



MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA



RACISMO E SAÚDE

Tese apresentado ao Departamento de Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador

Prof. Assoc. Carmen Vieira de Sousa Unglert

*SÃO PAULO
1998*

"Quem crava uma faca de vinte centímetros nas costas de um homem e depois a puxa quinze centímetros não pode dizer que está fazendo progresso.

Não importa quanta diferença, não importa quanto reconhecimento os brancos demonstrem para comigo; no que me diz respeito, enquanto isso não for demonstrado para com cada um dos (...) [negros] neste país, não existe para mim"

Malcom X, 1964

*A Babá-Egum, Obaluaê e a ti Homem Negro o meu Tributo,
Axé!*

Agradecimentos

À Prof^a. Carmen, a quem posso chamar realmente de orientadora, pelos questionamentos, incentivos, lucidez e atenção dedicada;

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação, em especial, aos do Departamento de Saúde Materno-Infantil, pela orientação recebida durante a realização do curso;

Ao Prof. Joaquim Valente, da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro-RJ, pela prestimosa colaboração;

Aos Professores e Funcionários do Department of Health Management and Police da University of Michigan, em especial, aos Professores Rachid Bashshur e Sherman James;

Ao Professor David Williams do Institute of Social Research – University of Michigan, pelo apoio recebido;

À Sheila Silva pela contribuição prestada

Ao CNPq e CAPES, pelo apoio financeiro recebido;

À Fundação IBGE pelos fornecimento de tabulações especiais;

À Fundação SEADE, em especial à Margarete Jordani, pelo acesso aos dados que constituem a base deste estudo;

Agradeço a Mário Spinosa pela foto de abertura;

À minha família, ao Pai Paulo e amigas(os) com quem partilho os bons e maus momentos;

Aos amigos e Amigas da UFMT;

Aos Funcionários da USP, pelo carinho e colaboração;

Aos irmãos e irmãs estadunidenses, na pessoa de Bonita, pela calorosa acolhida;

Aos irmãos e irmãs sul-africanos, na pessoa de Matsie e família, pela solidariedade e carinho recebidos;

Enfim, a todos que fizeram e fazem parte desta trajetória.

Muito Obrigada!

Barbosa, M.I. Racismo e Saúde. São Paulo, 1998 [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Trata-se de um estudo com o propósito de inserir nas análises das condições de saúde a variável raça, enquanto categoria analítica para avaliar o impacto do racismo na saúde da população negra.

Traça o perfil de mortalidade da população branca e população negra na cidade de São Paulo – SP, em 1995.

Revela um perfil mais crítico de saúde da população negra, especialmente pelo peso das mortes violentas, 4ª causa de óbito para a população branca, 11,4% do óbitos e 2ª causa de óbito para a população negra, 23,4%; pela semelhança do perfil de mortalidade proporcional por faixa etária da mulher negra com o homem branco, 40,7% e 39%, respectivamente, dos óbitos ocorrem antes dos 50 anos, contrariando a diferença por sexo — é mulher, mas é negra; pela maior perda de anos potenciais de vida do homem negro, que perde 40 anos em cada óbito por causas externas, perdendo o homem branco, pela mesma causa, 36 anos. O negro morre antes.

Conclui que o racismo, enquanto categoria analítica, deva ser inserido nas análises da dimensão social do processo saúde-doença.

Barbosa, M.I. Racismo e Saúde. São Paulo, 1998 [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

The objective of this study, is to analyse the health conditions, the races as variable in its analytical category in order to appraise the impact of racism on health of the negro populations, outlining the mortality rates amongst black and white populations in the city of São Paulo – Brazil, in 1995.

The study shows that the black populations have a worse health conditions, specially for the burden of violent deaths, 4^a cause for white populations, 11,4% of deaths and 2^a cause for black populations, 23,4% of deaths; for similarity between black woman and white man in age mortality, 40,7% and 39%, respectively, die before 50 years, in opposition to gender differences in mortality — she's woman but she's black; for more years of life lost for each violent death, 40 years to black man and 36 years to white man. The black populations die before.

This study concludes that racism as analytical category shall be considered in the analysis of the social dimension of the health-illness process.

ÍNDICE

1. DO LINEAMENTO DO PROBLEMA.....	1
1.1. Raça e Classe.....	2
1.2. Racismo e Saúde.....	27
2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE.....	46
3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES	58
3.1. Da mensuração dos dados de mortalidade da população negra	60
3.2. Do Estudo de Mortalidade.....	64
4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS.....	67
4.1. Resultados	68
4.2. Discussão	92
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO.....	99
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
7. ANEXOS.....	112

“Falo de milhões de homens que tiveram gravados, habilmente, em seu espíritos, o medo, o complexo de inferioridade, o horror, a subserviência, o desespero, o servilismo”.

A. Césaire

1.1. Raça e Classe

Utiliza-se o termo raça, não se desconhecendo a dificuldade de um debate racional sobre o mesmo, dada sua variância e dependendo do discurso que o institui.

Cabe a este respeito digressões que possibilitem uma aproximação do significado adotado para os fins deste trabalho.

O termo raça é parte das formulações dos pensadores do início do século XIX, responsáveis pela “elaboração científica” do pensar o não-ocidental; da concepção da humanidade através de generalidades, e/ou termos coletivos abrangentes, desconsiderando-se as individualidades, a diversidade sócio-cultural que caracteriza a humanidade.

Os des-ocidentais¹ são tratados de forma genérica, como o Outro subordinado, subumanizado, atrasado, como aquele que precisa vir a ser.

Appiah (1997:49) ao falar sobre a África enquanto invenção do Ocidente rejeita o seu caráter homogeneizador, “(...) agora sinto-me confiante para rejeitar qualquer retrato homogeneizador da vida intelectual africana, porque as etnografias, a literatura de viagens e os romances de outras partes da África que não a minha são repletos, todos eles, de exemplos de estilos de vida e de pensamento que me parecem completa e pré-teoricamente diferentes da vida em Achanti, onde cresci (...).

¹ Trata-se de conceito encontrado em Said (1990:159) que ao discorrer sobre “Estruturas e Reestruturas Orientalistas” considera que o orientalista ao montar um retrato do Oriente, tem por princípio a desigualdade, “(...) a forma narrativa, a continuidade e as figuras são reconstruídas pelo erudito, para quem a erudição consiste em circundar a desgovernada (des-ocidental) não-história do Oriente com crônicas, retratos e tramas bem ordenados”.

I. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

“Compare os guerreiros montados dos *jihads de Fulani* com os *impis zulus* de Chaka; prove as comidas delicadas de Botsuana depois dos temperos da culinária fanti; tente entender o kikuyu, o ioruba ou o fulfude com um dicionário twi. Sem dúvida as **diferenças na ontologia e nos rituais religiosos, na organização da política e da família, nas relações entre os sexos e na arte, nos estilos de guerra e de culinária, na linguagem – todos estes, decerto, são tipos de diferenças fundamentais, não são?**”(Grifo nosso.)

A diversidade sócio-cultural do continente africano é plastificada, forjada no conceito a-científico de raça negra, uma abstração coletiva, a partir de características fenotípicas que são consideradas indicadores válidos para classificação e subordinação de seres humanos. Hountondji² chamou de “unanimismo” a essa visão de que a África é culturalmente homogênea.

As linhas de pensamento que elaboram os conceitos raciais nos séculos XVIII/XIX servem e instrumentalizam o processo de expansão capitalista, tanto para a acumulação de capital, quanto para a expansão de mercados. Ao final da 1^a Guerra Mundial a Europa já colonizava 85% da superfície da terra; é parte desse processo a partilha da África, enquanto uma questão, fundamentalmente européia, de relações internacionais, livre cambismo e de um modelo específico, tido como universal, de evolução da humanidade; conforme atesta o Art. 6, do Cap. I da Ata Geral da Conferência de Berlim, em 26/02/1885, ou seja, a dedução do universal pelo particular.

Tais nações são identificadas como organizações sociais passíveis de evolução para o modelo ocidental, mesmo para pensadores humanistas como Karl Marx³, que ao analisar

² Apud Appiah (1997:48).

³ Conforme citado por Said (1990:62).

I. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

o governo britânico na Índia, em 1853, identifica um sistema econômico asiático, afeito à ação destrutiva e regeneradora da Inglaterra com vistas às fundações materiais do modo de produção capitalista ocidental.

Formula-se o processo de desigualdade dos des-ocidentais, em várias esferas do relacionamento humano, da cultura às organizações político-econômicas. A imagem do Outro subumanizado perpassa a cultura européia e justifica a denominação dos des-ocidentais.

“Da liberdade, eles não sabem nada; decência, eles não têm nenhuma: a força é o Deus deles. Quando passam por longos períodos sem ver conquistadores que exerçam a justiça celestial têm o ar de soldados sem um líder, de cidadão sem legislação e de uma família sem pai.”⁴

No que se refere às populações que habitam a África, constrói-se um sistema de representações sobre o negro, elaborado a partir da visão do homem branco europeu; trata-se, portanto, de uma construção de cunho patriarcal e classista, que moldou a cultura européia do Outro, do des-ocidental, do inferior; da gênese da supremacia branca; da concepção biológica das desigualdades raciais, numa formulação binária; da idéia de raças evoluídas, as européias-ariana e de raças atrasadas, as orientais-africanas. Tais representações eo ipso estão, pois, comprometidas com tessituras ideologizadas; têm propósito e cumprem tarefas.

Said (op. cit.:210), ao abordar o Oriente enquanto uma invenção do Ocidente, considera que “é, portanto, correto dizer que cada europeu, no que podia dizer sobre o Oriente, era conseqüentemente um racista, um imperialista e quase totalmente etnocêntrico”.

⁴ Chateaubriand, apud Said (1990:180), ao discorrer sobre a necessidade da Europa ensinar ao Oriente o sentido de liberdade.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

É importante agregar a este argumento a configuração das circunstâncias histórico-culturais que gestaram o homem branco, a partir das generalizações amplas do Outro, através de categorias transtemporais/ transindividuais, em generalidade terminal radical; e da possessão do direito de falar sobre o Outro, calcada na tradição da experiência na erudição e educação, que o habilitavam a nomear o Outro como a negação de si, o objeto a ser estudado.

Cabia ao homem branco a responsabilidade de definir e redefinir os destinos da humanidade, ainda que, por vezes, desconhecesse porque a cor da pele lhe dava a condição ontológica superior. Esta autoconcepção era referenciada pelas ciências ocidentais, sejam elas a antropologia, a lingüística ou a teoria darwiniana, calcadas em categorias ontogênicas, pretensamente radicais e inerradicáveis, demarcadoras de limites e possibilidades.

Ilustra o dito, a poesia de Kipling⁵, que fala da missão do homem branco nas colônias:

Now, this is the road that the
white men tread
When they go to clean a land
Iron underfoot and the vine over head
And the deep on either hand.
We have trod that road-and a wet and windy road
Our chosen star for guide.
Oh, well for the world when
the white men
Tread their highway side by side!

⁵ Apud Said, op. cit.:232.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

O problema não se esgota aqui, avancemos mais um pouco.

Em função das dificuldades de conceituação do termo raça, e da realidade conflituosa das relações raciais no mundo, a partir de 1945, as Nações Unidas, particularmente a UNESCO⁶, se empenham em estabelecer o significado científico do termo, e em entender as diferentes políticas de relações raciais existentes. É parte desse esforço as pesquisas subsidiadas pela UNESCO e desenvolvidas pela Sociologia das Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, as quais tinham por propósito examinar os princípios das relações raciais pacíficas existentes no Brasil, paraíso da democracia racial. Os resultados dos trabalhos não corresponderam às expectativas: admite-se a falácia da democracia racial.

Coube aos biólogos e cientistas sociais a tarefa de definir cientificamente raça. Os biólogos concluem ser única a espécie humana; ser passível a classificação dos grupos humanos pela prevalência de fenótipos; não existir associação entre diferenças físicas e psicológicas; não equacionam, contudo, as desigualdades interpostas pela idéia de raça.

Para os sociólogos a questão se desdobra a partir de 3 perspectivas: categorizando os problemas raciais como étnicos; correlacionando diferenças raciais e desigualdades sociais; utilizando o termo relações raciais para situações de racismo.

A recorrência ao acima exposto nos coloca diante da complexidade do tema a que estamos sujeitos; admite-se, neste estudo, que buscamos nos aproximar da problemática, sem a pretensão de esgotá-la. A tentativa de interpor tal complexidade ao campo da saúde acarreta em si mais problemas que soluções, dado que, inclusive, as discussões relativas à dimensão social do processo saúde-doença ainda carecem de aprofundamentos que a estabeleçam enquanto campo de análise na saúde coletiva.

⁶ Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Avançando nos meandros multifacetados do problema em foco, atenhamo-nos à terminologia racial brasileira, de múltiplos matizes que encobrem, de fato, a bipolaridade – brancos e negros.

“Basta dizer que a classificação mais popular opera com três raças: branca, amarela e negra; mas o racalista comum simplifica ainda mais esse esquema, já tão pobre: para ele não há mais que duas raças verdadeiras, ou melhor, dois pólos, entre os quais se distribuem todas as raças; a branca e a negra (sendo os amarelos uma raça intermediária). Pode ser que a atenção tenha se fixado sobre essa oposição por razões referentes ao simbolismo universal: o par branco-preto, claro-escuro, dia-noite parece presente e ativo em todas as culturas, preferindo-se em geral o primeiro termo.”

(Todorov, 1993:111.)

As colocações de Todorov quanto ao esquema, essencialmente bipolar fixado em torno da oposição branco-negro, nos reportam às formulações de Moura (1994:154) quanto à escala discriminatória da sociedade brasileira:

Esquema do Sistema de Valores Embutidos no Processo Miscigenatório no Brasil	
Branco	O ideal tipo étnico = SUPERIOR
Mulato	Tipo intermediário étnica e socialmente. Cruzamento dos negros com brancos. Valor social: inferior ao branco
Mameluco	Tipo intermediário étnica e socialmente. Cruzamento do índio com o branco. Valorizado simbolicamente em certa época do século XIX. Atualmente compõe a massa do campesinato pobre.
Cafuso	Cruzamento do índio com o negro. Inferiorizado por este motivo socialmente
Pardo	Tipo indeterminado etnicamente e pode ser: -Mulato (...) -Moreno escuro -Moreno claro -Moreno jambo, etc. socialmente qualificado pelo status social.
Índio	Tipo etnicamente folclorizado. Sócio-politicamente tutelado
Negro	A negação do ideal tipo étnico social e estético escolhida pela estrutura de poder dominante, quer no passado escravista quer no presente = a INFERIOR

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

O presente trabalho, Racismo e Saúde, vai tratar, portanto, das relações brancos e negros, não desconhecendo, porém, a complexidade das relações raciais entre nós, o que constituiria em reducionismo da referência empírica.

Isto posto, prossigamos.

A humanidade do negro é, pois, uma idéia nova para a civilização ocidental, e não totalmente incorporada.

A negação da humanidade do negro tem por matriz a ideologia da supremacia racial, que modula instituições, indivíduos, estrutura as relações de produção, enfim, modula o espírito e a matéria. Nesta perspectiva, classe e raça são indissociáveis, não se admite hierarquização.

Fredrickson (1982) considera que este conceito se aplica de forma exemplar aos contextos históricos dos Estados Unidos da América e África do Sul, dada a história de políticas públicas de restrição da cidadania, esforço sistemático em qualificar os membros da sociedade civil pelo viés dos atributos físicos.

“As generally understood, white supremacy refers to attitudes, ideologies and policies associated with the rise of blatant forms of white or European dominance over “nonwhite” populations ... In its fully developed form, white supremacy means “color bars”, “racial segregation”. (Op.cit.:XI.)

A expressão supremacia branca, conforme formulada por Fredrickson, sugere as diferentes formas de relações entre negros e brancos, em contextos históricos específicos, resultantes do expansionismo europeu a partir do século XVI.

Cell (1982) ao analisar as origens da segregação na África do Sul e nos Estados Unidos da América, parafraseia Lênin ao considerar estes contextos históricos como “the highest stage of white supremacy”. (Op.cit.:X.)

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Importa sublinhar que ao tratarmos do tema o fazemos com o intuito de captar suas variantes, não de todo ausentes, nas relações entre brancos e negros no Brasil.

O substrato das diferentes formas de manifestações do racismo é a idéia da superioridade inata do branco sobre indivíduos de outras matizes, da justificativa biológica, a-científica, da dominação, subordinação, do darwinismo social, de como o Outro foi e é visto pelo branco europeu, que forja identidades para legitimar autoridade. Said (op.cit.:15) trata do assunto quando analisa o orientalismo como “um estilo ocidental para dominar, reestruturar e ter autoridade sobre o Oriente”.

O racismo é fenômeno relativamente novo na história da humanidade, sendo pouco disseminado no mundo não ocidental.

A idéia de que os seres humanos, tal qual as espécies animais, poderiam ser classificados e descritos, é fruto de elaboração dos naturalistas, ocorrida entre os séculos XVII-XIX. Justificou a dominação durante o expansionismo imperialista e estrutura as relações sociais na era da globalização.

É importante ressaltar como, desde o princípio, a formulação das diferenças raciais, de um ponto de vista evolucionista, esteve associada às bases materiais das relações sociais, posto que o Outro aponta para o Eu, mas não o Eu superior. Ilustra essa assertiva a mudança de postura por parte dos holandeses em relação aos sul-africanos, conforme avançam as relações comerciais; a princípio se reconhecem nas similaridades culturais, para, a partir de meados do século XVII, considerá-los como seres inferiores ... “Lazy fellows who liked to drink alcohol, ‘which they liked to swallow very greedily hoping to get more’, and had a ‘propensity for begging’”.⁷

⁷ *Precis of the Archives of the Cape Hope: Journal, 1662-1670*, Leibbrandt HCV.WA Richard & Sons, CapeTown, 1901, apud Herman (1996:9).

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Assim sendo, o racismo tem um caráter instrumental. A noção inicial de raça calca-se nas diferenças biológicas. Tal noção foi sistematizada por Gobineau, considerado o arauto do racismo biológico. Em seu livro *Essay on the Inequality of Human Races, 1853-1855*, o autor fala de linguagens e sangue, e que a inter-relação entre raça e linguagem é “so close that it lasts much longer than the political unity of different peoples, and may be recognized even when the peoples are grouped under different names”.⁸

Gobineau acresce, às concepções racistas existentes em sua época, o pessimismo quanto ao futuro das civilizações, devido às infusões de sangue inferiores, que degeneram a espécie; para ele, a mestiçagem gera seres degradados.

As possibilidades de desenvolvimento para os países do Novo Mundo eram desoladoras, pois seus habitantes são “a justaposição dos seres mais degradados”.⁹

As impressões de Gobineau sobre o Brasil, quando de sua vinda ao Rio de Janeiro, são constrangedoras, “trata-se de uma população totalmente mulata, viciada no sangue e no espírito e assustadoramente feia”. (Raeders, 1988:90.)

As teorias racistas e eugenistas, que têm por base a ciência de Darwin, são incorporadas no Brasil a partir de 1870, através de um discurso evolucionista para análise do social, que confere aos negros, índios, mestiços, enfim aos seres considerados como inferiores, estatuto de objeto da ciência.

Considera Schwarcz (1993:34) que:

é preciso entender, porém, não só a penetração desses ideários científicos, como a lógica peculiar de sua inserção no país, as releituras próprias a esse contexto. Entender principalmente por que se elegiam as teorias raciais de análise em detrimento de outros modelos de sucesso na época ... Paradoxalmente, a introdução desse novo ideário científico expunha, também, as fragilidades e especificidades de um país já miscigenado.

⁸ De Gobineau, A. *Essay on the Inequality of Human Race* Howard Fertig, 1967:193, apud Herman (1996:8).

⁹ Apud Poliakov (1974:220).

Dados os propósitos deste trabalho, se estabelece o fulcro da vinculação raça, ciência e sociedade no Brasil, a partir de três perspectivas: racismo científico, teoria do branqueamento e democracia racial.

Como figura de proa da primeira perspectiva, temos Nina Rodrigues, médico, que realizou, de fato, o primeiro estudo etnográfico no Brasil, pesquisando de forma sistemática a influência africana na sociedade brasileira. Embora mulato, é o primeiro doutrinador racista da sua época.

Creditava Nina Rodrigues aos negros a responsabilidade pelo subdesenvolvimento do país; dizia que a inferioridade do negro fora cientificamente comprovada e aplicou os princípios do racismo¹⁰ em seu trabalho de medicina legal.

Ao discorrer sobre responsabilidade penal, Nina Rodrigues (1894) argumenta a favor da existência de códigos penais diferenciados para as raças, contrapondo-se ao código vigente de imputabilidade indistinta:

Desconhecendo a grande lei biológica que considera a evolução entogenica
simples recapitulação abreviada da evolução phylogenic, o legislador

¹⁰ Existe uma discussão semântica que envolve a palavra racismo, num esforço de melhor alcance do conceito. Appiah (op. cit.:33-35), ao delinear anatomia das atitudes raciais, define três conceitos fundamentais:

. racismo – crença na realidade biológica das raças; pressuposto de outras doutrinas que foram chamadas de “racismo”;

. racismo extrínseco – crença na assertiva do tratamento diferencial em função de raça, e suas inerentes qualidades morais;

. racismo intrínseco – pressuposto de tratamento diferencial baseado no pertencimento à determinado grupo. Fredrickson (op.cit.:XII), ao lançar mão do conceito “white supremacy”, o faz preferencialmente a “racism”, pois considera-o muito ambíguo e viciado para descrever, com propriedade, as relações raciais na África do Sul e nos Estados Unidos da América, “in recent years, racism has communly been used in a broader sense, as a blanket term for all discriminatory actions or policies directed groups thought to be physically distinct from a dominant or ‘majority’ element. But this usage leave us without a separate word for the over doctrine of biological inequality and innibits a sense of the role that this ideology has played in specific historical situations”.

Para Todorov (op. cit.:108-110), a doutrina racialista tem por postulado o determinismo e se assenta em cinco proposições:

. existência das raças;

. continuidade entre físico e moral;

. ação do grupo sobre o indivíduo;

. hierarquia universal dos valores; e política baseada no saber.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

brazileiro cercou a infancia do individuo das garantias da impunidade por immaturidade mental, creando a seu beneficio as regalias da menoridade; mas deixou sem protecção a infancia da raça, considerando iguais perante o codigo os descendentes do europeu civilizado, os filhos das tribus selvagens da America do Sul, bem como os membros das hordas africanas, sujeitos à escravidão. (P. 41.)

A teoria do branqueamento é produto genuinamente nacional, se apóia na superioridade branca, no desaparecimento progressivo da população negra, e na miscigenação contínua em direção à população mais clara.

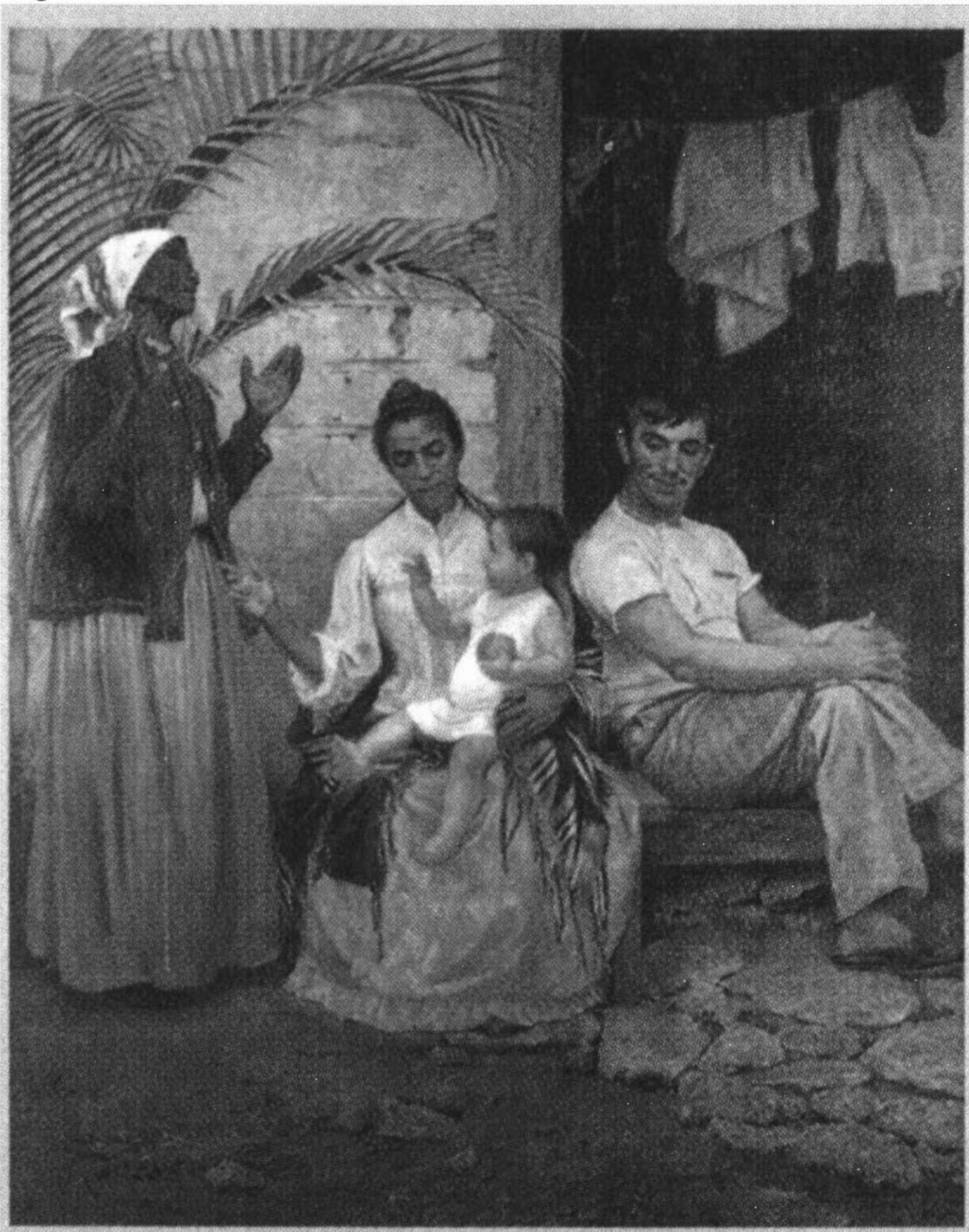
Cabe pontuar que as políticas de imigração desenvolvidas pelo governo brasileiro, no início da República, tinham por eixo a assimilação associada à miscigenação, enquanto movimento histórico de formação de um povo de fenótipo branco.

O quadro de pintura de Brocos y Gómez, apresentado por João Batista de Lacerda, médico e antropólogo físico, no I Congresso Internacional das Raças, em Londres, 1911, fala por si, quanto a esse ideário, cujas representações ainda permeiam as relações raciais no Brasil. (Figura 1.)

É, contudo, Oliveira Vianna (1952), mulato, quem sistematiza na década de 20 a tese do branqueamento, “arianização” nos seus termos.

Vianna, que tinha, dentre outros, Gobineau por referência, ainda que se pautasse no racialismo, não via as diferenças entre as raças como absolutas; aponta para a elite o “caminho das pedras” ao reconciliar as teorias racistas com a diversidade da realidade brasileira. Enaltece a imigração como meio de alcance do paraíso civilizatório, diga-se branco, capaz de elevar o teor ariano de nossa estirpe.

Figura 1



1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

O contexto histórico brasileiro requer ainda, o entendimento do conceito de democracia racial, formulado por Gilberto Freire, autor de *Casa Grande e Senzala*. Nesta obra, Freire (1984) preconiza o culto à miscigenação, que transita da noção de dano irreparável à de redenção do caráter nacional; oferece ao povo brasileiro uma outra “rationale” a metarraça.

Freire, enquanto adepto do sincretismo cultural, se opunha às formulações racistas de Oliveira Vianna; não se pode entretanto, deixar de assinalar o caráter racista subjacente em sua obra; o branco brasileiro tem o pé na cozinha.

Na linha de discussão sobre miscigenação, convém situar também, a contribuição de Oliveira e Oliveira (1974), quando analisa o livro *Nem preto nem branco* de Carl Degler (1976).

Degler, ao discorrer sobre as relações raciais no Brasil e Estados Unidos da América, considera o mulato o núcleo diferencial entre os dois países, desempenhando o mulato, entre nós, a “saída de emergência”; Oliveira e Oliveira entende que o autor se deixou enredar pela armadilha freyreana e que incorre em reificação quando confunde a categoria social com a categoria racial do mulato.

