



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Batista, Luís Eduardo

Masculinidade, raça/cor e saúde

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 1, janeiro-março, 2005, pp. 71-80

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010113>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Masculinidade, raça/cor e saúde*

Masculinity, race/color and health

Luís Eduardo Batista¹

Abstract Studies indicate that in Brazil blacks have less formal education, lower salaries, reside in peripheral neighborhoods in large urban centers and are excluded from various social rights. This study is based on the hypothesis that health, sickness, and death are socially constructed processes demarcated by the social space occupied in society by men and women, blacks and whites. This article analyses the mortality profile of black and white men as registered in the death certificates emitted by the State of São Paulo in the year 1999. Rates of mortality were analyzed according to basic causes, according to the groups of ICD-10 [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems], and to the race/color: black and white. This study indicates that when rates of mortality of black and white men are compared, mental illnesses (alcoholism and drug addiction); infectious and parasitic diseases (tuberculosis and HIV/Aids) as well as external causes (homicides) are more frequent causes of death among black men.

Key words Race/color, Mortality, Inequity, Masculinity and gender

* Texto originalmente apresentado na mesa “Exclusão social” do 2º Seminário Internacional/ 1º Seminário Norte-Nordeste Homens, Sexualidade e Reprodução: Tempos, Práticas e Vozes. Recife, 17 a 20 de junho de 2003. Batista (2004a).

¹ Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança. Rua Santo Antônio, 590/2º andar, 01314-000, São Paulo SP.
ledu@isaude.sp.gov.br

Resumo Estudos apontam que, no Brasil, os negros possuem menor escolaridade, menor salário, residem nos bairros de periferia das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais. Parte-se da hipótese de que o processo saúde, doença e morte é construído socialmente e demarcado pelo espaço social que homens e mulheres, brancos e negros, ocupam na sociedade. Este artigo analisa o perfil da mortalidade de homens brancos e negros, por meio dos registros de óbitos do Estado de São Paulo do ano de 1999. Examina as taxas de mortalidade por causa básica, reunidas por grupos de causas da CID-10, entre a raça/cor: branca e negra. O estudo evidencia que, quando se compara a taxa da mortalidade de homens negros e brancos, os negros morrem mais que os brancos. Dentre as causas de morte dos homens negros, destacam-se os óbitos por transtornos mentais (uso de álcool e outras drogas); doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e HIV/Aids) e causas externas (homicídio).

Palavras-chave Raça/cor, Mortalidade, Desigualdades, Masculinidade e gênero

Introdução

Estudos sobre as desigualdades sociais em saúde relacionam as condições sociais, econômicas e políticas de um grupo populacional/social ao perfil de saúde (Barata *et al.*, 1997). Castelhanos (1997), Viana *et al.* (2001), Barros (1997) e Brasil (2002) evidenciam que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Estes trabalhos mostram desigualdades no perfil de saúde entre as regiões do País, entre sexos, idade e entre diferentes segmentos de classe social, todavia poucos associam a inserção social desqualificada/desvalorizada dos negros em nossa sociedade aos indicadores de saúde.

A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros condiciona a sua forma de viver como grupos sociais. Batista (2002), analisando dados da Pesquisa de Condições de Vida (PCV, 1998-FSeade), registra que, no Estado de São Paulo, escolaridade, renda, condições indesejáveis para habitação e acesso a saneamento básico e a bens de consumo são sempre menores/piores entre os negros. O autor se utiliza do aporte de Cashmore (2000) para enfatizar que a desvantagem dos negros quanto a salário, educação, habitação e a exclusão de vários direitos sociais perfaz um quadro de vulnerabilidade social (Ayres *et al.* 1999).

Os dados de São Paulo confirmam o que já havia sido encontrado em estudos de abrangência nacional desenvolvidos por Paixão (2003), Soares (2000) e Henriques (2001). De fato, Soares, em análise das PNADs (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios), de 1987-1998, realizada em 2000 para o Ipea (Instituto de Pesquisas Avançadas), mostra diferenças de salário e inserção no mercado de trabalho entre homens brancos e negros, a estes sendo reservados os menores salários, as piores funções e as atividades menos qualificadas. Nesse sentido, Henriques (2001) afirma *A constatação incontrovertível que se apresenta é que nascer de cor parda ou cor negra aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre.*

Estudos evidenciam a maior mortalidade das crianças negras (Tamburo, 1987; Cunha, 2001); a maior mortalidade materna entre as mulheres negras (Martins & Tanaka, 2000) e a maior mortalidade por HIV/Aids entre os negros (Werneck, 2001; Batista, 2002; Lopes & Batista, 2003). No que diz respeito à mortalidade masculina, Barbosa (1998) enfatiza as mais altas taxas de mortalidade por causas externas dos homens negros residentes na cidade de São Paulo.

Este trabalho tem como objetivo apontar as diferenças no perfil da mortalidade dos homens negros e brancos, residentes no Estado de São Paulo, com enfoque nas desigualdades raciais. A análise comparativa será realizada a partir de três grupos de causas de morte: mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais e causas externas.

