



## DESIGUALDADES RACIAIS E MORTES POR CAUSAS VIOLENTAS ENTRE JOVENS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR, 2005

Emanuelle Freitas Góes<sup>1</sup>

**RESUMO:** *As iniquidades raciais na saúde determinadas pelo racismo institucionalizado privam e violam o direito ao acesso e as condições dignas de saúde. Quando estas iniquidades estão relacionadas à juventude negra, estudos revelam que há diferenças na forma como a mortalidade atinge a população negra em relação à branca. Este estudo foi motivado pelos altos índices de óbitos por causas violentas em jovens afrodescendentes na Região Metropolitana de Salvador, e ao mesmo tempo pela escassez de pesquisas com recorte racial na saúde pública, principalmente relacionada à violência. Tendo como objetivo central a análise da Mortalidade proporcional por causas externas entre negros e brancos na Região Metropolitana de Salvador no ano de 2005. Na metodologia foi realizado um estudo descritivo com análise das frequências, tendo no seu resultado identificado desigualdades da população negra em relação branca como a taxa de mortalidade geral que enquanto a população negra (71,94/100.000 população negra) sendo 3,05 vezes maior que o observado para a população branca (23,61/100.000 população branca). Desta forma a conclusão do estudo descreve que as mortes por causas externas em jovens negros estão diretamente ligada ao racismo que direciona os efeitos das oportunidades inadequadas na saúde, na economia e na educação assim como a falta de perspectiva de ascensão social desta população.*

**Palavras-chave:** Desigualdades; Violência e Saúde

### INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais no Brasil, refletidas no racismo institucionalizado, impactam no difícil acesso aos bens de serviço e o direito à saúde de forma equânime, entre as populações, não respeitando as diversidades como cor, raça, etnia, sexo, cultura e religião.

A população negra brasileira vem experimentando ao longo do tempo situações desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer, pois as desigualdades de oportunidades entre brancos e negros condicionam a sua forma de viver como grupo social, pois tanto o social como o econômico e o cultural têm influência sobre a saúde de uma população (LOPES, 2004).

No caso desta população, o meio que exclui e nega o direito natural de pertencimento, é determinante para as condições especiais de vulnerabilidades que invisibilizam as necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (BATISTA, 2005).

E, ao discutir sobre a população negra jovem, as pesquisas vêm demonstrando que há uma exposição maior determinada pelo racismo, desta população em relação à violência urbana, e tendo o seu ciclo de vida interrompido mais precocemente e ao se observar as mulheres negras neste cenário têm como agravante a dupla relação racista e sexista que a torna mais vulnerável para os agravos de violência e as iniquidades raciais em saúde.

Este estudo foi motivado pelos altos índices de óbitos por mortes por causas violentas em jovens afrodescendentes na Região Metropolitana de Salvador e ao mesmo tempo pela escassez de pesquisas com recorte racial na saúde pública principalmente relacionada à violência.

---

<sup>1</sup> Enfermeira (UCSAL), Sanitarista (ISC-UFBA), Coordenadora na Superintendência de Políticas para as Mulheres – Secretaria de Promoção da Igualdade, email – [emanuellegoes@yahoo.com.br](mailto:emanuellegoes@yahoo.com.br).



Além de subsidiar, através das análises realizadas, definições de políticas públicas de ações afirmativas que direcionem para a redução das iniquidades em saúde, em relação à população negra. Com isso teve como objetivo central fazer uma análise da distribuição proporcional de óbitos por causas externas entre negros e brancos na Região Metropolitana de Salvador no ano de 2005.

## REFERENCIAL TEÓRICO

As desigualdades se manifestam freqüentemente em estereótipos e nas intolerâncias polarizadas em torno da etnia, assim como nas relações de gênero e outras diversidades sociais, pois as relações raciais estão enraizadas na vida social do indivíduo, grupos e classes sociais. São graves, e, ao afetarem a capacidade de inserção dos negros na sociedade brasileira comprometem o projeto da construção de um país democrático com oportunidades iguais para todos, limitando desta forma a capacidade de inclusão da população negra (HERINGER, 2002), (IANNI, 2004).

