



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ALESSANDRA RABELO GONÇALVES FERNANDES

**MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO BRASIL: diferenciais segundo a raça/cor da
pele entre 2005 a 2014**

Feira de Santana-BA
2017

ALESSANDRA RABELO GONÇALVES FERNANDES

**MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO BRASIL: diferenciais segundo a raça/cor da
pele entre 2005 a 2014**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde de Grupos Populacionais Específicos

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Maria de Araújo

Feira de Santana-BA
2017

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

F398

Fernandes, Alessandra Rabelo Gonçalves

Mortalidade por homicídios no Brasil : diferenciais segundo a raça/cor da pele entre 2005 a 2014 / Alessandra Rabelo Gonçalves Fernandes. – 2017.
97 f. : il.

Orientadora : Edna Maria de Araújo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Mortalidade – Brasil (2005-2014). 2. Homicídios. 3. Desigualdade racial – Saúde. 4. Desigualdade social – Saúde. I. Araújo, Edna Maria de, orient.
II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 613.9:314.42(81)“2005-2014”

ALESSANDRA RABELO GONÇALVES FERNANDES

**MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO BRASIL: diferenciais segundo a raça/cor da
pele entre 2005 a 2014**

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Edna Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
Orientadora

Prof. Dr. Juarez Pereira Dias

Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

Prof. Dr. Aloisio Machado da Silva Filho

Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS

Feira de Santana-BA, 31 de maio de 2017

AGRADECIMENTOS

Toda a energia depositada neste trabalho me fez refletir sobre a importância de cada um que contribuiu para que eu chegasse até aqui!

Agradeço primeiramente ao meu *Deus*, grande protetor e sustento em todos os momentos, *em Ti, meu Deus*, encontrei toda a paz necessária para continuar.

À todos da minha família, em especial, aos meus pais *Eliene e José Augusto*, e irmãos *Flávia, Ana Paula, Michelly e André* por me ajudarem nos bastidores, por acreditar que seria possível, dando-me todo o apoio necessário.

Ao meu amado marido *Walter Fernandes* e a minha querida filha *Julia* por compartilharem comigo angústias e alegrias em todas as horas, pelo amor depositado, e por entender as minhas tantas ausências.

A minha orientadora, *Professora doutora Edna Maria de Araújo*, carinhosamente chamada por mim, de *Pro Edna*, pelo acolhimento desde o primeiro momento que a conheci, pelo carinho que vai além da relação aluno-professor. Obrigada por me entender mesmo em silêncio!

Ao grande mestre, *Professor doutor Nelson Fernandes de Oliveira*, pela gentileza em ajudar-me, pela simplicidade de interpretar os números e transformá-los em ciência.

Ao membros da banca examinadora, professores *Aloisio Machado da Silva Filho e Juarez Pereira Dias*, pela contribuição e disponibilidade.

A minha coordenadora de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Professor Edgard Santos- UFBA, *Carolina Calixto*, pela compreensão e apoio.

Aos meus colegas de mestrado, por compartilharem dos mesmos sentimentos e juntos renovarmos nossas forças. Em especial, a *Carolina Serna* pela contribuição e apoio.

Por fim, ao *Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde* (NUDES), por ser ambiente de aprendizado, e por sua característica singular de acolher a todos.

“Há uma morte negra que não tem causa em doenças, decorre de infortúnio. [...] É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça.”

(Luís Eduardo Batista)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo I	
Quadro 1- Características do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	36
Figura 1A e 1B – Tendência da mortalidade por homicídios no Brasil na faixa etária de 15 a 49 anos segundo raça/cor da pele, 2005 a 2014.	46
Figura 2A e 2B - Tendência da mortalidade por homicídios de homens na faixa etária de 15 a 49 anos no Brasil e Regiões, 2005 a 2014	48
Figura 3A e 3B - Tendência da mortalidade por homicídios em mulheres segundo raça/cor da pele no Brasil e regiões, 2005 a 2014.	52
Artigo II	
Figura 01 - Taxa bruta média da mortalidade por homicídios da população masculina negra de 15 a 49 anos, segundo raça/cor da pele no Brasil, 2005 a 2014.	72
Figura 02 - Taxa bruta média da mortalidade por homicídios da população masculina branca de 15 a 49 anos, segundo raça/cor da pele no Brasil, 2005 a 2014.	73

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi construída na perspectiva de abordar os aspectos relacionados aos homicídios no Brasil, ampliando os vários olhares no campo da Saúde Coletiva. Este trabalho faz parte de um projeto maior, multicêntrico, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq – edital CNPq/MS/SCTIE/DECIT/ SGEP/ DAGEP Nº 21/2014- intitulado “*Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste brasileiro*”, desenvolvido pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) no estado da Bahia que envolve instituições de ensino superior situadas na Região Nordeste (Bahia, e Sergipe), e na Região Sudeste (São Paulo).

Este trabalho se constitui em um dos cinco subprojetos que integra a pesquisa maior que tem como propósito o enfrentamento das desigualdades raciais em saúde. Para alcançar tais objetivos, a presente dissertação é composta por dois artigos científicos, intitulados: “Tendência temporal da mortalidade por homicídios no Brasil e regiões segundo diferenciais de raça/cor da pele, 2005 a 2014” e “Mortalidade por homicídios e desigualdades sociais segundo a raça/cor da pele no Brasil: um estudo ecológico.

O primeiro artigo - *Tendência temporal da mortalidade por homicídios no Brasil e regiões segundo diferenciais de raça/cor da pele, 2005 a 2014* – objetiva analisar a tendência das mortes por homicídios considerando os diferenciais por raça/cor da pele, no Brasil, entre os anos de 2005 a 2014. Por sua vez, o segundo artigo - *Mortalidade por homicídios e desigualdades sociais segundo a raça/cor da pele no Brasil: um estudo ecológico* – a proposta foi analisar a mortalidade por homicídio segundo a raça/cor da pele e sua associação com indicadores sociais na perspectiva ecológica, assim como mostrar a distribuição espacial dessas mortes.

Com esse trabalho busca-se dar visibilidade as questões relacionadas a mortalidade por homicídio segundo diferenciais raciais no Brasil, na perspectiva de minimizar disparidades sociais relacionadas à saúde.

LISTA DE TABELAS

Artigo I	
Tabela 1– Distribuição dos casos de óbitos por homicídios na faixa etária de 15 a 49 anos no Brasil e regiões, 2005-2014	46
Tabela 2 -Taxa média de mortalidade por homicídios e razão de taxa segundo raça/cor da pele e sexo no Brasil e regiões no período de 2005 a 2014	49
Tabela 03- Variação Média Anual (VMA) e tendências da mortalidade por homicídios segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele nas regiões do Brasil, 2005 a 2014	54
Artigo II	
Tabela 01 – Taxa de mortalidade por homicídios masculino de 15 a 49 anos nos estados brasileiros com as maiores taxas segundo raça/cor da pele e seus indicadores sociodemográficos, 2005-2014	70
Tabela 02 - Modelo de efeitos fixos para associação bivariada entre a Taxa de mortalidade por homicídios e indicadores socioeconômicos no Brasil, 2005 a 2014	74
Tabela 03 – Risco Relativo para associação entre a Taxa de mortalidade por homicídios e indicadores socioeconômicos no Brasil, 2005 a 2014	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CID-10	Classificação Internacional de Doença, 10 ^a edição
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
NUDES	Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

UF	Unidade Federativa
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIG	Sistema de Informação Georreferenciada
TMH	Taxa de Mortalidade por Homicídios

SUMÁRIO

Mortalidade por homicídios no Brasil: diferenciais segundo a raça/cor da pele entre 2005 a 2014

Resumo

Abstract

1 Introdução	16
2 Objetivos	20
3 Revisão de Literatura	21

I Artigo: Tendência Temporal da Mortalidade por Homicídios no Brasil e regiões segundo diferenciais de raça/cor da pele, 2005-2014

Resumo	41
Abstract	42
Introdução	43
Material e Métodos	45
Resultados	47
Discussão	57
Referências	62

II Artigo: Mortalidade por homicídio e desigualdades sociais segundo a raça/cor da pele no Brasil: Um estudo ecológico

Resumo	66
Abstract	67
Introdução	68
Material e Métodos	70
Resultados	72
Discussão	79
Referência	83
Considerações Finais	88
Referências	90

RESUMO

Introdução: A mortalidade por homicídio é um relevante problema de saúde pública, esse tipo de morte violenta é um fenômeno complexo do mundo moderno. De igual modo, reflete também a condição social, política e econômica de uma sociedade, produto da desorganização social decorrente do aumento populacional intenso e da deficiência da oferta de bens e serviços. **Objetivo:** Analisar espaço-temporalmente as mortes por homicídios e seus fatores determinantes considerando diferenciais por raça/cor da pele, no Brasil, no período de 2005 a 2014. **Material e Métodos:** O primeiro artigo é um estudo de série temporal no qual se calculou as taxas de homicídios segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele nos estados brasileiros no período de 2005 a 2014. O segundo se constitui em um estudo ecológico analítico que teve como unidade de análise os 27 estados brasileiros, e para análise utilizou-se o método de Dados em Painel com Regressão Binomial Negativa e modelo de efeitos fixos. **Resultados:** No primeiro artigo os dados apontaram que os negros representaram 72,2% dos homicídios, especialmente jovens, ambos os sexos, baixa escolaridade, faixa de 20 a 29 anos. As taxas de homicídios tiveram tendência crescente para os homens negros e decrescente para os homens brancos. As mulheres apresentaram tendências crescentes independente da raça/cor da pele. A maior variação das taxas médias anuais ocorreu em jovens de 15 a 19 anos. Estes resultados foram estatisticamente significantes em nível de 5%. No segundo artigo evidenciou-se uma sobremortalidade masculina negra na maior parte dos estados brasileiros. As áreas com maior proporção da população masculina negra de 15 a 49 anos, apresentaram maiores riscos de morte por homicídio, e ainda quando ajustada para as outras co-variáveis presentes no modelo não perdeu a força da associação e significância estatística. O IDH e taxa de desemprego apresentaram relação direta com os homicídios, enquanto que índice de Gini, taxa de analfabetismo, taxa de urbanização apresentaram relação inversa. Os resultados indicaram um risco de morte por homicídio masculino em estados brasileiros de 47,24%, cuja proporção da população negra é maior que 75,0% ($RR_{ajustado} = 1,47$; $p=0,01$; $IC_{95\%} = 1,18-1,83$). **Conclusões:** Os dados produzidos evidenciaram que a população masculina negra na faixa etária de 15 a 49 anos apresentam maior risco de morrer por homicídios do que a branca. A maior proporção da população masculina negra por estado *per se* não é suficiente para explicar as mortes por homicídio, uma vez que, o homicídio é um fenômeno social complexo, multifacetado, e que ainda necessita ser melhor esclarecido, mas esse é um fator que deve ser considerado nas políticas públicas existentes ou naquelas a serem implementadas.

Palavras-chave: mortalidade, homicídio, raça/cor da pele, indicadores sociais

Mortality for homicides in Brazil: differences according to race / color of skin between 2005 and 2014

ABSTRACT

Introduction: Homicide mortality is a relevant public health problem, this type of violent death is a complex phenomenon of the modern world. Likewise, it also reflects the social, political and economic condition of a society, product of social disorganization due to the intense population increase and the deficiency of the supply of goods and services. **Objective:** To analyze spatially-temporal homicide deaths and their determinants by considering differences by race / color of skin in Brazil, from 2005 to 2014. **Material and Methods:** The first article is a time-series study in which it was calculated the homicide rates by sex, age and race / skin color in the Brazilian states from 2005 to 2014. The second is an ecological analytical study that had the analysis of the 27 states in Brazil, the Panel Data with Negative Binomial Regression method and fixed effects model were used. **Results:** In the first article, blacks accounted for 72.2% of the homicides, especially young people, both sexes, low schooling, between 20 and 29 years of age. Homicide rates have trended upward for black males and declining for white males. Women showed increasing trends regardless of race / color of the skin. The greatest variation of the annual average rates occurred in young people aged 15 to 19 years. These results were statistically significant at the 5% level. In the second article, black male overmortality was found in most Brazilian states. The areas with the highest proportion of the black male population aged 15-49 had a higher risk of death due to homicide, and even when adjusted for the other covariables present in the model did not lose strength of association and statistical significance. The HDI and unemployment rate were directly related to the homicides, while the Gini index, illiteracy rate and urbanization rate were inversely related. The results indicated a risk of death by male homicide in Brazilian states of 47.24%, whose proportion of the black population is greater than 75.0% (adjusted RR = 1.47, p = 0.01, 95% CI = 1, 18-1, 83). **Conclusions:** The data produced showed that the black male population aged 15 to 49 years are at higher risk of dying from homicide than white. The greater proportion of the black male population per state per se is not enough to explain homicide deaths, since homicide is a complex, multifaceted social phenomenon that still needs to be better clarified, but this is a factor that must be considered in existing public policies or in those to be implemented.

Key words: mortality, homicide, race / color of the skin, social indicators

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade por homicídio é um relevante problema de saúde pública e que não deve ser compreendido como acaso ou fatalidade, uma vez que esse tipo de morte violenta é um fenômeno complexo do mundo moderno, muitas vezes atrelado ao ritmo acelerado de desenvolvimento urbano das cidades, e se sustenta através de uma estrutura social de desigualdade (MACEDO et. al 2001; SOUZA; FRATARI, 2013; MINAYO; SOUZA, 1993).

De igual modo, reflete também a condição social, política e econômica de uma sociedade, produto da desorganização social decorrente do aumento populacional intenso e da deficiência da oferta de bens e serviços (ANDRADE; MARINHO, 2013; MCCall; PARKER; MACcDONALD, 2008).

Autores como Costa e colaboradores (2014), a partir de uma definição sociológica, consideram o homicídio como o ato mais violento, pois retira o direito à vida, e reflete a incapacidade da sociedade quanto à resolução de conflitos. Ao mesmo tempo, apresenta singularidades em sua distribuição, no que se refere ao sexo, idade, raça e condições socioeconômicas. Em geral, suas vítimas são adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, pobres e negros (MACEDO et al., 2001).