Metodologia

Para alcançar os objetivos do presente trabalho, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/Datasus/FSeade), ano de 1999, fornecido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – FSeade. Foi analisada a mortalidade pelo grupo de causas de morte da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.

A taxa de mortalidade específica por sexo e raça/cor foi calculada pelo número de óbitos por grupos de causas e raça/cor específica, dividido pela população de raça/cor específica multiplicada por 100 mil.

No atestado de óbito há cinco variáveis para designar a cor da pele, as quais se baseiam nas categorias do IBGE – negro, pardo, branco, amarelo e indígena. Ao se utilizar o termo negro neste trabalho, está-se referindo à somatória das variáveis negro mais pardo (Petrucelli, 2002) ou ainda a uma construção sociocultural – população negra – dependendo do contexto.

Cabe salientar que a cor nos dados populacionais é auto-referida pelo entrevistado, enquanto, no atestado de óbito, quem define raça/cor é um profissional de saúde. Portanto, ao calcular as taxas, pode ocorrer “erro” difícil de ser mensurado.

Será analisada, neste trabalho, a mortalidade dos negros em relação aos brancos, pois pode de haver dúvidas sobre a cor de um pardo, especialmente quanto à heteroreferência mas não de um negro ou de um branco. Os pardos, amarelos e indígenas não serão objeto de análise neste momento.

Batista *et al.* (2004), ao realizar o teste de χ^2 , constataram que existe associação significante entre causas de óbito e raça/cor. Observaram que, no gráfico multidimensional, a mortalidade de negros e pardos é distinta; em alguns grupos de causas, as mortes são as mesmas, mas a intensidade da mortalidade dos negros é maior do que a dos pardos.

Cabe salientar ainda que, apesar de o Sistema de Informação de Mortalidade possuir campos para informar escolaridade e ocupação/ramo de atividade, seu preenchimento é deficiente, dificultando realizar proxy do status socioeconômico do indivíduo e sua raça/cor e ou causa de morte. Tal dificuldade, porém, não inviabiliza o estudo.

Resultados e discussão

O perfil da mortalidade

Quando se analisa a taxa de mortalidade por sexo e idade na população do Estado de São Paulo, constata-se a maior mortalidade dos homens em relação às mulheres (Tabela 1). Na busca de sentido para essa diferença de mortalidade, Chor *et al.* (1992) indicam vários autores que explicam a maior mortalidade masculina pelas diversas situações de risco às quais os homens estão expostos em nossa sociedade.

Laurenti (1998), ao estudar o *Perfil epidemiológico da saúde do homem nas Américas*, afirma que os diferenciais de morbi-mortalidade de homens e mulheres podem ser socialmente determinados pelo estilo de vida, costumes, há-

bitos e comportamentos sociais, urbanização e nível socioeconômico: *É indiscutível que a desvantagem masculina é resultado da ação de diferentes fatores de risco ligados ao biológico e outros tantos ligados ao gênero, isto é, comportamentais, culturais e sociais. [...] Assim, certos fatores comportamentais, mais do que biológicos, favorecem ou propiciam, do ponto de vista de gênero, a maior freqüência de determinados agravos ou mesmo maior letalidade, em um sexo ou no outro* (Laurenti, 1998).

O autor defende a idéia de que a forma pela qual os homens são construídos socialmente relaciona-se diretamente com a prevalência de óbitos masculinos por câncer de pulmão, mortes violentas (homicídio, suicídio e acidente por veículo a motor), alcoolismo e DSTs/HIV/Aids. Contudo, há que se perguntar: existe diferença na mortalidade por essas causas entre brancos e negros?

Considerando que as condições sociais provocam impactos na saúde; que associamos as piores condições de vida e acesso a bens e serviços de saúde de qualidade à mortalidade por tuberculose, malária, doença de Chagas, HIV/Aids, alcoolismo, morte materna, morte sem assistência, morte por causas mal definidas e causas externas; e sendo a população negra aquela

Tabela 1

Total e taxa de óbito (CID-10) dos residentes no Estado de São Paulo, segundo causas sexo e raça/cor, ESP, 1999.

