver melhor registro de cor nos certificados de morte. Os dados do Ministério para o período 2000 a 2003 apontam a persistência de proporção importante de não-registro da cor nos óbitos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

Pode-se depreender dos dados apresentados que, para os pretos, há uma dupla vulnerabilidade, tanto de fatores socioeconômicos, associados às condições de vidas, quanto de fatores de serviços de saúde, relacionados à pior atenção e assistência médica por racismo institucional. Apesar de indicativo, o estudo da mortalidade evitável não elucida como as distintas determinações interagem e se articulam para produzir este quadro epidemiológico, sendo imprescindível o aprofundamento de investigações causais.

É importante salientar como a pressão da sociedade civil organizada e de pesquisadores engajados conseguiu a inclusão, por parte dos técnicos socialmente sensíveis, do quesito 'cor' de forma sistemática na análise das estatísticas oficiais de mortalidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e de natalidade, através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), recebendo destaque na publicação 'Saúde Brasil, 2005 – Uma Análise da Situação de Saúde do Ministério da Saúde' (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Há ainda um longo caminho a percorrer rumo à equidade entre brancos e pretos na saúde e é urgente que as recomendações do Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra, de inclusão do quesito cor nos instrumentos de gestão, gerência e morbidade, sejam operacionalizadas para que se possa revelar o tamanho real da iniquidade. Entretanto a falta de dados de boa qualidade não deve paralisar a investigação das formas particulares que o racismo institucional assume. Pelo contrário, deve estimular os pesquisadores para a

elaboração de desenhos de pesquisa criativos e o ativismo político para a proposição de políticas públicas destinadas a reduzir as desigualdades socioeconômicas entre brancos e negros.

Um último comentário visa a chamar a atenção para a causalidade humana da grande maioria das mortes de adolescentes em geral, indicando de um lado a grande vulnerabilidade desta população e, de outro, apontando para uma sociedade de grande competitividade e violência, na qual as necessidades de inclusão, solidariedade, afeto, lazer e criatividade dos adolescentes não vêm sendo atendidas satisfatoriamente.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, M.I.S. **Racismo e Saúde**. Tese [Doutorado] - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
 BARROS, R.P. et al. Vivendo em sobressalto: composição étnica e dinâmica conjuntural do mercado de trabalho. **VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais**, 2, 1990.
 CHAIA, M. **Negro: entre o trabalho forçado e o**

trabalho restrito. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, 1988. 2(2): 38-43.

CUNHA, E.M.G.P. da. **Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala: Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. Rio de Janeiro: Schmidt, 1933.

HASENBALG, C.A. Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

IANNI, O. 1991. A questão racial no Brasil. In **CEDEPLAR. Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo**. Belo Horizonte, CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil, 2005 - Uma Análise da Situação de Saúde do Ministério da Saúde**. Brasília, 2005.

PIERSON, D. **Branco e pretos na Bahia. Estudo de contato social**. São Paulo: Ed. Nacional, 1971.

VOLOCHKO, A. **Mortalidade evitável na região Sul do Brasil, 2000: Desigualdades raciais e sexuais**.

Tese (Doutorado) - Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005.

Anexo

Tabela 1. Distribuição da população por sexo e raça/cor (%). Brasil e Regiões, 2000

	Branco		Pretos		Pardos		Amin		Ign		Total		Pop Geral
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Brasil	25,8	27,9	3,2	3,0	19,4	19,1	0,4	0,5	0,4	0,4	49,2	50,8	169.872.726
Norte	13,5	14,6	2,8	2,2	32,8	31,2	1,0	0,9	0,6	0,6	50,6	49,4	12.911.047
Nordeste	15,4	17,6	4,0	3,7	29,0	29,0	0,2	0,3	0,4	0,4	49,0	51,0	47.782.361
Centro-Oeste	24,1	25,7	2,5	2,1	22,3	21,4	0,6	0,6	0,3	0,3	49,9	50,2	11.638.536
Sudeste	29,9	32,5	3,4	3,2	14,9	14,6	0,5	0,5	0,3	0,3	48,3	51,7	72.430.073
Sul	40,9	42,7	1,9	1,8	6,0	5,5	0,4	0,4	0,2	0,2	49,4	50,6	25.110.228

Fonte: Dados do Censo de 2000. FIBGE.