No que se refere à classificação quanto ao tipo de morte, o homicídio integra o grupo das mortes por causas não naturais, assim como o suicídio e os acidentes. Esse mecanismo não natural interrompe de forma brusca o processo da vida, e o impacto desse evento no mundo é devastador, tendo em vista que muitos países perdem maior número de vidas por homicídios do que propriamente os países que vivem em conflitos armados (BUNDOC, 2013).

Em escala mundial a magnitude dos homicídios é significativa, sobretudo no Brasil que ocupou a sétima posição por esse tipo de morte no conjunto de 95 países entre 2007 e 2011. Além disso, produziu um total de 206.005 óbitos, entre 2001 a 2008, número superior aos 12 maiores conflitos armados acontecidos no mundo entre 2004 e 2007(WAISELFISZ, 2013). Em 2010 o Brasil apresentou uma taxa de homicídio 274 vezes maior do que a Inglaterra e 91 vezes superior ao Reino Unido (WAISELFISZ, 2013).

No mundo “registram-se anualmente mais de 1,3 milhões de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas, o que corresponde a 2,5% da mortalidade

global” (OMS, 2014, p.2). No ano de 2012, os homicídios atingiram a marca de 475.000 mortes em todo o mundo, correspondendo a uma taxa de 6,7 por 100000 habitantes (OMS, 2014), sendo que mais de um terço dessas mortes (36%) ocorreram nas Américas, (31%) na África, (28%) na Ásia. Os continentes que obtiveram menores taxas de homicídios foram a Europa (5%) e Oceania (0,3%) (UNDOC, 2013).

De acordo com a pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012, os países de média e baixa renda na região das Américas apresentaram as maiores taxas de homicídios, seguido da Região Africana e do Mediterrâneo Oriental, enquanto países de alta renda apresentaram as menores taxas de homicídios do mundo (OMS, 2014). Estudo comparativo sobre violência realizado entre os países de alta renda que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE apontou que para o ano de 2010, os Estados Unidos da América apresentaram maiores taxas de homicídios principalmente por arma de fogo, em relação aos 34 países ricos que compõem a OCDE (GRINSHTEYN e HEMENWAY, 2015).

No Brasil, a partir dos anos 80 os homicídios superaram os acidentes de transporte, e as mortes decorrentes de armas de fogo foram responsáveis por 24.882 óbitos de jovens entre 15 a 29 anos no ano de 2012 (WAISELFISZ, 2013; WAISELFISZ, 2015). Em 2009, 137.050 pessoas morreram por causas externas, 36% desses óbitos foram por homicídios, a segunda causa de morte para o sexo masculino, na faixa etária entre 15 a 49 anos, sendo que a população negra representou 69% desses óbitos, reafirmando a evidência que os jovens pobres e negros são as principais vítimas (SOARES, 2011).

Dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) evidenciaram que no Brasil, em 2014, foram estimados 1.227.034 óbitos por todas as causas, destes, a mortalidade por causas violentas ocupou a terceira causa de morte, correspondendo 12,8% do total de óbitos. Os dados preliminares de 2015 mostram uma pequena redução dessas mortes violentas, chegando a um percentual de 11,9%, permanecendo ainda como terceira causa de morte no país. Por sua vez, para os dois anos, no grupo de causas violentas, os homicídios despontaram como a primeira causa de morte não natural. Ao estratificar os dados por raça/cor da pele, os números para o ano de 2014 são alarmantes, uma vez que, a maior parcela das mortes por homicídios concentram-se na população negra chegando ao percentual de 74,0%, quase o triplo quando comparado a mortes na população branca que representou 26,0%.

Seguindo o padrão de mortalidade por homicídios no território brasileiro e seus diferenciais raciais, destaca-se para o ano de 2010 um risco de 2,4 vezes dessas mortes em negros maior do que em brancos (NERY, 2014), representando um acréscimo de 33,3% quando comparado ao risco de 1,8 em 2003 (SOARES, 2007). No Brasil dados comparados entre os anos de 2002 e 2010 revelaram diminuição de 25,5% das mortes por homicídios em brancos e incremento de 29,8% nas mortes em negros, inclusive os estados que obtiveram maior crescimento no número de homicídios em negros foram a Bahia, Paraíba e Pará (WAILSELFIZ, 2012).

A sobremortalidade masculina e negra para os homicídios se expressa em todas as faixas etárias, em especial para as idades entre 20 a 29 anos, logo, a “cor” no Brasil se constitui como um atributo social e *proxy* de escolaridade, renda e outros indicadores de acesso a bens e serviços (SOUZA, 2007). Diversos estudos indicam que a população negra em todo o tempo esteve vulnerabilizada socialmente (ARAÚJO, 2007; BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; CHOR; LIMA, 2005). Essa vulnerabilização tem contribuído para que esse segmento seja mais exposto às iniquidades em saúde. Inclusive, pesquisadores brasileiros têm abordado as desigualdades raciais como um fator associado à sobremortalidade da população negra (ARAÚJO, 2007; SOARES FILHO, 2011; BATISTA, 2012).

No que diz respeito ao processo dessas desigualdades raciais, Durans (2014) afirma que historicamente os negros não foram incorporados ao sistema de produção de trabalho livre, tampouco tiveram acesso aos serviços, e por fim, a pobreza sempre esteve intimamente vinculada às relações raciais que se conformaram no Brasil.

Essas relações desiguais revelam-se por meio da diferenciação racial no acesso a bens e serviços públicos, posição social e apresentam-se como cenário perfeito para a reprodução das desigualdades em vários campos sociais (IPEA, 2013). Logo, a conjuntura de desigualdades raciais no Brasil parece contribuir para as diferenças nas taxas de morbimortalidade dos negros quando comparados aos brancos (BATISTA, 2004).

Ao tratar sobre vitimização por homicídios, Soares Filho (2011) acrescenta que a raça/cor da pele pode prever a ocorrência de homicídios diretamente relacionada ao racismo estrutural, institucional e interpessoal. Desse modo, estudos nacionais e internacionais reafirmam que a situação de vulnerabilização social da população negra seria responsável por

sua maior exposição à mortalidade por homicídio (LOPES, 2003; BATISTA, 2004; WILLIAMS, 1996; PEARCE, 2004; KRIEGER, 2000).

Para Soares Filho e colaboradores (2007), existem diferenças significativas quanto ao risco de mortes violentas entre brancos e negros, mesmo quando se controla as variáveis socioeconômicas. Sendo assim, é importante enfatizar que a variável raça/cor da pele enquanto constructo histórico social vem adquirindo importância nas pesquisas e para tanto, o Sistema de Informações em Saúde tem se constituído em fonte de dado essencial para os estudos que têm como propósito desvelar diferenciais raciais e desigualdades em saúde.

A escolha pelo objeto de estudo emerge da magnitude e transcendência deste agravo para a Saúde Pública ao se constituir como primeira causa de óbitos para o segmento populacional jovem, masculino e negro em sua fase produtiva de vida. Vale ressaltar a relevância deste estudo para a Epidemiologia, já que propõe identificar fatores associados à ocorrência dos homicídios entre grupos populacionais específicos, e do mesmo modo apontar os contextos socioespaciais mais vulneráveis, com vistas ao enfrentamento deste problema pela Saúde Pública.

Por conseguinte, frente às desigualdades raciais relacionadas à mortalidade por homicídios, a pesquisa pretende fortalecer as políticas inclusivas já existentes, aumentar o lastro teórico para que surjam novas pesquisas na área, assim como fomentar o surgimento de políticas mais equânimes que visem minimizar o processo de exclusão histórica que os negros sofreram e continuam sofrendo no Brasil.

Deste modo, esse estudo será norteado pela seguinte pergunta de investigação: Qual a tendência temporal da mortalidade por homicídio segundo a raça/cor da pele no Brasil no período de 2005 a 2014? Quais os fatores associados à ocorrência de homicídios no Brasil? Como se distribui espacialmente a mortalidade por homicídio segundo a raça/cor da pele?

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo analisar espaço-temporalmente as mortes por homicídios e seus fatores determinantes considerando diferenciais por raça/cor da pele, no Brasil, no período de 2005 a 2014.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar espaço-temporalmente as mortes por homicídios e seus fatores determinantes considerando diferenciais por raça/cor da pele, no Brasil, no período de 2005 a 2014.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as Taxas de Mortalidade por Homicídios (TMH) segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele;
- ✓ Avaliar a tendência das TMH e seus diferenciais por raça/cor da pele no Brasil, período de 2005 a 2014;
- ✓ Analisar a associação entre TMH no Brasil e indicadores socioeconômicos e demográficos segundo a raça/cor da pele;
- ✓ Distribuir espacialmente as TMH segundo raça/cor da pele;

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura está estruturada em quatro tópicos, sendo que no primeiro tópico é discutido o conceito de violência e os determinantes sociais, trazendo a discussão sobre os contextos sociais nos quais a população negra no Brasil se insere e suas repercussões na mortalidade. O segundo tópico aborda o panorama epidemiológico da mortalidade por homicídios por raça/cor da pele no Brasil. No terceiro tópico amplia-se a discussão sobre a importância da variável raça/cor da pele nas pesquisas em saúde, e sua inserção no Sistema de Informação em Saúde. O quarto tópico traz uma abordagem sobre especialização em saúde como importante instrumento para a Saúde Pública na detecção, prevenção e controle dos problemas de saúde.

3.1 Compreendendo a violência e seus determinantes sociais

A violência é um problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, por sua grande magnitude e transcendência. O impacto desse evento polissêmico pode ser verificado mundialmente pelo elevado número de mortes precoces que atinge a fase mais produtiva da vida. Para Dahlberg e Krug (2007), embora as estimativas não sejam precisas, o custo dessa violência para o mundo se traduz em despesas bilionárias anuais com assistência à saúde.

Na região das Américas, a violência figura como relevante problema a ser enfrentado. Em 2009, dentre os países da América, o Canadá (1,8), Estados Unidos (5,8), Argentina (4,4) apresentaram as menores taxas de homicídios para cada 100.000 habitantes, em contrapartida os que obtiveram as maiores taxas foram El Salvador (62,9), Guatemala (51,2), Colômbia (42,5), e Venezuela (33,2) (GAWRYSZEWSKI, et al.,2012). Portanto, a distribuição desigual dessas mortes violentas em diferentes espaços geográficos, reflete a multiplicidade de fatores envolvidos e a complexa rede de causas que determina a ocorrência desse evento.

A palavra violência possui “origem latina, esse vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força, e se refere às noções de constrangimento” (MINAYO, 2005, p.15). Para o Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) ela “pode ser definida como uso intencional da força física ou ameaça contra si próprio ou a outra pessoa, que possa resultar em lesão ou morte” (OMS, 2002, p. 5).

A propósito, Malta e colaboradores (2007) ressaltam que a violência é um evento complexo de cunho social e histórico, que transita na estrutura social, econômica, política, cultural e comportamental. Dada à complexidade desse evento, Minayo (1997) defende a ideia da multicausalidade e do caráter biopsicossocial, que se configuram a partir das relações de poder numa determinada sociedade. Outra argumentação trazida é de que essa violência é um conjunto de ações individuais ou coletivas que ocasionam a morte de outrem produzindo danos físicos, mentais ou espirituais (MINAYO; SOUZA, 1997).

Dentre os diversos fatores relacionados à violência, alguns têm sido apontados pela literatura como determinantes para a sua ocorrência, tais como: desigualdades socioeconômicas, ausência de políticas públicas nas áreas de educação, saúde, moradia e segurança, desestrutura familiar, tráfico de drogas, discriminação e racismo (MINAYO e SOUZA, 1993, ARAÚJO, 2007; DUARTE, 2012; BATISTA, 2012; LIMA, 2005).

De maneira geral, a violência possui formatos velados dentro de estruturas político-econômicas e educacionais, possuindo ramificações que atingem as populações, as quais lhe são negadas chances e oportunidades, fragilizando-as frente à morte, doença e exclusão (DESLANDES, 2000).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) foi o órgão pioneiro em reconhecer e mensurar a violência nos seus Estados membros, e, em 1984, em sua publicação *Condições de Saúde das Américas* identificou a lesão não intencional - *acidentes*- como a principal causa de anos de vida perdidos em dois terço dos países das Américas (FRAADE-BLANAR; CONCHA-EASTMAN; BAKER, 2007).

Em meados da década de 1990 a OPAS e a OMS iniciaram o debate sobre a violência numa perspectiva ampliada (MINAYO, 2007), assim sendo, outras concepções teóricas ganharam destaque, na medida em que foi introduzido o debate das mortes violentas transversalmente as iniquidades sociais. Esse cenário de preocupação foi resultado da significativa tendência ascendente das taxas de mortalidade por causas externas na década de 90, atingindo o número de um milhão de óbitos em decorrência de atos violentos (MALTA et

al., 2007), o que contribuiu para dar maior visibilidade a temática na agenda política no final dos anos 90.

Quanto à tipologia, a OMS classificou a violência em três grandes grupos, a partir da figura do agressor: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida), violência interpessoal (intrafamiliar, doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Além disso, estabeleceu distinções quanto à natureza da violência: física, sexual, psicológica, negligência ou abandono (BRASIL, 2012).

Para além destes três grupos, a OMS também incluiu a violência estrutural, a qual se vincula a processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria, as desigualdades sociais de gênero e etnia, cancelados por processos históricos (BRASIL, 2005).