	Homens				Mulheres				TOTAL
	Brancos Taxa	Negros Taxa	Outros Taxa	Total Taxa	Brancas Taxa	Negras Taxa	Outras Taxa	Total Taxa	
Total	750,60	954,23	528,28	809,05	481,31	517,01	285,01	512,39	656,70
Infecciosas	36,25	67,28	30,36	42,74	19,30	31,01	16,11	22,54	32,37
Neoplasias	108,55	87,00	50,76	108,66	81,72	74,80	41,43	83,82	95,90
D. do Sangue	2,28	2,21	1,60	2,45	2,10	1,39	1,31	2,22	2,33
D. Endócrinas	25,92	30,75	14,22	26,77	29,78	39,74	17,89	31,94	29,43
T. Mentais	6,38	19,58	6,14	7,86	1,92	3,29	1,06	2,07	4,89
Sis. Nervoso	9,80	11,44	5,13	10,02	7,41	5,44	3,35	7,39	8,67
Circulatório	212,93	244,45	114,59	219,26	174,48	199,59	98,22	184,25	201,28
Respiratório	77,37	72,52	40,73	79,29	56,34	43,79	30,97	58,58	68,66
Digestivo	46,41	44,40	28,76	48,24	20,94	21,90	13,08	22,25	34,89
Pele	0,86	1,65	0,55	0,94	1,23	1,39	0,49	1,25	1,10
Osteomuscular	1,00	1,10	0,44	0,96	2,19	2,02	1,06	2,24	1,62
Geniturinário	10,68	11,03	5,08	10,78	8,77	9,75	5,09	9,32	10,03
Malformações	7,01	3,45	3,87	7,38	5,54	2,28	3,68	6,07	6,71
Mal Definidas	47,38	74,73	30,25	53,75	29,49	42,02	16,74	33,09	43,14
Causas Externas	136,23	274,37	183,03	165,66	23,26	30,37	22,25	25,61	93,74
Total (N)	93.000	6.921	23.073	141.446	64.512	4.085	12.155	94.579	236.025

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – FSeade. Tabulações Especiais: Instituto de Saúde – SES/SP.

Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes.

que, em nossa sociedade, possui as piores condições de vida, então a mortalidade por tais causas provavelmente será maior para os negros.

No ano de 1999, ocorreram 236.025 óbitos no Estado de São Paulo: 141.446 de homens e 94.579 de mulheres; 93 mil eram homens brancos (perfazendo 750 óbitos a cada 100 mil homens brancos); 6.921, negros (954 por 100 mil homens negros); 23.073, pardos, amarelos e indígenas (528 por 100 mil homens pardos, amarelos e indígenas) e 18.452 óbitos masculinos, cuja cor foi ignorada. Como se observa, a taxa de mortalidade é maior entre os homens negros (Tabela 1).

Doenças infecciosas e parasitárias

As doenças infecciosas e parasitárias são a sexta causa de morte no Estado; em 1999, foram responsáveis por 11.633 óbitos. De cada 100 mil pessoas, 32,37 morreram em função destas doenças. Dentre elas, HIV/Aids (9,81 por 100 mil habitantes) é a principal causa de morte, seguida pela tuberculose (4,09 por 100 mil).

Dentre as tuberculoses, a respiratória registra maior número de ocorrências; foram 1.287 óbitos em 1999, a taxa de mortalidade foi de 5,82 por 100 mil homens e 1,56 para cada 100 mil mulheres. Quando se compara a taxa de mortalidade de negras e brancas, verifica-se que as negras morrem mais (4,94 por 100 mil mulheres negras, contra 1,56 por 100 mil mulheres brancas). A tuberculose respiratória teve maior incidência entre os homens negros (16,13 por 100 mil, sendo de 4,88 por 100 mil entre os homens brancos) (Gráfico 1). A razão entre a taxa de mortalidade indica que as mulheres e os homens negros morrem três vezes mais que os brancos por tuberculose.

Como pode uma doença perfeitamente curável causar a morte de um número tão expressivo de pessoas no Estado de São Paulo, considerado como o mais avançado do País? Por que as mulheres e homens negros morrem três vezes mais que os brancos? Por que as taxas de mortalidade são tão expressivas entre os homens?

Talvez a dificuldade de acesso aos serviços de saúde possa ser uma das respostas a essas perguntas. Tradicionalmente, os Centros de Saúde são tidos como locais para atendimento de mulheres e crianças. O homem procura mais o pronto socorro e a farmácia (por não ir a serviços de saúde, o diagnóstico é geralmente tardio), locais em que a organização do serviço não favorece o diagnóstico e tratamento da tubercu-

lose, por exemplo. Pode ser que a tuberculose tenha sido diagnosticada no ambulatório, mas o cliente não entende que deve procurar o Centro de Saúde para dar continuidade ao tratamento.

Segundo Galesi (1999) a tuberculose é uma doença da “pobreza”; daqueles que têm baixa escolaridade, ocupações pouco qualificadas, que comem mal, moram mal e não têm acesso aos serviços de saúde.

A dificuldade de acesso e a má-qualidade da atenção podem estar colaborando para este quadro da mortalidade dos negros. A dificuldade de as pessoas com menor escolaridade e renda se perceberem em risco e aderirem ao tratamento é uma questão a ser considerada em estudos futuros.