A construção da sociedade brasileira está estruturada a partir do *mito da democracia racial*, tendo uma grande parcela da sociedade compartilhando a crença de ter construído uma nação pacífica, afetuosa e sensual ancorada na idéia da mistura racial e de que existem possibilidades para todos de forma igualitária, sendo diferente dos Estados Unidos e África do Sul em relação à segregação racial (BERNADINO, 2002), (WERNECK, 2004).

Desde o século XVI que as desigualdades impostas pelo regime escravista do Brasil permaneceram através do desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social. E as desigualdades raciais ao se juntarem as desigualdades socioeconômicas provocam uma contradição dupla de classe e de raça deixando evidente que a população negra tem menos apropriação de bens, serviços e direitos em relação à branca, colocando desta forma a população negra em maior vulnerabilidade a uma série de agravos e doenças (SANTOS, GUIMARÃES & ARAÚJO, 2007).

Para Andrews (1997) a partir de 1940 até os dias de hoje, os censos nacionais vem registrando disparidades persistentes entre a população branca e não-branca em educação, realização vocacional, ganhos e expectativa de vida, demonstrando que as atitudes e os estereótipos racistas referentes a negros estão amplamente disseminados por toda a sociedade brasileira.

De acordo com Barbosa (2001) e Lopes (2004) as desigualdades sociais têm um forte componente de discriminação tendo a raça como base, desmontando assim, a idéia da redução da problemática das disparidades sociais como causa exclusiva da pobreza.

Já para Leal, Gama e Cunha (2005) existem dificuldades em relação à identificação das desigualdades no momento de distinguir, quando é inerente a desigualdade racial sendo independente de outros aspectos como acesso a informação, emprego, bens de consumo, serviços de saúde sendo que estes fatores agem com sinergia fazendo com que aumente os resultados negativos sobre a população negra, ampliando assim as desigualdades nas condições de vida.

A partir da constatação de que o racismo<sup>2</sup> e a discriminação racial expõem homens e mulheres em situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte, o movimento negro brasileiro explicitou suas demandas e reivindicou implementação de políticas públicas na saúde para a população afrodescendente de forma que atendesse as especificidades desta população (BRASIL, 2001); (OLIVEIRA, 2001).

Uma vez que, as iniquidades raciais na saúde são determinadas também pelo racismo institucionalizado, o setor da saúde contribui para privar e violar o direito de acesso e as condições

<sup>2</sup> Racismo é considerado uma realidade ideológica que estrutura relações sociais e atribui a superioridade de uma raça sobre as demais.



dignas de saúde, excluindo a população negra do direito natural de pertencimento. Pois o racismo institucional é conceituado como “o fracasso coletivo das instituições e das organizações em prover um serviço profissional adequado às pessoas por causa de sua cor da pele, cultura, origem racial ou étnica” (SANTOS, GUIMARÃES & ARAÚJO, 2007); (LOPES, 2004).

## **METODOLOGIA**

Os dados estudados referem-se à Região Metropolitana de Salvador, estado da Bahia, cuja população no ano de 2005 era composta de 3.356.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2004), dos quais 80,96% se autoclassificaram pertencentes à raça/cor negra (preta e parda), 18,30% branca, 0,44% indígena e 0,30% amarela.

Realizou-se um estudo descritivo com análise de frequência tendo a raça/cor como categoria. Tendo como população de estudo os grupos de indivíduos classificados segundo raça/cor da pele, sendo analisada a população branca, a população negra (preto + pardo) e a população total (branco, preto, pardo, indígena e amarelo). Os indivíduos de raça/cor da pele amarela ou indígena foram excluídos da análise devido ao baixo número de ocorrências dos agravos nesses grupos. E a faixa etária delimitada neste estudo foi de 15 a 39 anos.

A base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS / Ministério da Saúde foi a fonte de coleta da pesquisa do ano de 2005 e os dados demográficos e populacionais foram obtidos junto ao IBGE do mesmo ano.