Diversos estudos apontam haver uma forte associação entre a violência e as desigualdades sociais (JORGE, GAWRYSZEWSKI, LATORRE, 1997; MACEDO et al., 2001; MALTA et al., 2007; OMS, 2014), e por ser o resultado das discrepâncias socioeconômicas do mundo moderno tem produzido números expressivos de óbitos, principalmente na faixa etária mais produtiva entre 15 a 49 anos (DUARTE et al., 2012). Ainda nessa perspectiva de estratificação social e desigualdades raciais, é necessário entender que “os indicadores sociais têm apontado pior situação de vida para a população negra, o que contribui para sua maior exposição a sofrer danos e riscos”. (ARAÚJO, et al., 2009, p. 388)

Outros elementos, possivelmente, estão relacionados à violência, como apontaram Andrade e colaboradores (2011), destacando que o tamanho populacional, proporção de jovens de 15 a 24 anos e Índice de Gini foram os indicadores que estiveram mais correlacionados ao coeficiente de mortalidade por homicídios. Esse índice é um indicador que mede desigualdade, ou seja, valores próximos a zero significa plena igualdade de renda e se alcançar o número 1 reflete a absoluta desigualdade (IPEA, 2006). No estado do Paraná, por exemplo, entre os anos de 2000 a 2004, os homicídios estiveram associados ao Índice de Gini, constatando que a ausência de equidade no acesso a bens e serviços é um fator determinante para a situação de violência (ANDRADE et al., 2011).

No que diz respeito à vitimização, alguns estudos revelaram o perfil das vítimas de violência, em geral são jovens, baixa renda, baixa qualificação profissional, sem perspectivas no mercado formal de trabalho, habitantes das periferias e, em sua maioria, pretos e pardos

(JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997; MINAYO, 2005), o que corrobora com a hipótese de que a violência se relaciona com as iniquidades sociais.

Para tanto, independente de onde esteja localizada esta violência, as suas características se assemelham, indicando que existem macrodeterminantes envolvidos em sua gênese. Alguns destes foram descritos pela OMS como as políticas de governo ineficazes, desemprego, desigualdade de renda, além de fatores transversais como facilidade no acesso a armas de fogo, álcool e drogas (OMS, 2014). Logo, não restam dúvidas que os espaços sociais são os grandes coadjuvantes desse cenário de violência que assola o mundo moderno.

Partindo desse olhar, é possível pressupor que as mortes violentas ancoram-se em processos sociais desiguais e injustos, como pode ser constatado por Macedo e colaboradores (2001), ao concluírem que há relação entre homicídios e baixas condições de vida, assim como, desigualdades socioeconômicas e culturais. Ou seja, a explicação para a ocorrência dessas mortes deve envolver a compreensão tanto dos aspectos sociais quanto estruturais. Ao passo que é nessa escassez de oportunidades e exclusão social que muitos jovens estão submetidos, e onde são produzidas elevadas taxas de violência, principalmente nas regiões metropolitanas (BRASIL, 2005).

Para ilustrar esse cenário de violência nas cidades brasileiras, Souza e Minayo (2003) revelaram que as TMH estão entre as mais altas do continente americano, e que desde a década de 1980 esses índices vêm se acentuando. Ademais, o Brasil convive com expressivas variações dessas taxas em seus centros urbanos, a exemplo da cidade de Natal com uma TMH de 18,5 mortes a cada 100 mil habitantes, e do outro lado Recife atingindo 66,4 mortes para cada 100 mil habitantes (SOUZA, 2007), assim, em um único país coexistem distintos padrões de mortalidade por homicídios.

Sob o mesmo ponto de vista, Duarte e colaboradores (2012) observaram que nos anos de 1999 a 2010, no Brasil, houve um aumento de risco de morte decorrente da violência nos municípios de maior porte populacional. Em 2006, a cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná foi a cidade que apresentou a maior taxa de homicídios em jovens atingindo uma TMH de 234,8 casos em 100.000 jovens (WAISELFIZ, 2008).

De outro modo, Peres e colaboradores (2011) ao analisarem a redução da taxa de homicídios na cidade de São Paulo entre os anos de 1996 a 2008 consideraram como possíveis hipóteses para este fato: as alterações demográficas; aceleração da economia; investimentos em políticas sociais e mudanças nas políticas de segurança pública.

Esse debate é ampliado por estudos internacionais que confirmam ser a violência um fenômeno que atinge a sociedade moderna, sobretudo os jovens do sexo masculino que residem em espaços urbanos e ambientes cercados de desvantagens sociais e outras atividades ilegais (McCALL, PARKER, MACDONALD, 2008). Do mesmo modo, Santos (2000, p. 117) acrescenta que “o conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais têm expressões diversas no espaço urbano”.

Esse posicionamento pôde ser constatado por Deslandes (2002, p.4) ao considerar que: “*a situação de pobreza e exclusão social, agravada pelas políticas econômicas de cunho neoliberal, dão o contexto e as condições para o acirramento da violência*”.

Essa autora entende que:

[...] a exclusão, a desigualdade, o desprezo social e cultural e a discriminação, aliados a um processo seletivo regulado basicamente pela lógica de mercado global, imbricados a um sentimento de injustiça e impunidade: eis o cenário presente da violência numa modernidade agonizante (DESLANDES, 2002 p.5).

Em outra perspectiva, Bastos e colaboradores (2009) afirmam que a violência alcança todas as classes sociais, todavia, possui forte inclinação para as pessoas da raça negra e de baixo poder aquisitivo. A esse respeito, pesquisa realizada no nordeste brasileiro por Costa e colaboradores (2009), revelou que as mulheres negras são mais vulneráveis a violência do que as brancas, e as razões pelas quais a vitimização é maior entre as negras deve-se ao fato de sofrerem discriminação racial e por serem de baixo nível socioeconômico.

Da mesma forma, o Relatório da Situação da Adolescência Brasileira 2011, desenvolvido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011, p.5) traz a compreensão de que: “*a desigualdade por raça e etnia no país mostra-se da forma mais cruel. São os meninos negros brasileiros as maiores vítimas das mortes violentas*”.

Esse mesmo relatório mostra os dados dessas discrepâncias raciais a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) evidenciando que em 2009 os negros na faixa etária de 15 a 19 anos apresentaram os piores indicadores quando comparados aos brancos, a proporção de adolescentes negros que vivem em extrema miséria é o dobro da proporção dos adolescentes brancos. Isso foi traduzido por um risco duas vezes maior de morrer por homicídios quando comparado aos brancos.

Estudos têm indicado que a distribuição desigual nos diversos campos da educação e saúde, entre brancos e negros, no Brasil, acaba por provocar outro tipo de desigualdade - a distribuição da morte violenta (WASELFISZ, 2006; SILVA, CARNEIRO, 2009). É importante salientar que os negros são os mais atingidos pelos impactos das vulnerabilidades de pobreza extrema, de baixa escolaridade e de violência letal, desaguando em uma expressiva diferença racial e étnica que muitos preferem não acreditar que existe (UNICEF, 2012).

De um modo geral essas discrepâncias sociais, sobretudo refletidas pela superioridade das taxas de morbimortalidade dos negros em relação aos brancos, traz a compreensão das desigualdades de direitos a que a população negra esteve submetida ao longo de todo o processo histórico de construção da sociedade brasileira.

Nesse aspecto, Silva e Carneiro (2009) ao tratarem da mortalidade da população negra, advogam que:

[...] as iniquidades raciais refletem-se na mortalidade da população negra e são decorrentes de condições históricas e institucionais que moldaram a situação do negro na sociedade brasileira. Os números revelam o que se deseja silenciar: a morte tem cor e ela é negra. Os jovens negros são as principais vítimas da violência, que vivem um processo de genocídio (SILVA e CARNEIRO, 2009, p.13).

Portanto, entender os mecanismos da violência e investigar as possíveis causas, possibilita abrir espaço para transformações sociais, com vistas reduzir as desigualdades de raça/cor da pele, tão fortemente arraigadas em nossa sociedade.

3.2 Mortalidade por homicídios no Brasil: análise dos diferenciais segundo raça/cor da pele

A mortalidade por homicídios persiste como importante problema de saúde pública a ser enfrentado, (DUARTE et al., 2012; ANDRADE et al., 2011), sendo suas principais vítimas jovens que vivem em periferias nos grandes centros urbanos. Essa morte violenta tem mostrado sua face mais perversa, na medida em que produz mortes precoces, e se expressa com mais intensidade nos grupos vulnerabilizados.

Segundo a classificação internacional de doença, em sua décima revisão, (CID-10), as mortes por causas externas compreendem os óbitos por homicídios, acidentes e suicídios.

As causas externas dividem-se em causas intencionais e não intencionais, sendo que os acidentes são considerados como lesões não intencionais, e as lesões autoprovocadas ou a provocadas a outrem que levam à homicídio ou suicídio são as chamadas lesões intencionais (MELLO-JORGE; KOIZUMI; TONO, 2007).

No que diz respeito à definição, o homicídio é considerado como a “ação de matar o outro” (GRECO, 2008, p. 25), e este pode ser classificado em: homicídio doloso quando há intencionalidade, e o homicídio culposo quando não há intenção direta, seja por negligência, imprudência ou imperícia (GRECO, 2008).

No ano de 2002 a OPAS divulgou que 91% dos casos de homicídios que ocorreram no mundo estiveram concentrados nos países de baixa renda, e os 9% restantes foram distribuídos pelos países desenvolvidos de alta renda. Nesse relatório comprovou-se que dentre os dez países que exibiram as maiores taxas de homicídios, oito pertenciam à América Latina (OPAS, 2002).

Da mesma forma, os dados produzidos pela OMS mostram também que 75,0% dos homicídios foram cometidos por arma de fogo, e que esses ocorreram em países de baixa renda per capita (OMS, 2014). Conforme Soares Filho et al. (2011) as taxas de homicídio da América Latina são as mais altas do mundo, superando as da Europa e pouco maiores que as da África Subsaariana. Em Moçambique, conforme dados do Departamento de Medicina Legal, o homicídio foi a causa mais importante de lesões relacionadas com as mortes maternas, correspondendo a 37% do total de mortes (GRANJA, ZACARIAS, BERGSTRÖM, 2002).

Nessa perspectiva, os dados comprovam que no ano de 1997 o Brasil ocupou a primeira posição por mortes devido às causas externas quando comparado a países como Canadá, Estados Unidos e Japão, alcançando um risco de morte por homicídio trinta e nove vezes maior do que o Japão, quinze vezes maior do que o Canadá e oito vezes maior do que os Estados Unidos (VIEIRA et al., 2003).

No Brasil, em 2003 morreram 128.790 pessoas por causas externas, sendo considerada a terceira causa de óbito na população geral, após doenças do aparelho circulatório e neoplasias (ANDRADE et al., 2011). Ao analisar comparativamente os dados oficiais disponíveis no DATASUS, nota-se que houve um acréscimo de 18,0% no ano de 2013 em relação a 2003. Dentre essas mortes violentas, percebe-se que os homens são os mais

atingidos, e estas correspondem à segunda causa do óbito para o sexo masculino (SOARES FILHO, 2011).

Partindo de um olhar prospectivo, respaldado nas estimativas mundiais, há uma tendência crescente dos números de homicídios, que deverão aumentar de 30 a 40% até 2030, caso não sejam adotadas medidas preventivas efetivas (OMS, 2002). Segundo Relatório sobre Violência e Prevenção elaborado pela OMS, a estimativa mundial para o ano de 2012 foi de 475.000 mortes por homicídio, sendo que a região das Américas ocupou o ranking de primeiro lugar com 28,5 homicídios por 100.000 habitantes (OMS, 2014).

No mundo, entre as causas externas de mortalidade, 25% correspondem aos acidentes de transporte (OMS, 2004), e no Brasil, dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, para o ano de 2013, revelaram que os acidentes de transporte se configuram como a segunda causa de mortalidade por causas externas, perdendo apenas para os homicídios.

De igual modo, Vieira e colaboradores (2003) esclareceram que no Brasil, na década de 80 as taxas de mortalidade por causas violentas foram expressivas, e em 1989 o percentual dessas mortes no país correspondia a 15,3%, situando-se como a segunda causa de óbito na população e a primeira entre pessoas nas faixas de 5 a 49 anos (DESLANDES, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde, em 20 anos, houve um acréscimo de 230,0% para o coeficiente de homicídios nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, sendo que a cidade do Rio de Janeiro tem se destacado com uma das maiores taxas de homicídio entre as capitais do Brasil (ZALUAR, BARCELLOS, 2013). Nesse aspecto, Araújo (2007) complementa que:

a violência perpetrada na cidade do Rio de Janeiro tem chamado à atenção do país devido sua relação com o tráfico de drogas que tem contribuído inclusive, para a menor visibilidade de outros importantes aspectos envolvidos nessa problemática (ARAÚJO, 2007, p.25).

Para o ano de 2000, no Brasil, persistiram as estimativas elevadas, o que representou para o país o número de 124 óbitos por dia, sendo que essas mortes em sua maior parte foram por homicídios cometidos com uso de arma de fogo (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004). A transcendência desses homicídios na população negra foi constatada em estudos conduzidos por Andrade e colaboradores (2012) no Paraná, onde observou-se que apesar dos jovens brancos terem uma estimativa populacional três vezes

maior do que os negros, o percentual dos homicídios dos negros (2,1%) foi superior aos brancos (1,6%).

Diversas pesquisas confirmam a tendência crescente das mortes violentas no Brasil e destacam os homicídios como a principal causa de óbito entre as causas externas (BASTOS et al., 2009; LIMA e XIMENES, 1998; MINAYO e SOUZA, 1997; MELLO-JORGE, KOIZUMI, TONO, 2007). Entretanto, apesar das conquistas brasileiras no campo da saúde no que concerne à redução da mortalidade infantil, mortalidade materna e por doença infecciosa, verifica-se, ainda, um crescimento vertiginoso nas taxas de mortalidade por causas externas (TREVISOL, 2011).

Conforme dados obtidos no “Mapa da Violência: os jovens do Brasil”, as taxas de homicídios são elevadas e tem como principal vítima homens negros, esse mesmo estudo apontou que no ano de 2004, a taxa de vitimização foi de 31,7 em 100 mil negros, enquanto para a população branca foi de 18,3 homicídios em 100 mil brancos, assim sendo, a população negra teve um percentual de 73,1% de vitimização por homicídio a mais do que a população branca (WAISELFISZ, 2006).