Oliveira e Oliveira faz um apelo à semântica e sugere um outro ângulo de visão possível para “o mulato escape hatch”, pondera que sua tradução em português seria alçapão, palavra que comporta diferentes significados: tanto pode ser saída de emergência, como armadilha preparada; acrescenta ainda, saída de emergência para o próprio sistema, mas “prisão” para o mulato, incapaz de adquirir uma consciência própria. Para Oliveira e Oliveira o mulato se constitui em um obstáculo epistemológico.

Este é o pano de fundo do racismo brasileiro, em nada cordial, posto que sua materialização em termos de degradação de vida, brutalidade, mortes prematuras, na cidade

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

de São Paulo, assemelha-se ao Harlem em New York ou Johannesburg, onde a violência é que determina as precárias condições de vida, e dá cabo à existência.

É a Cidade de Deus, onde Paulo Lins (1997), de modo pungente, dilacerante, retrata o dia-a-dia dos excluídos, em sua maioria negros:

Era a guerra que navegava em sua primeira premissa. A que se fez a soberana de todas as horas vinha para levar qualquer um que marcasse bobeira, lançar chumbo quente em crânios párvulos, obrigar bala perdida a se achar em corpos inocentes e fazer Mané Galinha correr, com o diabo do coração batendo forte, pela rua lá da Frente, levando uma tocha de fogo nas mãos para incendiar a casa do assassino de seu irmão.

Busca-Pé chegou em casa com medo do vento, da rua, da chuva, do seu skate, do mais simples objeto, tudo lhe parecia perigoso. Ajoelhou-se diante da cama, jogou a cabeça no colchão, as mãos sobre ela, e numa súplica infinita pediu a Exu que fosse lá avisar a Oxalá que um dos seus filhos tinha a sensação de estar desesperado para sempre. (P. 14-15.)

Para Munanga (1996:215), “o racismo brasileiro na sua estratégia age sem demonstrar sua rigidez, não aparece à luz; é ambíguo, meloso, pegajoso, mas altamente eficiente em seus objetivos”. Trata-se da rigidez desnuda na prosa de Paulo Lins.

Vejamos, pois, como se articulam racismo, mercado de trabalho e perfil de mortalidade da população negra. Considerando-se as bases materiais que estruturam as condições de existência, e conseqüentemente a sua negação.

O processo inicial de desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil traz em si algumas contradições, dentre elas a incompatibilidade estrutural entre trabalho livre e escravo no processo de produção de mais valia relativa, ou em outros termos da produção do lucro, enfim, das condições históricas da existência do capital.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Só aparece o capital quando o possuidor de meios de produção e de subsistência encontra o trabalhador livre no mercado vendendo sua força de trabalho, e esta única condição histórica determina um período da história da humanidade. O capital anuncia, desde o início, uma nova época no processo de produção social. (Marx, 1985:190.)

A transformação da força de trabalho escravo, meio de produção, em trabalho livre, forma de mercadoria, não garantiu ao negro a inserção no mercado formal de trabalho.

É importante acrescentar que, ao contexto histórico brasileiro de desenvolvimento do capital industrial, associam-se a abolição e imigração.

A análise do período requer para sua explicação uma compreensão de como se articulam as contradições fundamentais, além das citadas.

É preciso apanhar os acontecimentos em suas manifestações e significações, em seus aspectos visíveis e subjacentes, a fim de que possamos adquirir uma adequada referência estrutural. (Ianni, 1987:14.)

O entendimento do perfil de mortalidade da população negra, quando comparado ao da população branca, impõe a busca do nexos causal nos aspectos estruturais da relação entre negros e brancos pautada pelo racismo.

“We can only understand the present by continually referring to and studying the past.” (Du Bois.)¹¹

A inserção da força de trabalho negra, enquanto mercadoria, caracteriza-se pela desigualdade em relação à força de trabalho branca, apontando para a coexistência entre racismo e capitalismo.

Florestan Fernandes (1978), ao analisar esse processo, no período pós-abolicionista, liga o fato às sobrevivências anacrônicas do passado escravagista, bem como à inabilidade

¹¹ Apud Green, D. S., e Driver, E. D. (1980:36).

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

técnica do ex-escravo; esta proposição, contudo, não explica a subordinação social do negro naquela época e nem na atualidade.

Tomam-se por exemplo, as desigualdades raciais no mercado de trabalho baiano, referência privilegiada, pelo significado demográfico do negro na população, e na força de trabalho. Barros et al. (1990), ao analisarem o desemprego segundo a condição racial, observam que, em Salvador, a taxa de desemprego dos não-brancos é a que mais se distancia em relação às taxas das Regiões Metropolitanas de Belém e São Paulo, apesar de também significativa nesta última Região, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Taxas de desemprego e de participação, segundo raça nas Regiões Metropolitanas de Belém, Salvador e São Paulo, 1989.

Regiões Metropolitanas	Taxas de Desemprego Total		Taxas de Participação		
	Total	Raça		Raça	
		Branca	Não-Branca	Branca	Não-Branca
Belém	54,2	10,5	11,0	53,1	54,8
Salvador (1)	60,0	11,1	17,3	56,8	60,7
São Paulo	61,1	7,9	10,5	59,5	64,6

Fonte: SEADE/DIEESE, 1990, in Barros, L. et al. (op.cit).

(1) Período: jan./89 a set./89

Barros et al. (op. cit.:25) consideram que “as possibilidades de ingresso e as condições de permanência nesse mercado estão informadas não apenas pela configuração dos ciclos econômicos, ou pelas características conjunturais de permeabilidade do próprio mercado, mas se **depreendem fortemente da condição étnica dos que a ele se habilitam**”. (Grifo nosso.)

Chaia (1988) observa que três indicadores básicos ligados às atividades do trabalho, desemprego, ocupação e renda, permitem avaliar a situação de discriminação e marginalização da população negra. Vejamos: as taxas de desemprego na Grande São

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Paulo, em 1987, eram de 11,6% para negros e 8,6% para brancos, e o rendimento médio dos brancos era cerca de 70% superior ao dos negros (vide tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Taxas de desemprego dos negros e brancos, por tipo de desemprego, segundo idade, no Município de São Paulo-SP, 1987.

IDADE	TAXAS DE DESEMPREGO %					
	Total		Aberto		Oculto	
	Negros	Branco	Negros	Branco	Negros	Branco
10 a 17 anos	26,8	23,8	19,0	17,7	7,8	6,1
18 a 24 anos	15,2	11,9	11,5	8,5	3,7	3,4
25 a 39 anos	8,0	6,1	4,6	3,7	3,4	2,3
40 anos e +	4,4	3,9	2,8	2,4	1,6	1,5
TOTAL	11,6	8,6	7,9	5,8	3,7	2,7

Fonte: SEP – Convênio SEADE/DIEESE/UNICAMP; in Chaia(op.cit)

Tabela 3 – Rendimentos médio e mediano reais dos ocupados negros e brancos, no trabalho principal. Grande São Paulo, 1987.

INDICADORES	RENDIMENTOS REAIS.Cz\$ (1)	
	Negros	Branco
Média	11.463	19.483
Mediana	8.811	11.980

FONTE: SEP – Convênio SEADE/DIEESE/UNICAMP; in Chaia(op.cit)

(1) Inflator utilizado: ICV do DIEESE. Valores em cruzados de dezembro de 1997

As desigualdades no mercado de trabalho, entretanto, não se atêm ao universo adulto. Barros e Santos (1996) afirmam que, comparando-se aos menores de cor branca, os menores de cor preta e parda trabalham mais: 44,5 horas para as 40,9 horas semanais dos menores da raça branca; ocupam piores postos de trabalho menor proporção de menores da raça preta e parda ocupando postos com registros em carteira de trabalho, 23% para 37,5%; e percebem menores rendimentos, cerca de 30% a menos do que o rendimento médio de 1,0 salário mínimo.

I. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Outros estudos nesta área apontam também para o racismo enquanto elemento de estratificação, alocação e segregação da força de trabalho negra no mercado de trabalho. A maioria, contudo, é da década de 80 e já se tornaram clássicos na discussão da inserção do negro no mercado de trabalho; dentre eles destacamos Hasenbalg, C.A. & Silva, N. do V. (1988) e Oliveira, L.E.G. et al. (1983).

O estudo mais recente que aborda o assunto, Andrews (1998), apresenta dados sobre a situação de negros e brancos em São Paulo no período que vai de 1888-1988.

Constata-se assim que, apesar da importância do tema, é relativamente baixa a produção de estudos que buscam estabelecer o nexos causal entre racismo e inserção no mercado de trabalho. Acresce-se ao dito a necessidade de análises que contemplem o tema na atualidade em função das mudanças ocorridas na estrutura produtiva, na relações sociais de trabalho, no perfil da força de trabalho demandado, e nas políticas de ajustes econômicos, que agravam as condições de vida de populações dependentes de programas sociais da seguridade.

A outra face da desigualdade no mercado de trabalho é a desigualdade educacional: em 1990, do universo de jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, eram analfabetos 4,9% dos brancos e 14,4% dos negros; do universo dos que estavam em idade ativa, 11,8% dos brancos e apenas 2,9% dos negros possuíam 12 ou mais anos de estudos.

Creditam-se a Ianni (1987) e a Hasenbalg (1988) as referências em condições de contribuir com os fins desse trabalho, de estabelecimento da interface entre racismo e saúde. Ianni, ao analisar a formação do capitalismo industrial, quanto à diferenciação da estrutura econômico-social, avalia que:

Quando a procura de ocupações for maior que a oferta, ou quando esta foi seletiva, os negros e mulatos ficaram em último lugar; são eles que

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

contribuirão, em maior parte, para a formação de um contingente de reserva que vegetará no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e outros núcleos dominantes. Em parte, esse contingente de trabalhadores disponíveis alimentará expansões posteriores da economia nacional. (Grifo nosso.). (P. 17.)

Hasenbalg sugere que: a) preconceito e discriminação raciais não se mantêm intactos após a abolição, adquirindo novas funções e significados dentro da nova estrutura social e, b) **as práticas racistas do grupo racial dominante**, longe de serem meras sobrevivências do passado, **estão funcionalmente relacionadas aos benefícios simbólicos e materiais que os brancos obtêm na desqualificação competitiva do grupo negro e mulato**. (Grifo nosso). (P.166.)

Para a autora deste estudo, o racismo é, portanto, parte estrutural do processo de produção e reprodução do capital. Este fenômeno deve ser entendido enquanto parte da lei geral de acumulação capitalista, nas formas de existência da superpopulação relativa, de forma estagnada, composta por trabalhadores em ocupações irregulares assim como, na categoria dos indigentes aptos e dos que sucumbem diante da “incapacidade de adaptação”.

Os negros são excluídos, ou os brancos são preferencialmente incluídos no mercado formal de trabalho, devido ao racismo, donde o imperativo de análise de causalidade de morbi-mortalidade da população negra a partir da perspectiva de raça e classe, num exercício categorial analítico que institua a passagem das determinações, a superação constante dos contrários, a causalidade mediada pela ação recíproca. Para Marx,

a forma acabada das relações econômicas tais como se mostram na sua superfície, na sua existência real, e daí também nas representações pelas quais os portadores e os agentes dessas relações procuram ter delas uma

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

idéia clara, é muito diferente e de fato contrária à sua forma interna, essencial, mas escondida, e ao conceito a que corresponde.¹²

A exclusão, ou inclusão parcial do negro no mercado formal de trabalho implica, do ponto de vista teórico, a adoção de alternativas à proletarização, pois:

os indivíduos atingidos por tais processos entram numa situação na qual não conseguem mais fazer de sua própria capacidade de trabalho a base de sua subsistência, já que não controlam, seja em termos individuais ou coletivos, as condições de utilização dessa capacidade. (Lenhardt e Offe, 1984:15.)

A relação racial entre negros e brancos, em sociedades racistas, impõe a perspectiva dialética de análise, privilegiada que é esta perspectiva, quando se almeja a compreensão da totalidade.

Há que se considerar o elemento específico racial, para além das teorizações que o negam e das que o subordinam à estrutura de classe, sob pena de limitar o alcance de uma abordagem sociológica desse tema.

Para Rex (1988:34) o estudo das relações de raça está, portanto, indissoluvelmente ligado ao estudo da formação de grupo em geral e ao estudo da classe e da posição social, ou, como diriam muitos sociólogos, da estratificação social.

As categorias raça, classe e nação são conceitos que foram desenvolvidos na Europa para interpretar as relações sociais no processo de expansão e desenvolvimento industrial.

Marx, A. (1998:5) quando discute a inter-relação existente entre raça e nação, afirma que “the process of defining the nation with rules of citizenship is of obvious relevance for how racial categories are established and reinforced”.

¹² Apud Lukács (1974:22).

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

O processo de exclusão gerado pela categoria raça a legítima, posto que produz e reproduz identidades sociais, histórica e culturalmente forjadas como inferiores. Ilustra esse processo de cidadania hierarquizada, que estabelece as fronteiras de inclusão/exclusão, o direito ao voto do analfabeto instituído no Brasil em 1988 (art. 14 § 1º inciso 2ª alínea a, da Constituição Federal); se nos lembrarmos que o contingente negro de analfabetos é maior do que o relativo ao branco, é possível avaliar o caráter racial embutido no direito ao voto, antes garantido de forma privilegiada aos brancos. Eram analfabetos no Brasil, em 1987, na faixa etária dos 15 aos 39 anos, 6,8% dos brancos e 19,8% dos negros.

Marx, A. (op.cit.:14-15) ao tratar da relação capital e raça nos Estados Unidos e África do Sul, refere Balibar e Wallerstein que consideram que “to hold together the nation state preserving stability needed for growth whites were unified across class by race in South Africa and the United States. Economic interests were subordinated to white racial unity, with this class compromise made explicit and enforced by state policy varying in response to ongoing class tensions. **“Race trumped class.”** (Grifo nosso.)

A partir desse arcabouço teórico, a análise da relação racismo-saúde se dará fundamentalmente, através, de indicadores que avaliem o perfil de mortalidade da população negra masculina em idade produtiva.

Prioriza-se o homem negro na análise, pois pretende-se realçar os possíveis impactos da mortalidade precoce deste na família, entendida como construtora e reprodutora das condições de vida.

Pesquisa de Condições de Vida da Região Metropolitana de São Paulo – Mulheres Segundo Origem Étnica (SEADE, 1994:10), destaca a predominância de mulheres, seguindo o padrão brasileiro, no grupo A e no grupo D¹³, neste devido à predominância de filhas e famílias quebradas (ausência de cônjuge), chefiadas por mulheres viúvas, naquele devido às famílias unipessoais; grupos familiares; além de família quebradas chefiadas por mulheres, neste caso, principalmente solteiras.

Dado o enfoque adotado pelo trabalho, interessa nos determos nas possíveis reflexões que possam ser formuladas associando-se morte prematura e o quadro familiar caracterizado como grupo D, famílias quebradas, chefiadas por viúvas e predominância de

¹³ Grupo A – Melhores condições de moradia, maior nível de instrução, inserção mais adequada no mercado de trabalho e nível de renda mais elevado.

Grupo D – Situação mais desfavorável quanto ao nível de instrução, inserção no mercado de trabalho e disponibilidade de renda.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

filhas. Este processo ocorre independente da cor, segundo a pesquisa. Chamamos atenção, porém, para a maior proporção de negros neste segmento. (Vide tabela 4.)

Tabela 4 – Distribuição dos indivíduos, por Agrupamentos Familiares Sócio-Econômicos, segundo sexo e raça, no Município de São Paulo-SP, 1990

SEXO E RAÇA	DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS, POR AGRUPAMENTOS FAMILIARES SÓCIO ECONÔMICO				
	A	B	C	D	TOTAL
Sexo					
Masculino	47,6	48,4	50,1	46,9	48,2
Feminino	52,4	51,6	49,9	53,1	51,8
Raça					
Branca	87,0	76,5	68,1	62,4	73,4
Negra e Parda	8,8	21,7	30,5	37,5	24,9
Amarela	4,2	(1,8)	(1,4)	(0,1)	1,7
Sexo e Raça					
Masculino	18,0	38,0	21,0	23,0	100,0
Branca	86,4	76,1	67,6	61,8	72,9
Negra e Parda	9,0	21,9	31,0	38,1	25,2
Amarela	(4,6)	(2,0)	(1,4)	(0,1)	1,9
Feminino	18,6	37,7	19,4	24,3	100,0
Branca	87,6	76,8	68,6	62,9	73,9
Negra e Parda	8,5	21,7	30,0	37,0	24,5
Amarela	(3,9)	(1,5)	(1,4)	(0,1)	1,6
TOTAL	18,3	37,9	20,2	23,6	100,00

FONTE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE.
Pesquisa de Condições de Vida – PCV

Nota: Os valores entre parênteses estão sujeitos a erro amostral relativo superior a 30%.

Nestes termos, reiteramos o olhar sobre a população negra masculina ao atentar para o caráter racista, sexista e classista da sociedade brasileira. Trata-se de agregar à análise as relações de gênero; vivemos numa sociedade patriarcal, de valores masculinos, que possuem base material.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

O uso do termo “gênero” é aqui utilizado muito além do significado gramatical, para tornar-se explicativo dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, a partir do lugar social e cultural construído hierarquicamente como relação de poder entre os sexos. O termo “sexo” reporta a um significado biológico, enquanto “gênero” é utilizado na perspectiva de relações e representa uma elaboração cultural sobre o sexo. (Oliveira, 1997:2.)

A cultura ocidental judaico-cristã se alicerça no macho branco, “racional”. O homem negro, por sua vez, é a antítese, a negação, o não ser; daí em si a concentração da revolta, do desespero. Sofre e produz violência, “this despair mirrors the spiritual crisis that is happening in our culture as a whole (...) some of this despair is rooted in a deep sense of loss. Many black folks who have made it or are making it undergo an identity crisis. This is especially true for individual black people working to assimilate into the “mainstream”. (Hooks, 1990:209.)

Fanon (1983) ao abordar as relações raciais entre brancos e negros, assevera que o tema requer uma interpretação psicanalítica que revele as anomalias afetivas, que destrua o universo mórbido, que nega ao negro sua humanidade, que institui o narcisismo bipolar: O Branco é escravo de sua brancura e o Negro da sua negrura.

O mesmo autor pondera que “a verdadeira desalienação do Negro supõe uma súbita tomada de consciência das realidades econômicas e sociais. Se há complexo de inferioridade, este surge após um processo duplo:

- econômico, inicialmente;
- em seguida, pela interiorização, ou melhor, epidermização dessa inferioridade”.

(Op.cit.:12.)

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Reconhece-se a necessidade de vãos mais altos, ao mesmo tempo que se admite a impossibilidade de alçá-los nos limites interpostos pela proposta do trabalho, que no transcurso da trajetória de pensá-lo, realizá-lo e abstraí-lo, desnudou-se em complexidade, que instiga a continuidade sem retorno.

Mas, admite-se que “(...) qualquer definição descritiva de um campo de estudo deve ser apresentada não em termos de fronteiras, mas em termos de núcleo: os problemas centrais que estão no coração desse campo”. (Banton, 1977:185.)

“Poesia, minha tia, ilumine as certezas dos homens e os tons de minhas palavras. É que arrisco a prosa mesmo com balas atravessando os fonemas. É o verbo, aquele que é maior que o seu tamanho, que diz, faz e acontece. Aqui ele cambaleia baleado. Dito por bocas sem dentes e olhares cariados, nos conchavos de becos, nas decisões de morte. A areia move-se no fundo dos mares. A ausência de sol escurece mesmo as matas. O líquido-morango do sorvete mela as mãos. A palavra nasce no pensamento, desprende-se dos lábios adquirindo alma nos ouvidos, e às vezes essa magia sonora não salta à boca porque é engolida a seco. Massacrada no estômago com arroz e feijão a quase palavra é defecada ao invés de falada.

Falha a fala. Fala a bala”.

(Paulo Lins)

1.2. Racismo e Saúde

The problem of the Twentieth Century is the problem of the color-line... I have seen a land right merry with the sun, where children sing, and rolling hills lie like passioned women wanton with harvest. And there in King's Highway sat, and sits a figure veiled and bowed, by which the Traveller's footsteps hasten as they go. On the tainted air broods fair. Three centuries thought have been the raising and unveiling of that bowed human soul; and now behold, my fellows, a century now for the duty and the deed! The problem of the Twentieth Century is the problem of the color-line. (Du Bois, 1980:281.)

O texto citado, escrito em 1901, foi retomado por Du Bois na metade final do século XX, acrescido de ponderações quanto às expectativas não cumpridas, almeçadas e não alcançadas; o autor argüi sobre os resultados dos anseios do negro nos Estados Unidos da América:

this is what we hoped, to this we negroes looked forward; peace, progress and the breaking of the color line. What has been the result? We know it all too well ... war, hate, the revolt of the colored people and the fear of more war. (P. 282.)

Estamos no limiar do século 21, era da globalização, e raça, conceito socialmente construído, continua a ser tema relevante, estruturado e estruturante das relações sócio-econômicas no mundo ocidental.

Williams (1996a) ao buscar estabelecer uma agenda de pesquisa sobre as diferenças étnicas no perfil de morbi-mortalidade nos Estados Unidos da América, o faz ponderando quanto à necessidade de estudar-se o fenômeno a partir do racismo:

more over, the repeated empirical observation that racial differences, in health status frequently persist even after adjustment for socioeconomic

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

status (SES) emphasizes that race is more than SES and that renewed efforts are needed to identify the unique factor linked to race that affects health outcomes. A growing number of researchers suggest that racism is a neglected pathogenic factor in studies of the health status of racial and ethnic minority populations. (P. 1.)

Aponta ainda, para a premência de desenvolvimento de pesquisas que estabeleçam a interação dialética entre racismo e saúde.

O racismo tem imposto, de um modo geral, duas posturas analíticas no campo da saúde: ignorar ou interpretar como pertinente ao ser a experiência da população negra neste campo. Como experiência histórica do contexto mundial do racismo, temos, no segundo caso, as experiências realizadas nos Estados Unidos da América, em pesquisa sobre sífilis em população negra, “The Tuskegees Study” iniciado em 1932 pelo U.S. Public Health Service (USPHS) em Macon Country, Alabama, com o intuito de determinar o curso natural da sífilis latente não tratada em homens negros, a partir de uma perspectiva darwinista.

In retrospect the Tuskegee Study revealed more about the pathology of racism than it did about the pathology of syphilis (...). At this history of the study suggests, the notion that science is a value-free be rejected. The need for greater vigilance in assessing the specific ways in which social values and attitudes affect professional behavior is clearly indicated. (Brandt, 1978:27.)

O ato de ignorar tem sido o caminho trilhado pela experiência brasileira. São poucos os estudos que se propõem a avaliar as desigualdades na área da saúde; a inclusão do item raça/cor nos atestados de óbitos e nas declarações de nascidos vivos só ocorre em 1996. (Vide anexo 1.)

I. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

São poucas as pesquisas que buscam avaliar as desigualdades raciais na área da saúde, tais como os estudos realizados por Cunha (1990; 1994; 1997) sobre mortalidade infantil/mortalidade adulta feminina; de Silva Bento (1996) que busca estabelecer o nexo causal entre racismo e áreas insalubres de trabalho, como no caso das contaminações por benzeno, que pode ocasionar leucopenia, que na literatura médica e em processos trabalhistas tem sido considerada doença genética.

Essa tendência é similar à vivenciada na Grã-Bretanha:

There is little or no discussion of racial inequalities in health care ... Much of the research that has looked at the health of black people has been based on ethnocentric assumptions, and has identified ethnicity and the cultures of black people as the key questions of black and as problems whose solution lies in the changing of those cultures. The training based on such assumptions has not surprisingly, been misleading, often dangerous, and has diverted attention away from institutional racism ... (Kuschnick, 1988:457-458.)

Em sociedades racistas que se pautam, ideologicamente, na crença da superioridade inata da raça branca, o racismo determina as condições precárias de vida da população negra, conseqüentemente deve gerar um impacto negativo no perfil de morbi-mortalidade desse seguimento.

As evidências das desigualdades geradas pelo racismo na educação, moradia, trabalho, acesso a bens e serviços, não têm contudo sensibilizado os pesquisadores da área de saúde para avaliar os efeitos do racismo, embora, por contraditório que seja, consideram-se tais variáveis como responsáveis por um melhor ou pior nível de saúde.

O estudo do racismo na área da saúde, proposto por este trabalho, tem por premissa o princípio de supremacia branca, que não está vinculado somente à sociedade brasileira. A

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

compreensão da extensão do tema implica no entendimento de como tal ideologia forja as desigualdades em saúde em outros contextos históricos balizados pelo racismo, como Grã-Bretanha, Estados Unidos da América, África do Sul. Enfim, trata-se no caso, das relações pautadas pela supremacia branca: reitera as formulações de Du Bois “the problem of the Twentieth Century is the problem of the color-line”.

A maioria das doenças que afetam a população negra são as mesmas que afetam a população de um modo geral; o que diferencia a população negra da população branca é um perfil mais crítico de saúde, que é recorrente em diferentes contextos históricos.

Navarro (1991) considera que as desigualdades nos perfis de mortalidade nos Estados Unidos da América devem ser atribuídas às condições econômicas, ainda que raça seja uma variável que confunda; Onwuachi-Saunders, C. et Hawkins, D.F. (1993) dentre outros, seguem a mesma linha de raciocínio.

Rogers (1992) argumenta que “once such differences [health care, diet, house, and health insurance] are controlled, black/white difference in mortality should diminish”. O problema é que as diferenças existem devido ao racismo, que não é considerado pelo autor.

Tais pesquisadores tendem a considerar raça de forma unidimensional, de forma a subestimar a complexidade imposta por esta variável; este paradigma implica em consideráveis problemas teórico-metodológicos, uma vez que atribui o mesmo valor/medida para as variáveis sócio-econômicas, independentemente de raça.

Rogers (op.cit.), por exemplo, ao explicar o excesso de mortalidade entre negros e brancos nas taxas de homicídio, pondera que suas causas são muito complexas, mas que pobreza, desemprego e droga são fatores de risco fundamentais; não atenta porém, para o fato de o negro, em sua maioria, se encontrar nessas condições; descontextualiza os dados quando diz:

If blacks reduce their marital dissolution rates and family sizes, and increase their employment opportunities and income, racial differences in mortality should narrow further. (P. 296.)

O modelo teórico adotado para análise do perfil de mortalidade da população negra em São Paulo tem o racismo como categoria analítica, ou seja, raça não enquanto variável biológica, e sim como variável social, dos que partilham uma mesma história sócio-econômico-político-cultural.

Assume-se raça extrapolando sua gênese racista, “racismo anti-racista”, na busca de sua existência real.

Na realidade “a negritude aparece como o tempo fraco de uma progressão dialética: a afirmação teórica e prática da supremacia do branco constitui a tese; a posição da negritude como valor antitético é o momento da negatividade. Mas este momento não possui auto-suficiência e os negros que o usam muito bem, sabem que visa preparar a síntese ou a realização do humano numa sociedade sem raças.” (Sartre, 1968:122.)

Estas formulações enfeixam o campo das Ciências Sociais e Saúde, que se propõe a avaliar a dimensão social do processo saúde-doença, a qual já fora pontuada por Marx quando da análise das condições de saúde da classe trabalhadora inglesa, com base nos Public Reports, elaborados pelos inspetores de fábrica.

“Na maioria das fábricas têxteis de algodão, de lã e de seda, o esgotamento provocado pela sobreexcitação necessária ao trabalho atento com as máquinas, cujo movimento foi grandemente acelerado nos últimos anos, parece ser uma das causas do excesso de mortalidade por doenças do pulmão, posto em destaque por Dr. Greenhow em seu recente e admirável relatório.”¹⁴

¹⁴ Apud Marx (1985:476).

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Laurell (1983) ao discorrer sobre o tema, chama a atenção para o surgimento do paradigma, pelo curto alcance das explicações clínicas e não resolutividade dos avanços tecnológicos na superação das diferenças nos perfis de morbi-mortalidade dos grupos sociais; propõe então a instituição do processo trabalho, como ocorre nas sociedades capitalistas, enquanto categoria analítica, para o entendimento das diferenças no processo de adoecimento, cura e morte. Considera contudo, a necessidade da construção de referencial teórico metodológico que balize tal paradigma; e que o alcance de tal fim implica no cumprimento de determinadas tarefas pela corrente médico-social, para a superação tanto do modelo monocausal, como do multicausal, cujo poder explicativo pressupõe a impossibilidade de conhecimento da essência das coisas, reduzindo a realidade a uma série de fatores, onde não se distingue qualidade.

Para a mesma autora, cabe à corrente médico-social:

- demonstrar o caráter histórico e social do processo saúde-doença;
- definir o objeto de estudo, que permita um aprofundamento na compreensão do processo saúde-doença como processo social;
- conceituar a causalidade, ou melhor, a determinação, de forma a estabelecer a articulação do processo saúde-doença como um processo social, com os outros processos sociais.