As variáveis utilizadas para análise foram: sexo, raça/cor, nível de escolaridade, faixa etária e tipos de óbito por causas externas: Mortes por acidentes de transporte (V01-V99), Homicídio (X85-Y09), Suicídio (X60-X84), Intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36) e outras mortes por causas externas (Outras causas externas de lesões acidentais – W00-X59, Complicações assistência médica e cirúrgica – Y40-Y84, Seqüelas de causas externas – Y85-Y89, Eventos cuja intenção é indeterminada –Y10-Y34), classificada pela 10ª Revisão do CID.

Na Declaração de Óbito, para variável raça/cor existem cinco categorias que a defini, que são: preto, pardo, branco, amarelo e indígena, classificadas a partir das categorias classificadas pelo IBGE. Cabe destacar que no atestado de óbito quem define a raça/cor é o profissional de saúde, especificamente o médico legista, e nos dados populacionais a raça/cor é autodeclarada, podendo assim ocorrer um viés nas taxas de mortalidade geral.

Para da desigualdade de mortalidade entre os dois grupos, este estudo utilizou a taxa de mortalidade total e por causas externas, mortalidade proporcional por óbitos por causas externas e uma serie histórica de 1996 2005.

## **RESULTADOS**

No ano de 2005 ocorreram 1.576 óbitos de jovens de 15 a 39 anos por causas externas na Região Metropolitana de Salvador, atingindo 84,9% dos negros e 2,6% dos brancos. O coeficiente de mortalidade por causas externas para a população negra (71,94/100.000 população negra) foi 3,05 vezes maior que o observado para a população branca (23,61/100.000 população branca). As causas externas para a população negra é a segunda causa de morte de acordo com a taxa de mortalidade (tabela 1), na população branca é a quarta causa de morte e na população total (71,47/100.000 habitantes) sendo a terceira causa de morte.



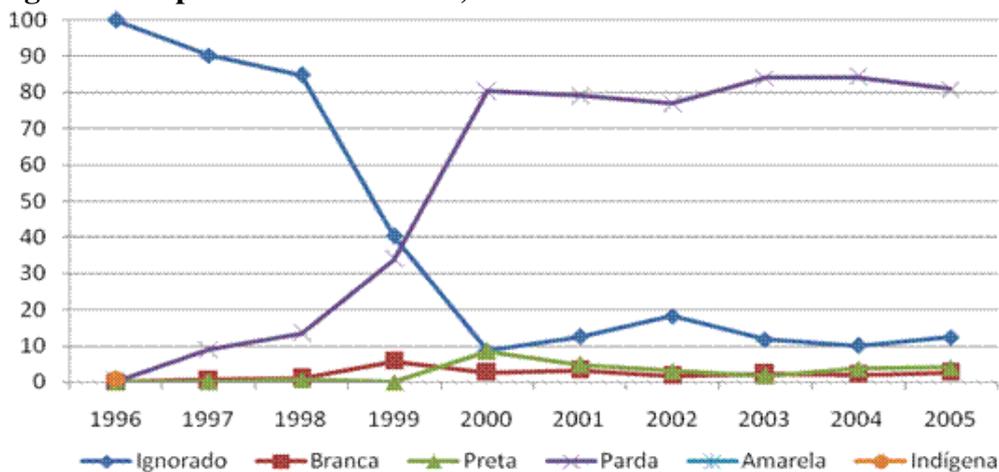
**Tabela 1 – Taxa de mortalidade (100.000 hab.) segundo grupos de causas selecionadas por raça/cor, Região Metropolitana de Salvador, 2005**

GRUPOS DE CAUSA (CID-10)	BRANCA	NEGRA	TOTAL
IX. Doenças do aparelho circulatório	133,34	93,07	127,69
II. Neoplasias (tumores)	98,34	55,27	72,90
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	23,61	71,94	71,47
X. Doenças do aparelho respiratório	80,76	38,90	56,37
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	31,75	23,74	31,97
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27,52	23,48	30,75

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Ao analisar a série histórica em relação ao preenchimento da variável raça/cor (figura 1) pode se observar que no primeiro ano (1996) da inserção da variável no SIM, o campo ignorado foi de 100%. Ao longo dos anos houve um declínio do campo ignorado e um aumento das outras variáveis raça/cor. Chegando ao ponto de em 1999 haver uma inversão do quadro e a partir de então o campo ignorado vem diminuindo. E no ano de 2005 o campo ignorado equivale a quase 10% de todo o preenchimento do campo da variável raça/cor.