Partindo dessa perspectiva, os negros encontram-se mais vulnerabilizados à ocorrência de morte por homicídios do que os brancos (SILVA, CARNEIRO, 2009). Inclusive, a UNICEF (2012), ao discorrer sobre mortes violentas entre adolescentes brasileiros apontou, para o ano de 2010, um risco relativo de 2,78 de óbitos de negros em relação aos brancos, para o conjunto da população dos municípios com mais de cem mil habitantes, o que significa dizer que um adolescente preto ou pardo possui um risco quase três vezes maior de ser vítima de homicídio no país do que um adolescente branco.

De acordo com o Relatório de Desigualdades em Saúde 2007-2008, a partir de uma série histórica, no período de 1999 a 2005, constatou-se que as taxas de homicídios elevaram-se entre os negros de 18,4%, sendo que entre os brancos houve para o mesmo período uma redução de 5,6%. Em relação a faixa etária, a razão de mortalidade para os jovens negros foi de 134,22 por 100.000 habitantes, enquanto para os jovens brancos da mesma faixa etária a razão de mortalidade foi de 66,8 (PAIXÃO e CARVANO, 2008), ou seja, a proporção das mortes de negros foi mais que o dobro dos brancos.

Nessa mesma direção, o Relatório de Desigualdades em Saúde 2009 – 2010, divulgou que em 2007, a razão de mortalidade por 100 mil habitantes por homicídio dos homens negros era de 59,8, e para os homens brancos esta taxa foi de 29,2 (PAIXÃO e

CARVANO, 2010). Portanto, a probabilidade do homem negro morrer assassinado foi de 104,5% superior à de um homem branco.

Alguns desses estudos apontam que a mortalidade por homicídio no Brasil está associada as desigualdades raciais (ARAÚJO, 2009; BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004), o que sugere que há diferenças significativas do risco de morte por homicídios entre negros e brancos, mesmo quando se controla a taxa pela escolaridade e renda do indivíduo (ARAÚJO, 2007; SOARES FILHO, et al. 2007).

As condições sócio-históricas herdadas pela população negra traduzem as diferenças na estatística da mortalidade entre brancos e negros, que para Araújo e colaboradores (2009), tais diferenças podem estar associadas às precárias condições de trabalho, educação formal e pobreza. Um estudo de série histórica nos anos de 2000 a 2009 revelou que a população negra obteve um percentual de 69,0% de mortes por homicídios em 2009, sendo que os homens negros, pobres e de baixa escolaridade foram as maiores vítimas desta violência (SOARES FILHO et al.,2011).

Diversos estudos têm demonstrado que os homens negros na faixa etária de 15 a 49 anos são os mais atingidos por mortes violentas (ARAÚJO et al.,2010; SOARES FILHO et al.,2011; ANDRADE et al. 2011, SOUZA, et al., 2007), esses achados se assemelham aos do Relatório sobre Prevenção da Violência publicado pela OMS, o qual indicou que “as vítimas de homicídio em 2012 foi de aproximadamente 475 mil. Desse total, 60% eram homens entre 15 e 44 anos de idade, tornando o homicídio a terceira causa principal de morte para homens nesse grupo etário” (OMS, 2014, p.7).

Ao passo que, Araújo e colaboradores (2009) ao estudarem anos potenciais de vida perdidos (APVP) por causas externas na cidade de Salvador- Bahia, nos anos de 1998 a 2003, constatou que homens pardos perdem treze vezes mais APVP em relação aos brancos, e os de cor preta perdem três vezes mais anos potenciais de vida do que os brancos. Foi constatado em outro estudo, desta mesma autora, que as áreas que apresentaram maior proporção de negros, eram as que possuíam indicadores socioeconômicos desfavoráveis, e a ocorrência dessas mortes estariam correlacionadas com as disparidades sociais e econômicas, desvelando, que ser residente de áreas negras e pobres no Brasil significa maior exposição às iniquidades sociais (ARAÚJO et al., 2010).

Por certo, além dessas disparidades sociais estarem imbricadas com as mortes violentas, coexistem também, as diferenças de gênero, sobretudo no que tange a superioridade

dos óbitos em homens quando comparados às mulheres. Essa afirmação sustenta-se em algumas pesquisas que têm confirmado um risco aumentado de mortes violentas mais para o sexo masculino do que o feminino (MELLO JORGE et. al., 2007; DUARTE, 2012; ARAÚJO, 2007; COSTA et al. 2013), e estas acometem mais homens negros (BASTOS, 2009; MOURA et. al., 2015).

Ainda quando se compara a mortalidade por homicídios para o mesmo gênero, persistem as diferenças de raça/cor da pele, a exemplo do que ocorreu na cidade de Recife, onde os óbitos ocorridos no período entre 2004 a 2006 em mulheres em idade fértil apontou a maior incidência em torno de 57,0% para todas as faixas etárias, sendo que as mulheres negras foram as mais acometidas por esse tipo de causa quando comparadas as brancas (ALVES et al., 2013).

Outro aspecto importante é quando se compara a mortalidade segundo causa básica de óbito, e percebe-se que pessoas da cor branca são mais acometidas por doenças crônico-degenerativas, enquanto que pessoas de raça/cor negra pelas mortes violentas (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004), esse dado faz pressupor que a raça/cor da pele, de certa forma, pode interferir nos padrões de mortalidade da população.

A análise da mortalidade relacionada às questões raciais evidenciam as discrepâncias entre os grupos, que mergulhados no cenário de iniquidades sociais expressam-se com mais intensidade na população negra. Isso se torna mais evidente na argumentação que:

[...] a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade [...], morte se relaciona com a raça/cor por via de suas categorias de expressão social, [...] há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. [...] É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita (BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004, p. 635).

Assim também, Souza e colaboradores (2007) acrescentam que uma das hipóteses que explicam as diferenças relacionadas à mortalidade segundo raça/cor da pele é de que as mortes violentas de negros associam-se às piores condições sociais.

Nessa mesma direção, Araújo e colaboradores (2009) complementam que nem todas as desigualdades são decorrentes de processos discriminatórios interpessoais, sendo a maior parte delas explicadas por questões sociais mais amplas. Muito embora um grupo social não seja definido estritamente por relações de raça/cor da pele, nota-se que as diferenças raciais

associam-se as desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de pessoas (BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004).

Diante desse contexto de desigualdades sociais e mortes violentas, é condição *sine qua non* para investimentos e ações conjuntas, por meio de estratégias intersetoriais no campo da saúde, segurança pública e ação social.

Vale destacar que muitos estudos já apontam a relação entre mortalidade por fatores externos e espaço social iníquo (MELO 2009; PORTO, 2000; SILVA e CHAVEIRO, 2015). Ou seja, as mortes por causas violentas surgem como as primeiras revelações de um cotidiano de iniquidades, discriminação e maus tratos (ALVES et al., 2013).

A esse respeito, autoras como Minayo e Souza (1999) defendem a ideia de que o enfrentamento dessa problemática deve transitar pelos conceitos de desigualdade, injustiça, corrupção e impunidade.

Nesse espaço de diferenças raciais, Bastos e colaboradores (2009) advogam que a cor raça/etnia pode ser considerada um importante marcador de desigualdade social, já que as principais vítimas dessa mortalidade são jovens negros, pobres e que residem em regiões periféricas.

A propósito, os resultados estatísticos apresentados no *Relatório Anual Desigualdades Raciais em Saúde 2009-2010* sobre a saúde da população brasileira, revelou que as condições de saúde dos negros ainda não alcançaram indicadores sociais vantajosos, uma vez que este grupo ainda enfrenta maiores dificuldades no acesso a bens e serviços públicos, e muitos deles habitam em locais desprovidos de infraestrutura, colocando-os em situações de vulnerabilidade, e nos estratos basais da pirâmide social brasileira.

Para tanto, entender como se distribuem os homicídios no Brasil e a avaliação dos fatores socioeconômicos envolvidos possibilitará o melhor acompanhamento desse agravo, assim como poderá sustentar novas pesquisas e ações voltadas ao enfrentamento desse grave problema.

Nesse passo, estudos epidemiológicos voltados à temática da mortalidade por causas violentas são essenciais para o campo da Saúde Coletiva, na medida em que possibilitam criar mecanismos de transformação da realidade, e com isso, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Não obstante, o conhecimento epidemiológico não é suficiente, por se tratar de um fenômeno complexo que exige investimento estatal e mudanças na sociedade, assim, cabe

à Epidemiologia identificar os grupos vulnerabilizados e os fatores de risco, na perspectiva de contribuir com estratégias de prevenção (JORGE, GAWRYSZEWSKI, LATORRE, 1997).

A mortalidade por homicídios configura-se como tema de relevância para a Saúde Pública por tratar-se de fenômeno de caráter epidêmico, principalmente entre a população masculina, jovem e negra. Ampliar o conhecimento sobre essa especificidade é um desafio constante, pois envolve outras áreas para além de Epidemiologia. Esse estudo tem a perspectiva de contribuir com a literatura e amenizar o impacto das iniquidades em saúde para a saúde da população negra.

3.3 Importância da variável raça/cor da pele nas pesquisas em saúde

Nas últimas décadas tem crescido o interesse em pesquisas que utilizam a variável raça/cor da pele no campo da Saúde Pública. Mas, antes de tudo, para que se compreenda a importância dessa variável nas pesquisas em saúde, é preciso entender como foi construído o conceito de raça ao longo da história.

Tal conceito perpassa por uma construção mais sociológica do que propriamente biológica, como trazida por Guimarães (2001) ao tratar a raça como:

[...] um conceito sociológico, certamente não realista, no sentido ontológico, pois não reflete algo existente no mundo real, mas um conceito analítico nominalista, no sentido de que se refere a algo que orienta e ordena o discurso sobre a vida social (GUIMARÃES, 2003, p.104)

Igualmente, CHOR e LIMA (2005) compreendem a raça como uma categoria social, e não biológica, por se tratar de um conceito que tem mudado ao longo do tempo. Para essas autoras, a discriminação racial mantém uma relação direta com as diferenças socioeconômicas adquiridas historicamente por gerações das populações étnico-raciais.

Seguindo o curso da história, em meados do século XIX, alguns historiadores buscaram a classificação da raça numa visão dicotomizada, ou seja, raça branca e negra, sendo que a raça negra era considerada inferior, e a branca como um padrão a ser alcançado (LAGUARDIA, 2004). Desde então, o racismo científico já começava a dar seus primeiros passos.

Conforme esse autor, foi a partir da teoria evolucionista que surgiu dois ramos do racismo científico. De um lado, sustentado pela ideia do *monogéismo*, a comunidade científica

afirmava que as raças humanas surgiram como o produto da degeneração da perfeição do homem, e neste quesito os negros degeneraram mais do que os brancos. Por outro lado, a ideia do *poligeísmo* era que os negros não estão em igualdade com os brancos, já que se originaram de raças diferentes.

Essas ideias reforçaram ao longo das décadas, o preconceito inculcado na sociedade científica que buscava meios para justificar as atrocidades praticadas durante a escravidão, respaldadas na ideia de superioridade das raças.

Entretanto, Oppenheimer (2001) discorda da dicotomia de raças, e parte de um olhar biológico, afirmando que toda a população mundial faz parte de uma única raça humana, muito embora, nem todos são tratados com o mesmo grau de dignidade. Em contraposição, Thomas (2001) diz que existem distintas “raças” e minorias étnicas, que por sofrerem discriminação racial acabam apresentando uma carga desigual de adoecer e morrer.

Na década de 30 foi introduzido no Brasil as ideias de Gilberto Freyre sobre democracia racial, “que embora não use conceito da democracia racial em seus escritos, foi ele que provocou a discussão acadêmica sobre este tema, com seu livro “Casa Grande & Senzala” (STRIEDER, 2001, p. 20). Desde então, “o grande desafio do movimento negro brasileiro, especialmente a partir da década de 1970, foi enfrentar o mito da democracia racial construído por Freyre” (ALBERTI, PEREIRA, 2005, p.1), e demonstrar que no Brasil o racismo apresenta-se de forma velada.

Para autoras como Dora Chor e Cláudia Risso Lima (2005, p.1593) “As desigualdades étnico-raciais, os movimentos sociais organizados e a intensa discussão a respeito do racismo vêm desmistificando a ideia de democracia racial no Brasil”. Nesse debate, Araújo (2007) acrescenta que o reflexo da democracia racial foi a razão pela qual a variável raça/cor da pele é pouco utilizada nos estudos de desigualdades em saúde. Esta autora defende a raça/cor da pele como importante determinante das disparidades entre grupos, em especial quando se trata das condições de vida.

Ainda nesse aspecto, o Relatório de Desenvolvimento Humano 2005 – *Racismo, Pobreza e Violência*, defende a necessidade da raça permanecer como conceito a ser utilizado nas pesquisas científicas, já que o estudo sobre raça possibilita o fortalecimento da identidade étnica, conquista de direitos e justiça social de grupos fenotipicamente distintos (PNUD, 2005).

Vale destacar que nos anos 90, o Brasil passou a reconhecer a existência de diferença racial como um dos fatores de desigualdade social (ARAÚJO et al., 2009), e o Ministério da Saúde pressionado pelo movimento negro volta a debater o conceito de raça. Como produto elabora ações direcionadas a população afro-descendente, reascendendo o caráter étnico de algumas doenças com respaldo científico (BRASIL, 2011).

Apesar dessas conquistas, uma parcela das pesquisas em saúde apenas descreve a variável raça/cor da pele como mais uma integrante do rol de variáveis sociodemográficas (MOTA, et al., 2007). Logo, esta variável ainda permanece subanalisada na maioria das pesquisas epidemiológicas.