Quanto ao HIV/Aids, nos últimos anos, estudos apontam um processo de “feminização”, interiorização, proletarização e pauperização da epidemia; a transmissão heterossexual e as mudanças na razão homem/mulher também são evidenciadas por autores como Bastos (1999; 2000). *A epidemia de Aids vem apresentando taxas de incidência substancialmente mais elevadas nas regiões periféricas (e mais pobres), entre os trabalhadores menos qualificados e/ou pessoas com menor grau de escolarização. Essas alterações se fazem acompanhar por alterações na razão homem/mulher entre os casos da doença – com o incremento da participação proporcional das mulheres – e pelo estabelecimento de um diferencial sociogeográfico no tempo de sobrevida das pessoas com Aids (menor entre as pertencentes às áreas mais pobres e segmentos mais pobres). Na dinâmica da epidemia, essas regiões da periferia sobressaem como categorias de exposição à transmissão heterossexual (Bastos, 1999).*

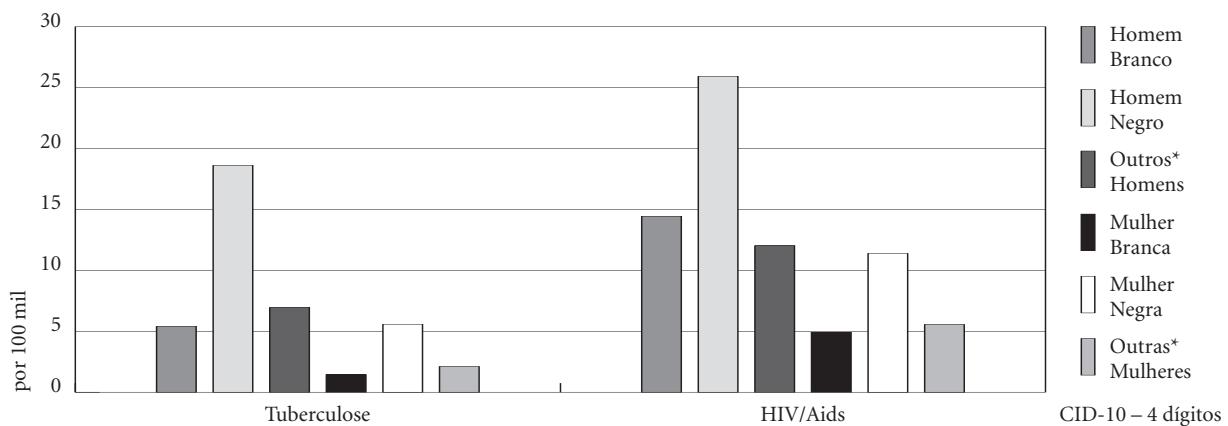
Em 1999, ocorreram 3.525 óbitos por HIV/Aids no Estado de São Paulo. A taxa de mortalidade masculina é de 14,61 por 100 mil homens; a das mulheres é de 5,46 por 100 mil mulheres.

As taxas de mortalidade por HIV/Aids foram de 25,92 para homens negros, e de 14,44 para brancos. Dentre as mulheres, as taxas são de 11,39 e 4,92 para as negras e brancas respectivamente (Gráfico 1). A razão entre a taxa de mortalidade de mulheres negras sobre brancas indica que as mulheres negras morrem 2,3 vezes mais que as brancas por HIV/Aids. Os homens negros morrem 1,7 vezes mais que os brancos, por HIV/Aids. Os dados mostram que, além de estar feminilizando, proletarizando e pauperizando, a morte por Aids está “enegrecendo”.

Os dados aqui apresentados, ao mostrarem maior mortalidade por Aids entre mulheres e

Gráfico 1

Taxa das principais causas de óbitos das doenças infecciosas e parasitárias, segundo sexo e raça/cor. Estado de São Paulo, 1999



Outros(as): pardos, amarelos, indígenas

homens negros, induzem a pensar no comportamento sexual dessa população. Fazem repensar o acesso aos serviços, pensar como são vistas a prevenção ao HIV/Aids e a percepção de risco para este segmento. Diante desse quadro – pauperização, comportamento sexual, acesso a serviços e discriminação social –, Lopes (2003) discute o impacto da escolaridade nos cuidados e na prevenção ao HIV/Aids e o impacto da discriminação racial na atenção às mulheres negras vivendo com HIV/Aids.

As mulheres negras apresentam as piores condições de escolaridade, moradia, rendimento individual e familiar. Deixam de receber orientação anterior e posterior ao teste e, após terem chegado ao serviço especializado de saúde, tiveram menos chances de receber informações corretas e adequadas sobre os exames de CD4 e carga viral, sobre redução de danos no uso de drogas injetáveis e sobre uso de anti-retroviral para recém-nascido. Ainda no serviço especializado elas relataram mais dificuldade em entender o que os médicos infectologistas e ginecologistas diziam; maiores dificuldades em tirar dúvidas e falar sobre suas preocupações e em conversar sobre sua vida sexual e solicitar orientação (Lopes, 2003).

Qual o impacto da discriminação racial na atenção à saúde dos homens negros vivendo com HIV/Aids? Verificar como a população negra reage à informação que recebe sobre o HIV/Aids; como tal informação é assimilada e quais

as condições de acesso a medicamentos básicos das mulheres e homens negros, também merecem investigações.

Quando se constata que os anti-retrovirais reduzem a mortalidade por Aids, cabe questionar se brancos e negros possuem o mesmo acesso aos medicamentos. Será que possuem igual acesso à informação, ao diagnóstico e aos meios de prevenção? Será que têm o mesmo padrão de adesão ao tratamento com anti-retrovirais?