**Figura 1 – Serie Histórica sobre a Informação do campo raça/cor por causas externas de 15 a 39 anos, Região Metropolitana de Salvador, 1996 a 2005**



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Quando se analisa por Mortalidade Proporcional dos óbitos por causas externas (Tabela 2) a primeira causa de morte tanto para homem negro (71,52%) quanto para o branco (45,16%) é o homicídio, e de acordo com a distribuição de óbitos a razão de morte por homicídio é de um 1 homem branco (14) para 20 homens negros (884), ou seja, a chance de um negro morrer por homicídio é 20 vezes maior em relação ao branco. Os dados demonstram que a diferença entre



brancos e negros ocorrem também no sexo feminino, com um fator diferenciador que a primeira causa de morte entre as mulheres brancas é “outras mortes por causas externas” (40,0%) e o homicídio (20,0%) sendo a terceira causa, já para as mulheres negras (43,14%) o homicídio é a primeira causa sendo uma proporção aproximada do homem branco. E razão da distribuição dos óbitos é de 1 mulher branca (2) para 22 mulheres negras (44), sendo 20 vezes a mais para as mulheres negras a chance de morrer por homicídio.

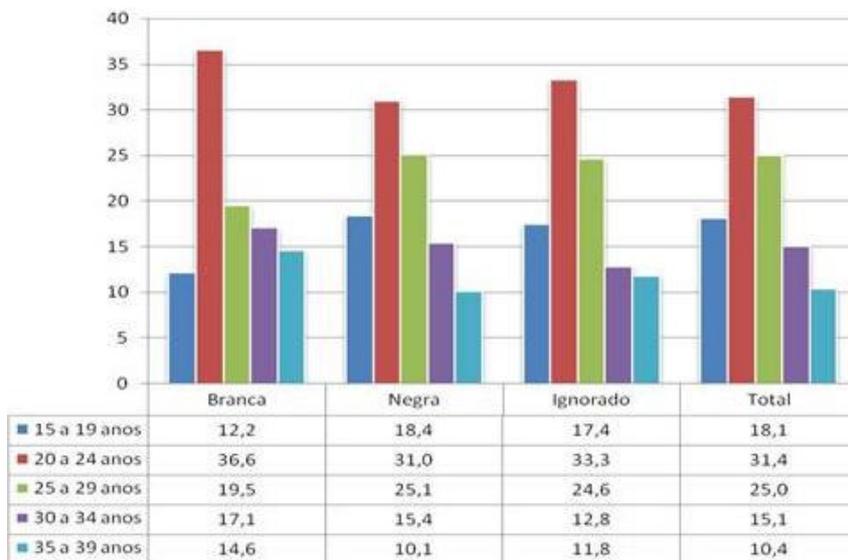
**Tabela 2 – Mortalidade Proporcional por causas externas de 15 a 39 anos segundo sexo e raça/cor, Região Metropolitana de Salvador, 2005.**

<i>Grupo de causa (CID 10)</i>	<i>Negra</i>				<i>Branca</i>			
	<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>		<i>Mulher</i>		<i>Homem</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Mortes por acidentes de transporte	31	30,39	166	13,43	1	10,0	8	25,81
Homicídio	44	43,14	884	71,52	2	20,0	14	45,16
Suicídio	14	13,73	24	1,94	3	30,0	3	9,68
Intervenções legais e operações de guerra	-	-	37	2,99	-	-	-	-
Outras mortes por causas externas	13	12,75	125	10,11	4	40,0	6	19,35
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>1236</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Em relação à faixa etária, a Mortalidade proporcional dos óbitos por causas externas entre as duas categorias raciais estudadas teve concentrações maiores nas faixas etárias de 20 a 24 anos e 25 a 30 anos, tendo destaque na faixa etária de 15 a 19 anos que é a terceira faixa mais atingida tanto na população negra, quanto na população total sendo a última na população branca (Figura 2).