Esta proposição encadeia linha de pensamento de pesquisa na América Latina, tendo por referência o materialismo histórico-dialético, para explicar o fenômeno saúde-doença, utilizado principalmente a partir da década de 70/80, período em que:

no Brasil e na América Latina o objeto tradicional denominado Saúde Pública passa a merecer tratamento, denominação e conotação que o traz do inespecífico “público” referente à política de prevenção proposta pelo Estado, para o coletivo, que sugere direitos, situação histórica,

comprometimento de condições de vida social e uma crítica ao indivíduo como responsável único por sua saúde/doença.

A nova disciplina e campo de intervenção Saúde Coletiva incorpora definitivamente as Ciências Sociais no estudo dos fenômenos saúde/doença. (Minayo, 1993:79.)

Apesar dos avanços indiscutíveis que esta corrente institui na compreensão do processo saúde-doença, as referências obrigatórias dessa corrente não contemplam em suas análises as relações raciais e possíveis impactos na área da saúde, em que pese o caráter estrutural do racismo no Brasil.

As iniciativas de ensino e pesquisa com abordagens sociológica, política, histórica, antropológica ou econômica – Ciências Sociais em Saúde é uma área em expansão no Brasil e existe há cerca de três décadas.

O olhar que investiga a saúde e a doença teve nas Ciências Sociais um instrumento que, se por um lado, despiu esse campo da neutralidade e objetividade antes perseguida – por força da abordagem “natural”, “exclusiva” – por outro, multiplicou os ângulos de problematização do campo temático, enriquecendo sua compreensão. Constituíram-se novos objetos, **estimulando a perspectiva de inseparabilidade entre a manifestação biológica da doença nos indivíduos e grupos e o âmbito da vida social, em sua estrutura e relações.** (Ferreira, 1995:38.) (Grifo nosso.)

Pode-se afirmar que a incorporação definitiva das Ciências Sociais no estudo dos fenômenos saúde-doença não se dá na totalidade. As Ciências Sociais no Brasil já incorporaram as relações raciais em suas análises, tal como a linha de pesquisa subsidiada pela UNESCO que impulsionou esta área de estudo entre nós, e contribuiu para a compreensão da dinâmica das relações raciais no Brasil, para além do mito de democracia

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

racial, conforme demonstraram os trabalhos de Roger Bastide e Florestan Fernandes, *Branços e negros em São Paulo* (1959); Fernando Henrique Cardoso e Octavio Ianni, *Cor e mobilidade social em Florianópolis* (1960); Octavio Ianni, *As metamorfoses do escravo* (1962); Fernando Henrique Cardoso, *Capitalismo e escravidão no Brasil meridional* (1977); Florestan Fernandes, *A integração do negro na sociedade de classes* (1978) e *O negro no mundo dos brancos* (1972).

Deste modo, a corrente médico-social, embora crítica ao modelo multicausal que não analisa as partes do todo em correlações de determinação, torna-se também insuficiente para explicar o fenômeno saúde-doença em contextos históricos estruturados pelo racismo, posto que o ignora.

Tome-se por referência a produção científica apresentada no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública (1997), onde dos 1465 trabalhos selecionados, 491 para sessões de Comunicações Coordenadas e 974 para Posters, apenas 5 trabalhos, selecionados para Posters, tratavam direta ou indiretamente das relações raciais, a saber; Barbosa, M.I.da S. Racismo e Saúde; Barros, F.C. Fracasso Escolar em Adolescentes Brasileiros; A Influência do Gênero, Cor da Pele e Variáveis Biológicas e Sociais; Bento, M.A.S. Insalubridade no Trabalho, Raça e Reação dos Trabalhadores Leucopênicos e Familiares; Cunha, E.M.G.P. Diferenciais da Mortalidade Infantil Segundo: Revelações dos Dados do Censo 91; e Souza, R. Desigualdade de Gênero e Raça.

É preciso pois, multiplicar os ângulos da problematização e compreensão do processo saúde-doença.

O esforço desta pesquisa é incluir neste quadro, o racismo enquanto categoria estrutural das relações sociais.

A matriz de tal proposição funda-se, preferencialmente, nos pesquisadores estadunidenses Williams (1995a; 1995b ; 1996a; 1996b; 1996c; s.d.), Herman (1996) e La Veist (1996), cujas formulações teórico-metodológicas sobre racismo e saúde, constituem o referencial de análise da hipótese norteadora deste estudo: o alcance do paradigma sanitário, de concepção ampliada do processo saúde-doença, que pressupõe globalidade, compreensão do sujeito da prática sanitária enquanto unidade bio-psicossocial inserida numa realidade histórica e a determinação social do processo saúde-doença, impõe, no contexto histórico brasileiro estruturado pelo racismo, a mediação interposta pelas relações raciais.

A utilização do racismo enquanto variável explicativa das desigualdades em saúde é recente; porém, os estudos assim realizados (King, 1996; Neuspiel, 1996; Jackson et al., 1996; para citar os mais recentes) indicam pertinência e envergadura da proposta, pois relacionam racismo e saúde às condições históricas que o determinam.

As explicações sócio-econômicas para as disparidades nos perfis de morbimortalidade entre negros e brancos não dimensionam as diferenças de grau e intensidade do que venha a ser pobre e negro, em sociedades históricas estruturadas pelo racismo.

Nos Estados Unidos da América, The Bureau of the Census relata que para o mesmo salário os brancos são 10 vezes mais ricos que os negros, devido às barreiras impostas pelo racismo que restringe o acesso quanti-qualitativo à educação, assistência médica, habitação, lazer, etc; isto explica, segundo Freeman (1993), porque em alguns estudos, o negro com o mesmo nível salarial do branco apresenta um nível pior de saúde; advoga ainda que riqueza, entendida como “rede de valores”, é um indicador mais robusto das circunstâncias de vida do que salário, “which is a snapshot showing 1 year’s earnings”. (P. 146.)

“In addition wealth may be more strongly linked to social class location than is earned income”. (Williams, 1995a:355.)

No Brasil observa-se o mesmo fato. O Relatório Sobre Desenvolvimento Humano, PNUD¹⁵, indica que ao se comparar negros e brancos, de uma mesma região e igual nível educacional, as diferenças de rendimento persistem. Neste caso, não estamos sequer tratando de níveis de riqueza, conforme metodologia utilizada pelo The Census Bureau nos Estados Unidos da América.

O Indicador de Desenvolvimento Humano da população negra no Brasil, a partir de uma perspectiva pessimista, coloca-a abaixo dos indicadores de países como a África do Sul, e a média dos países da América Latina, bem como abaixo da média nacional. (Sant’anna e Paixão, 1997.)

Raça, enquanto conceito genético, não possui consistência para explicar o perfil diferenciado de mortalidade entre negros e brancos; as consideradas doenças étnicas, com todos os vieses que tal assertiva traz em si, não respondem pelas disparidades e diferentes níveis de saúde de populações com diversidade sócio-cultural, que partilham de um mesmo contexto histórico pautado pelo racismo.

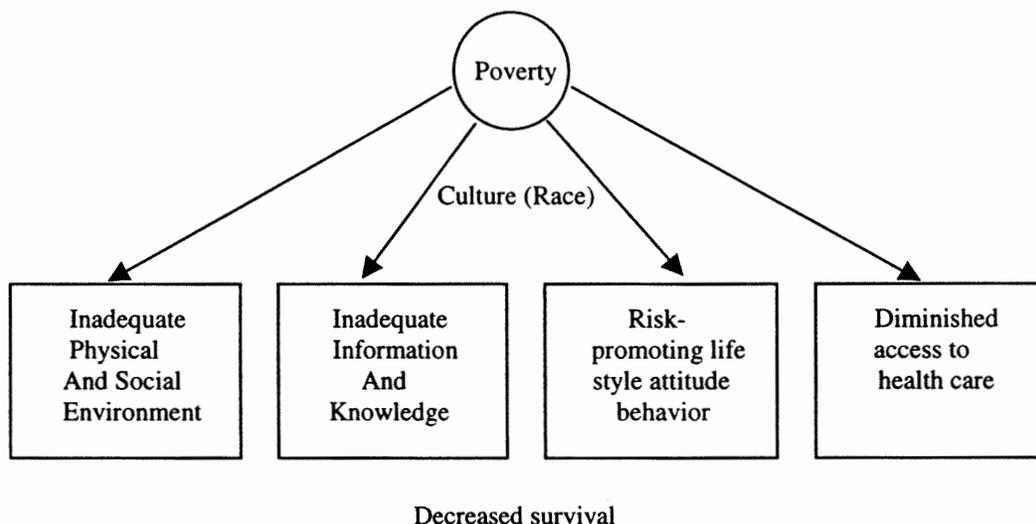
O modelo de explicação causal para as diferenças de saúde entre negros e brancos, que insere o racismo em sua matriz, apresenta variantes que merecem atenção; Freeman (op.cit), em seu referencial analítico, tem o racismo como fator crítico e indireto na causação de doença e morte, porém argumenta que:

Despite the continuing descriptive social effects of racism, the level of health that one receives in present-day America is related primarily to economic rather than to race,

¹⁵ Apud Sant’anna e Paixão, 1997:26.

e propõe como modelo explicativo o que se segue:

Figura 2



Fonte: FREEMAN, H.P. Poverty, race, racism and survival. *AEP*, 3(2): 145-9, 1993.

A perspectiva adotada, neste trabalho, para a compreensão do perfil de mortalidade da população negra, se opõe à proposição de Freeman, ao propugnar o racismo como fator desencadeante das condições de vida da população negra e, em sendo assim, do perfil de morbi-mortalidade desse segmento.

Essa assunção implica na adoção de modelo teórico-metodológico de caráter histórico, capaz de estabelecer a relação entre racismo e saúde, tendo o social como juízo analítico-sintético, “juízo dialético em que o sujeito passa no predicado e, também, o juízo passa no juízo”. (Fausto, 1997:166)

Valida-se o modelo proposto por William (1996a) enquanto modelo que busca relacionar a continuidade existente entre as esferas do estrutural e do vivido, nas análises dos efeitos do racismo na saúde.

Williams (op. cit.) observa em oposição às formulações de Navarro, Freeman, Rogers e outros, que dados empíricos apontam que mesmo após ajustes sócio-econômicos, as diferenças raciais no perfil de saúde persistem; enfatiza que tais dados induzem à conclusão de que raça, entendida como conceito socialmente construído, tem maior poder explicativo do que status sócio-econômico “(...) the repeated empirical observation that racial differences in health status frequently persist even after adjustment for socioeconomic status (SES) emphasizes that race is more than SES and that renewed efforts are needed to identify the unique factors linked to race that affect health outcomes” (p.1). Observa ainda que um crescente número de pesquisadores como Krieger et al. (1993) e King (1995) sugerem que racismo “is a neglected pathogenic factor in studies of the health status of racial and ethnic minority populations”. (p. 1)

Para o autor, o racismo “developed in a dynamic process in which racist ideologies and practices were supported by, and in turn, reshaped societal institutions and structures”. (P. 1.)

Assume-se a centralidade do racismo para compreender o perfil de mortalidade da população negra, conforme expressa no modelo formulado por Williams (op. cit. 2) figura 3.

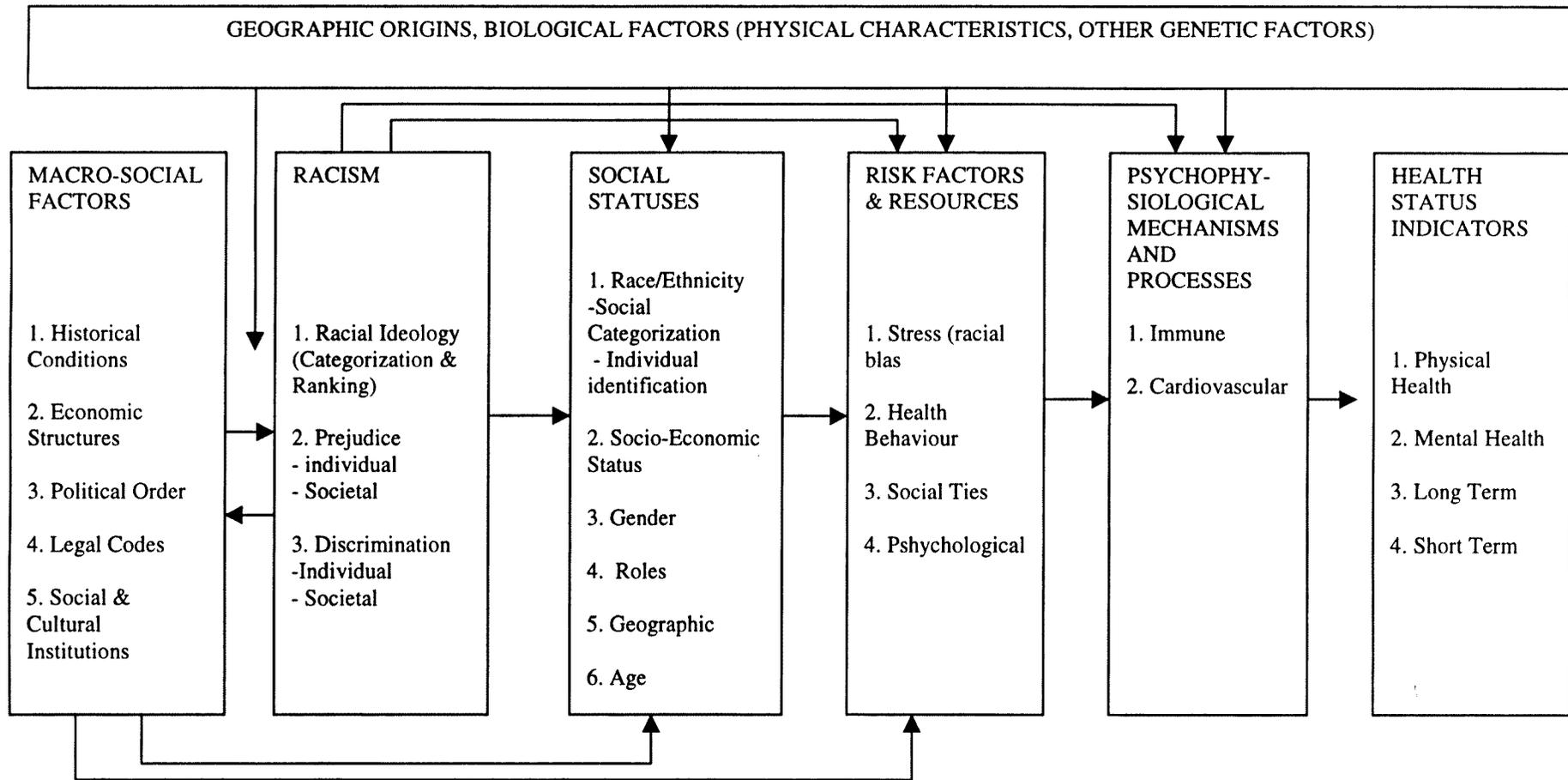


Figura 3 – A framework for understanding the relationship between race and health

Trata-se de uma proposta inovadora na área da saúde; seus seguidores têm buscado demonstrar que a leitura de raça no processo saúde-doença deve ser feita através do racismo, enquanto fenômeno único, capaz de elucidar as disparidades existentes entre negros e brancos na área da saúde. Assim, Geronimus (1996) propôs a “Weathering hypothesis” para explicar as disparidades nas taxas de mortalidade neonatal entre mulheres brancas e negras, que aumentam com a idade das mães da adolescência até a faixa dos 20 anos; demonstra que a idade, largamente utilizada nos estudos epidemiológicos como processo biológico, deve ser considerada como processo social, pelo tempo de exposição a fatores de risco.

“This hypothesis suggests that maternal age be reexamined as being not only a developmental indicator but also a reflexion of the ways in which social inequality, racial discrimination, or race bias in exposures to psychosocial or environmental hazards may, on a population level, affect differentially the health of black vs white women who will become mothers, not only in absolute terms, but also interactively with each other and cumulatively as women age”. (P. 590.)

Nesta linha, se enquadram também os trabalhos de James (1994), como “John Henryism’s hypothesis”¹⁶ que mensura como a predisposição para lidar com as adversidades do cotidiano interage com o baixo nível sócio-econômico e contribui para afetar a saúde da população negra.

¹⁶ The legend of John Henry – the famous, black steeldriver of Americans must often attempt to control behavioral stressors through hard work and determination, items for the scale were developed to reflect the theme of John Henryism (James et al., 1983:259).

Utiliza-se de uma escala – John Henryism’s Active Scale (James et al., 1987:666) – composta por 12 itens, cujas respostas variam de completamente verdadeiro, score = 5, e completamente falsa, score = 1, para afirmações como as que se seguem:

- “I’ve always felt that I could make of my life pretty much what I wanted to make of it...”;
- “When things don’t go the way I want them to, that just makes me work even harder...”;
- “In the past, even when things got really tough, I **never lost sight** of my goals”....,

onde as respostas afirmativas apontam para um score elevado de John Henryism e implicam em um pior nível de saúde para a população negra.

Williams¹⁷, na pesquisa “Health and Social Issues” (1995), em Detroit-Mi, maior cidade negra dos Estados Unidos da América (76% da população), procura avaliar, dentre outros fatores, o “stress” a que está exposta a população negra, testando a “Hightened Vigilance Hypothesis”, que busca avaliar até quanto se internalizam fatores estressantes no cotidiano. Seguem exemplos de questões contidas no questionário:

In dealing with the day-to-day experiences you just told me about, how often do you:

- think in advance about the kinds of problem you are likely to experience? (is that very often, fairly often, not too often, hardly ever, or never);
- try to prepare for possible insults before leaving home;
- feel that you always have to be very careful about your appearance to get good service or avoid being harassed?;

I. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

- carefully observe what happens around you?;
- try to avoid certain social situations and places?;
- get very angry or mad?.

É possível traçar um paralelo entre “hightened vigilance”; “John Henryism”; as proposições de Moura (1994:216-17), quando este autor fala das formas de comportamento mais significativas, predominantes na classe média metropolitana negra de São Paulo:

- subalternidade – concordância com os espaços que lhes são conferidos, crença na democracia racial, tendência à moral puritana;
- ambigüidade – excesso de etiqueta, verbalização oposta ao pensamento, ironia disfarçada de elogio, malandragem nas relações com o branco;
- agressividade –
 - 1) física: criminalidade; comportamento marginal;
 - 2) simbólica: exibicionismo nos trajes, regras de etiqueta do poder econômico (externo), principalmente em espaços brancos;
 - 3) sexual: exibição de branca em lugares públicos como objeto sexual, subestimação da mulher negra sexual e socialmente, subestimação do homem branco...;
 - 4) compensada: freqüentar grupos sociais brancos e neles mostrar tipos de agressividade e atitudes exóticas;
 - 5) econômica: exibição de status de negro rico em vários níveis, inclusive casando-se com mulher branca;

¹⁷ Refere-se ao instrumento de pesquisa, questionário mimeografado fornecido pelo pesquisador durante contato pessoal em 10/06/96, no Institute for Social Research – University of Michigan.

1. DO DELINEAMENTO DO PROBLEMA

- ansiedade: sentimento que se apodera dos negros todas às vezes que têm que transpor espaços sociais desconhecidos, que poderá se transformar em agressividade, subalternidade ou busca de proteção via forças mágicas;

e as formulações de West (1993:15-16), quando usa o jazz como metáfora para o meio termo entre a invisibilidade e a fúria debilitante, e traça uma tipologia da população negra:

Active – do not look at themselves in relation to whites or engage in self-pity, or white put-down;

Reactive – two modes:

- 1) highly assimilated who want to be accepted by whites no matter what (symptomatic of self-doubt, insecurity and lack of power), or
- 2) who can only assert black humanity by putting others down (moral immaturity).

West chama atenção para o fato de que o comportamento reativo tem sido o dominante na classe média negra nos Estados Unidos da América.

Estas formulações, advindas de pensadores negros de diferentes áreas do conhecimento, apontam para a base comum da dialética do ser negro em contextos históricos pautados pelo racismo e indicam caminhos, veredas de aproximação para a descoberta das conexões do viver, adoecer e morrer em sendo negro na cidade de São Paulo.

A opção por esse caminho teórico-metodológico traz em si tensões e hiatos.

“Sou um homem invisível. Não, não sou um fantasma como os que assombravam Edgar Allan Poe; nem um desses ectoplasmas de Hollywood. Sou um homem de substância, de carne e de osso, fibras e líquidos – talvez se possa até dizer que possuo uma mente. Sou invisível, compreendam, simplesmente porque as pessoas se recusam a me ver.”

(Ralph Ellison)

O propósito deste trabalho é avaliar a conexão existente entre racismo e saúde, a fim de compreender que o alcance dos preceitos do conceito histórico de saúde, que insere o biológico na arena das relações sociais, só serão atingidos, no contexto histórico brasileiro, se mediados pela superação das desigualdades raciais.

É preciso entender que racismo é um dos fatores de exclusão.

A busca de visibilidade na área da saúde impõe dificuldades devido, talvez, ao caráter marcadamente funcionalista das ciências que a compõem. A história da medicina no Brasil, traz em seus quadros, o primeiro doutrinador das teorias racistas – Nina Rodrigues.

Para ilustrar as afirmações acima formuladas, retoma-se a trajetória do processo de implantação e manutenção do quesito cor (preto, pardo, branco, amarelo) no sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMS¹⁸.

Vejam: a implantação do quesito cor no sistema de informação ocorre em 30/05/90, através da portaria 696/90, enquanto resultado da mobilização de algumas entidades do Movimento Negro de São Paulo, na busca de respostas às necessidades da população negra na área da saúde.

Para a sua operacionalização são realizadas atividades de sensibilização dos técnicos de diferentes níveis e população usuária. Sob essa perspectiva, foi feito “O Quadro Negro da Saúde – Implantação do Quesito Cor no Sistema Municipal de Saúde”, onde se estabelece o uso do critério do IBGE de auto-classificação: preto, pardo, branco e amarelo.

Avaliações preliminares do preenchimento dos instrumentos de coleta apontaram dificuldades no quesito cor; é deflagrada então a semana de sensibilização (novembro/91);

¹⁸ Conforme relato de Penha Lúcia Valério Ramos, profissional da SMS.

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

são realizados vários seminários na rede, distribuem-se folhetos, cartazes, textos sobre a importância da introdução do quesito no sistema de informação, divulga-se no jornal do ônibus e nos holleriths dos funcionários municipais.

Durante esse processo, para que as ações planejadas não fossem inviabilizadas pelo gerenciamento local, oficializa-se o Grupo de Trabalho – Quesito Cor, pela portaria 492/92, de 28/03/92, composto por funcionários de diversos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e por elementos do Movimento Negro de São Paulo: Geledés – Instituto da Mulher Negra e Soweto – Organização Negra.

Problemas de adesão ao Grupo de Trabalho, a partir dos profissionais de nível central e falta de conhecimento epidemiológico específico sobre a população negra reduzem sua representação, o que determina a opção por um projeto piloto na Administração Regional de Itaquera – Guaianazes – ARS 5. Esta região foi escolhida pelo contingente de população negra e pela receptividade da direção. Cabe ressaltar que a diretora na ocasião era negra.

Novos encontros são realizados para a sensibilização dos profissionais da região.

Em dezembro de 1992 acontece o seminário “É Preto no Branco: Vencendo a Conspiração do Silêncio”, onde são apresentados os primeiros resultados, obtidos a partir do levantamento de morbidade ambulatorial na rede municipal de São Paulo, comparando-se dados do município com os da região de Itaquera-Guaianazes.

Na gestão seguinte, 1993-1996, o grupo procurou se reorganizar; a manutenção do quesito passou pela polêmica de sua pertinência enquanto variável epidemiológica no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, tendo sido, inclusive, discutido o custo da sua manutenção.

Na atualidade restaurou-se a lógica do silêncio aliás, nunca totalmente rompida.

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

A Odisséia da implantação/manutenção do quesito cor traz em si questões que extrapolam o setor de saúde, pois são afeitas às relações raciais vigentes no Brasil, de subordinação da população negra, que continua a ser vista e tratada como inferior, dado o seu caráter darwinista. Trata-se de questões estruturais, compostas por diversas contradições pertinentes ao modo de produção do capital.

As respostas às demandas A do Movimento Negro são conjunturais, “arranjos por cima”; sem querer incorrer em redundância, situamos ainda proposições elaboradas e implantadas em 1996 pelo Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra – GTI: Introdução do item raça/cor nos atestados de óbito/declarações de nascidos vivos e o Programa de Anemia Falciforme.

São ações de cunho ministerial. Acontece que o mesmo Ministério da Saúde que adotou tais medidas não incorpora o item raça/cor no sistema de informação do Programa de Saúde da Família em 1997. Ignora-se.

Importa-nos, no entanto, analisar o caráter racista que perpassa a implantação/implementação do Programa de Anemia Falciforme.

A anemia falciforme é erroneamente associada à população negra, pelos profissionais de saúde: “many genetic diseases represent the outcome of adaptations of populations to infectious diseases...”, Polednak (1989:77). Embora, mais comum em negros, a anemia falciforme pode ser considerada uma doença de origem geográfica, de maior prevalência em regiões do mundo onde a malária era endêmica: África Equatorial, Mediterrâneo e parte da Ásia.

É, contudo, a doença genética mais comum no Brasil, e tem maior prevalência entre os negros. Estima-se que a média de prevalência dos portadores do traço falcêmico HbAS,

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

no Brasil, seja de 2,1% da população; e que na região Sudeste, a média varie entre 1 a 2% da população. (Vide tabela 5.)

Tabela 5 - Anemia Falciforme

PREVALÊNCIA DE TRAÇO FALSÊMICO(HbAS) POR REGIÃO E GRUPO RACIAL NO BRASIL				
REGIÃO	GRUPO RACIAL	TAMANHO DA AMOSTRA	HbAS(Nº)	HbAS(%)
Norte	Caucasóide	321	9	2,80
	Negróide	836	43	5,14
	Geral	1.157	52	4,49
Nordeste	Caucasóide	2.294	50	2,18
	Negróide	3.995	205	5,13
	Geral	6.289	255	4,05
Centro-Oeste	Caucasóide	1.948	36	1,85
	Negróide	2.624	106	4,04
	Geral	4.572	142	3,11
Sudeste	Caucasóide	44.531	502	1,12
	Negróide	9.085	503	5,54
	Geral	53.616	1.005	1,87
Sul	Caucasóide	1.614	19	1,18
	Negróide	419	19	4,53
	Geral	2.033	38	1,87
TOTAL GERAL		67.658	1.492	2,10

Fonte: Naoum, P.C. et Domingos, C.R.B. (1997)

Avalia-se que existam cerca de 8.000-10.000 falcêmicos no Brasil, e que a expectativa de vida é de 16-30 anos, a qual contrasta com a média de 57 anos nos Estados Unidos da América.

Apesar deste quadro, ainda não foi implantada no país a busca ativa de pessoas afetadas, triagem sistemática de recém-nascidos, cujo exame tem baixo custo, em torno de R\$1,00 em 1997.

Ignora-se.

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

As constantes necessidades de convencimento e sensibilização, quanto à importância da variável raça, têm por substrato o racismo “falta de conhecimento epidemiológico específico” e o mito da democracia racial de formulação freyreana, igualmente racista, cujo corolário é a ausência de preconceito e discriminação e a autoimagem de relações cordiais, por oposição a outras sociedades multirraciais, como os Estados Unidos da América, por exemplo, onde ocorrem conflitos abertos de cunho racial; daí a demanda partir de grupos do movimento negro e não de técnicos do setor.

Ianni (1987), ao ponderar sobre os vaivéns do item cor nos recenseamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que em 1900 e 1920 não o inclui; em 1940 e 1950 inclui e não tabula; em 1960 inclui e não tabula; em 1970 não inclui; em 1980 inclui e não tabula; [em 1991 inclui e não tabula], considera-os a mais nítida expressão da ideologia racial do branco brasileiro das classes dominantes e dos intelectuais e técnicos que servem nas instituições de pesquisas governamentais e privadas.

Conforme o mesmo autor, “suprimir os dados é um modo de suprimir os fatos. A precariedade das estatísticas permite negar ou minimizar os fatos”. (Op.cit.:110.)

A este propósito, cabe ressaltar que um dos principais, senão o principal indicador de saúde – o de mortalidade – utilizado em larga escala para o planejamento de ações e serviços de saúde não tem contemplado a questão racial, uma vez que a Declaração de Óbito – DO – somente incluiu o item raça/cor em 1996 e, até o momento nenhum trabalho sobre o tema foi publicado.