Nessa mesma direção, Araújo (2009), tem discutido a importância da inserção da variável raça/cor da pele nas pesquisas em saúde, ao afirmar que:

[...]estudos que relacionam raça com disparidades sociais nos resultados de saúde demonstram que essa variável é um importante preditor do status de saúde, haja vista negros estarem em desvantagem quando comparados com brancos, na maioria dos indicadores de status econômico e de saúde (ARAÚJO et al. 2009, p.387a).

Da mesma forma, LaVeist (2002) complementa que a raça é um bom indicador de exposição a fatores sociais. Assim também, as autoras Dora Chor e Cláudia Riso de Araújo Lima (2005) acreditam que estudos sobre desigualdades étnico-raciais em saúde são importantes, já que possibilitam preencher lacunas no conhecimento das condições de saúde destas populações.

Corroborando com as argumentações trazidas, Thomas (2001), defende a utilização dessa variável, pois para esse autor desconsiderar a raça/cor da pele na análise das desigualdades em saúde é o mesmo que aceitar a perpetuação do racismo. Ao mesmo tempo, esse autor critica os estudos que tentam eliminar a raça/cor da pele como variável científica, e argumenta na direção de que os trabalhos na área devem buscar compreender melhor como medir raça, racismo e desigualdade social no campo da saúde pública.

No Brasil, oficialmente, os dados com recortes raciais só foram disponibilizados na década de 90, e por força do movimento negro foi elaborada a portaria nº 3.947/GM em 14 de janeiro de 1999, que determinou a inclusão do campo raça/cor da pele em todos os sistemas de informação em saúde, que integra a base de dados do Ministério da Saúde, possibilitando uma investigação epidemiológica a partir do recorte racial (LAGUARDIA, 2004; BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004).

Aliado a isso, a discussão e o levantamento dos aspectos epidemiológicos das desigualdades étnico-raciais em saúde possibilitou mostrar a melhoria no preenchimento do campo raça/cor, principalmente no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Por exemplo, no ano de 2001, a proporção de raça ignorada era de 13,7% no SIM e 11,9% no SINASC (CHOR; LIMA, 2005), já em 2013, o campo ignorado decresceu para 6,0% no SIM e 4,0% no SINASC, conforme dados disponibilizados no Datasus.

Vale salientar que desde o ano de 2002 a completude do campo raça/cor já representava 92,6%, assim, este percentual expressou confiabilidade nos dados suficientemente para iniciar as análises desta variável em pesquisas no campo da saúde (WAISELFISZ, 2012). Mesmo assim, estudos com enfoque racial, ainda, é pouco utilizado pela academia, ou seja, as pesquisas ainda são incipientes, muito embora, houve avanços nas produções científicas nos últimos anos, e cada vez mais pesquisas brasileiras tem buscado analisar a raça como um determinante social.

Portanto, pesquisas voltadas as temáticas que envolvem a análise da variável raça/cor da pele continuam sendo um relevante instrumento para dar visibilidade às questões de saúde da população negra. Sendo assim, é necessário mais investimentos em pesquisas que abordam a raça/cor da pele, no campo da Saúde Pública, no sentido de propor estratégias e políticas públicas mais focalizadas, considerando as singularidades que afetam a saúde desse segmento populacional. Esse estudo se insere nessa perspectiva.

3.4 Espacialização em Saúde: um caminho para a Saúde Pública

A espacialização e sua transversalidade com a saúde não é algo novo, e mesmo antes do surgimento da epidemiologia como ciência já havia uma preocupação com o ambiente, pois se acreditava que a contaminação do ar era a causa de determinadas doenças. Desde a era hipocrática, no século V a. c, já se discutia a necessidade de investigar as características dos locais onde ocorriam doenças (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

No século XIX, estudos sobre a cólera, em Londres, capitaneado por John Snow retoma a ideia hipocrática de que as relações com o espaço interferem no processo saúde-

doença da população (MEDRONHO; WERNECK, PEREZ, 2009). Aliado a essa ideia, a teoria dos miasmas já assinalava a interação do espaço com a saúde da coletividade.

Nesse contexto, várias intervenções no espaço foram realizadas como forma de minorar os efeitos deletérios a saúde da população, como medidas de saneamento, assim como aberturas de ruas para permitir a circulação do ar e destino adequado do lixo (MACHADO, 1978).

Com o passar dos anos o espaço geográfico passou a ser reconhecido não apenas por aspectos naturais, mas por relações que se estabelecem dentro de uma sociedade. Essa compreensão de espaço foi se construindo ao longo da história, de forma concomitante as transformações sociais (SANTOS et al., 2001).

Um grande estudioso no assunto foi Milton Santos. Este pesquisador brasileiro contribuiu para o entendimento de que o espaço geográfico é a essência do espaço social, e em sua obra “Espaço e Método” definiu o espaço como:

[...]instância da sociedade, ao mesmo título que a instância econômica e a instância cultural-ideológica (...), o espaço não pode ser apenas formado pelas coisas, por objetos geográficos, artificiais ou naturais. O espaço é tudo isso, mais a sociedade. (SANTOS, 1926, p. 1).

Esse produto de interações socioambientais entre o ambiente e sociedade dá a conformação desse espaço social, que para Santos (2000) esses espaços estão em contínuas transformações, e passam por modificações provenientes da ação humana, impactando tanto de forma positiva quanto negativa à sua população.

Por outro lado, essas inter-relações no espaço, construídas socialmente, repercutem no campo da saúde, na medida em que os problemas de saúde provêm do resultado de processos ligados tanto a biologia humana quanto ao ambiente e os modos de vida da população (BRASIL, 2006). Portanto, a própria definição dada pela OMS em 1948 sobre a saúde como “... um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”, foi um reconhecimento que o binômio saúde-doença é um resultado do somatório das relações humanas e ambientais dentro de um território.

Nesse aspecto, a Epidemiologia cada vez mais tem utilizado a espacialização dos agravos ou doenças dos territórios em suas pesquisas no campo da Saúde Pública, visando o reconhecimento dos problemas do território, por meio do estudo dos padrões de morbimortalidade de uma doença ou agravo à saúde. Do mesmo modo, a Geografia da Saúde

estuda as populações e suas relações com o meio ambiente, tendo como pressuposto identificar espacialmente associações com processos de adoecimento da coletividade, por acreditar que os padrões de mortalidade não estão aleatoriamente alocados nas populações (BRASIL, 2006).

Inclusive, para SANTOS (2001) utilizar a geografia da saúde para especializar a mortalidade por homicídios, poderá prevenir essas mortes, através da detecção de grupos vulnerabilizados, assim como regiões mais incidentes, e por fim, cabe a esta ciência, identificar os fatores envolvidos na gênese desse evento. Por isso é que a análise espacial torna-se um importante instrumento para a Saúde Pública, na medida em que propõe analisar o espaço socioambiental, a fim de contribuir com estratégias focalizadas na gestão desses territórios.

No campo da Saúde Pública, alguns estudos ecológicos de grandes agregados realizados no Brasil têm utilizado à análise espacial, cujo objeto de estudo é a mortalidade por causas externas (SANTOS et.al., 2012; ANDRADE et. al.2012; LIMA et al, 2005; ARAÚJO, 2007; DUARTE et al.,2012), principalmente no âmbito das pesquisas sociais, partindo da premissa que as relações sociais interferem de forma marcante na saúde da população.

Ainda nessa direção, o *Mapa da Violência*, em suas várias edições, produzidos por Jacob Waiselfisz, tem tido grande repercussão nos estudos sobre a temática, inclusive para a saúde, pois esse autor desde algum tempo vem publicando importantes pesquisas de tendências temporais e espaciais sobre homicídios no Brasil em seus diversos enfoques. Nesse sentido, os resultados dessas e de outras pesquisas desenvolvidas no Brasil, inclinam-se na direção de que há uma forte associação entre os homicídios e espaços iníquos (WAISELFISZ; 2012; KLEINSCHMITT et al,2012; LIMA, 2005; ARAÚJO, 2007; DUARTE, 2012; ANDRADE,2012).

Já faz algum tempo que o método amplamente utilizado nas pesquisas de saúde que se propõe a analisar espacialmente seus dados, se dá por geoprocessamento. A propósito, Magalhães e colaboradores (2006) definem como:

[...] um conjunto de técnicas computacionais necessárias para manipular informações espacialmente referidas. Aplicado a questões de Saúde Coletiva permite o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planejamento de ações de saúde e a avaliação de redes de atenção (MAGALHÃES, et al. 2006. p. 47).

É preciso salientar que uma das técnicas de geoprocessamento que permite a análise espacial dos dados é o Sistema de Informação Geográfica (SIG), que para Santos et al. (2000) esses sistemas de informação permitem integrar os dados de saúde ao ambiente em diversas unidades de análises. Além disso, o geoprocessamento possibilita a elaboração de mapas e até mesmo as relações que se estabelecem entre mapas (BARCELLOS; SANTOS, 1997).

Para a Epidemiologia, os mapas facilitam a identificação de áreas geográficas e grupos populacionais mais expostos aos riscos de adoecer ou morrer e que, certamente necessitam de prioridades no que tange as ações preventivas, curativas e de promoção da saúde (BRASIL, 2006). Ou seja, o reconhecimento dessas áreas poderá minorar os efeitos dos determinantes de risco à saúde.

De igual modo, a Epidemiologia Espacial permite reconhecer a frequência, a distribuição e a importância dos diversos fatores que influem no aumento dos riscos para a saúde, que não se distribuem homoganeamente nos grupos populacionais (MAGALHÃES et al., 2006). Em conformidade, Lima e colaboradores (2005) afirmam que a técnica de análise espacial tem possibilitado analisar o problema de maneira focalizada, partindo do contexto socioeconômico, cultural e ambiental.

Outro aspecto importante para a realização de estudos espaciais em saúde é a disponibilização de dados em saúde com informações do endereço presentes nas principais bases de dados, a exemplo do Sistema sobre Informações de Mortalidade (SIM).

Logo, o SIM possui informações de dados relevantes no campo da Saúde Pública, e possui características que ampliam sua utilização nas análises espaciais, conforme quadro 01.

Quadro 01 Características do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Sistema de Informação em Saúde	SIM
Unidade de Registro	Óbitos
Unidade Territorial de Análise	Região; Estado; Município e bairro
Documento de Registro	Declaração de Óbito (DO)
Variáveis disponíveis para análise	Causa básica de óbito; Faixa etária; sexo; escolaridade; raça; estado civil; local de ocorrência.
Atualização dos Dados	Anual
Indicadores para Análise de Saúde	Mortalidade geral; Mortalidade específica por

	causas de óbitos; sexo; faixa etária e raça. Mortalidade proporcional causas de óbitos; sexo; faixa etária e raça; Mortalidade infantil; Mortalidade materna.
Aplicação da análise dos dados	Vigilância Epidemiológica Planejamento Avaliação

FONTE: A autora (2016).

Desse modo, as informações constantes no SIM, analisadas através do SIG têm sido uma ferramenta importante para a Saúde Pública, e tem possibilitado o uso crescente da análise de padrões espaciais de morbimortalidade para diferenciar áreas dentro dos municípios brasileiros (ANDRADE, 2013; ARAÚJO, 2007; ANDRADE, 2012; LIMA et al. 2005; KLEINSCHMITT, 2012; FREITAS, 2011).

Portanto, a importância dos estudos espaciais para a Saúde Pública e Epidemiologia, parte da possibilidade de buscar novos caminhos, que se faz através do próprio entendimento da dinâmica social dentro desses espaços territoriais, e principalmente compreender como essas características socioespaciais influenciam, ou até mesmo modificam os padrões de mortalidade da população. Para além disso, esse estudo se propõe investigar diferenciais raciais na mortalidade por homicídio nestes espaços socioterritoriais.

ARTIGO I

FERNANDES, Alessandra Rabelo Gonçalves. Tendência temporal da mortalidade por homicídios no Brasil e regiões segundo diferenciais de raça/cor da pele, 2005-2014. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO BRASIL E REGIÕES SEGUNDO DIFERENCIAIS DE RAÇA/COR DA PELE, 2005-2014

Alessandra Rabelo G. Fernandes
Edna Maria de Araújo

RESUMO

A mortalidade por homicídios produz impactos no Brasil e no mundo, atingindo jovens ainda na fase da adolescência e produtiva da vida. O objetivo deste estudo foi analisar a mortalidade por homicídios no Brasil e regiões geográficas na população de 15 a 49 anos de idade, segundo diferenciais de raça/cor da pele entre os anos de 2005 a 2014. Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, exploratório. Os óbitos foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, utilizou-se o teste de Durbin Watson corrigido por Prais-Winsten, e calculou-se a variação média anual das taxas. Os negros representaram 72,2% dos homicídios, especialmente jovens, ambos os sexos, baixa escolaridade, faixa de 20 a 29 anos. As taxas de homicídios tiveram tendência crescente para os homens negros e decrescente para os homens brancos. As mulheres apresentaram tendências crescentes independente da raça/cor da pele. A maior variação das taxas médias anuais ocorreu em jovens de 15 a 19 anos. Estes resultados foram estatisticamente significantes em nível de 5%. O estudo da mortalidade por homicídio e seus diferenciais raciais tem como perspectiva tanto ampliar novos olhares para esta causa externa que tem ocasionado a sobremortalidade de homens jovens e negros, quanto debater as iniquidades sociais, que contribuem para a ocorrência de agravos que podem ser prevenidos e evitados.

Palavras-chave: mortalidade, homicídio, raça/cor da pele

**TEMPORAL TREND OF MORTALITY FOR HOMICIDE IN BRAZIL AND
REGIONS DIFFERENTIAL OF RACE/SKIN COLOR, 2005-2014**

**Alessandra Rabelo G. Fernandes
Edna Maria de Araújo**

ABSTRACT

Mortality due to homicide produces impacts in Brazil and in the world, reaching young people still in the phase of adolescence and productive of life. The objective of this study is to analyze homicide mortality in Brazil and their regions in the population aged 15 to 49 years, according to race / skin color differences between the years 2005 to 2014. It is an ecological study of temporal series, exploratory. Deaths were obtained from the Mortality Information System, using the Durbin Watson test corrected by Prais-Winsten, and the mean annual rate variation was calculated. Blacks accounted for 72.2% of homicides, the main victims being black youths, both sexes, low schooling, between 20 and 29 years old. The homicide rate for black men has trended upward, and for whites descending. Women showed increasing trends regardless of racecolor of the skin. The greatest variation of the annual average rates occurred in young people aged 15 to 19 years. All results were statistically significant in 5% level. The study of mortality and its racial differentials has as a perspective both to widen new looks for this external cause that has caused the overmortality, of young and Black men as well as to discuss the social inequities which contribute to the occurrence of injuries that can be prevented and prevented.