**Figura 2 – Mortalidade Proporcional por causas externas segundo faixa etária e raça/cor, RMS, 2005.**



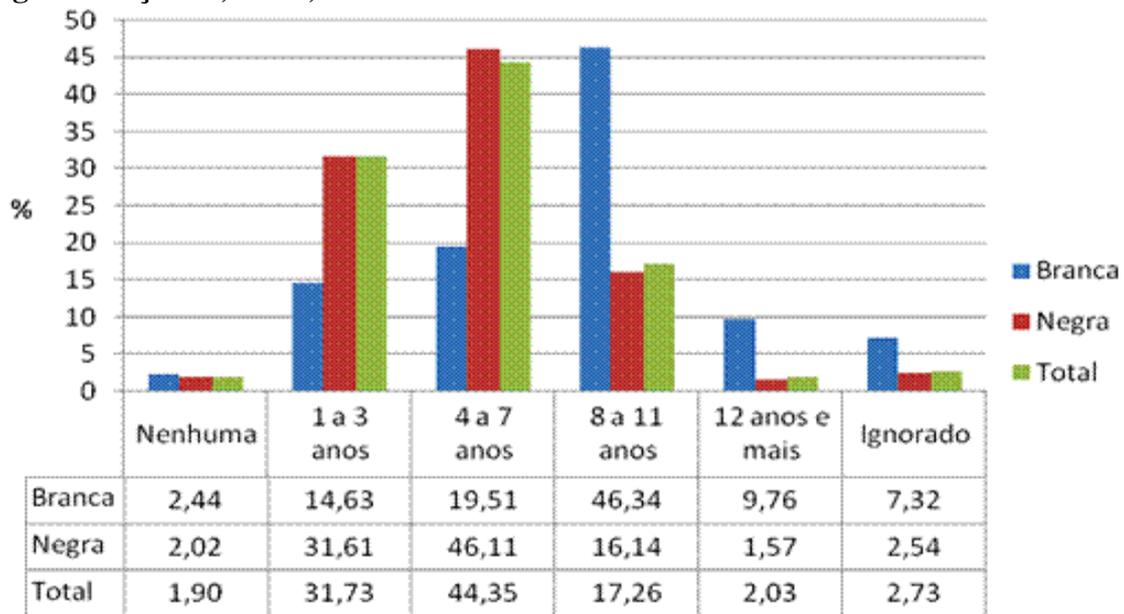
Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

Ao analisar o nível de escolaridade (figura 2) pode se observar que em relação a nenhuma escolaridade os valores da população negra (2,02%), branca (2,44%) e total (1,90%) são próximos



sendo um pouco mais elevado para a população branca. Porém a população negra esta concentrada nos níveis 1 a 3 anos e 4 a 7 anos de estudos, enquanto a população branca esta concentrada nos níveis 8 a 11 e 12 e mais anos.

**Figura 3 – Nível de Escolaridade e mortalidade proporcional por causas externas de 15 a 39 anos segundo raça/cor, RMS, 2005.**



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

## DISCUSSÃO

Ao discutir os aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil, de acordo com estudos foram observados, que associações entre tipo de óbito e raça/cor se destacam pela magnitude das diferenças de morte por homicídios para negros e brancos demonstrando que há grandes diferenças de risco de morte entre negros e brancos, mesmo quando se controla a taxa de homicídio por escolaridade (BRASIL, 2006).

De acordo com os resultados destaca-se que houve uma melhoria do preenchimento da variável raça/cor ao longo dos anos, qualificando o SIM. Porém o estudo tem como entrave o fator de que na declaração de óbito quem define é o profissional que preenche e emite e nos dados demográficos o resultado é originado a partir da autodeclaração. Apesar de representar esta limitação o estudo é convergente em relação aos dados demográficos e a população atingida por mortes por causas externas.