Thomas Skidmore (1991), apud Rosenberg e Piza (1993), assinala:

cientistas sociais nos dizem que a base de dados sobre relações raciais ainda é muito inconsistente. Há muito ainda por saber sobre saúde, habitação, educação, estrutura familiar etc. Uma pequena parte das informações necessárias pode ser fornecida através dos esqueletos

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

questionários do Censo... Grande parte das informações mais importantes nunca foram publicadas; é acessível apenas em fitas... Agora só libera[das] mediante altos custos para o usuário. (P. 7.)

Só obtivemos os dados desagregados por raça/faixa etária da população do município de São Paulo após interpelarmos em público, representante do IBGE, no Congresso Nacional de Saúde Coletiva, Águas de Lindóia-SP, agosto-97. (Vide Anexo II.)

Ao buscarmos dados sobre mortalidade da população negra, constatamos que nas certidões de óbitos fornecidas aos familiares, por vezes aparecia o registro da cor, o mesmo acontecendo em relação às certidões de nascimento. (Vide Anexo III.)

Em contato com alguns cartórios teve-se acesso à Lei 6015 de 31 de dezembro de 1973, que regula os registros públicos, dentre eles os eventos de nascimento e morte.

Institui a Lei 6015 que o assento de óbito deverá conter, dentre outras informações, o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado civil, profissão, naturalidade, domicílio e residência da pessoa falecida; não faz contudo, referência ao item cor no assento de nascimento. Identifica na morte, quando a identificação esteve ausente na vida.

Esta situação instaura algumas indagações, pois do projeto de lei elaborado pelo deputado Accioly Filho (Diário do Congresso Nacional de 26/05/1973), bem como da publicação da referida Lei em Diário Oficial, em 31/12/1973, consta a obrigatoriedade da menção da cor, tanto no registro de nascimento quanto no de óbito.

Projeto de Lei da Câmara nº 25 de 1973:
Título II – Registro Civil das Pessoas Naturais

...

Capítulo IV – Nascimento

...

Art. 58 O assento do nascimento deverá conter:

...

II - o sexo e a cor do recém-nascido,

...

Capítulo VI – Óbito

...

Art. 77 O assento de óbito deverá conter:

...

III- o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado civil, profissão, naturalidade, domicílio e residência do morto;

...

Lei 6015 de 31/12/1973

Capítulo IV – Do Nascimento

...

Art. 55 O assento de nascimento deverá conter:

...

2º) o sexo e a cor do registrando;

...

Capítulo IX – Do Óbito

Art. 81 O assento de óbito deverá conter:

...

3º) o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado civil, profissão, naturalidade, domicílio e residência do morto

...

Em incursões nos Anais do Congresso Nacional, não se conseguiu auferir a justificção da presença do item cor nos assentos de nascimento e óbito. Sua exclusão dos assentos de nascimentos se deu a partir da Lei 6216, de 30/06/1975, que altera a Lei 6015; não apresenta justificativas para a exclusão. (Vide anexo IV.)

A exclusão do item cor dos nascimentos reitera o mito de democracia racial. Quintanilha (1981:32) corrobora com o exposto, quando alega: “dentro dos propósitos humanitários e antidiscriminatórios, preponderantes nos atos do registro civil, a lei proíbe qualquer menção no assento, da cor do indivíduo...”

Constatou-se que, embora os estudos de mortalidade não façam o recorte por raça, em algum momento ocorre a identificação do indivíduo falecido quanto a este aspecto. Faltava, porém, saber onde e como ocorre a identificação, e como o dado é utilizado.

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

Averiguou-se que na cidade de São Paulo, a identificação é feita no Serviço Funerário pelos agenciadores, através de informação fornecida pelo solicitante de documentação de serviço de sepultamento. A Declaração de Óbito – DO é preenchida em 4 vias:

- 1ª via – cartório;
- 2ª via (depois de carimbada pelo cartório) – Serviço Funerário e Departamento de Inquérito Policial – DIPO (xerox);
- 3ª via – cemitério; e
- 4ª via – família.

O Serviço Funerário envia a documentação para os cartórios de ocorrência do evento e a família retira a certidão após 5 dias úteis.¹⁹

O cartório é responsável por enviar as informações de eventos vitais para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – e para a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Dos mapas enviados para o IBGE não constam o item cor, constando entretanto dos mapas do SEADE. (Vide Anexo V.)

A Fundação SEADE, embora recolha o dado, não o utiliza. Devido a questões metodológicas, pesquisadores e técnicos que trabalham com questões demográficas utilizam os dados do censo ou pesquisas específicas, do tipo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA. Em função da imprecisão e distorção dos dados, utilizam-se dados referentes à cor auto-atribuída, o que não é o caso no evento da morte. Este dado, até o presente momento, nunca foi trabalhado em sua totalidade.

Filigranas de teor tecnicista que, retomando Ianni (op. cit:110), são provavelmente a mais nítida expressão da ideologia racial do branco brasileiro das classes dominantes e

¹⁹ Conforme informações fornecidas por Claudete Rodrigues de Souza, responsável pela conferência da documentação de óbito do Serviço Funerário do Município de São Paulo.

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

dos intelectuais e técnicos que servem nas instituições de pesquisas governamentais e privadas.

Optou-se por trabalhar este dado, mesmo que não incida em aproximações rigorosas, por acreditar que pudesse contribuir para a compressão das relações raciais no Brasil.

La negación de la vida está, em esencia, contenida en la vida misma, de tal manera que la vida siempre se piensa en relación com su necesario resultado, contenido en ella permanentemente en germen, la muerte ...

Vivir significa morir.²⁰

Ademais, pondera-se que tanto a auto-atribuição quanto a hetero-identificação estão sujeitas ao mesmo fenômeno de mistificação da realidade racial, onde o branco é o tipo ideal.

O processo de convencimento e dificuldade de adesão dos técnicos da área da saúde à questão racial demonstra, por outro lado, as relações de poder no setor, onde cabe ao técnico determinar, aprovar, manipular informações, legitimar discursos...

... discurso competente não exige uma submissão qualquer, mas algo profundo, sinistro; exige interiorização de suas regras, pois aquele que não as interioriza corre o risco de ver-se a si mesmo como incompetente, anormal, a-social, como detrito e lixo. (Chauí, 1982:13.)

A ambigüidade é o princípio fundamental das relações entre o branco, o negro e o mulato onde, nos termos de Ianni (op.cit.:114),

... a ideologia racial do branco diz que não há preconceito, que todos são iguais perante a lei. Mas a própria lei se encarrega de afirmar que o preconceito e a discriminação são crimes ou contravenção. No Brasil, é proibido ter preconceito.

²⁰ Engles, 1975, apud Campaña K.A., 1987:374.

O mito da democracia racial é o arcabouço ideológico de nossas relações raciais. Quando falamos de mito estamos na arena do simbólico, das representações, idealizações, de um povo que se autoconcebe “pacífico”, “cordial”.

Para Aktouf, (1994:55),

o mito articula-se, inevitavelmente, com a ação e convicções coletivas através do processo de constituição dos sistemas de representação, moldura e justificação dos comportamentos. Estas representações e estes comportamentos articulam-se com a imagem que os atores sociais fazem do universo e de sua posição neste e com este universo.

Tal formulação – a imagem que os atores fazem do universo e de sua posição neste e com este universo – nos remete à naturalização das relações raciais, onde inexistem problemas, pois os distintos atores reconhecem seus lugares, seus privilégios e suas desvantagens.

A empedernida desigualdade racial se assenta no mito da democracia racial; “o corolário implícito desta idéia é a ausência de preconceito e discriminação raciais e, conseqüentemente, a existência de oportunidades econômicas e sociais iguais para brancos e negros”. (Hasenbalg, op.cit.:164.)

Ao objetivar-se a busca perversa da visibilidade, impõe-se a descoberta do que é particular e do que é universal; este processo jamais é simples, uma vez que pauta sua existência específica à diversas condições objetivas.

A cidade de São Paulo é o locus privilegiado para o estudo proposto,

... nela deparamos com as dimensões que articulam as experiências e contatos raciais seja ao tronco comum do regime escravocrata e senhorial, seja às transformações mais avançadas da ‘sociedade competitiva’ e da ‘civilização industrial’. (Fernandes, 1972:7.)

2. DA BUSCA PERVERSA DE VISIBILIDADE

É a maior cidade da América do Sul, possui em torno de 10 milhões de habitantes; caracteriza-se pela heterogeneidade, pelo alto avanço tecnológico, pelo volume de capital financeiro, pela fome, enfim, pela exclusão.

O intuito de estudar todas as mediações do processo racismo-saúde implicou ainda, na procura do elo perdido, no conhecimento de como se opera em outros contextos históricos; daí a ida a Michigan – United States of America; Johannesburg e Petrória – South Africa.

O racismo existe na África do Sul, Brasil e Estados Unidos da América e foi erigido tendo por base a ideologia da “supremacia branca”, instituída e imposta pelos ocidentais nas relações estabelecidas com povos não brancos, seja na África, América ou Ásia. O *modus operandus*, todavia, contém as circunstâncias históricas que o formataram; a necessidade de colisão entre britânicos e africânders após a Guerra dos Boers, no caso da África do Sul; entre os brancos do Norte e os do Sul, durante a Reconstrução nos Estados Unidos da América; e a continuidade da ordem racial e hierarquia social, após a abolição da escravatura no caso brasileiro, afim de consolidar o estado-nação e o crescimento econômico.

Mas, as diferenças contextuais não anulam a essência das relações raciais, que se calca nos princípios de superioridade-inferioridade, razão-emoção, evolução-involução.

A intertextualidade da ideologia da “supermacia branca”, independe da geografia, donde a referência de que o mecanismo de exclusão em que se forjou o conceito de raça, institui piores níveis de saúde à população negra, quer se trate da África do Sul, Brasil ou Estados Unidos da América.

**3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE.
LIMITES E POSSIBILIDADES**

“Between me and the other world there is ever an unasked Question: unasked by some through feelings of delicacy; by others through the difficulty of rightly framing it.”

(Du Bois)

3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES

A abordagem ocorre através da coleta de dados quantitativos, relativos à caracterização dos óbitos por raça dos residentes no município de São Paulo, em 1995. Limitamo-nos a este espaço temporal devido a ausência de dados sistemáticos de anos anteriores, o que não permitiu, por exemplo, uma análise histórica do perfil de mortalidade por raça. Conforme exposto anteriormente, por serem os dados fornecidos pelos mapas do cartório relativos à cor heteroatribuídas e colhidos sem rigor técnico, não foram considerados passíveis de validação científica pelos pesquisadores da área.

A ausência de dados e/ou a sua não utilização é parte do processo da ideologia racial do branco brasileiro, uma vez que a decisão do que pesquisar, como e porque está sob seu comando.

Os dados sobre relações raciais e saúde são muito inconsistentes, quando analisados sob uma perspectiva otimista, posto que, de fato, são inexistentes.

Ignora-se.

Os dados quantitativos, que permitem visualizar o fenômeno, em termos de médias, gráficos, estatísticas, não serão tidos como dados objetivos que falam por si.

Busca-se relativizar o instrumental técnico e inseri-lo numa abordagem que admita a complexidade do objeto, onde os fatores visíveis são percebidos como parte da totalidade, no caso específico das condições históricas do racismo, nas marcas do capitalismo.

Trata-se do reconhecimento não do alcance da objetividade, mas sim da objetivação, processo interminável de apreensão da realidade, do qual é imanente a crítica

3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES

enquanto forma de reduzir juízos de valor, para superar a tensão provocada pela identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. Tensão permanente.

3.1. Da mensuração dos dados de mortalidade da população negra

O objeto racismo-saúde requer para a sua mensuração a coleta de dados do Eu e do Outro, posto que se condicionam e devem a existência a contextos históricos específicos, pautados pela subordinação das diferenças, que se concretizam nas desigualdades.

Trata-se o perfil da mortalidade de brancos e negros, pela compreensão de contradição fundamental, nas condições históricas das relações raciais no Brasil.

Foram tidos como negros os indivíduos classificados como pretos e pardos, devido ao entendimento das complexidades interpostas pelo pensamento, de matriz freyreana, de negação da identidade rumo a uma fuga mística em direção à metarraça em termos outros, à arianização, ainda que Gilberto Freire se opusesse a Oliveira Vianna, no plano aparente.

O agrupamento de pretos e pardos na categoria negro encontra respaldo nos diversos estudos de relações raciais realizados no Brasil, dada a ambigüidade aparente da terminologia racial brasileira, que de fato encobre uma relação bipolar: brancos e negros, atestada pelas disparidades de renda, educação, saúde entre os brancos e não-brancos.

O universo amostral foi definido pela amostra aleatória simples. Sendo, num primeiro momento, N – o número de meses do ano (12) – o total de unidades amostrais e n o tamanho da amostra desejada (4) meses; obteve-se o intervalo de amostragem K , a partir de $N/n=K$; $12/4=3$, tendo o sorteio determinado o início causal a partir do mês nº 1, ou seja, janeiro/95.

3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES

A amostra foi composta pelo Banco de Dados da Fundação SEADE; totalidade dos dados de óbitos dos meses de janeiro, abril, julho e outubro/95.

A raça foi obtida através de coleta manual e informatizada, nos mapas de óbito enviados pelos cartórios à Fundação SEADE (Vide Anexo V), e agregada ao Banco de Dados original, que não dispunha dessa informação, criando um novo Banco de Dados com a inclusão da variável.

Obteve-se um total de 21663 óbitos, devido à não inclusão, por atraso no fornecimento de dados do cartório 9465 – Itaim Paulista; contabilizando-se numa perda de 140 óbitos.(Vide Tabela 6.)

Tabela 6 – Número e percentagem dos óbitos, segundo raça, São Paulo-SP, 1995.

RAÇA	ÓBITOS	
	Nº	%
Branca	14694	67,8
Parda	3263	15,1
Preta	880	4,1
Amarela	274	1,3
Ignorada	2552	11,8
TOTAL	21663	100,0

FONTE: Fundação SEADE/1995

Do total de 21663, 1057 são referentes à 1994 – 4,9% dos óbitos, conforme tabelas 7 e 8.

**3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE.
LIMITES E POSSIBILIDADES**

Tabela 7 – Número e percentagem dos óbitos, segundo ano de ocorrência, São Paulo-SP, 1995.

ANO	ÓBITOS	
	Nº	%
1994	1057	4,9
1995	20606	95,1
TOTAL	21663	100,0

FONTE: Fundação SEADE

Tabela 8 – Número e percentagem dos óbitos, segundo mês e ano de ocorrência, São Paulo-SP, 1995.

MÊS/ANO	ÓBITOS	
	Nº	%
Março/1994	1	0,0
Julho/1994	1	0,0
Outubro/1994	1	0,0
Novembro/1994	1	0,0
Dezembro/1994	1053	4,9
Janeiro/1995	4283	19,8
Fevereiro/1995	3	0,0
Março/1995	820	3,8
Abril/1995	4231	19,5
Mai/1995	5	0,0
Junho/1995	970	4,5
Julho/1995	5043	23,3
Setembro/1995	951	4,4
Outubro/1995	4300	19,8
TOTAL	21663	100,0

FONTE: Fundação SEADE/1995

Dado os propósitos do estudo, o universo limitou-se aos óbitos identificados como raça branca, parda e preta, tendo sido as raças preta e parda agregadas e denominadas negra. O universo compõe-se assim, de 18837 casos.

3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES

Em função da perda de informação de raça, procedeu-se à análise de raça ignorada para avaliar a ocorrência de viés, que pudesse comprometer os resultados do estudo.

A análise dos óbitos de raça ignorada foi realizada por sexo, média e mediana de idade.

Obteve-se distribuição homogênea da raça ignorada por sexo (tabela 9.)

Tabela 9 – Número e percentagem dos óbitos, segundo ausência ou presença de raça e sexo, São Paulo-SP, 1995.

RAÇA	SEXO					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presença	7629	39,9	11482	60,1	19111	100,0
Ausência	998	39,1	1554	60,9	2552	100,0

FONTE: Fundação SEADE/1995

A média de idade dos óbitos com raça ignorada, 54,08 anos, é similar à dos óbitos com raça identificada, 54,16 anos. Quanto à mediana encontrou-se o mesmo valor, 59 anos para as duas variáveis.

As perdas parecem ser aleatórias; os resultados não indicam uma associação entre as perdas e as variáveis estudadas.

Os óbitos de raça ignorada foram excluídas da amostra.

Os dados populacionais foram fornecidos pelo IBGE, em seleção especial, desagrupados por bairro, raça, sexo e faixa etária: menor de 1 ano; de 1 a 4 anos; de 5 a 9 anos; de 10 a 49 anos; de 50 anos e mais relativos ao Censo Demográfico de 1991.

Em 52 casos não se obteve a informação da idade; os mesmos foram excluídos dos indicadores que consideravam a faixa etária.

3.2. Do Estudo de Mortalidade

Datam de 1662²¹ os estudos que consideram a mortalidade enquanto indicador de avaliação de condições de saúde. O evento da morte compõe a maioria dos indicadores de saúde; é a principal fonte de informação para planejamento, avaliação e estabelecimento de prioridades do Sistema de Saúde.

No Brasil são publicados dados de mortalidade por causa desde 1944, porém é somente em 1975 que se cria o modelo único de Declaração de Óbito (DO), e tem início o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Independente das demandas de longas datas, para a inclusão da variável raça/cor na DO, esta só é implantada em 1996, conforme exposto anteriormente.

Apesar das limitações inerentes ao estudo de mortalidade: qualidade do preenchimento das DO; captação da ausência e/ou negação da saúde, em média de 1% da população; exclusão dos eventos de baixa letalidade, ainda que relevantes e freqüentes em grupos humanos; dentre outras, os dados de mortalidade têm sido amplamente utilizados devido a diversos fatores: ausência de dados confiáveis de morbidade, mesmo em países desenvolvidos; terminalidade do evento; registro oficial; alto poder discriminatório por sexo, idade, causa, raça, ...; objetividade das medidas, avaliação do crescimento vegetativo da população.

Para o alcance dos fins deste estudo foram trabalhados os seguintes indicadores de mortalidade: mortalidade proporcional por causa; mortalidade proporcional por idade; taxa de mortalidade por causa, e Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP).

²¹ O primeiro estudo estatístico de mortalidade foi realizado por John Grant, baseado nas "Bills of Mortality", listas de mortalidade elaboradas pelas paróquias de Londres.

3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES

Avalia-se que dado o maior ou menor poder discriminatório de tais indicadores, algumas ponderações se fazem necessárias, de modo a potencializá-los quanto à capacidade de captar ou não o impacto do racismo no perfil de mortalidade da população negra no município de São Paulo. Este esforço se insere nas preocupações teórico-metodológicas dos pesquisadores da área que buscam redefinir a mortalidade como indicador da saúde “para isso, torna-se fundamental não somente vincular os perfis de mortalidade à totalidade social, mas buscar especificar as articulações entre componentes estruturais, como classe social, categoria de trabalho.” (Nunes, 1986:353.)

Diante da impossibilidade de estratificação sócio-econômica, através da informação de ocupação, conforme é coletada nas DOs, considerou-se então o estudo de mortalidade por instrução – 1º grau, bem como por local de residência, neste caso, a partir de um corte estabelecido pelo Índice de Exclusão²² - distribuição de renda do chefe de família – dos sem rendimentos, aos que percebem mais de 20 salários mínimos, daí estabelecendo-se os cinco melhores e piores bairros de condições de vida do município de São Paulo, agrupando-se a informação de proporção de população negra nos mesmos bairros, indicadores capazes da apreensão de alguns aspectos da desigualdade social frente à morte. Excluímos Marsilac, o pior bairro de condições de vida por apresentar número de óbitos abaixo de 5, para ambos os segmentos populacionais, e incluímos o bairro do Lajeado.

Credita-se ao indicador Anos Potenciais de Vida Perdidas a condição de aproximação mais rigorosa das desigualdades entre brancos e negros perante a morte, pela possibilidade de mensuração da prematuridade da ocorrência do óbito, ao associá-lo às

²² Trata-se de um dos indicadores utilizados no Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo; Sposati (1996:65).

3. DOS CAMINHOS DE APREENSÃO DA RELAÇÃO RACISMO-SAÚDE. LIMITES E POSSIBILIDADES

condições e duração da vida em determinado contexto histórico, neste estudo considerada de 70 anos e tendo por limite inferior 0.

O cálculo dos anos potenciais de vida é feito pela somatória dos produtos do número de óbitos por grupo etário pela diferença de seu ponto médio até o limite superior estabelecido, através da fórmula: $APVP = \sum a_i \times d_i$, onde d_i = n° de óbitos e a_i = anos remanescentes de vida.

Nas análises de mortalidade proporcional por faixa etária – Razão de Mortalidade Proporcional/Swaroop e Uemura –, optou-se pela reformulação das classes propostas²³, usando-se os seguintes limites 0 |— 20; 20 |— 40; 40 |— 50; 50 |— 55 e 55 ou mais, pelo maior poder de discriminação, dos princípios propostos de avaliação do nível de saúde pela concentração de óbitos na faixa etária limite superior.

As causas de mortes foram codificadas pela Classificação Internacional de Doenças – CID/9^a revisão.

²³ Conforme sugestão de Paiva, E.R. (1987).

Homem na Estrada

(...)

Sim, ganhar dinheiro para ficar rico enfim.

Quero que meu filho nem se lembre daqui

Tenha uma vida segura e não quero que

ele cresça com um oitão na cintura e uma PT na cabeça,

E o resto da madrugada sem dormir

ele pensa o que fazer para sair dessa situação.

Desempregado então, por má reputação,

viveu na detenção, ninguém confia não (...)

(Racionais MC's)

4.1. Resultados

Faz-se uso da prosa de Paulo Lins para titular a análise, enquanto possibilidade lingüística de expressar o perfil de mortalidade da população negra em São Paulo – 1995.

Os dados obtidos revelam disparidades entre o perfil de mortalidade da população branca e população negra, evidenciando que o perfil de saúde está sujeito à dinâmica das relações raciais pautadas pelo racismo no contexto histórico brasileiro.

Raça, enquanto conceito socialmente construído, é uma categoria de exclusão em áreas diversas do social; demonstra-se, agora, que também o é na área da saúde.

Os dados permitem a visibilidade das condições de saúde da população negra, que se enfeixam na complexidade das relações raciais.

A análise da distribuição dos óbitos, segundo os grandes grupos de causa de morte por raça, expõem as disparidades do perfil de mortalidade entre brancos e negros, onde o grupo de causas externas é o grande divisor de águas, seu peso relativo depende da população analisada, corresponde a 14,1% para o conjunto da população negra e branca; 11,4% para a população branca, e 23,4% para a população negra.

Embora ambos os segmentos tenham como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório, as dimensões se diferenciam, representam 32,5% dos óbitos da população branca, semelhante ao perfil do conjunto negros e brancos, e 26,7% dos óbitos da população negra, nesse caso muito próxima ao peso das causas externas, 23,4%.

Destacam-se ainda, os neoplasmas que atingem mais diretamente a população branca, do que a população negra, 15,9% e 9,3% dos óbitos, respectivamente. (Observe a tabela 10)

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Tabela 10 - Distribuição dos óbitos, segundo grandes grupos de causas, por cor, no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	COR								
	População Branca + População Negra			População Branca			População Negra		
	Nº	%		Nº	%		Nº	%	
D. do ap. circulatório	1	5883	31,2	1	4776	32,5	1	1107	26,7
Neoplasmas	2	2725	14,5	2	2338	15,9	4	387	9,3
Causas externas	3	2652	14,1	4	1681	11,4	2	971	23,4
D. do ap. respiratório	4	2349	12,5	3	1902	12,9	3	447	10,8
D. das glând. Endócrinas	5	1636	8,7	5	1261	8,6	5	375	9,1
D. do ap. digestivo	6	936	5,0	6	747	5,1	6	189	4,6
Perinatais	7	665	3,5	7	533	3,6	8	132	3,2
D. infec. e parasitárias	8	605	3,2	8	418	2,8	7	187	4,5
D. ap. geniturinário	9	323	1,7	9	254	1,7	10	69	1,7
D.Sistema Nervoso	10	236	1,3	-	-	-	-	-	-
Mal definidas	-	-	-	10	204	1,4	9	81	2,0
TOTAL(1)		18837	100,0		14694	100,0		4143	100,0

FONTE: Fundação SEADE

(1) Incluídos os demais grupos de causas.

As chamadas causas externas, ou mortes violentas, ou mortes não naturais, têm merecido maior atenção dos pesquisadores na atualidade, devido às proporções que vêm assumindo no contexto mundial da saúde pública; ocupa, em geral, a 2ª ou a 3ª colocação. No Brasil, seu peso aumentou aproximadamente 40,0% entre 1977-1994 (Mello Jorge et al.: 1997).

Nos centros urbanos brasileiros, a violência tem assumido proporções epidêmicas, tendo inclusive motivado o Ministério da Justiça a solicitar estudo específico de homicídio, para subsidiar o Programa Nacional de Direitos Humanos. Este estudo foi elaborado pelo Centro de Estudo de Cultura Contemporânea – CEDEC (1996), que o consolidou em “Mapas de Risco de Violência” para as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Curitiba.

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

O detalhamento da análise mostra que o estudo dos principais grupos de causas por sexo/raça permite uma aproximação maior, e aponta que as disparidades se potencializam quando se é homem e negro, embora os estudos anteriores já sublinhassem o referencial por sexo.

O peso das causas externas nos óbitos dos homens negros é basicamente o dobro do peso dos homens brancos, 32,3% para 16,2%; para os brancos o peso maior é das doenças do aparelho circulatório, 29,1% dos óbitos.

As mortes devidas aos neoplasmas são responsáveis por 14,6% dos óbitos dos homens brancos, o dobro dos óbitos dos homens negros pelas mesmas causas, 7,2%.

O perfil de mortalidade de mulheres brancas e negras apresenta certa semelhança, com variações que merecem destaque; as causas externas 7,6% dos óbitos de negras e 3,6% de brancas, bem como os neoplasmas, que de modo similar ao grupo masculino, tem um peso maior para as brancas do que para as negras, 17,9% e 13,1% dos óbitos respectivamente (Consulte tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos óbitos, segundo grandes grupos de causas, por RAÇA e sexo, no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	RAÇA / SEXO											
	População Branca				População Negra							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres					
	Nº	%	No	%	No	%	Nº	%				
D. do ap. circulatório	1	2519	29,1	1	2257	37,5	2	577	21,7	1	530	35,6
Causas externas	2	1406	16,2	5	275	4,6	1	858	32,2	5	113	7,6
Neoplasmas	3	1261	14,6	2	1076	17,9	5	192	7,2	2	195	13,1
D. do ap. respiratório	4	1117	12,9	3	785	13,0	3	266	10,0	3	181	12,2
D. das glând. Endócrinas	5	781	9,0	4	480	8,0	4	223	8,4	4	152	10,2
D. do ap. digestivo	6	491	5,7	6	256	4,2	6	138	5,2	8	51	3,4
Perinatais	7	292	3,4	7	241	4,0	8	71	2,7	7	61	4,1
D. infec. e parasitárias	8	244	2,8	8	174	2,9	7	112	4,2	6	75	5,0
D. ap. geniturinário	9	124	1,4	9	130	2,2	-	-	-	9	35	2,4
Mal definidas	10	114	1,3	10	93	1,5	9	55	2,1	10	26	1,7
Transtornos mentais	-	-	-	-	-	-	10	54	2,0	-	-	-
TOTAL(1)		8669	100,0		6025	100,0		2654	100,0		1489	100,0

FONTE: Fundação SEADE /

(1) Incluídos os demais grupos de causas.

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

As discussões das desigualdades na área da saúde, pelos pesquisadores da saúde pública, fundamentalmente, ocorrem pelas análises de causalidade dada pelo perfil sócio-econômico dos grupos sociais estudados, seja pelas “variáveis sociais” de escolaridade, ocupação ou local de residência.

O estudo da distribuição dos óbitos pelos principais grupos de causa, por raça, sexo e escolaridade – 1º grau, mostra que existe uma inversão de grandeza entre os óbitos masculinos, onde as doenças do aparelho circulatório são o 1º grupo de causas para os brancos, 28,8% dos óbitos, sendo o 1º grupo para os negros o de causas externas, 43,6% dos óbitos; os homens brancos morrem numa proporção duas vezes maior de neoplasmas do que os negros, 16,0% para 8,4% dos óbitos; o 1º grupo de causas entre as mulheres é o mesmo, doenças do aparelho circulatório, embora proporcionalmente diferentes, 41,0% dos óbitos de brancas e 35,6% de negras; os neoplasmas pesam mais para brancas do que para negras, 20,8% e 15,2% dos óbitos; as doenças das glândulas endócrinas respondem por 13,0% dos óbitos de negras, e por 8,4% dos óbitos de brancas; o 6º grupo de causas para as brancas são as doenças do aparelho digestivo, 4,4% dos óbitos, e para as negras o são as doenças do aparelho geniturinário, 3,8% dos óbitos, as mulheres negras morrem duas vezes mais de causas externas do que as brancas, 11,6% para 5,4% dos óbitos. (Tabela 12.)