A organização de programas de prevenção para o HIV/Aids tem se baseado nas diretrizes e estratégias que viabilizam o aumento da informação sobre formas de transmissão e estratégia de prevenção da epidemia (Badiani, Quental & Santos, 1997). As mensagens são divulgadas amplamente nos meios de comunicação de massa. No entanto, o tipo de mensagem divulgada a respeito de DSTs e HIV/Aids não está tirando dúvidas e/ou provocando mudanças no comportamento e na percepção de risco da população com menor escolaridade, menor acesso a bens de consumo e piores condições de vida (Badiani, Quental & Santos, 1997).

Será que a forma pela qual a informação/divulgação sobre HIV/Aids é realizada tem impacto entre mulheres e homens negros? Será que a ausência de negros nas campanhas de HIV/Aids não colabora para que essa população não se perceba em risco? A inclusão de negros em campanhas publicitárias não é uma

possibilidade estratégica de educação e prevenção a ser considerada?

Os dados desafiam o Programa Estadual e Nacional de DST/HIV/Aids a ampliar o acesso a insumos, diagnóstico e ao tratamento dessa população. Desafiam o Programa a mostrar num futuro próximo os diferenciais entre brancos e negros em relação às categorias de exposição, assim como a conhecer os diferenciais na tendência da epidemia.

Transtornos mentais e comportamentais

No ano em estudo, ocorreram 1.757 óbitos por transtornos mentais no Estado. A taxa de mortalidade feminina foi de 2,07 por 100 mil mulheres e a masculina de 7,86 por 100 mil homens. Quando se compara a taxa de mortalidade entre negros e brancos, constata-se que a taxa de mortalidade das mulheres negras superaram a das brancas 3,29 e 1,92 respectivamente. A razão entre taxas mostra que as mulheres negras morrem 1,7 vezes mais que as brancas por transtorno mental.

Dentre os homens, houve maior ocorrência de mortalidade dos negros (19,58 por 100 mil) em relação aos brancos (6,38 por 100 mil). Quando se verifica a razão entre taxas, os homens negros morrem três vezes mais que os brancos por transtorno mental. Quando a mortalidade se deu em função da demência, *delirium* e transtornos da personalidade, houve maior mortalidade de homens brancos. Quando a causa morte relacionava-se ao uso de álcool, as maiores taxas estão entre os homens negros.

Para Medrado (1997), o ato de beber pode estar associado a desafios, riscos, mistério. A habilidade de beber também se relaciona com os estereótipos masculinos, a socialização, a competitividade, a conquista e a atração. Como explicar a maior mortalidade dos homens negros? Os dados disponíveis não permitem responder a essa questão, mas uma hipótese é que talvez algumas das maiores causas da mortalidade dos homens negros por uso de álcool e outras drogas, sejam seu estilo de vida, o tempo livre em função do desemprego (e do trabalho esporádico/informal). Homem sem qualificação, sem trabalho e sem salário é um homem fragilizado, tem sua família em piores condições de vida e menor poder de negociação no interior dessa família. Considerando que estamos numa sociedade que atribui e cobra do homem o papel de trabalhador/provedor, essa situação cria, no imaginário masculino, uma idéia de impotênc-

cia e, nesse caso, o bar, os amigos do bar, o álcool e as drogas podem ser interpretados por alguns como possibilidades de reavivar sua masculinidade e auto-estima.

A análise dos dados por transtornos mentais aponta a necessidade de se criar, nos grandes centros urbanos, serviços extra-hospitalares, serviços residenciais terapêuticos ou unidades psiquiátricas para portadores de transtornos mentais em decorrência de álcool e outras drogas.

A realidade da saúde mental dos homens e mulheres negros, à luz dos dados de morbidade, mortalidade, e contrapondo-se à fala dos usuários dos serviços de saúde mental e profissionais de saúde, mereceria melhor atenção em estudos futuros.

Causas externas

Quanto às causas externas, em 1999 a taxa foi de 93,74 por 100 mil pessoas (33.691). As diferenças entre os sexos estão expressas nas taxas de mortalidade – 165 e 25,61 por 100 mil para homens e mulheres respectivamente.

Dentre as mulheres, prevalecem a mortalidade das mulheres negras 30,37 por 100 mil mulheres negras, contra 23,26 por 100 mil mulheres brancas. Entre os homens, prevaleceu maior mortalidade de negros: 274,37, contra 136,23 de homens brancos. A razão entre taxas de óbito por causas violentas mostra que os homens negros morrem duas vezes mais que os brancos (Tabela 2).

Quando se analisa a pirâmide populacional segundo a raça/cor, atenta-se à queda abrupta do percentual de homens negros na faixa etária de 20 a 34 anos. Também observada nos homens brancos, essa queda entretanto é menos acentuada. Outro dado populacional importante é que se espera que o percentual da mortalidade tenha relação com o percentual populacional; no entanto, os homens negros perfazem 2% da população do Estado e a proporção de morte por causas violentas entre eles é de 7% (Batista, 2002).