O quesito cor, ou a identificação racial é um item importante e indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento permitindo fazer um diagnóstico epidemiológico da situação dos grupos raciais ou étnicos e delimitar, com maior precisão, o descaso, a omissão, a dificuldade de acesso, bem como possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e políticas naturais e aceitáveis (OLIVEIRA, 2001).

A temática raça/etnia esteve ausente dos textos oficiais, no debate do campo da Saúde Pública no Brasil, nas últimas décadas, veio recentemente constituir-se como um dos “novos” problemas para a investigação e debate sendo denominado de “problema emergente”, ou de



“problemas de saúde pública na sociedade contemporânea”, participando também de outros campos de investigação e intervenção, sendo trazido ou colocado na interface da Saúde Pública, tais como: a violência social e as mortes violentas; a questão de gênero; a sexualidade; dentre outros (ADORNO et al, 2004).

É necessário ressaltar que a inclusão sobre raça/cor nos registros de óbitos respondem a antigas reivindicações do movimento negro e criou uma oportunidade efetiva de uma caracterização empírica do conceito teórico de vulnerabilidade aplicador a esse grupo étnico racial (BATISTA, 2004).

Ao analisar os dados em relação às mulheres negras vale destacar que é uma exceção da regra em relação às mortes por causas externas que atinge prioritariamente os homens, porém para Werneck (2001) a mulher negra tem uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, ser negra e a pobreza são três poderosos fatores determinantes da violência estrutural que as atinge, porém, enquanto um ser indivisível, a mulher negra vivência simultaneamente graus extremos de violência decorrente do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social.

Para Santos, Guimarães e Araujo (2007) as relações de gênero possuem uma dinâmica própria, pois ao se encontrarem articuladas com outras dinâmicas, como o de dominação seja social, racial ou de classe, podendo entender desta forma que a violência racial e de gênero representa como um obstáculo para a equidade em saúde e uma violação dos direitos humanos, sendo fundamental a articulação de diversos setores para seu enfrentamento.

No Brasil as mortes por causas externas é terceira causa de morte, na RMS é a terceira na população total, porém quando desagregar por raça/cor pode se verificar uma mudança no ranking das causas de mortes a população negra tem como segunda causa de morte as causas externas enquanto a população branca tem esta causa como quarta colocada. Isso confirma e evidencia o legado do passado escravista em que a população negra foi colocada, produzindo desigualdades resultantes do racismo e suas manifestações como a discriminação racial.

Dentre as principais mortes por causas externas estão a mortes por homicídios que para alguns autores na tentativa de explicar este agravo reflete sobre a falta de opção de lazer ou a inexistência de espaços de lazer, esporte ou cultura voltada para a população jovem, em especial a população pobre, e ter o bar como o espaço de socialização e a arma como diversão e “nada a perder” (*grifo do autor*) na vida (PINHO et AL, 2002); (BATISTA, 2005).

Os estudos que analisam perfil das vítimas de homicídios no Brasil demonstram que há uma predominância de jovens, do sexo masculino, identificados na declaração de óbito como pretos ou pardos, com menor qualificação profissional e pertencente a famílias de baixa renda. E que a crise econômica, a política de ajustes, o desemprego, a pobreza e a violência urbana são os principais motivos da alta mortalidade por causas violentas nas grandes metrópoles (SOUZA e MINAYO, 1999).

As mortes por causas externas em jovens negros estão diretamente ligada ao racismo que direciona os efeitos das oportunidades inadequadas na economia e na educação assim como, a falta de perspectiva de ascensão social.

Na realidade de uma forma geral este estudo, reafirma e reforça os achados de outras pesquisas quando se analisa as desigualdades raciais na saúde, quando compara a população negra em relação à população branca, refletindo as iniquidades raciais na saúde, através dos dados epidemiológicos evidenciando as manifestações do racismo originado de um passado escravista, além da falta de políticas de promoção a igualdade racial.