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Tabela 12 - Distribuição dos óbitos, segundo grandes grupos de causas, por grau de instrução (1º grau), raça e sexo, no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	RAÇA / SEXO											
	População Branca				População Negra							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
D. do ap. circulatório	1	1233	28,8	1	1158	41,0	2	246	18,5	1	206	35,6
Causas externas	2	907	21,2	5	152	5,4	1	581	43,6	4	67	11,6
Neoplasmas	3	686	16,0	2	586	20,8	4	112	8,4	2	88	15,2
D. do ap. respiratório	4	489	11,4	3	335	11,9	5	91	6,8	5	52	9,0
D. das glând. endócrinas	5	416	9,7	4	238	8,4	3	132	9,9	3	75	13,0
D. do ap. digestivo	6	253	5,9	6	125	4,4	6	57	4,3	-	-	-
D. ap. geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	22	3,8
TOTAL(1)		4277	100,0		2821	100,0		1333	100,0		579	100,0

FONTE: Fundação SEADE

(1) Incluídos os demais grupos de causas.

As mortes por causas violentas é o que caracteriza o perfil de mortalidade da população negra, qualquer que seja o ângulo de aproximação do objeto, denunciando a perversidade de ser negro em São Paulo, reiterando as desigualdades a que esta população está exposta secularmente.

O estudo dos homicídios por outras armas de fogo não especificadas por objeto contundente mensura a participação desproporcional dos negros neste tipo de óbito. Os negros correspondem a 27,48% da população (Censo de 1991), mas a 42,6% das mortes por homicídios por armas de fogo e as não especificadas e a 44,4% dos homicídios por agressão por objeto contundente ou arremessado (tabelas 13 14.)

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Tabela 13 – Distribuição dos óbitos por homicídios por outras armas de fogo e as não especificadas, segundo raça no Município de São Paulo-SP, 1995.

RAÇA	N°	%
Branca	421	57,4
Negra	312	42,6
TOTAL	733	100,0

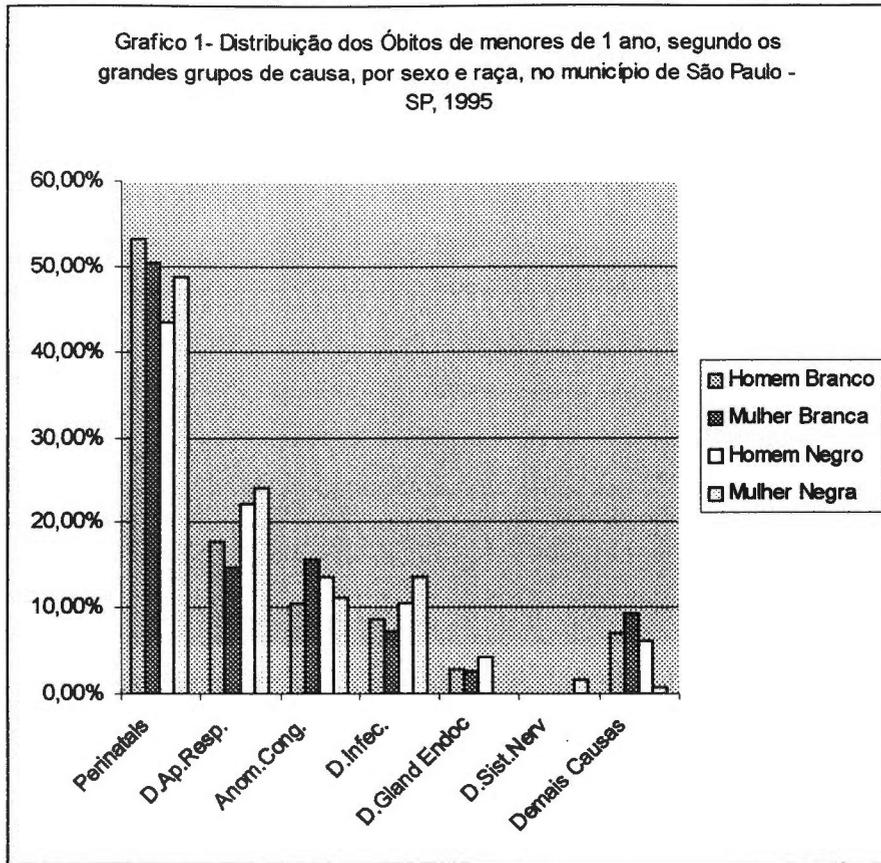
FONTE: Fundação SEADE

Tabela 14 – Distribuição dos óbitos por homicídios por objetos contundentes não especificados, segundo raça no Município de São Paulo-SP, 1995.

RAÇA	N°	%
Branca	244	55,6
Negra	195	44,4
TOTAL	439	100,0

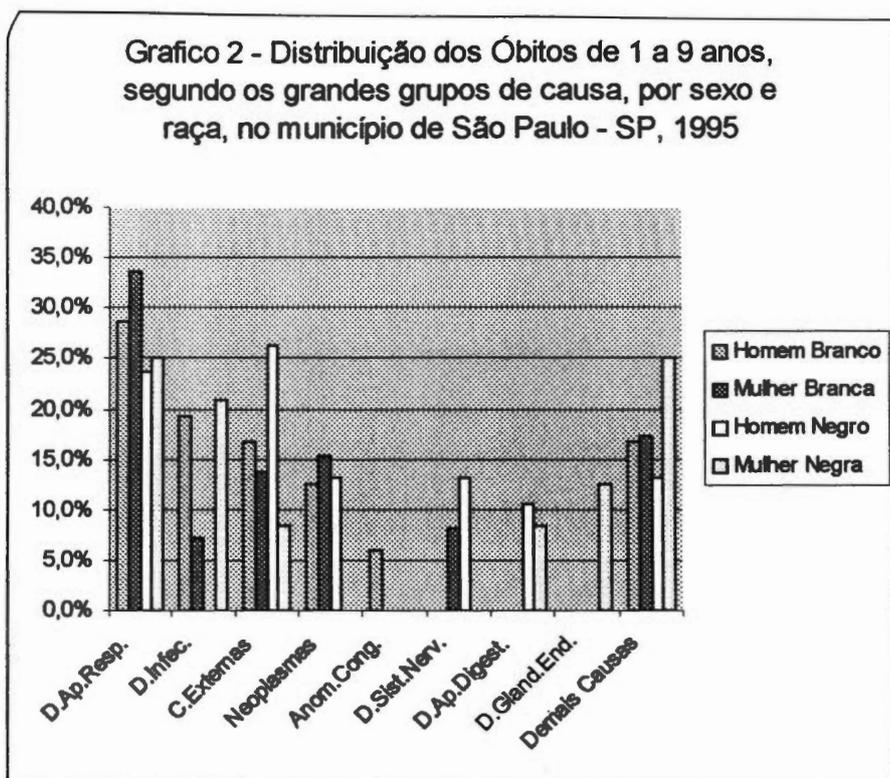
FONTE: Fundação SEADE

A distribuição dos óbitos segundo os grandes grupos de causas de morte por faixa etária, < 1 ano, 1 a 9 anos; 10 a 49 anos, e 50 anos e mais, sexo e raça, aponta que na faixa etária de < 1 ano, as diferenças no sexo masculino ocorrem, não devido à ordem do grupo de causas, e sim quanto a proporção que o mesmo assume para negros e brancos; quanto ao sexo feminino nota-se a diferença nas doenças do aparelho respiratório que representam 24,0% dos óbitos de mulheres negras e 14,6% para as brancas. (Vide gráfico 1.)



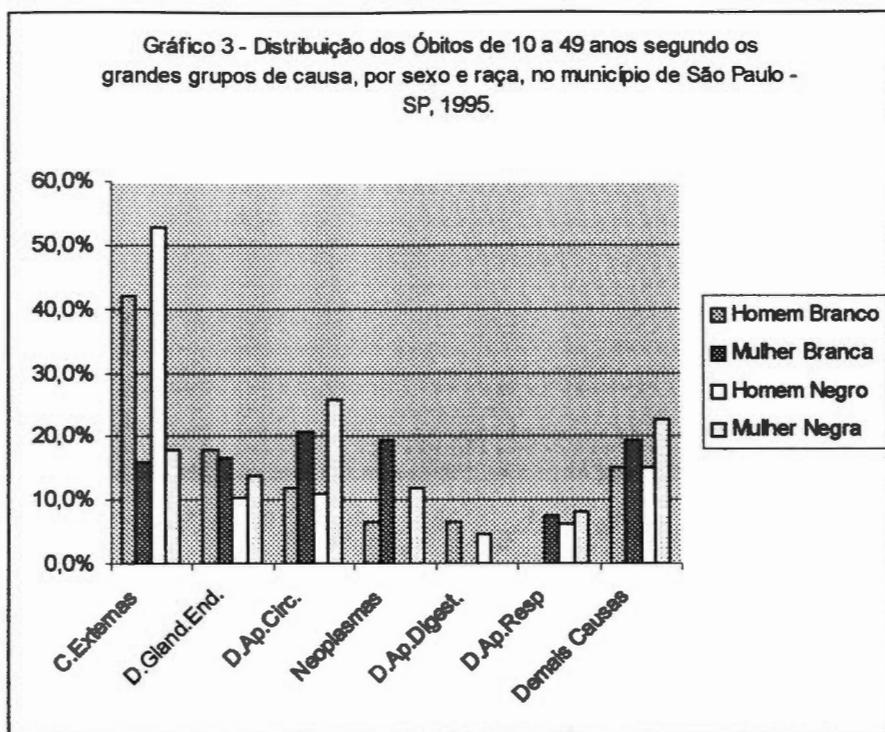
Fonte: Fundação SEADE

Na faixa etária de 1 a 9 anos chama a atenção, no grupamento masculino, o peso das causas externas que correspondem a 26,3% dos óbitos masculinos negros, e 16,8% dos brancos. No caso das mulheres, destacam-se a ocorrência das causas externas como 2º grupo de causa para as brancas, 18,3% dos óbitos, e 8,3% para negras, em contrapondo às doenças infecciosas cuja proporção para as negras é 20,8%, e 7,1% para as brancas. (Vide gráfico 2.)



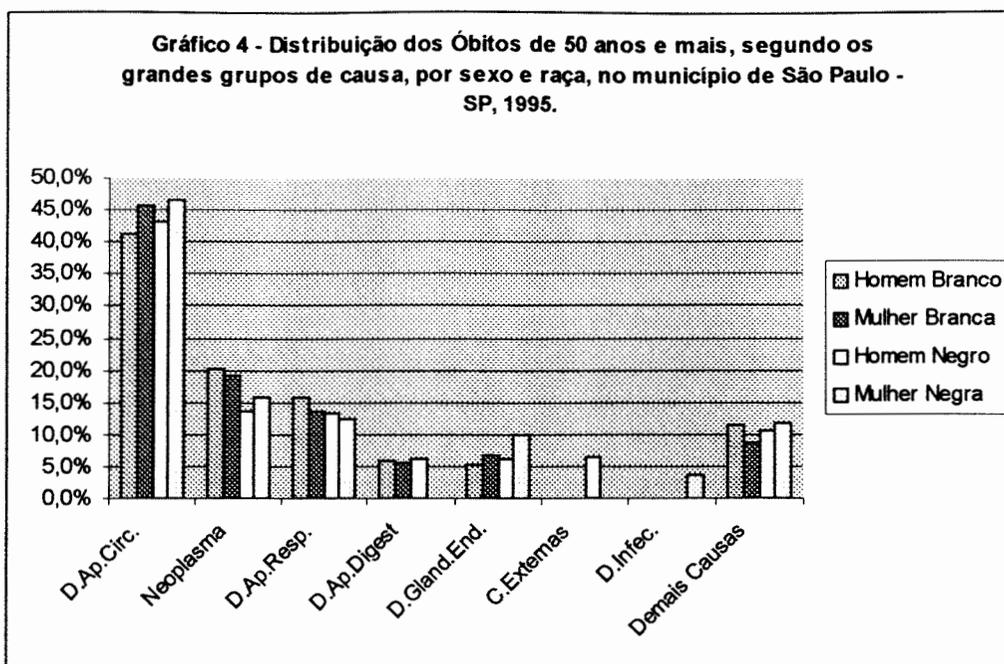
Fonte: Fundação SEADE

Dos 10 aos 49 anos, ganham de fato relevo as causas externas, 1º grupo de causas para homens negros e brancos, respectivamente 52,7% e 42,0%; para as mulheres, as doenças do aparelho circulatório ocupam o 1º posto, significando 25,7% dos óbitos femininos negros e 20,6% dos brancos. (Vide gráfico 3.)



Fonte: Fundação SEADE

As mortes ocorridas a partir dos 50 anos apresentam o mesmo perfil, com pequenas variações, quer se trate de homens brancos e negros, ou mulheres brancas e negras. (Vide gráfico 4.)



Fonte: Fundação SEADE

O indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos, que avalia a medida das mortes prematuras em relação a duração de vida esperada (70 anos), mostra que o maior peso é dado pelas causas violentas nos óbitos masculinos, porém quando desagregado por raça, assume a dimensão das intensas desigualdades na forma de morrer, pois corresponde a 29,8% para os homens brancos e 44,7% para os homens negros. (Vide tabela 15.)

Tabela 15 - Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), segundo grupos de causas, raça e sexo, no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	RAÇA / SEXO											
	População Branca				População Negra							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
D. infec. e parasitárias	6	7934,3	4,7	8	4582,3	5,3	6	3802,8	4,9	7	2467,8	8,0
Neoplasmas	5	12125,8	7,2	3	11276,3	13,0	8	2741,8	3,6	6	2749,0	8,9
D. das glând. Endócrinas	2	20254,3	12,0	6	7681,0	8,8	4	6615,3	8,6	5	3006,0	9,7
D. do sangue e órg. Hem.	11	399,0	0,2	13	391,8	0,5	14	89,0	0,1	14	27,0	0,1
D. do ap. digestivo	6	8018,3	4,7	9	2573,0	3,0	7	3220,0	4,2	9	875,0	2,8
Transtornos mentais	9	2364,0	1,4	15	246,0	0,3	11	1289,0	1,7	13	227,0	0,7
D. sist. Nerv. e órg. Sent	8	2823,5	1,7	10	1892,5	2,2	10	1395,3	1,8	10	676,5	2,2
D. ap. circulatório	3	19121,3	11,3	2	12242,5	14,1	2	7710,8	10,0	1	5484,0	17,8
D. ap. respiratório	4	17030,8	10,1	4	10874,5	12,5	3	7129,0	9,3	3	4155,5	13,5
D. do ap. geniturinário	10	1294,3	0,8	12	1240,3	1,4	12	341,0	0,4	11	595,0	1,9
D. pelo e tec. cel. subc.	12	240,8	0,1		134,8	0,2	13	171,8	0,2	-	-	-
D. sist. oest. tec. Conj.	13	73,0	0,0	14	352,0	0,4	15	34,0	0,0	12	260,0	0,8
Anomalias congênitas	7	4562,5	2,7	7	5928,3	6,8	9	1820,5	2,4	8	1274,5	4,1
Perinatais	2	20367,0	12,0	1	16809,8	19,3	5	4952,3	6,4	2	4254,8	13,8
Mal definidas	9	2293,8	1,4	11	1604,5	1,8	11	1322,0	1,7	10	691,0	2,2
Causas externas	1	50525,8	29,8	5	8456,3	9,7	1	34407,0	44,7	4	3780,8	12,3
TODAS AS CAUSAS		169428,0	100,0		87059,5	100,0		77041,8	100,0		30851,8	100,0

FONTE: Fundação SEADE

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Nas taxas de Anos Potenciais de Vida Perdidos, pelos principais grupos de causa, a magnitude das causas externas determina a diferença do perfil de mortalidade dos homens negros, seguidas, pelas doenças infecciosas e parasitárias; para as mulheres negras as diferenças ocorrem em relação às doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, e a do aparelho geniturinário. (Vide tabela 16.)

Tabela 16 – Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por 100.000, segundo grandes grupos de causas, por raça e sexo, no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	RAÇA / SEXO			
	População Branca		População Negra	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
D. do ap. circulatório	604,04	349,74	580,57	414,20
Neoplasmas	383,05	322,14	206,43	207,63
Causas externas	1596,11	241,58	2590,61	285,56
D. do ap. respiratório	538,0	310,66	536,76	313,66
D. das glând. Endócrinas	639,83	219,43	498,08	231,57
D. do ap. digestivo	253,29	73,50	242,44	66,09
Perinatais	643,39	480,22	372,87	321,36
D. infecciosas e parasitárias	250,64	130,90	286,32	186,39
D. aparelho geniturinário	40,88	35,43	25,67	44,94
D. sistema nervoso	89,19	54,06	105,05	51,09

FONTE: Fundação SEADE

A relevância assumida pelas causas externas, na diferenciação do perfil de mortalidade da população branca e negra, impôs a análise desagregada das mesmas, através do indicador Anos Potenciais de Vidas Perdidos, por sexo e raça.

As maiores proporções de APVP, para as mulheres, são os acidentes de trânsito, 2,5% para negras e brancas, seguidas pelos homicídios por arma de fogo para as negras, 2,3%, e atropelamento para as brancas, 1,7%, ocupando a 3ª posição os atropelamentos para as negras, 2,1%, e os homicídios com arma de fogo para as brancas, 1,3%. Quanto aos homens, as maiores proporções são os homicídios por armas de fogo, 16,5% para negros e 9,5% para brancos; os homicídios com objetos contundentes, 10,4% para negros e 5,5% para brancos, seguidos dos acidentes de trânsito, 5,6% para negros e 5,2 para brancos. (Veja tabela 17.)

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Tabela 17 – Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), por causas externas, segundo sexo e raça, no município de São Paulo – SP, 1995

SEXO / RAÇA CAUSAS EXTERNAS	População Branca				População Negra			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	APVP	%	APVP	%	APVP	%	APVP	%
Acidente de Estrada de Ferro	288,0	0,2	0	0	270,0	0,4	25,0	0,1
Acidente de Trânsito	8846,8	5,2	2209,8	2,5	4276,0	5,6	786,0	2,5
Atropelamento	5111,0	3,0	1457,0	1,7	2930,0	3,8	633,0	2,1
Ac.Veículo a motor, exceto Atropelamento	3488,8	2,1	752,8	0,9	1212,0	1,6	153,0	0,5
Ac.Trânsito sem outra especificação	247,0	0,1	0	0	134,0	0,2	0	0
Quedas acidentais	2364,0	1,4	270,0	0,3	1294,0	1,7	167,0	0,5
Ac.Causados por fogo ou chama	277,0	0,2	376,8	0,4	27,0	0,0	114,0	0,4
Ac.dev.submersão,sufoc.e corpos estranhos	1023,8	0,6	518,8	0,6	528,0	0,7	69,8	0,2
Suicídios por enforcamento	877,0	0,5	199,0	0,2	562,0	0,7	83,0	0,3
Suicídios por arma de fogo	417,0	0,2	75,0	0,1	226,0	0,3	0	0
Homicídios com arma de fogo	16078,0	9,5	1096,8	1,3	12709,0	16,5	705,0	2,3
Homicídios com objetos perfurocortantes	1408,0	0,8	174,0	0,2	846,0	1,1	186,0	0,6
Homicídios com objetos contundentes	9256,0	5,5	782,0	0,9	7979,0	10,4	446,0	1,4
Homicídios de outras formas	4048,0	2,4	642,0	0,7	2505,0	3,3	276,0	0,9
Lesões em q.se ignora se acid.ou intencional	2000,3	1,2	669,5	0,8	1305,0	1,7	593,0	1,9
Total (1)	169428,0	100,0	87059,5	100,0	77041,8	100,0	30851,8	100,0

Fonte: Fundação SEADE

(1) Incluídos os demais grupos de causa

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Porém, é a análise dos Anos Potenciais de Vida Perdidos por óbitos que revela a diferença entre ser branco ou negro em sociedades racistas; de um modo geral, perdem as mulheres negras mais anos do que os homens brancos, com exceção das doenças das glândulas endócrinas, e das causas externas que se assemelham, superando assim, a esperada diferença por sexo. É o homem negro, contudo, quem mais perde em Anos Potenciais de Vida por óbitos em todos os grupos de causa estudados. A morte ceifa as vidas negras mais cedo. (Tabela 18.)

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Tabela 18 - Mortalidade proporcional por causa e Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por óbitos, dos principais grupos de causas, segundo sexo e raça no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	MORTALIDADE PROPORCIONAL								APVP / ÓBITOS			
	População Branca				População Negra				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres					
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%					
D. do ap. circulatório	2519	29,1	2257	37,5	577	21,7	530	35,6	7,6	5,4	13,3	10,3
Neoplasmas	1261	14,6	1076	17,9	192	7,2	195	13,1	9,6	10,5	14,3	14,1
Causas externas	1406	16,2	275	4,6	858	32,3	113	7,6	35,9	30,7	40,1	33,4
D. do ap. respiratório	1117	12,9	785	13,0	266	10,0	181	12,2	15,2	13,8	26,8	22,3
D. das glând. endócrinas	781	9,0	480	8,0	223	8,4	152	10,2	25,9	16,0	29,6	19,8
TOTAL(1)	8669	100,0	6025	100,0	2654	100,0	1489	100,0	19,5	14,4	29,0	20,7

FONTE: Fundação SEADE

(1) Incluídos os demais grupos de causas.

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

A distribuição das 5 principais causas básicas de óbito reitera que a população negra morre, primeiramente, por causa não natural, sendo também a 5ª causa não natural, e a população branca de infarto agudo do miocárdio, ocupando a AIDS a 3ª posição para as duas populações.

A doença cerebrovascular não aparece entre as 5 principais causas de óbitos da população negra, tendo sido substituída pelo homicídio por objeto contundente.

A broncopneumonia, apesar de representar a mesma proporção de óbitos de negros e brancos, se diferencia quanto à ordem de ocorrência, 2º posto para a população branca e 4º para a população negra. (Vide Tabela 19.)

Tabela 19 - Distribuição das principais causas básicas de óbitos, segundo raça no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	RAÇA					
	População Branca			População Negra		
	Nº	%		Nº	%	
Infarto agudo do miocárdio	1	1445	9,8	2	256	6,1
Broncopneumonia	2	850	5,7	4	209	5,04
AIDS	3	680	4,6	3	211	5,09
D. cerebrovascular	4	565	3,8	-	-	-
Homicídio por outras armas de fogo e as não especificada	5	421	2,8	1	312	7,5
Homicídio por objetos contundentes	-	-	-	5	195	4,7
TOTAL(1)		14694	100,0		4143	100,0

FONTE: Fundação SEADE

(1) Incluídos as demais causas básicas.

Para o homem negro a maior taxa de mortalidade, que mede o risco de morrer em cada 100 mil pessoas é a taxa de mortalidade por causas externas, 193,8, assumindo o 2º posto o homem branco, 133,2, demonstrando que o homem negro tem um risco de 1,5 vezes maior de morrer por causas externas que o homem branco; em contrapartida o homem branco tem um risco 1,8 vezes maior de morte por doenças do aparelho

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

circulatório, 2,7 vezes maior de morte por neoplasmas, 1,7 vezes maior por doenças do aparelho respiratório, e 1,5 vezes maior por doenças das glândulas endócrinas.

Nas mulheres observa-se que as brancas têm riscos maiores de morrer por: doenças do aparelho circulatório, 1,6 vezes; neoplasmas, 2,1 vezes; doenças do aparelho respiratório, 1,2 vezes; quanto às negras, o risco maior é o de morte por causas externas, 1,1 vezes. (Vide tabela 20.)

Tabela 20 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelos principais grupos de causas, segundo raça e sexo no Município de São Paulo-SP, 1995.

CAUSAS	RAÇA / SEXO			
	População Branca		População Negra	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
D. do ap. circulatório	238,7	193,44	130,22	120,09
Causas externas	133,2	23,58	193,80	25,62
Neoplasmas	119,6	92,22	43,38	44,19
D. do ap. respiratório	105,8	67,29	60,09	41,01
D. das glând. Endócrinas	74,0	41,13	50,37	34,44

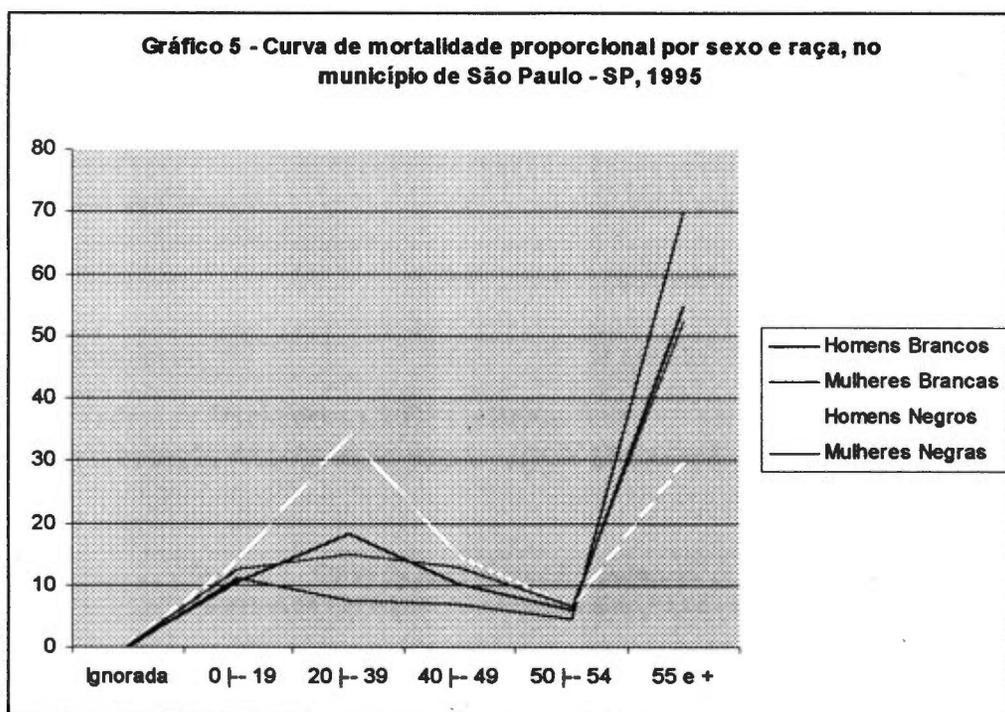
FONTE: Fundação SEADE

A distribuição proporcional dos óbitos por faixa etária demonstra de forma contundente a perversidade do perfil de mortalidade dos homens negros, e sugere a dimensão das desigualdades; 63% dos óbitos ocorrem até 49 anos, para uma proporção de 39% para os homens brancos. Demonstra, ainda que contrário ao usualmente observado de diferenças por sexo, o perfil da mulher negra se assemelha ao do homem branco, 40,7% ocorrem até 49 anos. (Vide tabela 21 e gráfico 5.)

Tabela 21 - Distribuição dos óbitos por faixa etária, segundo raça e sexo no Município de São Paulo-SP, 1995.

FAIXA ETÁRIA	RAÇA / SEXO							
	População Branca				População Negra			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ignorada	26	0,3	2	0,0	19	0,7	5	0,3
0 — 19	901	10,4	666	11,1	370	13,9	189	12,7
20 — 39	1588	18,3	458	7,6	910	34,3	224	15,0
40 — 49	891	10,3	423	7,0	392	14,8	194	13,0
50 — 54	527	6,1	265	4,4	173	6,5	97	6,5
55 e +	4736	54,6	4211	69,9	790	29,8	780	52,4

Fonte: Fundação SEADE.



Fonte: Fundação SEADE.

Ao desagregarmos a distribuição proporcional dos óbitos por faixa etária, segundo a classificação dos bairros pelo índice de exclusão – distribuição de renda do chefe de família²⁴ –, em 5 melhores e 5 piores bairros, de condições de vida e proporção de população negra nos mesmos bairros conforme quadro 1, observa-se que o nível de saúde é

²⁴ Dos sem rendimentos aos que percebem mais de 20 salários mínimos.