Key word: mortality, homicide, race / skin color

INTRODUÇÃO

As estatísticas sobre a mortalidade por homicídios são alarmantes, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Seu caráter transcendental atinge todos os continentes e sua magnitude revela-se pela quantidade de mortes produzidas. Assim, a mortalidade por homicídio é considerada como um grave problema de saúde pública e seu enfrentamento envolve ações intersetoriais nos campos da saúde, segurança pública, educação, justiça, assistência social, entre outros.

O impacto da violência no Brasil é pungente, só em 2014 foram registradas 59.627 mortes por homicídios. E este dado, o colocou entre os 12 países com as maiores taxas de homicídios entre 154 países classificados no ano de 2012 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (CERQUEIRA et al. 2016). Em escala mundial registram-se anualmente mais de 1,3 milhões de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2014).

No ano de 2012, os homicídios atingiram a marca de 475.000 mortes em todo o mundo, correspondendo a uma taxa de 6,7 por 100.000 habitantes (OMS,2014), sendo que mais de um terço dessas mortes (36%) ocorreram nas Américas, e as menores taxas foram observadas na Europa (5%) e Oceania (0,3%) (UNODC, 2011).

O homicídio é um importante indicador social e de saúde (SOUZA, et al.,2014) considerado por Minayo (1999) como o “termômetro da violência”, e este pode refletir a condição social, política e econômica de uma sociedade. Há um consenso na literatura nacional e internacional que a morte violenta é um fenômeno complexo do mundo moderno, que se sustenta por uma estrutura de desigualdades, produto da desorganização social, por vezes, decorrente do aumento populacional intenso, disparidades socioeconômicas, e deficiência da oferta de bens e serviços (MACEDO, et al.,2001; ANDRADE; MARINHO, 2013; McCALL, 2008).

No Brasil, a partir dos anos 80, os homicídios superaram os acidentes de transporte. O país produziu um total de 192.804 óbitos por homicídios, entre os anos de 2004 a 2007. Número superior aos 12 maiores conflitos armados acontecidos no mundo nesse período. E no ano de 2013 a mortalidade por causas violentas ocupou a terceira causa de morte, sendo que os homicídios despontaram como a primeira causa de morte não natural (WAISELFISZ, 2013).

Estudos desenvolvidos no país têm mostrado uma distribuição desigual dessas mortes, em função da raça/cor da pele, idade, sexo e contextos sociais (ARAÚJO, et al., 2009; SOUZA; LIMA, 2007). Em linhas gerais, as principais vítimas dessa violência letal são adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, pobres e negros (ARAÚJO et al., 2009; BATISTA, et al.,2004; SOARES FILHO, 2011), especialmente nas idades entre 20 a 29 anos (SOUZA, 2007). E no Brasil, a sobremortalidade por esta causa na população negra é evidente (WAISELFISZ, 2013; ARAÚJO, et al., 2009).

Estudo realizado em 2010 apontou um risco de homicídio 2,4 vezes em negros maior do que em brancos (NERY, 2014), inclusive dados mais recentes do Brasil mostram que o homicídio por arma de fogo teve um decréscimo de 27,1% na população branca, enquanto na população negra houve incremento de 9,9% entre os anos de 2003 a 2014 (WAISELFISZ, 2015). Nesse mesmo sentido, o Relatório da Situação da Adolescência Brasileira 2011, traz a compreensão de que: *“a desigualdade por raça e etnia no país mostra-se de forma mais cruel. São os meninos negros brasileiros as maiores vítimas das mortes violentas”* (UNICEF,2011).

O contexto de desigualdades raciais parece contribuir para as diferenças observadas nas taxas de morbimortalidade dos negros quando comparados aos brancos (BATISTA,2004). Portanto, a “cor” no Brasil se constitui como um atributo social e *proxy* de outros indicadores como escolaridade, renda e acesso a bens e serviços (SOUZA,2007). Por isso, a situação de vulnerabilização da população negra seria responsável por sua maior exposição à morte por homicídio (BATISTA, 2004; KRIEGER,2000), diretamente relacionada ao racismo estrutural, institucional e interpessoal (SOARES FILHO, 2011). Ou seja, a análise da construção histórica da sociedade brasileira permite afirmar que os negros, em todo o tempo, estiveram vulnerabilizados socialmente (ARAÚJO, 2007), refletindo nos piores indicadores sociais e de saúde do país.

Ainda que de forma incipiente, nos dias atuais têm crescido o interesse pelas iniquidades raciais nas pesquisas em saúde, e a cada dia vem aumentando o grau de importância da variável raça/cor da pele, enquanto constructo social, pela comunidade científica. Assim, é importante enfatizar que esta variável deve ser entendida como um constructo histórico-social, e os Sistemas de Informações em Saúde têm se constituído como fontes de dados e instrumentos valiosos para a elaboração de pesquisas relacionadas às desigualdades em saúde com recorte racial. Portanto, o conhecimento sobre a distribuição dos

homicídios possibilitará identificar eventos dessa natureza em diversos contextos, a fim de buscar alternativas para seu enfrentamento.

Embora nos últimos anos tenha ocorrido um expressivo aumento de estudos relacionados à mortalidade por homicídios, ainda são escassos estudos que se propõem a analisar a distribuição desses óbitos e seus diferenciais por raça/ cor da pele. Assim, ainda há carência de pesquisas sobre as iniquidades sociais e em saúde que enfoquem esses diferenciais com vistas à focalização de ações programadas para a prevenção dessas mortes e criação de políticas públicas específicas. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a tendência das mortes por homicídios considerando os diferenciais por raça/cor da pele, no Brasil, entre os anos de 2005 a 2014.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, tipo série temporal, de caráter exploratório que buscou avaliar a tendência das taxas de mortalidade por homicídio (TMH) na população de 15 a 49 anos de idade considerando os diferenciais segundo a raça/cor da pele no Brasil nos anos de 2005 a 2014. O estudo compreendeu as cinco regiões brasileiras, regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro Oeste e suas 27 unidades federativas (UF).

Foram utilizados dados secundários extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo DATASUS. As variáveis estudadas foram raça/cor da pele, sexo e faixa etária. A categoria “negro” foi o resultado do somatório das cores ‘preta’ e ‘parda’ conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (OLIVEIRA, 2004).

Para estimativa populacional dos anos intercensitários utilizou-se os dados disponíveis no Banco Multidimensional de Estatística (BME) vinculado ao IBGE a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O estudo adotou a classificação genérica de homicídios – *agressão* – código (X85-Y09), conforme a Classificação Internacional da Doença, em sua 10^a revisão (CID-10). A TMH foi considerada a variável desfecho, e o ano calendário como variável independente.

Quanto aos critérios de inclusão foram consideradas proporções de óbitos dos indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 15 a 49 anos e raça/cor da pele branca e

negra, sendo excluídas as categorias amarela, indígena e ignorados. A variável raça/cor da pele foi analisada enquanto constructo social (OSÓRIO, 2003)

A análise descritiva dos dados compreendeu o cálculo das frequências absolutas e relativas dos óbitos ocorridos no período, segundo o perfil das vítimas que incluem: faixa etária, sexo, raça/cor da pele, escolaridade por anos de estudo e estado civil. As idades foram agrupadas nas faixas etárias de 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39 e 40 a 49 anos e calculadas as TMH ano a ano, segundo raça/cor da pele, sexo e faixa etária, para o Brasil e suas cinco regiões. Adicionalmente, a razão de taxas entre os coeficientes de mortalidade por faixa etária também foi estimado. As taxas médias de mortalidade por homicídio foram calculadas para as 27 UF, adotando-se o coeficiente de mortalidade para cada 100.000 habitantes.

Em seguida, para a modelagem estatística foi utilizado o modelo de regressão linear simples com estimação das retas de tendência ($y_i = b_0 + b_1x_i$), e o coeficiente de determinação (R^2) entre as taxas de mortalidade por homicídio e os anos compreendidos entre 2005 a 2014, considerando intervalo de confiança de 95%. Em paralelo, foi aplicado o teste de Durbin e Watson para diagnóstico de autocorrelação temporal, e considerado a existência de autocorrelação para os resultados que apresentaram $p\text{-valor} < 0,05$. Posteriormente, foi utilizado o modelo de Prais-Winsten para corrigir possível autocorrelação dos dados com nível de significância estatística de 5% (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

As tendências das taxas de mortalidade foram interpretadas como crescentes, decrescentes ou estacionárias. Nesta etapa, foi calculada a variação média anual (VMA) com seus respectivos intervalos de confiança ($IC_{95\%}$). Essa taxa permite estimar variações percentuais médias anuais nas taxas calculadas e identificar o decréscimo, acréscimo ou estacionariedade das tendências (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

Para construção dos gráficos foi utilizado o programa Microsoft Excel Starter 2010 for Windows e para análise dos dados utilizou-se o *software* estatístico R versão 2.13.0 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2011). Por tratar-se de dados secundários de domínio público não houve necessidade de apreciação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

No Brasil, entre os anos de 2005 a 2014 foram registrados 455.293 óbitos por homicídios na faixa etária de 15 a 49 anos independente da raça/cor da pele, destes, 92,5% dos óbitos atingiram o sexo masculino e 7,5% o sexo feminino. Os dados apontaram que homens e mulheres apresentaram perfis de mortalidade semelhantes e a maior frequência dos óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, solteiros, em sua maioria de raça/cor da pele negra e escolaridade de até 7 anos de estudo (Tabela 1).

Esse padrão de mortalidade foi observado nas regiões do Brasil para ambos os sexos, exceto para a região Sul que apresentou sobremortalidade em homens (78,8%), e mulheres (81,4%) de raça/cor da pele branca (Tabela 1). Foi constatado que no período estudado, a variável escolaridade, possuía 28,0% dos registros sem informação.

A TMH na população de 15 a 49 anos, independente de raça/cor da pele, sofreu um incremento de 16,6%, já que passou de 84,0 em 2005 para 98,0 por 100 mil habitantes em 2014. Ao analisar as linhas de tendência desses homicídios, nota-se sobremortalidade negra para ambos os sexos (Figuras 1A e 1B). A predominância desses homicídios na população negra foi verificada em todas as regiões do Brasil, exceto para o Sul do país.

As taxas de mortalidade por homicídios mais elevadas concentraram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos para os dois grupos, todavia, observou-se que em faixas mais precoces, de 15 a 19 anos, os homicídios em negros superaram os homicídios em brancos para todas as regiões, independente do sexo, conforme visto na tabela 2.

Mortalidade por homicídio em homens

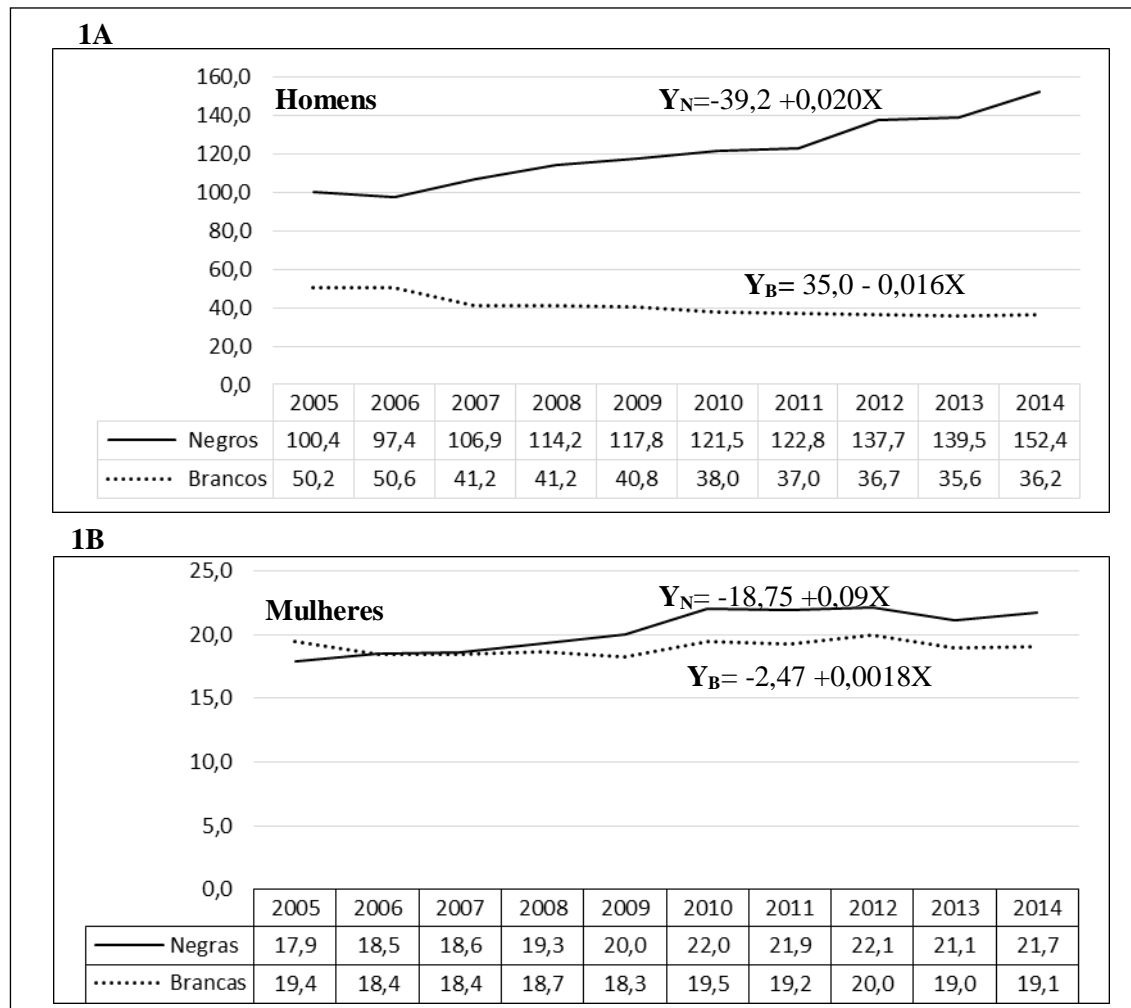
Dentre as 27 UF, as maiores TMH em homens, negros nos dez anos analisados, foram observadas em Alagoas (576,1/100 mil), Pará (480,6/100 mil) e Bahia (430,8/100 mil), enquanto que para os mesmos estados, as TMH em homens brancos foram de 11/100 mil, 14,1/100 mil e 10,1/100 mil, respectivamente.