## CONCLUSÃO

O conhecimento da mortalidade por causas externas desagregada para cada segmento da população direciona para a possibilidade de trabalhar as articulações possíveis entre as iniquidades sociais e a situação de saúde da população além de conhecer de indicadores epidemiológicos de homens e mulheres, negros e brancos.

A necessidade de implementação de políticas públicas na saúde e em outros setores correlacionados como a educação, desenvolvimento social e segurança pública para inserção de ações afirmativas assim como o combate ao racismo institucionalizado que terminam por promover a falta de ascensão social e a marginalização da população negra, principalmente o negro jovem e do sexo masculino.

Desta forma de acordo com o estudo analisado, os dados apontam para a necessidade de se incorporar ações de saúde que possam intervir em relação à adoção das práticas de prevenção dos agravos e de promoção da saúde. Assim como a necessidade de rever programas nacionais como o Programa Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências para otimizar a inserção do quesito cor, numa perspectiva de implementar ações direcionadas para a população mais atingida por estes agravos, com o propósito de reduzir as iniquidades raciais em saúde.

Pode-se concluir que todos os dados revelam as iniquidades raciais em saúde principalmente para a população negra, jovem e do sexo masculino, e que isto é um reflexo das desigualdades geradas pelo racismo pautadas nas discriminações raciais, com a negação do direito de pertencimento que dificulta o acesso aos serviços de saúde e impede a mobilidade social da população negra.

Deve se destacar que os dados estatísticos sobre mortalidade representam como um importante balizador para elaboração de estudos epidemiológicos assim como um caminho para subsidiar a implementação, elaboração, planejamento das políticas de saúde para a população atingida.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de C.F.; ALVARENGA, Augusta Thereza de; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Quesito cor no sistema de informação em saúde. **Revista Estudos Avançados**. , São Paulo, v. 18, n. 50, 2004 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142004000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100011&lng=pt&nrm=iso)>. doi: 10.1590/S0103-40142004000100011.

BARBOSA, Maria Inês. É mulher, mais é negra: perfil da mortalidade do ‘quarto do despejo’. **Revista da Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, p.34-36, mar. 2001.

BATISTA, Luís Eduardo, ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro e PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2004, vol. 38, no. 5. pp. 630-636. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102004000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000500003&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102004000500003.

BATISTA, Luis Eduardo. **Mulheres e Homens negros: saúde, doença e morte**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.



\_\_\_\_\_. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol. 10, no.1 pp. 71-80. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100013&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000100013.

BERNARDINO, Joaze. Ação Afirmativa e a Rediscussão do Mito da Democracia Racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 24, nº 2, 2002, pp. 247-273.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Subsídios para o debate sobre a política nacional de saúde da população negra: Uma questão de equidade**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Desigualdades e Determinantes da Morte por Violência. In: **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 620 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CAMARGO, Antonio B. M., ORTIZ, Luis P. & FONSECA, Luis A. M. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitana. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (Org). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad. Saúde Pública** [online]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2002000700007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700007&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X.

IANNI, Octavio. Dialética das relações raciais. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 18, n. 50, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142004000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100003&lng=pt&nrm=iso)>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, 2005.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e Morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional da Saúde da População Negra**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000500034&lng=pt&nm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500034&lng=pt&nm=iso)>.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra**. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Brasília, 2002.



**XII SEMOC** SEMANA DE  
MOBILIZAÇÃO  
CIENTÍFICA  
SEGURANÇA: A PAZ É FRUTO DA JUSTIÇA



PAIXÃO, Marcelo et al. Contando os vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da População Negra no Brasil: Contribuição para a promoção da equidade**. Brasília, 2004.

PINHO, M.D. *et al.* Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v.19, n.2, jul./dez. 2002.

SANTOS, Maria dos Santos; GUIMARÃES, M. Jose Bezerra; ARAUJO, Thalia V. Barreto de. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v. 16, n12, p.87-102, 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo, HUCITEC, 1995. p.87-116, tab. (Saúde em debate, 79).

WERNECK, Jurema. AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras. **Revista da Rede Saúde**, São Paulo, n. 23, p.34-36, mar. 2001.