Ao se analisar a taxa de mortalidade por causas externas segundo a idade, percebe-se que até os cinco anos morreram mais brancos do que negros. Essa diferença pode ser apenas casual, já que o número absoluto de óbitos por causas externas nessa faixa etária é pequeno. A partir de dez anos, morrem muito mais negros que brancos, evidenciando uma maior exposição dos homens negros à violência (Tabela 2).

Tabela 2

Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas, segundo sexo, raça/cor e faixa etária.
Estado de São Paulo, 1999

Faixas Etárias	Homens		Mulheres		Brancos	Negros
	Brancos	Negros	Branca	Negras		
< 1 ano	0,38	0,15	0,38	0,18	0,45	0,16
1 a 4 anos	18,97	14,25	13,55	11,04	16,31	12,77
5 a 9 anos	16,93	14,06	8,29	11,49	12,77	12,90
10 a 14 anos	24,72	30,90	8,92	11,38	16,68	21,14
15 a 19 anos	153,76	320,07	21,84	35,33	87,15	191,48
20 a 24 anos	248,50	768,80	24,72	30,06	133,55	357,86
25 a 29 anos	240,90	572,24	19,66	43,01	125,36	303,76
30 a 34 anos	207,19	494,64	21,25	28,99	108,75	220,36
35 a 39 anos	175,89	281,90	19,36	40,03	92,71	162,37
40 a 44 anos	144,95	180,84	18,40	23,74	75,38	94,16
45 a 49 anos	144,95	180,84	18,40	23,74	75,38	94,16
50 a 54 anos	111,84	165,05	19,20	30,78	65,56	88,73
55 a 59 anos	120,48	127,86	25,26	27,93	71,03	81,32
60 a 64 anos	121,13	224,19	24,05	19,15	67,73	94,47
Total	136,23	274,37	23,26	30,37	77,53	147,15

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – FSeade.

Tabulações especiais: Instituto de Saúde – SES/SP.

Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes.

Dentre as principais causas de morte por causas externas, estão as agressões com arma de fogo, as agressões não-especificadas, agressões com objetos contundentes, os homicídios. Os acidentes com veículos a motor estão entre as quinze principais causas de morte dos homens brancos, enquanto entre os homens negros a morte por essa causa foi de pedestres traumatizados em outros acidentes de transporte.

Há uma maior mortalidade dos homens negros por agressão com arma de fogo, agressão com objeto contundente e objeto não identificado, justificada, talvez, por falta de opções de lazer, ter o bar como espaço de socialização, a arma como diversão e “nada a perder” na vida.

Maria Inês Barbosa, em sua tese *Racismo e saúde*, estudou o perfil da mortalidade dos negros na cidade de São Paulo e relatou que: O perfil mais crítico de saúde da população negra na cidade de São Paulo, quando comparado ao da população branca, se revela, a nosso ver, fundamentalmente pelo peso das causas externas no conjunto das causas de morte; pela semelhança do perfil de mortalidade proporcional por faixa etária da mulher negra com o homem branco, contrariando os diferenciais por sexo normalmente encontrados – é mulher, mas é negra; pela prematuridade dos óbitos –, o negro morre antes.

O perfil de mortalidade do homem negro, objeto escolhido por esta autora para analisar a relação racismo-saúde, o foi enquanto elemento privilegiado nos marcos de uma sociedade que se pauta por classe, gênero e raça. Cabe ao homem negro o maior ônus desse processo, uma vez que se configura como antítese do modelo de cunho patriarcal. Por que o homem negro? Por que o racismo impede o homem negro de cumprir, de modo pleno, o papel masculino esperado?

Porque o perfil de mortalidade do homem negro oferece possibilidades de compreensão das condições de vida da família negra, em sua maioria, pautada pela carência em moradia, instrução, emprego e renda, onde se encontram em maior proporção as chefias de mulheres.

Porque deve ser associada a sua morte violenta e precoce à perda de anos de vida produtiva, o que agrava ainda mais o quadro crítico da plena utilização da força de trabalho negra (Barbosa, 1998).

A crise econômica, a política de ajustes, o desemprego, a pobreza e a violência são os principais motivos da explosão da mortalidade por causas externas nos grandes centros urbanos, afirmam Souza & Minayo (1999).

Quanto à relação da mortalidade por causas externas e condições socioeconômicas, as autoras lembram que não se pode fazer uma trans-

posição mecânica das desigualdades sociais para a criminalidade e a desintegração social, mas há uma sinergia entre o agravamento da violência estrutural (a corrupção, os crimes de colarinho branco, a concentração de renda, o desemprego) e o aprofundamento das desigualdades sociais. Para as autoras, *se no passado a piora na distribuição de renda era compensada nos anos 80 pelo crescimento econômico, a estagnação econômica dos anos 90, junto com a piora na distribuição de renda, contribuiu para o aumento da pobreza e da miserabilidade* (Souza & Minayo, 1999). As estudiosas em questão ainda constataram que: *Do ponto de vista conceitual, entende-se que esse acirramento da questão social se expressa no aprofundamento da violência estrutural. Esta, embora se fundamente na economia, reflete-se também na dinâmica das forças políticas e afeta os valores culturais do País.*

[...] Aqui se entende que a forma fundamental da violência é a “estrutural” sendo a partir dela que se pode analisar a criminalidade. Ao se apresentar de forma “naturalizada”, a violência estrutural viceja na legalidade e enseja a falsa visão de que os pobres são “criminosos” e a delinquência é um atributo das classes populares, quando na verdade são esses grupos sociais a maior vítima da violência (Souza & Minayo, 1999).