Tabela 1– Distribuição dos casos de óbitos por homicídios na faixa etária de 15 a 49 anos no Brasil e regiões, 2005-2014

Região/Sexo	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Homens												
Faixa etária												
15-19 anos	76161	18,1	7374	17,6	29163	19,1	24701	17,5	8573	17,4	6350	17,6
20-29 anos	187395	44,5	19037	45,3	70432	46,2	61078	43,2	21122	42,9	15726	43,5
30-39 anos	104612	24,8	10482	25,0	35883	23,6	36404	25,7	12568	25,5	9275	25,7
40-49 anos	52929	12,6	5113	12,2	16850	11,1	19213	13,6	6950	14,1	4803	13,3
Raça/cor												
Branca	109948	27,8	3714	9,1	10578	7,8	49943	36,7	38086	78,8	7627	21,7
Negra	285889	72,2	36974	90,9	125124	92,2	85973	63,3	10269	21,2	27549	78,3
Escolaridade												
0 a 7 anos	222695	75,0	26671	76,0	81776	82,8	68596	68,5	26782	72,3	18870	72,3
8 anos a mais	74408	25,0	8419	24,0	16973	17,2	31550	31,5	10248	27,7	7218	27,7
Estado civil												
Solteiro	325183	84,5	32984	85,2	115801	85,8	110225	84,1	38312	82,6	27861	83,1
Casado	40908	10,6	3068	7,9	13766	10,2	15398	11,8	5316	11,5	3360	10,0
Outros ¹	18552	4,8	2669	6,9	5424	4,0	5408	4,1	2729	5,9	2322	6,9
Mulheres												
Faixa etária												
15-19 anos	5628	16,5	494	16,2	1779	17,5	2019	15,8	793	17,0	543	15,7
20-29 anos	12836	37,6	1190	38,9	3960	38,9	4731	37,0	1708	36,7	1247	36,1
30-39 anos	9766	28,6	902	29,5	2882	28,3	3655	28,6	1270	27,3	1057	30,6
40-49 anos	5910	17,3	471	15,4	1572	15,4	2380	18,6	882	19,0	605	17,5
Raça/cor												
Branca	11848	36,7	473	16,1	1141	12,5	5541	45,0	3713	81,4	980	29,5
Negra	20452	63,3	2472	83,9	8023	87,5	6769	55,0	850	18,6	2338	70,5
Escolaridade												
0 a 7 anos	15611	65,7	1663	66,8	4961	74,5	5201	60,1	2241	64,2	1545	63,3
8 anos a mais	8134	34,3	825	33,2	1702	25,5	3459	39,9	1251	35,8	897	36,7
Estado civil												
Solteiro	23511	76,0	2208	78,9	7228	80,8	8709	74,3	3094	71,5	2272	72,0
Casado	4530	14,6	330	11,8	1165	13,0	1845	15,7	706	16,3	484	15,3
Outros ¹	2903	9,4	260	9,3	555	6,2	1162	9,9	526	12,2	400	12,7

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datatus/Tabnet).

¹A categoria outros foi o resultado do somatório das categorias viúvo, separado judicialmente e outros conforme especificado no SIM/DATASUS.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datasus/Tabnet).

Figura 1A e 1B –Tendência da mortalidade por homicídios no Brasil na faixa etária de 15 a 49 anos segundo raça/cor da pele, 2005 a 2014.

Constatou-se uma distribuição desigual de óbitos por homicídio em negros em comparação aos óbitos em brancos. Em Alagoas, para cada morte de homem branco por homicídio, morreram 52 homens negros por esta causa. De igual modo, no estado do Pará para cada morte por homicídio de homem branco, 34 negros morreram, e na Bahia, a proporção é de uma morte em homem branco para 42 mortes em homens negros.

As TMH por faixa etária mantiveram-se homogêneas em praticamente todas as UFs, e pode ser constatada uma maior ocorrência dessas mortes em negros de 20 a 29 anos, exceto no Paraná, Minas Gerais e Santa Catarina. A TMH no Rio Grande do Sul, em negros (114,4/100mil) de 20 a 29 anos superou a TMH em brancos (83,3/100mil), assim como em

Santa Catarina a TMH em negros (50,5/100mil) foi superior a TMH em brancos (41,5/100mil) para a mesma faixa etária.

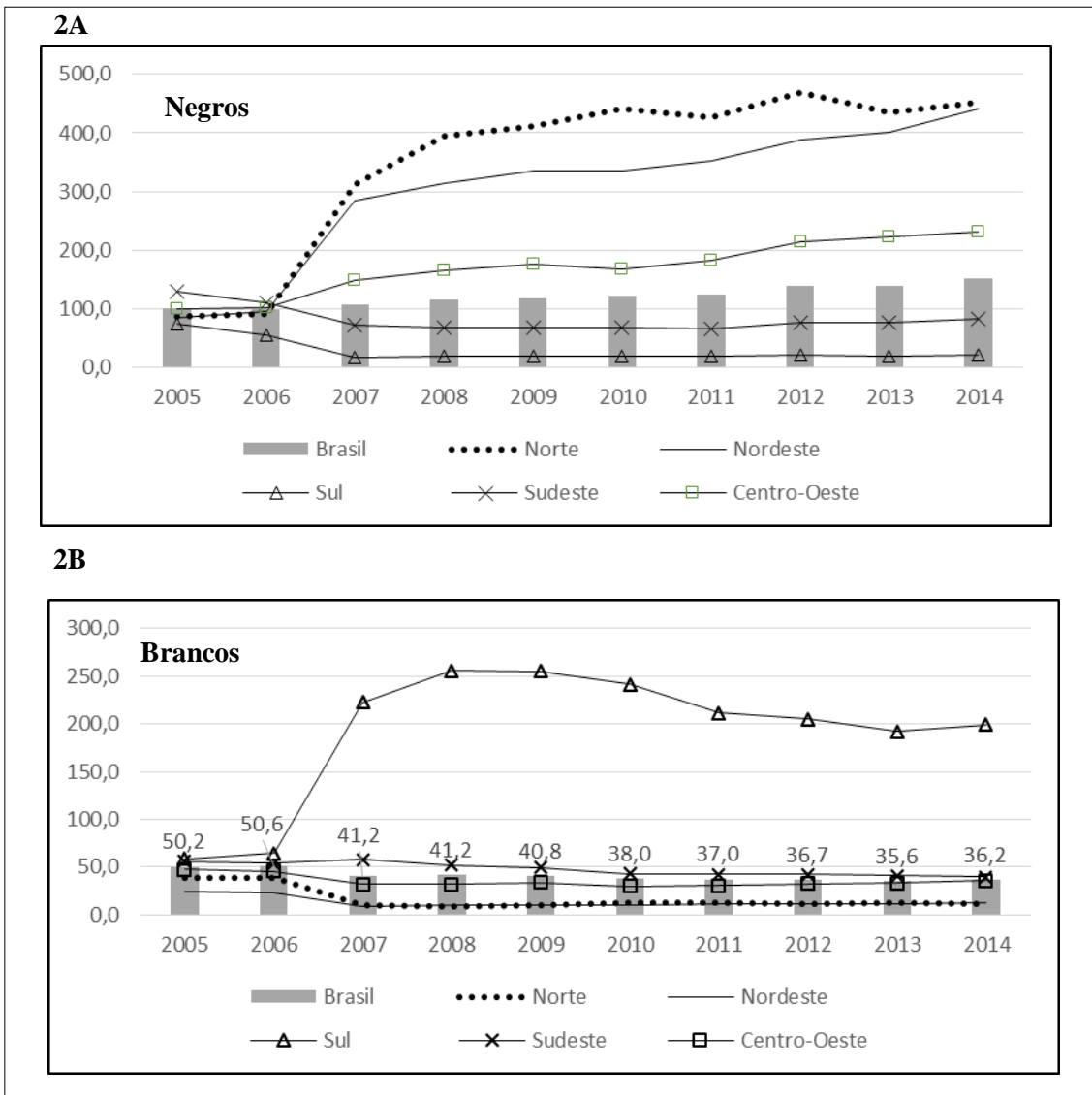
A tendência da curva para o Brasil foi crescente para homens negros ($\beta = 0.020$; $R^2=1$), enquanto para os brancos foi decrescente ($\beta = -0.016$; $R^2=0,99$), com acréscimo de 51,8% na TMH em homens negros, de 100,4 em 2005 para 152,4 por 100 mil habitantes em 2014, e redução de 27,9 % para homens brancos, de 50,2 em 2005 para 36,2 por 100 mil habitantes em 2014 (Figura 1A). Os resultados apresentados foram estatisticamente significantes, e as equações das retas após correção por Prais-Winsten podem ser visualizadas na figura 1A.

Dentre as regiões, para as mortes em homens negros destacam-se o Norte ($\beta = 0.076$; $R^2=0,98$), Nordeste ($\beta = 0.074$; $R^2=0,99$) e Centro-Oeste ($\beta = 0.064$; $R^2=0,99$) que exibiram TMH com tendência crescente e mais elevada quando comparado as taxas brutas do Brasil. A partir de 2006, o Norte e Nordeste apresentaram importante aceleração em suas taxas, e o Norte superou as demais regiões exibindo maiores TMH. Em contrapartida o Sul ($\beta = -0.067$; $R^2=0,96$) e Sudeste ($\beta = -0.020$; $R^2=0,98$) apresentaram tendências decrescentes, e o Sul apresentou as menores TMH (Figura 2A).

No que se refere aos homens brancos, o Norte ($\beta = -0.050$; $R^2=0,94$), Nordeste ($\beta = -0.027$; $R^2=0,97$) e Sudeste ($\beta = -0.019$; $R^2=0,99$) mostraram uma tendência decrescente da taxa, enquanto o Sul ($\beta = 0.061$; $R^2=0,97$) e Centro-Oeste ($\beta = 0.019$; $R^2=0,97$) foi crescente, sendo o Sul a região que mais se destacou, com taxas mais elevadas se comparado as taxas do Brasil (Figura 2B).

Os homicídios em homens negros foram superiores aos observados em homens brancos em quatro regiões do país, Norte (352,1/100mil), Nordeste (302,9/100mil), Centro-Oeste (170,9/100mil) e Sudeste (81,3/100mil), com exceção do Sul que expressou sobremortalidade para população branca masculina de 190,6/100mil habitantes.

Ademais, houve um incremento na TMH em homens negros no Norte (421,0%), Nordeste (420,0%), Centro-Oeste (134,0%), enquanto o Sul e Sudeste apresentaram redução de 72,0% e 36,0% respectivamente. Para os homens brancos, todas as regiões apresentaram queda na TMH, como Norte (-72,0%), Nordeste (-49%), Centro-Oeste (-25%), Sudeste (-29,0%), exceto o Sul que apresentou incremento em sua taxa de 241,0%.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datasus/Tabnet).

Figura 2A e 2B -Tendência da mortalidade por homicídios de homens na faixa etária de 15 a 49 anos no Brasil e Regiões, 2005 a 2014

No Brasil e regiões a maior diferença das mortes por homicídio entre os dois grupos de raça/cor foi observada na faixa de 15 a 19 anos, e a situação foi ainda mais grave no Nordeste, já que para cada homem branco, quase seis negros morreram (Tabela 2).

Ainda, a variação média anual (VMA) no Brasil, para os homens negros na faixa de 15 a 49 anos foi de 4,8%, em contrapartida, os brancos apresentaram uma redução de 3,7%, e esse resultado foi estatisticamente significante. Além disso, observou-se heterogeneidade nos resultados quando analisados os estratos de idade separadamente, as maiores variações na população masculina negra ocorreram na faixa de 15 a 19 anos no Nordeste (8,8%) e Centro-

Oeste (4,0%), e 20 a 29 anos no Norte (5,2%), as regiões Sul e Sudeste revelaram VMA decrescente para todas as faixas etárias analisadas (Tabela 3).

Tabela 2 -Taxa média de mortalidade por homicídios e razão de taxa segundo raça/cor da pele e sexo no Brasil e regiões no período de 2005 a 2014.

Região	Faixa Etária											
	15-19 anos			20-29 anos			30-39 anos			40-49 anos		
	N	B	RT	N	B	RT	N	B	RT	N	B	RT
Homens												
NO	121,7	31,3	3,9	154,8	50,3	3,1	100,4	36,0	2,8	62,9	34,3	1,8
NE	142,4	24,5	5,8	177,1	39,8	4,4	106,5	27,3	3,9	61,0	18,1	3,4
SE	116,5	38,9	3,0	124,7	60,4	2,1	76,1	43,1	1,8	41,1	28,6	1,4
CO	147,3	49,1	3,0	163,5	65,3	2,5	104,4	46,5	2,2	62,3	33,4	1,9
S	81,4	70,0	1,2	91,3	95,2	1,0	51,7	64,3	0,8	26,5	34,1	0,8
BR	127,2	44,2	2,9	149,2	65,0	2,3	90,8	45,6	2,0	55,8	32,7	1,7
Mulheres												
NO	20,3	15,3	1,3	22,8	17,4	1,3	20,9	15,0	1,4	19,8	15,7	1,3
NE	20,4	10,2	2,0	22,9	12,0	1,9	20,7	10,9	1,9	19,5	10,7	1,8
SE	17,8	18,2	1,0	20,5	19,6	1,0	18,2	17,0	1,1	17,7	18,3	1,0
CO	26,1	23,5	1,1	30,6	25,5	1,2	26,2	23,0	1,1	24,9	23,8	1,0
S	14,6	26,4	0,6	16,5	28,0	0,6	13,0	23,5	0,6	11,3	23,5	0,5
BR	20,1	18,8	1,0	22,6	20,5	1,1	20,1	17,8	1,1	18,8	18,7	1,0

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datasus/Tabnet).