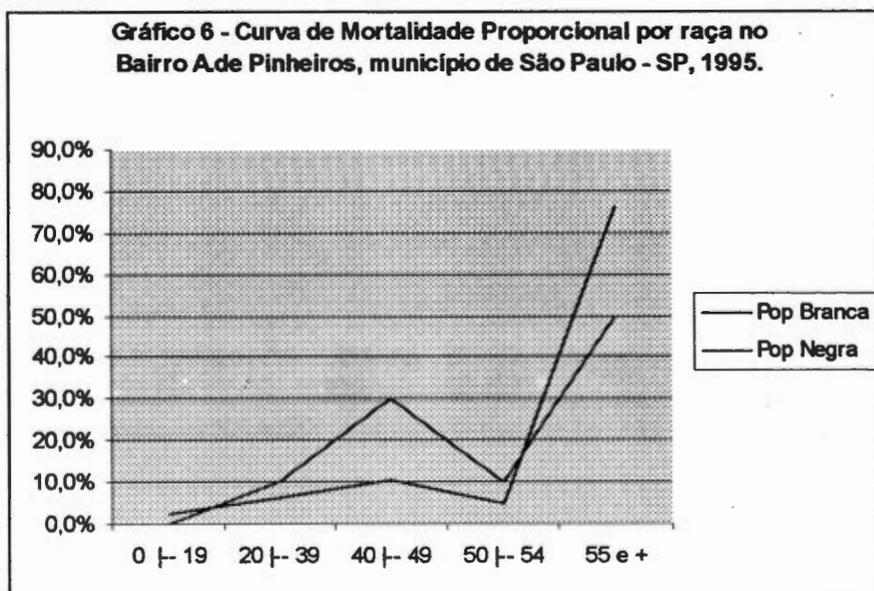
pior para o segmento negro em ambos os casos, sendo mais acentuada a diferença nos melhores bairros, que não coincidentemente possuem uma menor proporção de população negra. (Vide Quadro 1 e Gráficos 6 a 15.)

Quadro 1 – Bairros com Melhores e Piores condições de vida, segundo o Índice de Exclusão – distribuição de renda do chefe de família – no município de São Paulo- SP, 1996

Melhores Bairros		Pop. Negra - %	Piores Bairros		Pop. Negra - %
1	Jd. Paulista	9,3	1	Iguatemi	44,0
2	Moema	7,9	2	Jd Helena	50,0
3	Alto de Pinheiros	9,1	3	Itaim Paulista	48,4
4	V Mariana	9,0	4	Jd Ângela	53,3
5	Consolação	11,4	5	Lajeado	52,3

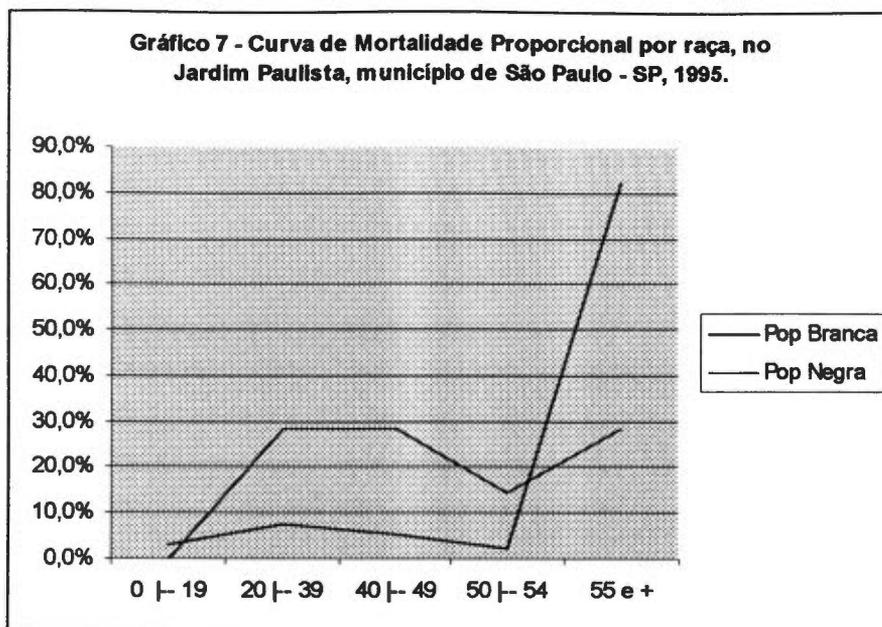
Fonte: Índice de Exclusão – CEDEC (1996).

Proporção de população negra – IBGE (Tabulação especial;1997)

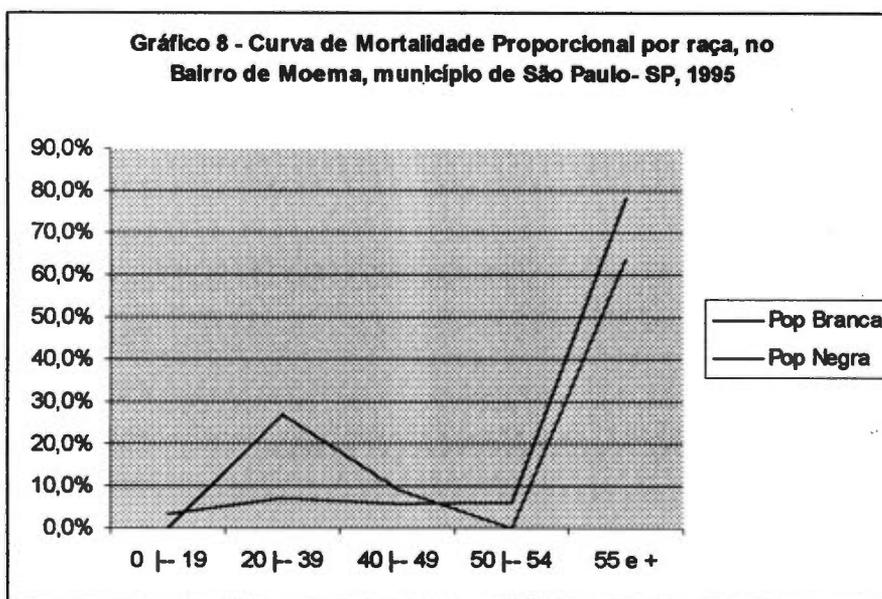


Fonte: Fundação SEADE.

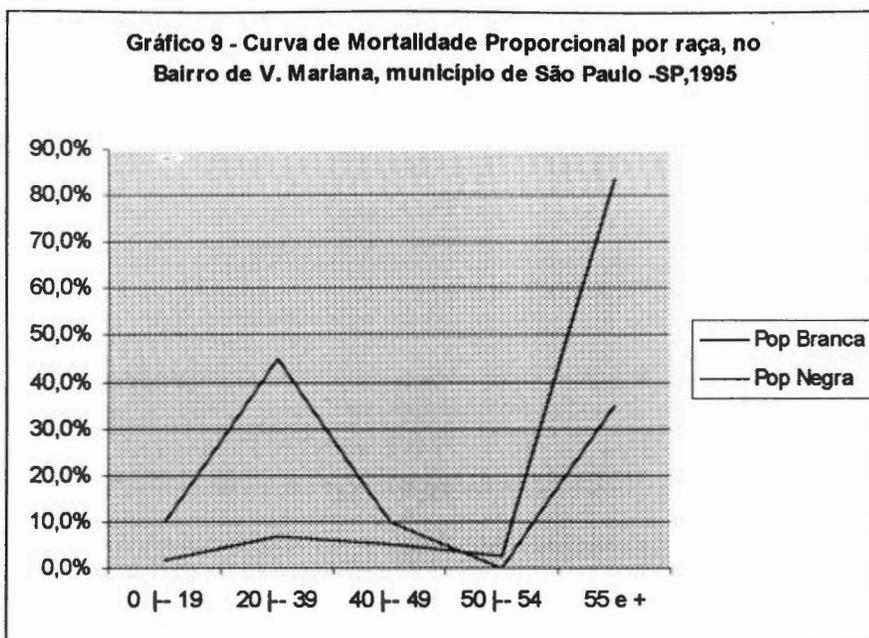
4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS



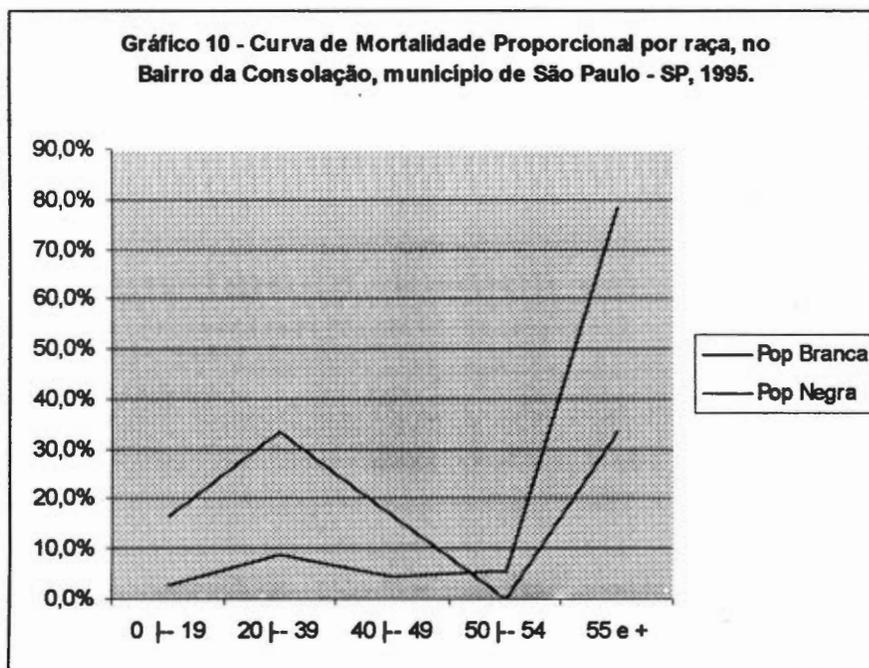
Fonte: Fundação SEADE



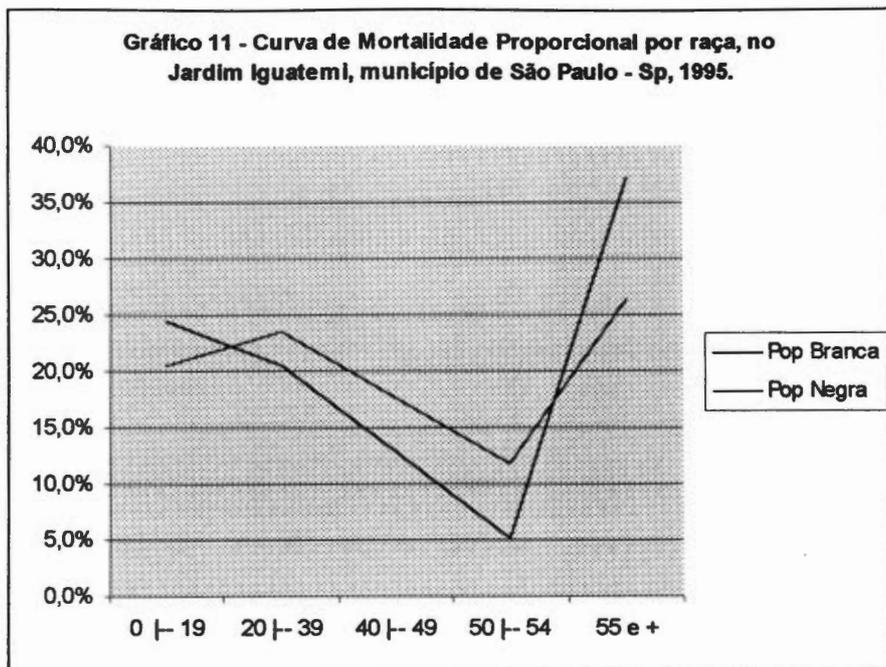
Fonte: Fundação SEADE



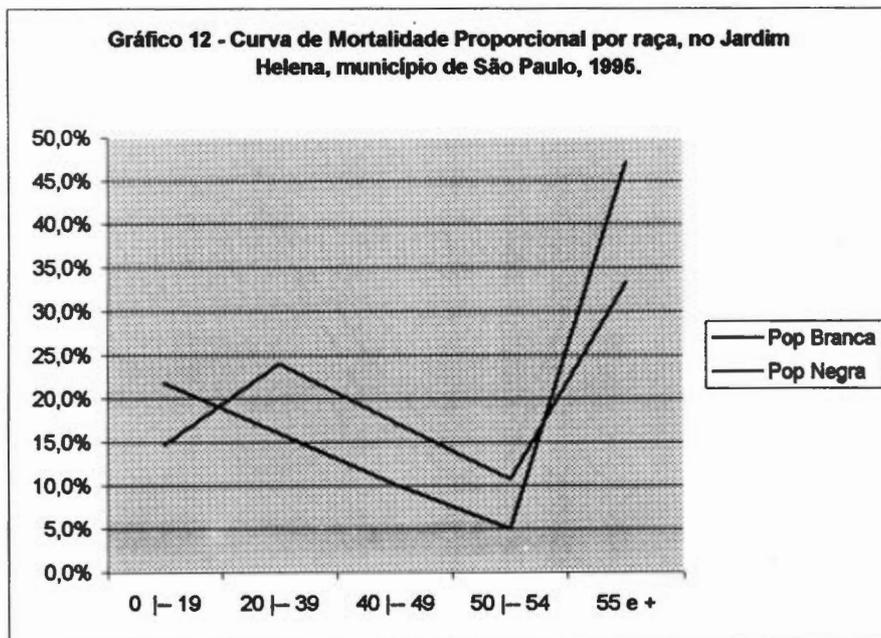
Fonte: Fundação SEADE



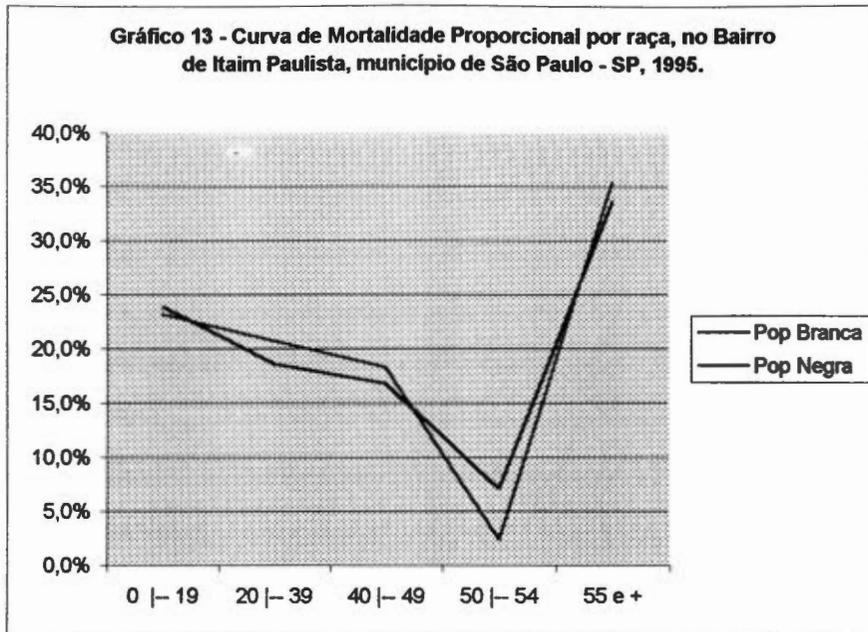
Fonte: Fundação SEADE



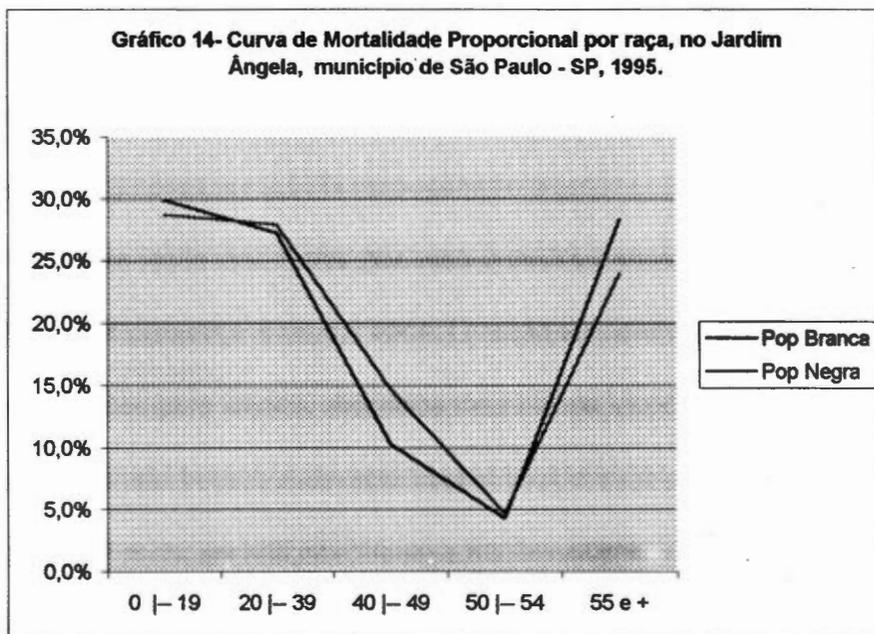
Fonte: Fundação SEADE



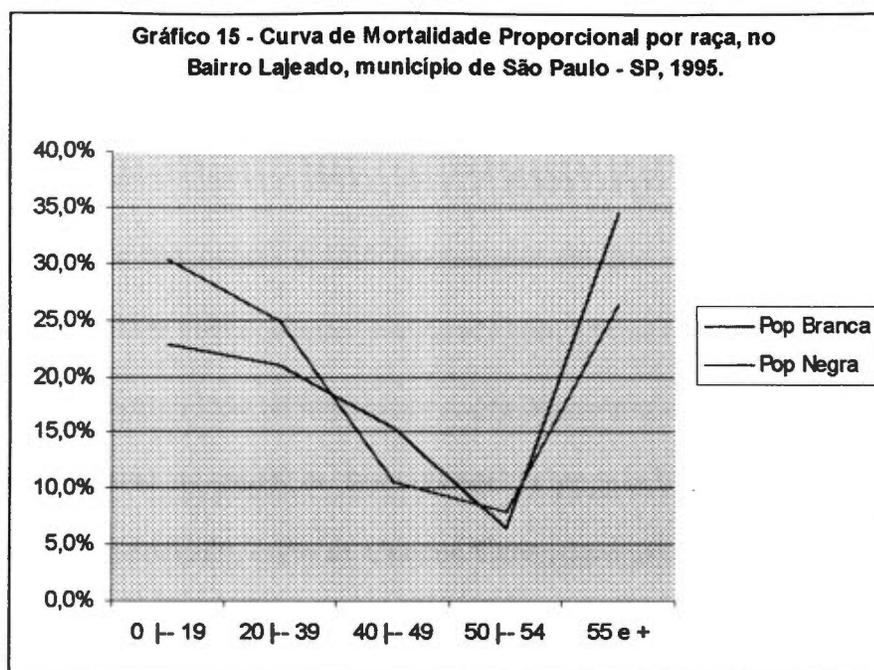
Fonte: Fundação SEADE



Fonte: Fundação SEADE



Fonte: Fundação SEADE



Fonte: Fundação SEADE

Quanto às denominadas doenças de caráter genético, de maior incidência em populações negras, observou-se a ocorrência de anemia falciforme como causa básica em 0,01% dos óbitos da população de brancas, e 0,04% de negras; hipertensão essencial em 0,48% dos óbitos da população branca e 0,94% da negra; e diabetes mellitus em 2,5% dos óbitos da população branca e 2,07% da população negra.

A média de idade dos óbitos por sexo é de 59,1 anos para as mulheres e 50,4 anos para os homens, a diferença é de 8,7 anos. Quando analisada por raça é de 56,3 anos para brancos e 45,3 anos para negros, diferença de 11 anos. As diferenças são constantes quer consideremos homem branco x homem negro, 53,1 e 41,6 anos; mulher branca x mulher negra, 60,9 e 51,8 anos; ou homem branco x mulher negra, 53,1 e 60,9 anos; homem negro x mulher negra, 41,6 e 51,8 anos.

O homem negro é quem apresenta a menor média de idade de óbito: 41,6 anos.

É importante assinalar ainda as taxas de mortalidade por transtornos mentais, leia-se síndrome da dependência por álcool, devido à sua carga social; o risco de homens negros morrerem por tais causas é 1,25 vezes maior do que do homem branco, sendo o risco igual para a mulher negra quando comparada com à branca.

O perfil da mortalidade da população negra observado no município de São Paulo, em 1995, assemelha-se ao perfil de mortalidade da população negra em Johannesburg, África do Sul, em 1988/1989, onde as **Causas Externas** eram a primeira causa de morte para a população negra, e terceira para a população branca.²⁵

O estudo realizado indica que a variável raça, enquanto conceito socialmente construído, em sociedades estruturadas pela ideologia da supremacia branca, como no caso brasileiro, não deve ser negligenciada nas análises das condições de saúde da população.

4.2. Discussão

“O pobre morre antes”²⁶

Já são clássicos os estudos na área de saúde que atestam a indissolubilidade entre viver, adoecer e morrer; ou seja, que explicitam a dimensão social do processo saúde-doença.

Laurell (op.cit.), ao comparar o perfil de mortalidade entre Cuba, México e Estados Unidos da América, demonstra que o perfil epidemiológico dos grupos sociais independe do grau de desenvolvimento econômico, estando associado ao modo de produção e distribuição da riqueza.

²⁵ Beer, M. de et al. The reliability of mortality data in Johannesburg. *SAMJ*, 83:597-601, 1993.

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

A análise do perfil de mortalidade da população negra comparada com a branca no município de São Paulo requer para o seu entendimento a compreensão do impacto do racismo no modo de viver, adoecer e morrer da população negra.

A população negra morre antes.

Williams (1996a), ao propor a incorporação do racismo como fator patogênico do perfil de morbi-mortalidade, nos possibilita parâmetros teórico-metodológicos para a compreensão do perfil de mortalidade da população negra em São Paulo.

Os fatores macrossociais, instituídos pelas condições históricas, estrutura econômica, política, social, cultural e códigos legais, permeados pelo racismo, em distintos contextos históricos, condicionaram também a vida da população negra no município de São Paulo e criaram condições adversas que impactam, de modo diferenciado, o perfil de mortalidade desta população.

As condições de existência da população negra não podem ser desvinculadas das possibilidades de inserção desta população no modo de produção, vimos com Ianni (op. cit.) e Hasenbalg (op. cit.) que a inserção da força de trabalho negra está condicionada a processos seletivos que discriminam positivamente a população branca, trata-se da “Ação Afirmativa” secular a que esteve sujeita a população branca, nos Estados Unidos da América, Brasil e África do Sul, neste último caso desativada com o fim do apartheid.

A participação diferenciada da força de trabalho negra no mercado de trabalho, maiores índices de desemprego, menores salários, mais horas de trabalho, maior participação nos setores da construção civil e serviços domésticos determinam a reprodução social deste segmento populacional.

²⁶ Berlinguer, G. apud Barros, 1986:357.

Navarro (op. cit.), ao questionar se é a raça ou a classe que determina o perfil de mortalidade da população negra nos E.U.A., desconsidera que em contextos históricos pautados pelo racismo, raça é parte do processo de inclusão/exclusão da população negra.

Ao nos apropriarmos da categoria marxista de superpopulação relativa estagnada, o fazemos como forma de entender as condições de vida e morte da população negra no município de São Paulo, locus privilegiado pelo desenvolvimento tecnológico, nos marcos do modo de produção capitalista, pois sua condição de vida se situa abaixo do nível médio da população branca. “A quantidade de nascimentos e óbitos (...) está na razão inversa do nível de salário.” (Marx, op. cit.:746.) (Grifo nosso.)

Em sociedades de classes, patriarcais e racistas, a marginalização modela corpos e mentes dos que são impedidos de, plenamente, desenvolverem suas capacidades físicas, mentais e espirituais.

O perfil de mortalidade da população negra na cidade de São Paulo retrata o modo pelo qual essa população se reproduz socialmente.

A média de idade de óbito da população negra, quando comparada à da população branca, apresenta um diferencial de 11 anos reiterado pelo indicador de saúde APVP/óbitos que demonstra estar afeita a população negra à prematuridade da morte; morte esta que ceifa mais cedo corpos negros, indicando a inter-relação entre o viver e o morrer.

Os diversos indicadores utilizados no estudo revelam que o perfil de mortalidade não contradiz as condições de existência; quando se associa grau de escolaridade e causas de morte, a igualdade formal de anos de estudos não implica em semelhanças perante a morte, pois o mesmo patamar de conhecimento não significa igual acesso a bens e serviços. Chaia (op. cit.: 41) aponta que as taxas de desempregos dos brancos e negros não

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

são similares segundo o grau de instrução, pois entre os que possuem 1º grau, a taxa de desemprego é de 10,8% para negros e 8,9% para brancos.

O estudo revela pesos diferentes das causas de óbitos, quer se trate de brancos ou negros: os homens brancos tem como 1ª causa as doenças do aparelho circulatório, 28,8% dos óbitos, enquanto que, para os homens negros a 1ª causa são as causas externas 43,6% dos óbitos; quanto às mulheres, não ocorre a inversão de causas e sim diferenças quanto ao peso, 41,0% das brancas por doenças do aparelho circulatório, correspondendo à 35,6% dos óbitos de mulheres negras, que superarão as brancas em termos proporcionais nas doenças do aparelho respiratório, nas das glândulas endócrinas e causas externas.

Ao associarmos local de residência ao perfil de mortalidade, uma primeira aproximação já nos permite apreender os espaços segregacionais da cidade de São Paulo. Embora não faça parte do nosso conteúdo histórico a segregação institucional do negro, esse mesmo conteúdo prescindiu de tal expressividade; existe de forma nítida e incontestada a “geografia racial” no município de São Paulo. A população negra corresponde a 27,5% da população paulistana, porém a 9,3% da população do Jardim Paulista e, 53,3% da população do Jardim Ângela.

Os espaços marcados pela ocupação de negros representam a exclusão do “Mapa de Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo” (Sposatti, op. cit.), os distritos de alto risco do “Mapa de Risco da Violência – Cidade de São Paulo”(CEDEC, op. cit.); a pobreza mata antes como já fora referido, antecipa-se mais quando se fala em população negra.

Os dados sobre mortalidade proporcional por faixa etária tem esse conteúdo, ainda se analisados por local de residência onde impera a carência da população branca e negra; existe diferença entre ser pobre e ser pobre e negro.

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

A sociedade brasileira se pauta por classe, gênero e raça, modelo societal que exclui primordialmente os negros, os não possuidores dos meios de produção e as mulheres. O patriarcalismo, matriciado no homem branco, tido e havido como empreendedor, racional, desenvolvido, gesta em nosso meio a existência do oposto, tido e havido como incapaz, irracional, não-desenvolvido, o negro, posto que o Eu só existe em função do Outro; não implica contudo na desqualificação, no etnocentrismo.

A inter-relação classe, gênero e raça perfaz o perfil de mortalidade da população negra, quer falemos de homens ou mulheres; o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos mostra que para as mesmas patologias as vidas negras são subtraídas mais precocemente, a leitura recorrente do diferencial por sexo não se aplica se compararmos homens brancos e mulheres negras, indicando ser o racismo o fator patogênico a ser considerado.

É contudo o homem negro quem paga o maior preço, sobre si o maior ônus, uma vez que simboliza a imagem vertida e pervertida em sociedades eivadas pela ideologia de supremacia branca, é o antimodelo por se contrapor ao seu espelho que é branco.

Espera-se do homem que seja a cabeça de proa, o que empreende, dirige, dá as diretrizes. Ao lhe serem negadas as possibilidades de pleno desenvolvimento da sua capacidade de trabalho, aprisiona-se o homem negro.

O homem morre antes.

O homem negro morre antes ainda, seu perfil de mortalidade é marcado pelas *mortes violentas, responsáveis pela perda de 40,1 anos por óbitos, ou se preferirmos por 29,9 anos de existência; de existência em bairros de altos riscos, excludentes, contrapostos aos “bairros seguros”, includentes, ainda que ambos se articulem, se assegurem e se reproduzam mutuamente. Sua morte violenta, prematura, é parte das famílias de chefias*

femininas, de maior concentração nos estratos onde predominam as filhas e famílias quebradas pela ausência do cônjuge.

Falamos de homens que prescindem de abordagens que revelem as anomalias afetivas e destruam o universo mórbido, segundo Fanon (op. cit.). São indicadores desse universo o homicídio por causa 1ª de óbito, a taxa de mortalidade por transtornos mentais; leia-se síndrome da dependência do álcool, 1,25 vezes maior do que para o homem branco.

O perfil de mortalidade do homem negro, que se configura pela “epidemiologia da violência”, é de fundamental importância para a compreensão das condições de vida e existência da população negra em sociedades marcadas pela classe, gênero e raça, que impede que o mesmo cumpra, plenamente o papel masculino, tradicionalmente definido pela cultura dominante.

Ainda que importantes sob o ponto de vista das relações raciais, as doenças hereditárias de maior incidência na população negra não se constituem em patologias que definem o perfil de mortalidade da população negra na cidade de São Paulo.