Enfim, segundo as autoras, o acirramento da tensão social se expressa no aprofundamento da violência estrutural. Se a violência estrutural, a corrupção, os crimes de colarinho-branco, a concentração de renda, o desemprego, a pobreza, a falta de acesso aos bens e serviços são os determinantes da violência, então, os negros são as maiores vítimas.

Os dados apresentados sobre a taxa de mortalidade dos homens negros e brancos residentes no Estado de São Paulo mostram a maior mortalidade dos negros quando comparada à dos brancos.

Os diferenciais no perfil da mortalidade aqui realizados sugerem que, na análise de condições de saúde ou na análise situacional de saúde de um Estado, município ou região se desagregue os dados segundo raça/cor (negro, pardo, branco, amarelo e indígena).

O Estado, município ou região, ao fazerem sua análise situacional, necessitam estabelecer metas diferenciadas para a redução da mortalidade por causas como HIV/Aids, tuberculose, alcoolismo, causas violentas para homens e mulheres de diferentes matizes e etnias.

O princípio da eqüidade propõe “tratamento diferenciado para os desiguais”. Os dados re-

gistraram uma possível relação entre a dificuldade de acesso dos homens negros aos serviços de saúde; a falta de informação para instrumentalizar sua tomada de decisão-vulnerabilidade individual (Ayres *et al.*, 1999); e, finalmente, a falta de atenção das políticas e programas de saúde às especificidades dos negros – vulnerabilidade programática (Ayres *et al.*, 1999). Se o princípio da eqüidade é tratamento diferenciado para os desiguais, então a forma pela qual as ações são realizadas pelos serviços e programas de saúde (realizado de forma integral, desconsiderando os diferenciais supracitados) estão promovendo desigualdades.

A maior mortalidade de mulheres e homens negros no Estado de São Paulo, por causas como doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais e causas externas, mostra a necessidade de gestores estaduais e municipais incluir, em suas prioridades e metas, a questão da saúde da população negra.

A morte por tuberculose apresenta-se como uma “doença da pobreza”; é a doença daqueles que têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pior qualidade da atenção à saúde. A dificuldade dos homens em procurar os serviços de saúde deve ser considerada. Para eles, a prevenção não costuma ser colocada como um tema.

A maior mortalidade das mulheres e homens negros por HIV/Aids indica que o Programa Nacional e Estadual de DST/HIV/Aids precisa incluir a população negra como população vulnerável ao HIV/Aids.

A maneira diferente como homens e mulheres são socializados está relacionada à dificuldade que os homens encontram em adotar medidas preventivas. Somando-se as poucas estratégias de educação e prevenção do HIV/Aids direcionadas à população negra, registra-se maior mortalidade por HIV/Aids entre mulheres e homens negros.

O aprofundamento da violência estrutural e o acirramento das desigualdades sociais, também podem estar relacionados com a maior mortalidade dos homens negros por transtornos mentais e causas externas – agressões com arma de fogo, objetos contundentes, homicídios e atropelamentos. Mas, existe um longo caminho a trilhar no que se refere aos estudos sobre a violência, a masculinidade e sua interface com a questão racial.

As causas de morte dos homens negros analisadas não mostram associação com a doença, mas sim com os “processos sociais relacionados

ao gênero”, com as condições sociais, com a sua dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade, com o desconhecimento do sistema de saúde de seu perfil de saúde-doença e a inexistência de um olhar das políticas públicas e de saúde para esta população-vulnerabilidade programática.

Considerações finais

Estudar a mortalidade dos homens negros implica considerar os homens em relação às mulheres; os negros em relação aos brancos, pardos, amarelos e indígenas; e as vivências e condições de vida de cada um destes grupos sociais. Significa estar atento às relações de gênero, às diferenças existentes dentro das diferenças. Para se efetuar tal análise, é necessário imprimir uma visão dinâmica de saúde como a desenvolvida por Thébaud-Mony: *A saúde, em uma perspectiva sociológica, não é uma manifestação individual, mas um processo social. É possível dizer que a saúde é um processo dinâmico pelo qual o indivíduo se constrói e caminha, processo que se inscreve no corpo, na pessoa, nas marcas do trabalho*.

lho, nas condições de vida, nos acontecimentos, nas dores, no prazer, no sofrimento e em tudo o que constitui uma história individual na sua singularidade, mas também a história coletiva pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se insere (Thébaud-Mony, 2000).