É preciso que se relacione o peso das mortes violentas no perfil de mortalidade da população em São Paulo às categorias sociológicas que nos permitam entender o racismo como fator patogênico de risco, tendo por condição a superação da perspectiva linear.

Da Matta (1982:15), ao tratar das raízes da violência no Brasil, considera que “uma sociedade se revela tanto pelo que preza como o sagrado e como fundamental, quanto pelo que teme e despreza como pecado, crime e violência”.

A violência é estrutural, vitimiza de forma diferenciada, institui vítimas preferenciais, homem e negro.

Os resultados da pesquisa corroboram com a intencionalidade de estabelecer a inter-relação do perfil de mortalidade da população negra de São Paulo, Johannesburg e

4. FALHA A FALA. FALA A BALA: ANÁLISE DOS DADOS

Estados Unidos da América. A taxa de mortalidade por causas externas do homem negro é 1,5 vezes maior do que o homem branco, sendo as causas externas a 1^a causa de óbitos de negros; o homem negro nos Estados Unidos da América²⁷, 1991, tinha o risco 7,7 vezes maior do que o homem branco de morrer por homicídio e intervenção legal; em Johannesburg²⁸, 1988/89, as causas externas eram a primeira causa de morte para a população negra e terceira causa para a população branca.

O elo integrador tem por matriz a ideologia da supremacia racial branca, que forja “the violent social world of black men”²⁹.

²⁷ U.S. Department of Health and Human Services, **Health United States**, 1993.

²⁸ cf Beer, M. de et al. (op. cit).

²⁹ Título do livro de Oliver, William, publicado pela editora Lexington Books, N.Y., 1994. Trata-se de um estudo sobre as movitações que conduzem aos crimes intra-raciais.

“Não trago verdades decisivas.

Laivos de genialidade não atingem minha
consciência.

Entretanto, com toda serenidade, julgo necessário
dizer certas coisas”

(Fanon)

“Uma sociedade é racista ou não é. Enquanto não compreendermos essa evidência, ignoraremos muitos problemas.” (Fanon, op. cit.:73.)

No transcurso do estudo afirmávamos que a maioria das doenças que afetam a população negra, são as mesmas que afetam a população de um modo geral. O que diferencia a população negra da população branca é um perfil mais crítico de saúde, que é recorrente em diferentes contextos históricos, recorrência essa que deve ser pautada ao racismo, racismo extrínseco se quisermos nos ater aos termos de Appiah (op. cit.:33).

O perfil mais crítico de saúde da população negra na cidade de São Paulo, quando comparado ao da população branca, se revela, ao 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 dominante de cunho patriarcal.

Por que o homem negro?

Porque 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

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

carência em moradia, instrução, emprego e renda, onde se encontram em maior proporção as chefias de mulheres.

Porque deve ser associada à sua morte violenta e precoce a perda de anos de vida produtiva, o que agrava ainda mais o quadro crítico da plena utilização da força de trabalho negra, “pode-se, pelos diagnósticos já existentes, determinar o principal grupo de risco: a população jovem, de baixa renda, baixa qualificação profissional e sem perspectiva no mercado de trabalho formal, vivendo nas Regiões Metropolitanas” (Minayo, 1994:14); daí a articulação proposta entre racismo, mercado de trabalho e perfil de mortalidade.

As mortes violentas também caracterizam o perfil de mortalidade do homem branco. Conforme Minayo pontua, o principal grupo de risco é jovem, contudo o estudo realizado demonstrou o risco maior e maior perda de anos potenciais de vida do homem negro; daí a utilização do racismo enquanto fator patogênico que possibilita a compreensão do perfil mais crítico de saúde do homem negro.

É importante que se entenda esse processo tendo o racismo como o fator que vai determinar o modo de viver, adoecer e morrer.

Os resultados da pesquisa apontam similaridades com as condições de saúde da população negra, quer esteja geograficamente localizada no Harlem, Johannesburg ou São Paulo, posto que referenciadas pelo caráter universal das relações racistas no mundo ocidental.

Os achados da pesquisa possibilitam a conclusão de que o quadro de exclusão da população negra é mais abrangente e determina o agravamento de suas condições de existência, devido, principalmente à prematuridade dos óbitos quer se trate do homem ou da mulher negra.

Embora seja acometida pelas mesmas causas que a população branca, a população negra morre mais cedo. O que o estudo não responde é como opera o racismo como fator patogênico. É preciso que avancemos nesta área, para que se possa avaliar os efeitos do racismo, por exemplo, na psique da população negra. A maior prevalência de óbitos por transtornos mentais permitem esta aproximação? O perfil de mortalidade da população negra está sujeito a diferenças no acesso e tratamento recebido, como no caso da Anemia Falciforme, cuja média de idade, 16-30 anos, se contrasta com a média de 57 anos presentes nos Estados Unidos da América?

Esta autora conclui que o racismo enquanto categoria de exclusão deva ser inserido nas análises da dimensão social do processo saúde-doença, pois permite o conhecimento de mecanismos discriminantes; possibilita avanços da pesquisa acadêmica; e o alcance do paradigma sanitário de concepção ampliada do processo saúde e doença; a cujo conceito deve ser incorporada a superação do racismo, conforme sugere:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra, (...) acesso a serviços de saúde, [e superação da desigualdade imputada pelo racismo]. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.)

- AKTOUF, O. Simbolismo e a cultura de empresas: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: *O indivíduo e as organizações: as dimensões esquecidas*. São Paulo: Ed. Ática, 1994, v. 2, p. 40-79.
- ANDREWS, G.R. Negros e Brancos em São Paulo (1888-1988). Bauru, EDUSC, 1998.
- APPIAH, K.A. *Na casa de mei pai: a África na filosofia da cultura*, Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Contraponto, 1997.
- BANTON, M. Trad. Antonio Marques Bessa. *A idéia da raça*. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BARROS, L. et al. Vivendo em sobressalto: composição étnica e dinâmica conjuntural do mercado de trabalho. VII Encontro Nac. de Est. Pop. *Anais*, 2, 1990.
- BARROS, M.B. de A. Mortalidade e classe social: uma proposta de investigação. In: Seminário Latino-Americano sobre População e Saúde, Campinas, 1985. *Anais*. Campinas, Ed. UNICAMP, 1986, p. 357-367.
- BARROS, R.P. et SANTOS, E.C. O papel da cor na inserção do menor no mercado de trabalho metropolitano brasileiro. In: FAUSTO, A. e CERVINI, R. (org.). O trabalhador e a rua – crianças e adolescentes no Brasil urbano nos ano 80. São Paulo, Ed. Cortez, 1996, 2ª ed.
- BEER, M.de et al. The reliability of mortality data in Johannesburg. *SAMI*, 83:597-601,1993.
- BRANDT, A.M. Racism and Research: the case of the Tuskegee Syphilis Study. *The Hastings Center Report*, p.21, December, 1978.

6.REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988.
- CAMPAÑA, K.A. Perfíles de mortalidad y modos de producción: propuesta metodológica. In: Seminário Latino Americano sobre População e Saúde, Campinas. Campinas, Ed. UNICAMP, 1986. P.368-402.
- CARDOSO, F.H. et al IANNI O. Cor e mobilidade social em Florianópolis. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1960.
- CARDOSO, F.H. et IANNI, O . *Capitalismo e escravidão no Brasil meridional*. 2ª ed. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1977.
- CEDEC. Mapa de Risco da Violência: Cidade de São Paulo. São Paulo, CEDEC, 1996.
- CELL, J.W. *The highest stage of white supremacy – The originis of segregation in South Africa and the American South*. Cambridge University Press, NY, 1982.
- CHAIA, M. Negro: entre o trabalho forçado e o trabalho restrito. *São Paulo em Perspectiva*. 2(2): 38-34, 1988.
- CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia*. 3ª ed. São Paulo, Ed. Moderna, 1982. P. 3-13.
- CHORNY, A.H. et al. Relatório final. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-89.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA V E CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA V. *Anais*. Águas de Lindóia, 1997.

- CUNHA, E.M.G. de P. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil 2. In: BARATA, R.B. et al. *Equidade e Saúde – contribuição da epidemiologia*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. P. 219-234.
- CUNHA, E.M.G.P. da O quadro de discriminação racial da mortalidade adulta feminina no Brasil. In: Encontro Nacional de Est. Pop., 7º, São Paulo, 1990. *Anais*. São Paulo, Assoc. Bras. de Est. Pop., 1990, v. 3. p. 387-406.
- CUNHA, E.M.P. da Mortalidade infantil segundo cor: os resultados da PNDA 84 para o nordeste. In: Encontro Nacional de Est. Pop., IX, Belo Horizonte, 1994. *Anais*. São Paulo, Assoc. Bras. de Est. Pop., 1994.
- DEGLER, C.N. *Nem preto nem branco: escravidão e relações raciais no Brasil e nos Estados Unidos*. Rio de Janeiro, Ed. Labor do Brasil, 1976.
- DRESSLER, W.W. Social class, skin color and arterial blood pressure in two societies. *Ethnicity & Disease*, 1: 61-76, 1991.
- DU BOIS, W.E.B. The problem of the Twentieth Century is the problem of the color line. In: GREEN, D.S. et DRIVER, E.D., ed *On Sociology and the Black Community*. Chicago, the University of Chicago Press, 1980. p. 281-289.
- ELLISON, R. *Homem Invisível*. São Paulo, Ed. Marco Zero, 1990.
- FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Rio de Janeiro, Fator, 1983.
- FAUSTO, R. *Dialética marxista, dialética hegliana: a produção capitalista como circulação simples*. São Paulo, Rio de Janeiro, Ed. Brasiliense, Paz e Terra, 1997.
- FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. 3ª ed., São Paulo, Ed. Ática, 1978. 2v.

- FERNANDES, F. *O negro no mundo dos brancos*. São Paulo, Ed. Difusão Européia do Livro, 1972.
- FERREIRA, M.A.F. notas sobre a contribuição do cientista social ao campo da saúde. In: CANESQUI, A.M., org. *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995. P. 37-51.
- FREDRICKSON, G.M. *White supremacy a comparative study in american & south african history*. New York, Oxford. University Press, 1982.
- FREEMAN, H.P. Poverty, race, racism and survival. *AEC*, 3(2): 145-149.
- FREIRE, G. *Casa Grande & Senzala*. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio Ed., 1984, 23^a ed.
- FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico – São Paulo, SP, 1991. Rio de Janeiro, 1991 (Recenseamento Geral do Brasil, 1991).
- FUNDAÇÃO SEADE *Mulheres segundo a origem étnica*. São Paulo, 1994. [Análises Especiais].
- GERONIMUS, A.T. Black/White differences in the relationship of maternal age to birthweight. A population – based test of the weathering hypothesis. *Social Science and Medicine*, 42(4): 589-97, 1996.
- GREEN, D.S. et OLIVER, E.D. ed.; DU BOIS, W.E.D. On sociology and the black community. Chicago. *The University of Chicago Press*, 1980.
- HASENBALG, C.A. Desigualdades raciais no Brasil. In: HASENBALG, C.A. & SILVA, N. do V. *Estrutura social mobilidade e raça*. São Paulo, Vértice, Ed. Revista dos Tribunais; Rio de Janeiro, Inst. de Pesq. do Rio de Janeiro, 1988. P. 115-143.

- HASENBALG, C.A. & SILVA, N. do V. Industrialização e Estratégia de Emprego no Brasil: 1960-80. In: HASENBALG, C.A. & SILVA, N. do V. *Estrutura social mobilidade e raça*. São Paulo, Vértice, Ed. Revista dos Tribunais; Rio de Janeiro, Inst. de Pesq. do Rio de Janeiro, 1988. P. 13-60.
- HERMAN, A.A. Toward a conceptualization of race epidemiologic research. In: *Ethnicity & Disease*, 6(1,2): 7-20, 1996.
- HOOKS, B. *Yearning – race, gender, and cultural politics*. Boston, South End Press, 1990.
- IANNI, O. *Raças e classes sociais no Brasil*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1987. P. 11-133.
- JACKSON, J.S. et al. Racism and the Physical and Mental Health Status of African Americans: A thirteen year National Panel Study. *Ethnicity & Disease*, 6(1,2):132-147, 1996.
- JAMES, S.A. et al. John Henryism and blood pressure differences among black men. *Journal of Behavioral Medicine*. 6(3): 259-278, 1983.
- JAMES, S.A. et al. Psychosocial precursors of hypertension. *A review of the epidemiologic evidence circulation*, 76(suppl, I): 60-66, jul. 1987.
- JAMES, S.A. John Henryism and the health of African – Americans. *Culture. Medicine and Psychiatry*, 18:163-182, 1994.
- KING, G. Institutional Racism and the Medical Health Complex: - A Conceptual Analysis. *Ethnicity & Disease*, 6(1,2):30-46, 1996.
- KUSHNICK, L. Racism, the national health service, and the health of black people. *International Journal of Health Services*, 18(3): 457-470, 1988.

- LAURELL, A.C.A. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. org. Medicina social – aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global Ed., 1983. P. 133-158.
- LAVEIST, T.A . Why we should continue to study race... but do a better job: na essay on race, racism and health. In: *Ethnicity & Disease*, 6(1,2): 21-29, 1996.
- LEI nº 6015 de 30 de dezembro de 1973: dispõe sobre os Registros Públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez., 1973. P. 13529-13531.
- LEI nº 6216, de 30 de junho de 1975: altera a Lei nº 6015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os Registros Públicos. *Legislação Federal*, s.n.t. p. 345-365.
- LENHARDT, F. e OFFE, C. Teoria do estado e política social. In: *Problemas estruturais do capitalismo*. Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1984. P. 10-53.
- LINS, P. *A cidade de Deus*. São Paulo, Ed. Companhia das Letras, 1997.
- LUKÁCS, G. *História e Consciência de Classe*. Proto, Publicações Escorpião, 1974.
- MARX, A.W. *Making race and nation – a comparison of the United States, South Africa and Brazil*. New York, Cambridge University Press, 1998.
- MARX, K. *O capital*. Trad. Reginaldo Sant'anna. 10ª ed. São Paulo, Ed. Difel, 1985. Vol. 1 e 2.
- MINAYO, M.C.deS. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.
- MOURA, C. *Dialética radical do Brasil negro*. São Paulo, Ed. Anita, 1994. p. 123-171.

- MUNANGA, K. O anti-racismo no Brasil. In: MUNANGA, K. (org.) Estratégias e políticas de combate à discriminação racial. SP, Ed. Universidade de São Paulo, 1996. P. 74-94.
- NAOUM P.C. et DOMINGOS, C.R.B. Doença Falciforme no Brasil. Origem, Genótipos, Haplótipos e Distribuição Geográfica. J.Bras.Patol., 33(3):145-153, 1997.
- NAVARRO, V. Race or class or race and class: growing mortality differential in the United States. *International Journal of Health Services*. 21(2): 229-235, 1991.
- NEUSPIEL, D.R. Racism and Perinatal Addiction Ethnicity & Disease, 6(12):47-55, 1996.
- NUNES, E. Introdução In: Seminário Latino-Americano sobre População e Saúde, Campinas, 1985. *Anais*, Campinas, Ed. UNICAMP, p.353-356 - 1986
- OLIVEIRA e OLIVEIRA, E. O mulato um obstáculo epistemológico. *Argumento*, 3, 1974. p. 65-73.
- OLIVEIRA, E.M. Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E.M. et SCAVONE, L. org. *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia, AB, 1997. p. 1-14.
- OLIVEIRA, L.E.G. de et al. O lugar do negro na força de trabalho. Rio de Janeiro, IBGE, 1983.
- OLIVER, W. The violent social world of black men New York, ed. Lexington Books, 1994.
- POLEDNAK, A.P. Racial & Ethnic differences in disease. New York, Oxford University, 1989.

- POLIAKOV, L. *O mito ariano: ensaio sobre as fontes do racismo e dos nacionalismos*. São Paulo, Perspectiva, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1974. p. 131-159; 197-239.
- QUINTANILHA, W.J. *Registro civil das pessoas naturais*. Rio de Janeiro, ed. Forense, 1981.
- REX, J. *Raça e etnia*. Trad. M. F. Conçalves de Azevedo. Lisboa, Ed. Estampa, 1988.
- ROGERS, R.G. Living and Dying in U.S.A ., Sociodemographic Determinats of Death Among Blacks and Whites. *Demography*, **29**: 287-303, 1992.
- ROSEMBERG, F. e PIZA, E. *analfabetismo, raça e gênero nos censos brasileiros*. São Paulo, 1993. (mimeografado)
- SAID, E.W. Orientalismo. *O oriente como invenção do ocidente*. Cia. Das Letras, 1990.
- SANT'ANNA, W. et al. PAIXÃO, M. Desenvolvimento humano e população afro-descendente no Brasil: uma questão de raça. *Proposta*, **73**:20-37, 1997.
- SATRE, J.P. *Reflexões sobre o racismo*. Trad. J. Guinsburg. 5ª ed. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1968.
- SCWARCZ, L.M. O espetáculo das raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo, Ed. Cia. Das Letras, 1993.
- SILVA BENTO, M.A. Insalubridade no trabalho e raça: o caso dos trabalhadores siderúrgicos. In: MUNANGA, K. (org.) Estratégias e políticas de combate à discriminação racial. São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, 1996, p. 231-242.
- TODOROV, T. *Nós e os Outros – A reflexão francesa sobre a diversidade humana – 1*. Trad. Sérgio Goes de Paula. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1993.

- VIANNA, O. *Populações meridionais do Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. José Olympio, 1952.
- WEST, C. *Beyond Eurocentrism and Multiculturalism – common courage*. Press, 1993.
Vol. 2.
- WILLIAM, D.R. The health of the African American Population. In: PEDRAYA, S. et. KUMBAUT, R.G. ed. *Origins and Destinies: immigration, race, and ethnicity in America*. Belmont, wads worth, 1996c. p. 404-416.
- WILLIAMS, D.R. Race/Ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues. *International Journal of health services*, **26**(3): 483-505, 1996b.
- WILLIAMS, D.R. Racism and health: a research agenda. In: *Ethnicity & Disease*, **6**(1-2): 1-6, 1996a.
- WILLIAMS, D.R. et al. The concept of race and health status in America. Public Health Reports, CDC – ATSDR Workshop, s.l., s.d.
- WILLIAMS, D.R. et COLLINS, C.U.S. Socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annu. Rev. Social*, **21**:349-386, 1995a.
- WILLIAMS, D.R. et KING, G. In: BENJAMIN C. AMICK II et al, ed. *Society and health*. New York. Oxford University Press, 1995. p. 93-130.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE2 CARTÓRIO DE
Nº DO REGISTRO
DATA DO REGISTRO

1 UNIDADE DA FEDERAÇÃO:

3 ÓBITO FETAL

4 NOME

5 DATA DO ÓBITO

HORA DIA MÊS ANO

SIM NÃO

6 ESTADO CIVIL

7 SEXO

8 DATA NASCIMENTO

9 IDADE

SOLTEIRO CASADO VIUVO MASC. FEMIN. IGN.

DIA MÊS ANO

ANOS COMPLETOS

ATE 1 ANO (MESES)

ATE 1 MÊS (DIAS)

ATE 1 DIA (HORAS)

DESQUITADO OUTRO IGNORADO

10 LOCAL DE OCORRÊNCIA

11 ENDEREÇO

12 MUNICÍPIO

HOSPITAL VIA PÚBLICA DOMICÍLIO OUTRO IGN.

13 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC)

14 MUNICÍPIO

15 UF

16 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO

17 NATURALIDADE

18 GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA FUNDAMENTAL 2º GRAU SUPERIOR IGN. FILIAÇÃO
19 NOME DO PAI

20 NOME DA MÃE

PAI
21 OCUPAÇÃO HABITUAL

22 GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA FUNDAMENTAL 2º GRAU SUPERIOR IGN. MÃE
23 OCUPAÇÃO HABITUAL

24 IDADE

25 GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA FUNDAMENTAL 2º GRAU SUPERIOR IGN.

26 Nº DE FILHOS TIDOS

27 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)

28 GRAVIDEZ

NASC. VIVOS

NASC. MORTOS

TOTAL

MENOS DE 20 DE 20 A 27 28 OU MAIS IGN. UNICA DUPLA TRÍPLICE MAIS DE 3 IGN.

29 PARTO

30 MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO)

31 PESO AO NASCER

ESPONTÂNEO OPERATÓRIO FÓRCEPS IGN. ANTES DURANTE DEPOIS IGN.

32 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE

33 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO

34 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO

EXAME COMPLEMENTAR

CIRURGIA

NECROPSIA

SIM NÃO IGN. SIM SUBSTITUTO IML SVQ OUTRO SIM NÃO SIM NÃO SIM NÃO

35 CAUSA DA MORTE: (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA)

PARTE - I

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE.

a) _____ DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

CAUSAS ANTECEDENTES

ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA

b) _____ DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

c) _____

INTERVALO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE

36 PARTE - II

OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, POREM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU

37 TIPO

38 ACIDENTE DE TRABALHO

39 LOCAL DO ACIDENTE

HOMICÍDIO SUICÍDIO ACIDENTE IGN. SIM NÃO IGN. TRANSITO DOMICÍLIO OUTRO IGN.

40 NOME DO MÉDICO

41 CRM

42 DATA DO ATESTADO

43 ENDEREÇO DO MÉDICO

44 TELEFONE

45 ASSINATURA

46 DECLARANTE

47 1ª TESTEMUNHA

48 2ª TESTEMUNHA

49 CEMITÉRIO EM QUE SERA ENTERRADO

50 MUNICÍPIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº 7422831

1 UF: _____ 2 CARTÓRIO DE _____

1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE

Nº DO REGISTRO: _____

DATA DO REGISTRO: _____

CARTÓRIO	3 TIPO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> 1 - FETAL <input type="checkbox"/> 2 - NÃO FETAL		4 NOME _____		5 DATA DO ÓBITO HORA: _____ DIA: _____ MÊS: _____ ANO: _____				
	FALECIDO DO	6 ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> 1 - SOLTEIRO <input type="checkbox"/> 2 - CASADO <input type="checkbox"/> 3 - VIÚVO <input type="checkbox"/> 4 - SEP. JUDIC. <input type="checkbox"/> 5 - OUTRO <input type="checkbox"/> 0 - IGN.		7 SEXO <input type="checkbox"/> 1 - MASC <input type="checkbox"/> 2 - FEM. <input type="checkbox"/> 0 - IGN.		8 DATA NASC. DIA: _____ MÊS: _____ ANO: _____		9 IDADE ANOS COMPL. _____ ATÉ 1 ANO _____ ATÉ 1 MÊS _____ ATÉ 1 DIA _____ IGN.	
IDENTIFICAÇÃO		10 LOCAL DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 1 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 - VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 3 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 4 - OUTRO		11 MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA _____		12 NOME DO ESTABELECIMENTO _____		13 CÔD. ESTB. _____	
	14 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BARRIO, ETC.) _____				15 MUNICÍPIO _____		16 UF _____		
ÓBITO FETAL OU MENOR DE 1 ANO	17 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO <i>Se aposentado, colocar também a ocupação anterior</i>		18 NATURALIDADE _____		19 RAÇA/COR <input type="checkbox"/> 1 - AMARELA <input type="checkbox"/> 2 - BRANCA <input type="checkbox"/> 3 - INDÍGENA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA <input type="checkbox"/> 5 - PRETA		20 GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - NENHUM <input type="checkbox"/> 2 - 1º GRAU <input type="checkbox"/> 3 - 2º GRAU <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		
	FILIAÇÃO 21 NOME DO PAI _____ 22 NOME DA MÃE _____		23 OCUPAÇÃO HABITUAL		24 GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - NENHUM <input type="checkbox"/> 2 - 1º GRAU <input type="checkbox"/> 3 - 2º GRAU <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		25 OCUPAÇÃO HABITUAL		
MÉDICO	26 IDADE _____		27 GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - NENHUM <input type="checkbox"/> 2 - 1º GRAU <input type="checkbox"/> 3 - 2º GRAU <input type="checkbox"/> 4 - SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		28 Nº DE FILHOS TIDOS NASC. VIVOS: _____ 99 - IGN. NASC. MORTOS: _____		29 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) <input type="checkbox"/> 4 - 0 e 21 <input type="checkbox"/> 5 - 22 e 27 <input type="checkbox"/> 6 - 28 e 36 <input type="checkbox"/> 7 - 37 e 41 <input type="checkbox"/> 8 - 42 e + <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		
	30 GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> 1 - ÚNICA <input type="checkbox"/> 2 - DUPLA <input type="checkbox"/> 3 - TRÍPLICE <input type="checkbox"/> 4 - MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		31 PARTO <input type="checkbox"/> 1 - ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> 2 - OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 3 - FÓRCEPS <input type="checkbox"/> 4 - OUTRO <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		32 MORTE EM RELAÇÃO AO PARTO <input type="checkbox"/> 1 - ANTES <input type="checkbox"/> 2 - DURANTE <input type="checkbox"/> 3 - DEPOIS <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		33 PESO AO NASCER _____		
ATESTADO	34 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		35 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - SUBST. <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - OUTRO		36 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO EXAME COMPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO CIRURGIA: <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO NECRÓPSIA: <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO		37 ÓBITO FEMININO EM IDADE FÉRTIL 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 0 - IGN. <input type="checkbox"/> ESTAVA GRÁVIDA NO MOMENTO DA MORTE? <input type="checkbox"/> ESTEVE GRÁVIDA NOS DOZE MESES ANTERIORES À MORTE? <input type="checkbox"/>		
	38 CAUSA DA MORTE (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA) PARTE I DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA.		a) _____ DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE _____		b) _____ DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE _____		c) _____		
MÉDICO	39 PARTE II OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU		40 NOME DO MÉDICO _____		41 CRM _____		42 DATA DO ATESTADO ____/____/____		
	43 ENDEREÇO DO MÉDICO _____		44 TELEFONE _____		45 ASSINATURA _____				
CAUSAS EXTERNAS	MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE - OBS.: INFORMAÇÕES DE CARÁTER EPIDEMIOLÓGICO								
	46 TIPO <input type="checkbox"/> 1 - HOMICÍDIO <input type="checkbox"/> 2 - SUICÍDIO <input type="checkbox"/> 3 - ACIDENTE <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		47 SE ACIDENTE ANOTAR O NÚMERO CORRESPONDENTE AO TIPO <input type="checkbox"/>		48 FONTE DA INFORMAÇÃO <input type="checkbox"/>		49 ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input type="checkbox"/> 9 - IGN.		50 LOCAL DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> 1 - VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 2 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 3 - OUTRO <input type="checkbox"/> 4 - LOC. TRAB. <input type="checkbox"/> 9 - IGN.
MÉDICA	51 DECLARANTE _____								
	52 1ª TESTEMUNHA _____								
CEM. S/ASS.	53 2ª TESTEMUNHA _____								
	54 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO _____						55 MUNICÍPIO _____		

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO N° 25699456



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
 1ª VIA - ÓRGÃO DE PROCESSAMENTO

CARTÓRIO

CARTÓRIO DE _____

2

N° DO REGISTRO: _____

DATA DO REGISTRO: ____ / ____ / ____

3

MUNICÍPIO _____

4

UF _____

LOCAL DA OCORRÊNCIA

1

ENDEREÇO _____

2

MUNICÍPIO _____

3

CÓDIGO _____

NASCIMENTO

DATA

DIA	MÊS	ANO	HORA	MINUTOS

11

SEXO

1 - MASCULINO
 2 - FEMININO

RAÇA/COR

1 - AMARELA 2 - BRANCA
 3 - INDÍGENA 4 - PARDIA 5 - PRETA

13 PESO AO NASCER

--	--	--	--	--	--	--	--

14 ÍNDICE DE APGAR

| | 1º MINUTO
 | | 5º MINUTO

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)

1 - 0 - 21 2 - 22 - 27
 3 - 28 - 36 4 - 37 - 41
 5 - 42 E + 9 - IGNORADO

16

GESTAÇÃO E PARTO

TIPO DE GRAVIDEZ

1 - ÚNICA 2 - DUPLA (Gêmeos)
 3 - TRÍPLICE (Trigêmeos) 4 - MAIS DE 3
 9 - IGNORADO

17

TIPO DE PARTO

1 - NORMAL 2 - CESÁRIO
 3 - FÓRCEPS 4 - OUTRO
 9 - IGNORADO

18

N° DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

1 - NENHUMA 2 - ATÉ 6
 3 - MAIS DE 6 9 - IGNORADO

19

NOME _____

MÃE

20

IDADE _____

21

GRAU DE INSTRUÇÃO

1 - NENHUMA 2 - 1º GRAU INCOMPLETO
 3 - 1º GRAU COMPLETO 4 - 2º GRAU
 5 - SUPERIOR 9 - IGNORADO

22

FILHOS TIDOS

(Indicar quantos e não incluir a presente gestação)

| | NASCIDOS VIVOS
 | | NASCIDOS MORTOS
 | | ABORTOS

RESIDÊNCIA HABITUAL

23 ENDEREÇO _____

24 BAIRRO _____

25 MUNICÍPIO _____

26 UF _____

27

NOME _____

PAI

28

NOME _____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

29

FUNÇÃO _____

Para registrar esta criança (obrigatório por lei), o pai ou responsável deverá levar este documento ao Cartório de Registro Civil.