Analizar comparativamente o perfil da mortalidade da população numa perspectiva relational, como aqui se fez possibilita discutir a relação entre a construção social e o processo saúde, doença e morte. A suscetibilidade e a vulnerabilidade social e programática dos negros contribuem para que os agravos de que são vítimas se tornem fatos políticos, além de permitir uma visão crítica sobre as desigualdades raciais e sua interface com a saúde.

Por fim, cabe destacar que a luta do movimento negro no campo da saúde é pela defesa de um Sistema Único de Saúde, que esteja atento às necessidades da saúde das populações negra e indígena; que considere a vulnerabilidade dessas populações em suas ações, metas e estratégias. Um sistema que elabore políticas de saúde a partir de evidências epidemiológicas e que elabore políticas de financiamento a partir do princípio da eqüidade.

Referências bibliográficas

- Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ & Saletti Filho HC 1999. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids, pp. 49-72. In RM Barbosa & R Parker (orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Editora 34-IMS-Uerj, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Badiani R, Quental I & Santos EM 1997. *DST/Aids e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamento de vulnerabilização*. Bemfam, Rio de Janeiro.
- Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N & Veras RP (orgs.) 1997. *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Fiocruz-Abrasco, Rio de Janeiro.
- Barbosa MI 1998. *Racismo e saúde*. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barros MBA 1997. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde, pp. 161-176. In RB Barata, ML Barreto, N Almeida Filho & RP Veras (orgs.). *Eqüidade e saúde: contribuições da Epidemiologia*. Fiocruz-Abrasco, Rio de Janeiro.
- Bastos FI 2000. *A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Rio de Janeiro. (Coleção Abia, Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 3).

- Bastos FI, Telles PR, Castilho E & Barcellos C 1999. A epidemia de Aids no Brasil, pp. 245-268. In MCS Minayo (org.). *Os muitos brasíis: saúde e população na década de 80.* (2ª ed.). Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Batista LE, Escuder MML & Pereira JCR 2004. A cor da morte: estudo de causas de óbito segundo características de raça/cor no Estado de São Paulo, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública* 38(5):630-636.
- Batista LE 2004a. Raça, etnicidade e exclusão social: reflexões sobre saúde, pp. 107-110. In B Medrado, M Franch, J Lyra & M.Brito (orgs.). *Homens: tempos, práticas e vozes.* Instituto PAPAI/Fages/Nepo/Pegacapá, Recife.
- Batista LE 2002. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte.* Tese de doutorado. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara.
- Brasil. Ministério da Saúde 2002. *Anuário Estatístico de Saúde do Brasil.* Brasília, DF.
- Cashmore E 2000. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais.* Ed. Summus, São Paulo.
- Castelhanos PL 1997. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas, pp. 137-160. In RB Barata, ML Barreto, N Almeida Filho & RP Veras (orgs.). *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia.* Fiocruz-Abrasco, Rio de Janeiro.
- Chor D, Duchiade MP & Jourdan AM 1992. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da Região Sudeste, Brasil, 1960, 1970 e 1980. *Revista de Saúde Pública* 26(4):246-255.
- Cunha EMGP 2001. *Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998.* Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Galesi VMN 1999. *Mortalidade por tuberculose no município de São Paulo: análise de uma década, 1986-1995.* Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Guerrero I, Ayres JRCM & Hearst N 2002. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública* 36(4):50-60.
- Henriques R 2001. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90.* IPEA, Brasília. (Texto para discussão, n. 807).
- Laurenti R 1998. *Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero.* Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lopes F 2003. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades.* Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 208 pp.
- Lopes F & Batista LE 2003. A questão racial/étnica da vulnerabilidade ao HIV/Aids. *Boletim Epidemiológico do CRT-DST/Aids* 1:3-8. São Paulo.
- Martins AL & Tanaka ACA 2000. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano* 10(1):27-38.
- Medrado B 1997. *O masculino na mídia.* Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Paixão M 2003. Os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil. *Boletim do Instituto de Saúde* 31:4-6.
- Petrucelli JL 2002. *A declaração de cor/raça no Censo 2000: um estudo comparativo.* IBGE, Rio de Janeiro. (Textos para discussão, n. 6).
- Soares SSD 2000. *O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras.* Ipea, Brasília, DF. (Texto para discussão, n. 769).
- Souza ER & Minayo MCS 1999. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80, pp. 87-116. In MCS Minayo (org.). *Os muitos brasíis: saúde e população na década de 80.* (2ª ed.). Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Tamburo EMG 1987. Mortalidade infantil da população negra brasileira - 1960-1980: notas preliminares, pp. 104-28. In E Berquó. *Nupcialidade da população negra no Brasil.* (Textos Nepo 11).
- Thébaud-Mony A 2000. Trabalho e saúde na nova ordem econômica mundial. In L Scavone & LE Batista (orgs.). *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado.* Laboratório Editorial, Araraquara.
- Viana SM, Santos JRS & Barata RB 2001. *Mediando as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.* Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília.
- Werneck J 2001. A vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Rede Saúde* 23:31-33, São Paulo.

Artigo apresentado em 10/1/2004

Aprovado em 10/6/2004

Versão final apresentada em 24/9/2004