Atenção: Este documento não substitui a Certidão de Nascimento

Cuiabá, 26 de Março de 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IBGE/RJ
CDDI/DIATE
A/C SR. CARLOS LESSA

Prezado Senhor,

Eu, Maria Inês da Silva Barbosa, aluna de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, venho por meio deste solicitar informações relativas ao censo de 1991 sobre população residente por cor e sexo no município de São Paulo, por distritos e sub-distritos, uma vez que tais dados não se encontram publicados.

Tenho a informar que necessito destes dados para dar continuidade ao projeto de pesquisa de doutorado, que trata do perfil de mortalidade da população negra no município de São Paulo.

Agradeço a atenção e me coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

Cordialmente,

MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA
R. 45, N. 531 - BOA ESPERANÇA
78.068 - 490 CUIABÁ/MT
FONE/FAX (065)661-3492



FAX N.º 55 021 284 1109

CAPA DE FAC-SIMILE
FAX COVER SHEETPARA/TO : MARIA INÊS DA SILVA BARBOSA
FAX N.º : (065) 661-3492
DE/FROM : R. Cristina - CDDI/DEATI/DIATE
DATA/DATE : 02/05/97
FAX DEATI N.ºN.º DE PAGINAS/Nº OF PAGES: 01(Incluindo nota de capa)
(Including cover note)

NOTA/NOTE

Prezada Senhora,

Em atenção ao fax de V. S.ª, de 26/03/97, esclarecemos que os dados de seu interesse estão disponíveis no arquivo de microdados do questionário da amostra do Censo Demográfico/91. Porém, cabe destacar que tais informações estão à nível de municípios e não à nível de distritos e sub-distritos como é de seu interesse.

Colocamo-nos a disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,


CARLOS JOSÉ LESSA DE VASCONCELLOS
Chefe da Divisão de Atendimento

IBGE/CDDI/DEATI

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO INTEGRADO

OBS.: Se a mensagem não foi recebida nitidamente, favor contatar:

(021) 2841109 ou 2840402

If part or all of this message is illegible, please call:

(55-021) 2841109 or 2840402

Para: R. Cristina - IBGE/CDDI/DEATI
Fax nº: (021) 284-1109 ou 284-0102

De: Maria Inês da Silva Barbosa
Fax nº: (065) 661-3492 (Residência)
(065) 315-8881 (UFMT)

Prezada Senhora,

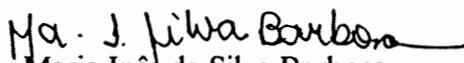
Na impossibilidade de obter as informações por cor à nível de distritos e sub-distritos do município de São Paulo, relativas ao Censo Demográfico/91, conforme fax nº 55, de 02/05/97, de V.S^a, venho por meio deste, solicitar os dados por cor do Censo Demográfico/80, que não foram publicados dos seguintes bairros: São Miguel, Itaim Paulista, Itaquera, Guaianasis, São Mateus e outros da região.

Segundo fui informada no IBGE/SP, estes bairros eram distritos e só foram publicados os dados do distrito de São Paulo e seus sub-distritos.

Tais informações são imprescindíveis para o prosseguimento do projeto de pesquisa de Doutorado, que busca traçar o perfil de mortalidade da população negra no município de São Paulo.

Agradecemos a atenção.

Atenciosamente,


Maria Inês da Silva Barbosa

FROM : DEATI/CDDI

PHONE NO. : 55 021 2841109

Jun. 06 1997 04:32AM P1



FAX N.º 55 021 284-1109

CAPA DE FAC-SIMILE
FAX COVER SHEET

PARA/TO : Maria Inês da Silva Barbosa
FAX N.º : (065) 661-3492
DE/FROM : Rosa Cristina
DATA/DATE : 05/06/97
FAX DEATI N.º

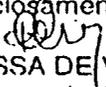
N.º DE PAGINAS/N.º OF PAGES: 01 (Incluindo nota de capa)
(Including cover note)

NOTA/NOTE:

Prezada Senhora,

Em atenção ao fax de V.S.^a, informamos que não podemos atender aos dados de seu interesse: Censo Demográfico 1980, a nível de bairros, variável "cor da população". Desde já, nos colocamos à sua disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,


CARLOS JOSÉ LESSA DE VASCONCELLOS
Chefe da Divisão de Atendimento

IBGE/CDDI/DEATI

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO INTEGRADO

OBS.: Se a mensagem não foi recebida nitidamente, favor contatar:

(021) 2841109 ou 2840402

If part or all of this message is illegible, please call:

(55-021) 2841109 or 2840402



REGISTRO CIVIL

29.º SUBDISTRITO DE SANTO AMARO

MUNICÍPIO E COMARCA DA CAPITAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

CARTÓRIO: AVENIDA ADOLFO PINHEIRO, 46 FONE: 246-3187

ÓBITO

LIVRO C- 07:-

N.º 7790 .-

FLS. 200.-

Oswaldo Sousa Machado, Escrivão do Registro Civil do Subdistrito de Santo Amaro,

CERTIFICA que em 22 de junho de 1978 .- no livro e fls., supra, foi promovido

o assento de MARIA TEREZA DA SILVA BARBOSA .-

falecido aos 20 de junho.- de 1978.-, às 17:50.- horas,

neste subdistrito, na Santa Casa .-

do sexo feminino.-, de cor preta.-, profissão do lar .-

natural de sta Capital.-

domiciliado em á rua Ariabi, 173 - Cidade Dutra .-

e residente em referido .-

com 60 anos .- de idade, estado civil casada .- , filhos finados:-

FRANCISCO DA SILVA .-

profissão .- , natural de SP.-

e residente em .-

e de Dona JUSTINA DA SILVA .-

profissão .- , natural de SP .-

e residente em .-

Foi declarante Maria Ines da Silva Barboza .-

sendo o atestado de óbito firmado pelo Dr. Luiz Carlos Machado Mourão .-

que deu como causa da morte coma diabetico .-

e o sepultamento vai ser feito no cemitério Campo Grande - local.-

Observações: VIDE VERSO .-

O referido é verdade e dou fé.

Joaci.- 17524

São Paulo, 13 de agosto.- de 19 80.-

O Escrivão



certidão Cr\$ 150,00
taxa Cr\$ 15,00
total C:\$ 165,00
p3 por verba

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO

EMOLUMENTOS
 Ao Estado CR\$ 378
 A Carl. Serv. CR\$ 280
 CR\$ 14
 CR\$ 2.072

Art.º do 8º Civil

24º Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais
 INDIANÓPOLIS

Bel. LUIZ DE TOLEDO MENDES PEREIRA
 OFICIAL

DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DA CAPITAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
 Cartório: AVENIDA BEM-TE-VI, 312 - TEL. 543-1519

ÓBITO N.º 190

CERTIFICO que à fls 237^a do livro n.º C-46 de Registro de Óbitos, encontra-se o assento de == JOSÉ HENRIQUE BARBOSA == falecido aos 25 de janeiro de 1986, às 11 horas e 30 minutos no Hospital, à rua Pedro de Toledo 1800, neste subdistrito do sexo masculino, profissão motorista aposentado, natural de Bananal, Estado de São Paulo, domiciliado em esta Capital e residente em à rua Ariabu 173 com 69 anos de idade, estado civil viuvo de dona MARIA TEREZA DA SILVA BARBOSA casados em SP, Vila Mariana, em 14-6-1940 (L235) filho de Simão Henrique Barbosa e de dona Inês Maria da Conceição. Deixou bens, não tendo deixado testamento conhecido. Deixou filhos: MARIA TEREZA; MARIA INÊS, maiores.

Foi declarante: Maria Inês da Silva Barbosa (P. ov. 26/81), sendo o atestado de obito firmado por Dr. Nagib Manoel Esgaib, que deu como causa da morte choque toxêmico, carcinoma de esôfago, pneumonia aspirativa, diabetes mellitus, icc e o sepultamento foi feito no cemitério São Luiz, Capital

Registro lavrado em 30 de janeiro de 1986

Observações:

CERTIDÃO EXTRAIDA E CONFERIDA POR:
RMZS
Desta CR\$ 13900
T. Ap. CR\$ 2780
Total CR\$ 16680
Tz Ap. Serv. Just. Guia 24

O referido é verdade e dou fé.

24º Cartório (Indianópolis), 30 de janeiro de 1986.

República dos Estados Unidos do Brasil



ESTADO DE SÃO PAULO

2.º SUBDISTRITO - LIBERDADE

Município e Comarca da Capital

Zilah Emilio de Moraes
Oficial

Jarbas Emilio de Moraes
Oficial Maior

CARTÓRIO: RUA BARÃO DE IQUAPE, 66 - FONE: 33-9827



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob n.º 17.891 à fls. 174v do livro n.º 96-A de registro de nascimentos, encontra-se o assento de Maria Inês da Silva Barbosa nascido aos dois de novembro de mil novecentos e cinquenta e quatro - 23 horas 3 minutos, nest e subdistrito - do sexo feminino filho de José Henrique Barbosa e de Maria Thereza da Silva Barbosa sendo avós paternos Simão Henrique Barbosa e Dona Inês Maria da Conceição e maternos Francisco da Silva e Dona Justina da Silva tendo sido declarante, o pai e testemunhas as constantes do termo - que foi lavrado em: 17.11.1954

D. B. e S.

Observações: Testemunhas - João Garcia - escritório digor - aux. escritório - res. r. Terezina Maria Assunção - 29 e Salvador de Gouveia - con. - res. av. Liberdade - 1027 -

selada no verso

O referido é verdade e dou fé.

São Paulo, (2.º Subdistrito), 5 de julho de 1968

RECONHECER A FIRMA NO TABELIÃO UBAIDINO RUA DA GLÓRIA, 98 - S. Paulo Tel. 35-9194

Oficial maior
[Handwritten Signature]

36.º SUBDISTRITO DA CAPITAL DE SÃO PAULO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

VILA MARIA

DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DA CAPITAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Prof.ª Maria José Barone Fernandes, 851 - Tel.: 83-1232

Certidão de Nascimento

N.º 9483

Fls. 299

CERTIFICO que no livro n.º A-12 de Registro de NASCIMENTOS, foi lavrado e assento de SUZANA ROSA DE JESUS SANTANA nascida aos doze (12) de julho (07) de Mil Novecentos e Setenta e Oito (1978), às 07:55 horas, neste subdistrito Capital.

de sexo Feminino - Filha de JOAO JOSÉ DE SANTANA

natural de

e de Dona IZABEL ROSA DE JESUS

natural de este Estado

avós paternos Leoncio José de Santana

e Dona Clotilde Franco de Jesus

e maternos Tertulino Franco Pereira

e Dona Maria Rosa de Jesus

Registro feito em doze de agosto de 1978

Foi declarante: a mãe

Serviram de testemunhas: as constantes no termo

Observações:

Table with 2 columns: Description and Amount. Rows include 'Valor cobrado pelo 2º via', 'Ao serventário', 'Ao Estado', 'TOTAL', and 'RECIBO responsável'.

O referido é verdadeiro e dou fé.

São Paulo, 27 de setembro de 1978

Handwritten signature of Maria de Lourdes Costa Tironozak, Oficial Mair



ESTADO DE SÃO PAULO

Bel.ª Sílvia Maria Costa Fumoncak

36.º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

VILA MARIA

DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DA CAPITAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Prof.ª Maria José Barone Fernandes, 851 — Tel.: 83-1232

Certidão de Nascimento

N.º 21.205

Fis. 13748

CERTIFICO que no livro n.º 4-32 de Registro de NASCIMENTOS, foi lavrado o assento de "SILVANA ROZA DE JESUS SANTANA" nascid a os dezesseis de agosto de mil novecentos e oitenta e um, às 22:15 horas, neste subdistrito-Capital,--

do sexo Feminino - Filha de JOKO JOSÉ DE SANTANA

natural de -----

e de Dona IZABEL ROZA DE JESUS

natural de sta. Estado

avós paternos Leoncio José de Santana

e Dona Clotilde Franco de Jesus

e maternos Tertulino Franco Pereira

e Dona Maria Rosa de Jesus

Registro feito em vinte e dois de setembro de 19 81

Foi declarante: a mãe

Serviram de testemunhas: as constantes no termo

Observações: -----

IDENTIFICAÇÃO DO CARTÓRIO	
(natureza do ato)	
Valor cobrado pelo 2º via	-----
As serventaria	<u>1,58</u>
As Estado	<u>0,31</u>
(Outros)	-----
TOTAL	<u>1,89</u>
RECIBO	-----
responsável	-----

O referido é verdadeiro e dou fé.

São Paulo 27 de setembro de 19 89

Maria de Lourdes Costa Gaspar
Oficial Maior

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de São Paulo



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL - 7.º SUBDISTRITO CONSOLAÇÃO
RUA MACEIÓ, 77 - TELEFONE: 256-5506 - 530

Bel. Aldegar Fiori

ESCRIVÃO

Herculia de Freitas Felipe

OFICIAL MAIOR

Antonio Pelegriani

Escrevente Autorizado

Marcilia de Sá Dias

Escrevente Autorizada

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que as folhas 181, do livro A 69, sob n.º de ordem 32.221-, foi lavrado o assento de SARA ALVES BRANCO-

nascida aos vinte e dois de junho de mil novecentos e noventa- às 09 horas e 25 minutos, no Hospital Santa Isabel, neste subdistrito-

do sexo feminino, de cor preta-

filha de HARBEN SILVA BRANCO,

natural de São Paulo, Capital-

e de Dona SUELMA INES DE DEUS BRANCO,

natural de São Paulo, Capital-

São avós paternos Sinesio Branco-

e Dona Benedita da Silva Felisbino-

e avós maternos Francisco Alves de Deus,

e Dona Inez Aparecida Alves de Deus

Foi declarante o pai.

e serviram de testemunhas as constantes do termo.

Observações: Registro feito hoje-

Primeira via-

O referido é verdade e dou fé,
Consolação - São Paulo, 27 de junho de 19 90

[Handwritten signatures and notes]

LEI N. 8.216 — DE 30 DE JUNHO DE 1975

Altera a Lei n. 8.015 (*), de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os Registros Públicos

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei n. 8.015, de 31 de dezembro de 1973, vigorará com as seguintes modificações:

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

CAPÍTULO I

Das Atribuições

Art. 1º Nova redação:

«Art. 1º Os serviços concernentes aos Registros Públicos, estabelecidos pela legislação civil para autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos, ficam sujeitos ao regime estabelecido nesta Lei.

§ 1º Os Registros referidos neste artigo são os seguintes:

- I — o registro civil de pessoas naturais;
- II — o registro civil de pessoas jurídicas;
- III — o registro de títulos e documentos;
- IV — o registro de imóveis.

§ 2º Os demais registros reger-se-ão por leis próprias».

Art. 2º Nova redação:

«Art. 2º Os registros indicados no § 1º do artigo anterior ficam a cargo de servidores privativos nomeados de acordo com o estabelecido na Lei de Organização Administrativa e Judiciária do Distrito Federal e dos Territórios e nas resoluções sobre a Divisão e Organização Judiciária dos Estados, e serão feitos:

- I — o do item I, nos escritórios privativos, ou nos Cartórios de Registro de Nascimento, casamentos e óbitos;
- II — os dos itens II e III, nos escritórios privativos, ou nos Cartórios de Registros de Títulos e Documentos;
- III — os do item IV, nos escritórios privativos, ou nos Cartórios de Registro de Imóveis».

CAPÍTULO II

Da Execução

Arts. 3º a 7º Mantidos.

CAPÍTULO III

Da Ordem do Serviço

Arts. 8º a 13. Mantidos.

Art. 14. Nova redação:

«Art. 14. Pelos atos que praticarem, em decorrência desta Lei, os Oficiais do Registro terão direito, a título de remuneração, aos emolumentos fixados nos Regimentos de Custas do Distrito Federal,

dos Estados e dos Territórios, os quais serão pagos, pelo interessado que os requerer, no ato de requerimento ou no da apresentação do título».

Art. 15. Mantido.

CAPITULO IV Da Publicidade

Arts. 16 a 18. Mantidos.

Art. 19. Nova redação:

«Art. 19. A certidão será lavrada em inteiro teor, em resumo, ou em relatórios, conforme quesitos, e devidamente autenticada pelo oficial ou seus substitutos legais, não podendo ser retardada por mais de 5 (cinco) dias.

§ 1º A certidão, de inteiro teor, poderá ser extraída por meio datilográfico ou reprográfico.

§ 2º As certidões do Registro Civil das Pessoas Naturais mencionarão, sempre, a data em que foi lavrado o assento e serão manuscritas ou datilografadas e, no caso de adoção de papéis impressos, os claros serão preenchidos também em manuscritos ou datilografados.

§ 3º Nas certidões de registro civil, não se mencionará a circunstância de ser legítima, ou não, a filiação, salvo a requerimento do próprio interessado, ou em virtude de determinação judicial.

§ 4º As certidões de nascimento mencionarão, além da data em que foi feito o assento, a data, por extenso, do nascimento e, ainda, expressamente, o lugar onde o fato houver ocorrido.

§ 5º As certidões extraídas dos Registros Públicos deverão ser fornecidas em papel e mediante escrita que permitam a sua reprodução por fotocópia, ou outro processo equivalente».

Art. 20. Mantido.

Art. 21. Nova redação:

«Art. 21. Sempre que houver qualquer alteração posterior ao ato cuja certidão é pedida, deve o Oficial mencioná-la, obrigatoriamente, não obstante as especificações do pedido, sob pena de responsabilidade civil e penal, ressalvado o disposto nos artigos 45 e 95.

Parágrafo único. A alteração a que se refere este artigo deverá ser anotada na própria certidão, contendo a inscrição de que «a presente certidão envolve elementos de averbação à margem do termo».

CAPITULO V Da Conservação

Arts. 22 e 23. Nova Redação:

«Art. 22. Os livros de registro, bem como as fichas que os substituem, somente sairão do respectivo Cartório mediante autorização judicial.

Art. 23. Todas as diligências judiciais e extrajudiciais que exigirem a apresentação de qualquer livro, ficha substitutiva de livro ou documento, efetuar-se-ão no próprio Cartório».

Arts. 24 a 27. Mantidos.

CAPITULO VI Da Responsabilidade

Art. 28. Mantido.

TITULO II Do Registro Civil das Pessoas Naturais

CAPITULO I Disposições Gerais

Arts. 29 a 32. Mantidos.

CAPITULO II Da Escrituração e da Ordem de Serviço

Art. 33. Nova redação:

«Art. 33. Haverá, em cada Cartório, os seguintes livros, todos com 300 (trezentas) folhas cada um:

I — «A» — de registro de nascimento;

II — «B» — de registro de casamento;

III — «B Auxiliar» — de registro de casamento religioso para efeitos civis;

IV — «C» — de registro de óbitos;

V — «C Auxiliar» — de registro de natimortos;

VI — «D» — de registro de proclama».

Arts. 34 a 45. Mantidos.

Capitulo III Das Penalidades

Art. 46 a 49. Mantidos.

Art. 50. Supressão.

CAPITULO IV Do Nascimento

Art. 51. Passa a artigo 50, com nova redação do «caput», mantidos os parágrafos:

«Art. 50. Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro (VETADO) no lugar em que tiver ocorrido o parto (VETADO), dentro do prazo de 15 (quinze) dias, ampliando-se até 3 (três) meses para os lugares distantes mais de 30 (trinta) quilômetros da sede do Cartório».

Art. 52. Passa a artigo 51.

Art. 53. Passa a artigo 52, com nova redação ao item 6º:

«6º Finalmente, as pessoas (VETADO) encarregadas da guarda do menor».

Art. 54. Passa a artigo 53, com nova redação:

«Art. 53. No caso de ter a criança nascido morta ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito.

§ 1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro «C Auxiliar», com os elementos que couberem.

§ 2º No caso de a criança morrer na ocasião do parto, tendo, entretanto, respirado, serão feitos os dois assentos, o de nascimento e o de óbito, com os elementos cabíveis e com remissões recíprocas.

→ Art. 55. Passa a artigo 54, com nova redação ao item 2º:

«2º O sexo do registrando».

Arts. 56 e 57. Passam a artigos 55 e 56, respectivamente.

Art. 58. Passa a artigo 57, com nova redação:

«Art. 57. Qualquer alteração posterior de nome, somente por exceção e motivadamente, após audiência do Ministério Público, será permitida por sentença do Juiz a que estiver sujeito o registro, arquivando-se o mandato e publicando-se a alteração pela imprensa.

§ 1º Poderá, também, ser averbado, nos mesmos termos, o nome abreviado, usado como firma comercial registrada ou em qualquer atividade profissional.

§ 2º A mulher solteira, desquitada ou viúva, que viva com homem solteiro, desquitado ou viúvo, excepcionalmente e havendo motivo ponderável, poderá requerer ao Juiz competente que, no registro de nascimento, seja averbado o patronímico de seu companheiro, sem prejuízo dos apelidos próprios, de família, desde que haja impedimento legal para o casamento, decorrente do estado civil de qualquer das partes ou de ambas.

§ 3º O Juiz competente somente processará o pedido, se tiver expressa concordância do companheiro, e se da vida em comum houverem decorrido, no mínimo, 5 (cinco) anos ou existirem filhos da união.

§ 4º O pedido de averbação só terá curso, quando desquitado o companheiro, se a ex-esposa houver sido condenada ou tiver renunciado ao uso dos apelidos do marido, ainda que dele receba pensão alimentícia.

§ 5º O aditamento regulado nesta Lei será cancelado a requerimento de uma das partes, ouvida a outra.

§ 6º Tanto o aditamento quanto o cancelamento da averbação previstos neste artigo serão processados em segredo de justiça».

Arts. 59 a 67. Passam a artigos 58 a 66.

CAPÍTULO V

Da Habilitação para o Casamento

Art. 68. Passa a artigo 67, com nova redação ao § 1º e acréscimo de § 6º mantidos o «caput» e os demais parágrafos:

«§ 1º Autuada a petição com os documentos, o Oficial mandará afixar proclamas de casamento em lugar ostensivo de seu cartório e fará publicá-los na imprensa local, se houver. Em seguida abrirá vista dos autos ao órgão do Ministério Público, para manifestar-se sobre o pedido e requerer o que for necessário à sua regularidade,

podendo exigir a apresentação de atestado de residência, firmado por autoridade policial, ou qualquer outro elemento de convicção admitido em direito.

§ 6º Quando o casamento se der em circunscrição diferente daquela da habilitação, o Oficial do registro comunicará ao da habilitação esse fato com os elementos necessários às anotações nos respectivos autos».

Arts. 69 e 70. Passam a artigos 68 e 69.

CAPÍTULO VI

Do Casamento

Art. 71. Passa a artigo 70, com acréscimo do item 10, mantido o parágrafo único:

«10) À margem do termo, a impressão digital do contraente que não souber assinar o nome».

CAPÍTULO VII

Do Registro do Casamento Religioso para Efeitos Cíveis

Art. 72. Passa a artigo 71.

Art. 73. Passa a artigo 72, com supressão do parágrafo único.

Art. 74. Passa a artigo 73, com nova redação aos §§ 1º e 2º, mantidos o «caput» e o § 3º:

«§ 1º O assento ou termo conterá a data da celebração, o lugar, o culto religioso, o nome do celebrante, sua qualidade, o cartório que expediu a habilitação, sua data, os nomes, profissões, residências, nacionalidades das testemunhas que o assinarem e os nomes dos contraentes.

§ 2º Anotada a entrada do requerimento o Oficial fará o registro no prazo de 24 (vinte e quatro) horas».

Arts. 75 e 76. Passam a artigos 74 e 75.

CAPÍTULO VIII

Do Casamento em Iminente Risco de Vida

Art. 77. Passa a artigo 76, com nova redação do «caput», mantidos os parágrafos:

«Art. 76. Ocorrendo iminente risco de vida de algum dos contraentes, e não sendo possível a presença da autoridade competente para presidir o ato, o casamento poderá realizar-se na presença de 6 (seis) testemunhas, que comparecerão, dentro de 5 (cinco) dias, perante a autoridade judiciária mais próxima, a fim de que sejam reduzidas a termo suas declarações».

CAPÍTULO IX

Do Óbito

Art. 78. Passa a artigo 77, com nova redação:

SEADE - OBITOS

Município de São Paulo
Cartório de 21. Subdistrito Civil - Saúde

Código _____ Obitos gerais _____ Mês: 09
M _____ Menores de 1 ano _____ Ano: 1994
D _____ Registrados fora do prazo _____

Nº	REGISTRO NO LIVRO	DATA DO OBITO	LOCAL DE		DISTRITO OU SUB-DISTRITO	SEXO	IDADE	OCUPAÇÃO HABITUAL	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	VIOLÊNCIA	COR
			01	02								
01	59895	28/08/94	2		Ignorado	2	39	aposentada	2	Monteboa-BA		2
02	59896	22/08/94	2		Ignorado	2	03	senhor	1	São Paulo-SP		9
03	59897	26/08/94	2		Ignorado	1	62	farmacêutico	2	Abre Campo-MS		1
04	59898	23/08/94	2		Ignorado	1	69	pintor	3	S. B. do Capuaí-MS		1
05	59899	30/08/94	2		Ignorado	1	03	senhor	1	Itaquaquecetuba-SP		2
06	59900	29/08/94	2		Ignorado	1	45	operador de máquinas	2	União dos Palmares-AL		1
07	59901	28/08/94	2		Ignorado	1	34	pedreiro	1	Seabra-BA		2
08	59902	24/08/94	2		Ignorado	2	04	senhor	1	São Paulo-SP		1
09	59903	30/08/94	2		Ignorado	1	59	escritorário	2	Presidente Mendes-SP		1
10	59904	30/08/94	2		Ignorado	1	83	aposentado	3	Guarapuá-SP		1
11	59905	30/08/94	2		Ignorado	1	50	aposentado	2	São Paulo-SP		1
12	59906	30/08/94	2		Ignorado	2	84	aposentado	3	São Paulo-SP		1
13	59907	30/08/94	2		Ignorado	2	31	sem função	1	Paulista-PE		1
14	59908	30/08/94	2		Ignorado	2	51	de lar	1	Portugal		1
15	59909	29/08/94	2		Ignorado	2	13	senhor	1	São Paulo-SP		1
16	59910	29/08/94	1		Ignorado	2	81	de lar	2	Japão		4
17	59911	01/09/94	1		Ignorado	2	93	de lar	3	Jacutinga-SP		1
18	59912	31/08/94	2		Ignorado	2	78	de lar	3	Bahia		1
19	59913	31/08/94	2		Ignorado	1	87	aposentado	3	São Paulo-SP		1
20	59914	01/09/94	2		Ignorado	2	63	de lar	2	Itacombi-SP		1
21	59915	01/09/94	2		Ignorado	2	73	aposentada	1	Piranga-MS		2
22	59916	31/08/94	2		Ignorado	1	07	senhor	1	São Paulo-SP		1
23	59917	26/08/94	2		Ignorado	1	23	senhor	1	São Paulo-SP		9
24	59918	31/08/94	2		Ignorado	1	54	desempregado	1	Pariri-SP		1
25	59919	31/08/94	2		Ignorado	1	78	aposentado	1	Guarulhos-SP		1
26	59920	30/08/94	2		Ignorado	2	38	de lar	2	São Paulo-SP		1
27	59921	02/09/94	2		Ignorado	1	63	lavrador	2	Japão		1
28	59922	03/09/94	1		Ignorado	2	75	de lar	2	São Paulo-SP		1
29	59923	03/09/94	2		Ignorado	2	73	de lar	3	São Paulo-SP		1
30	59924	04/09/94	2		Ignorado	2	74	de lar	3	Viana-BA		1
31	59925	04/09/94	2		Ignorado	1	80	aposentado	3	São Paulo-SP		1
32	59926	04/09/94	2		Ignorado	1	57	arquiteto	2	Santa Gertrudes-SP		1
33	59927	02/09/94	2		Ignorado	2	77	aposentado	1	Juiz-SP		1
34	59928	04/09/94	2		Ignorado	1	33	motorista	2	São Paulo		1
35	59929	03/09/94	2		Ignorado	2	24	ajudante de cozinha	1	São Paulo-SP		1