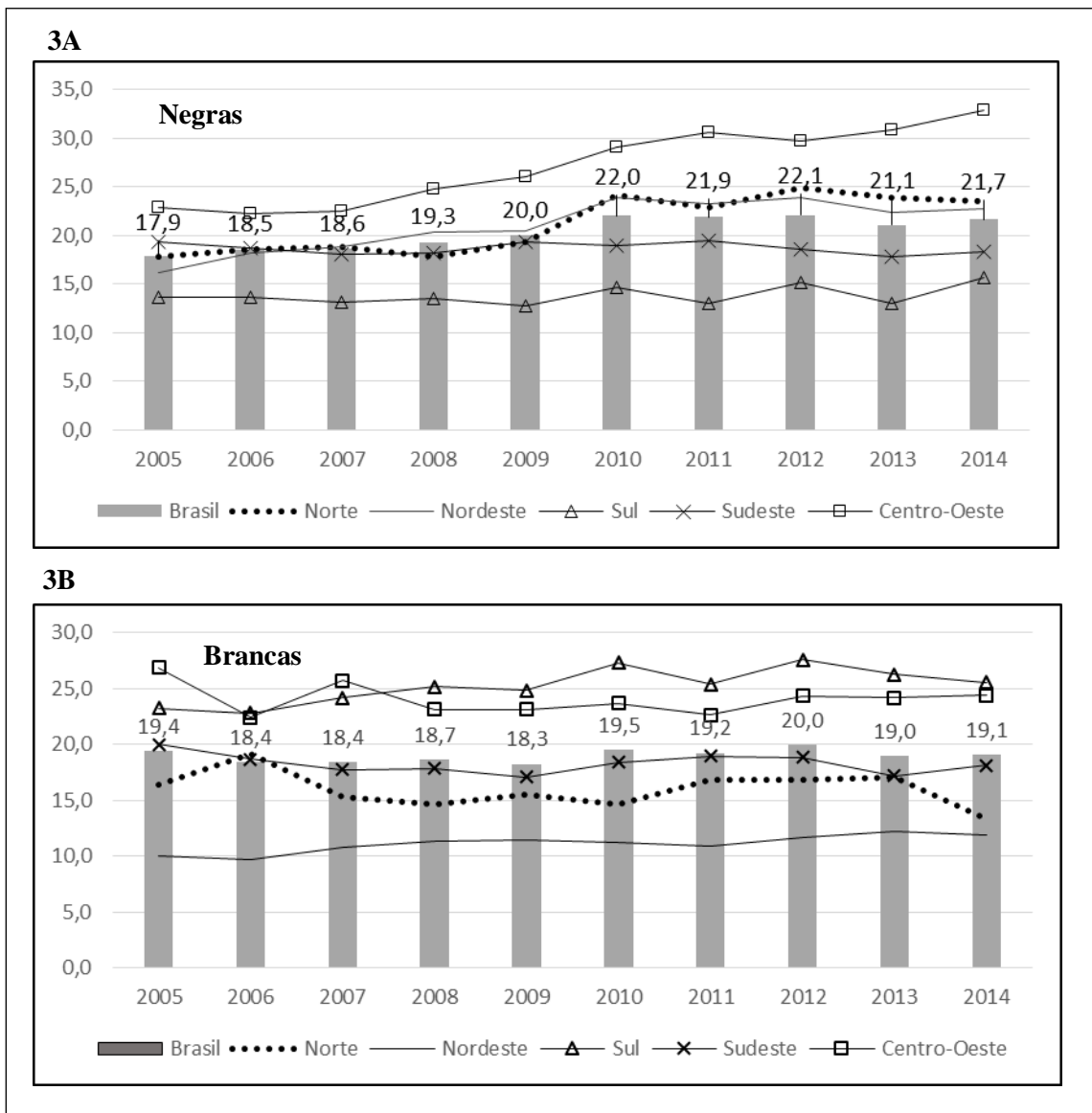
Para os homens brancos as maiores VMA ocorreram na faixa de 15 a 19 anos no Nordeste (9,5%), e entre 20 a 29 anos no Norte (3,1%). O Sudeste mostrou redução na VMA para todas as faixas. Para tanto, o Sul apresentou redução na primeira faixa (15 a 19 anos) e aumento nas demais faixas, e o Centro-Oeste houve um aumento da variação em todas as faixas, exceto a faixa de 40 a 49 anos que exibiu leve redução (Tabela 3).

Mortalidade por homicídio em mulheres

As mulheres negras apresentaram maiores TMH em 18 UF, sendo que as taxas mais elevadas foram no Espírito Santo (32,5/100 mil), Roraima (28,8/100 mil) e Pernambuco

(28,7/100 mil). Por sua vez, Mato Grosso (32,8/100 mil), Roraima (31,1/100 mil) e Paraná (30,2/100 mil) despontaram com as maiores TMH em mulheres brancas.

A maioria das UF expressou TMH mais altas em mulheres negras na faixa de 20 a 29 anos, exceto Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo. As demais seguiram padrões diferenciados, como Tocantins e Mato Grosso que exibiram maiores TMH em brancas de 40 a 49 anos, Roraima em negras de 30 a 39 anos, Rio Grande do Norte em negras de 15 a 19 anos, e o Paraná obteve maior TMH em brancas de 15 a 19 anos.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datusus/Tabnet).

Figura 3A e 3B- Tendência da mortalidade por homicídios em mulheres segundo raça/cor da pele no Brasil e regiões, 2005 a 2014.

A tendência da mortalidade por homicídio no Brasil no período estudado mostrou que tanto as mulheres negras ($\beta= 0.009$; $R^2=0,99$), quanto as brancas ($\beta= 0.0018$; $R^2=0,99$) exibiram tendências crescentes, com incremento de 21,2%, de 17,9 em 2005 para 21,7 por 100 mil habitantes em 2014 para as negras, e as brancas sofreram leve redução de 1,5 % em sua taxa, de 19,4 em 2005 para 19,1 por 100 mil habitantes em 2014 (Figura 1B). Todos os resultados apresentados foram estatisticamente significantes, e as equações das retas após correção por Prais-Winsten podem ser visualizadas na figura 1B.

, Observou-se tendências crescentes nas taxas das mulheres negras nas quatro regiões do país, Norte ($\beta=0.0169$; $R^2=0,99$), Nordeste ($\beta=0.0165$; $R^2=0,99$), Sul ($\beta=0.003$; $R^2= 1$) e Centro-Oeste ($\beta=0.0196$; $R^2=0,99$), com exceção do Sudeste ($\beta=-0.0015$; $R^2=0,99$) que apresentou decréscimo na sua taxa (Figura 3A). Para o Sul e Sudeste, as TMH foram inferiores as taxas brutas do Brasil, sendo que o Norte e Nordeste apresentaram taxas superiores principalmente a partir de 2009, e o Centro-Oeste destacou-se em todos os anos com taxas elevadas (Figura 3A).

As TMH em mulheres brancas exibiram curva crescente para o Nordeste ($\beta=0.008$; $R^2=0,99$) e Sul ($\beta=0.007$; $R^2=0,99$), e decrescente no Norte ($\beta=-0.004$; $R^2=0,99$), Centro-Oeste ($\beta= -0.001$; $R^2=0,99$) e Sudeste ($\beta=-0.002$; $R^2=0,99$). A região Nordeste, entre todas as regiões, foi a que apresentou as menores TMH ao longo da série (Figura 3B)

As regiões Centro-Oeste e Sul mostraram taxas mais altas do que as do Brasil e demais regiões (Figura 3B). Os achados do estudo foram estatisticamente significantes para os dois grupos de raça/cor da pele ($p<0,05$).

O homicídio em negras foi superior as brancas em quatro regiões do país, Centro-Oeste (27,2/100 mil), Norte (21,2/100 mil), Nordeste (21,0/100 mil), e Sudeste (18,7/100 mil), com exceção do Sul que expressou sobremortalidade para população branca feminina de 25,2/100 mil habitantes. A região Nordeste foi a que expressou maior diferença entre mulheres negras e brancas. Ou seja, para cada mulher branca, duas negras morreram por homicídios (Tabela 2).

Os resultados constataram um acréscimo nas TMH em negras nas quatro regiões do país, Norte (32,0%), Nordeste (41,0%), Centro-Oeste (44,0%), Sul (15,0%), enquanto o Sudeste apresentou uma queda na TMH de 6,0%. Os dados também evidenciaram que três

regiões apresentaram redução na taxa relacionada às mulheres brancas a saber: Norte (-19,0%), Centro-Oeste (-9,0%) e o Sudeste (-9,0%). Em oposição, o Nordeste e o Sul sofreram acréscimo em sua taxa de 19,0 e 10,0% respectivamente.

As TMH em mulheres negras de 15 a 19 anos mostraram VMA mais elevadas no Nordeste (4,7%) e Centro-Oeste (7,2%), e decrescente no Norte de 2,4%. Por sua vez, o Sul e Sudeste expressaram variações heterogêneas, na medida em que, no Sul houve uma VMA crescente em todas as faixas, com ressalva para as mulheres negras de 15 a 19 anos de idade que mostrou leve redução. No Sudeste, houve apenas redução na faixa de 15 a 19 anos, e nas demais faixas a variação foi crescente (Tabela 3).

Para as mulheres brancas, as regiões Nordeste (3,3%) e Sul (2,0%) apresentaram VMA crescente para todas as faixas, e revelaram maior incremento na faixa de 20 a 29 anos de idade. As demais regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste exibiram VMA decrescentes para todas as faixas etárias, com exceção do Sudeste que revelou uma pequena variação crescente para as mulheres brancas de 40 a 49 anos de 0,6%, e no Centro-Oeste de 0,6% na faixa de 30 a 39 anos.

Tabela 03- Variação Média Anual (VMA) e tendências da mortalidade por homicídios segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele nas regiões do Brasil, 2005 a 2014.

Sexo/Raça	Brasil e Regiões											
	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	VMA%	IC _{95%}	VMA%	IC _{95%}	VMA%	IC _{95%}	VMA%	IC _{95%}	VMA%	IC _{95%}	VMA%	IC _{95%}
Homens Negros												
15-49 anos	4.8	4.3;5.3	19.2	4.9;35.5	18.5	7.4;30.8	-4.5	-11.0;2.4	-14.3	-25.4;-1.6	15.9	9.5;22.8
15-19 anos	3.8	-3.4;11.6	4.7	-5.7;16.4	8.8	-1.0;19.6	-1.9	-6.0;2.2	-3.5	-11.4;5.1	4.0	-5.3;14.2
20-29 anos	2.4	1.8; 3.0	5.2	-4.7;16.2	7.5	4.8;10.2	-3.8	-7.6;0.1	-0.3	-2.3; 1.5	2.6	0.2;5.2
30-39 anos	1.9	1.7; 2.0	4.6	2.0;7.3	5.6	4.2;7.1	-3.4	-5.6;-1.1	0.6	-1.8;3.2	3.8	2.0;5.6
40-49 anos	0.8	0.0; 1.7	2.8	0.0;5.8	3.3	1.9;4.8	-2.7	-4.4;-0.9	-1.6	-3.57;0.2	-0.8	-5.0;3.5
Homens Brancos												
15-49 anos	-3.7	-4.9;-2.5	-10.9	-21.5;1.1	-6.1	-13.62;1.91	-4.3	-5.4;-3.1	15.2	-2.0;35.5	4.6	-6.4;2.6
15-19 anos	-0.0	-2.5; 2.4	1.2	-3.8;6.6	9.5	8.28;10.90	-2.6	-8.1;3.1	-0.9	-2.4;0.5	4.2	-1.0;2.6
20-29 anos	-0.9	-3.0;1.1	3.1	-0.2;6.6	5.3	2.04;8.71	-4.8	-7.6;-1.9	1.6	-0.7;4.0	4.2	-0.1;2.6
30-39 anos	-0.6	-1.3; 0.0	2.9	1.3;4.6	2.7	0.99; 4.61	-4.3	-6.0;-2.5	2.9	0.6;5.3	3.0	1.3;4.7
40-49 anos	-0.9	-1.6;-0.1	1.5	-1.0;4.2	0.7	-1.34; 2.92	-2.3	-4.2;-0.4	1.0	-0.4;2.6	-0.1	-2.1;2.6
Mulheres Negras												
15-49 anos	2.3	1.1;3.4	-1.07	-3.0;0.9	3.8	1.9;5.8	-0.3	-1.1;0.4	0.8	0.38;1.25	4.6	3.4;5.7
15-19 anos	3.1	1.1; 5.1	-2.43	-5.4;0.7	4.7	1.4;8.1	-0.5	-2.2;1.1	-0.2	-3.38;3.07	7.2	4.5;9.9
20-29 anos	2.5	1.5; 3.6	-0.29	-4.9;4.5	3.5	1.6;5.5	0.04	-0.8;0.9	1.0	-2.11;4.30	5.8	3.9;7.7
30-39 anos	2.7	1.8; 3.6	-2.00	-6.6;2.8	4.1	2.9; 5.3	0.09	-0.4;0.6	2.3	0.72;3.97	4.2	1.9;6.6
40-49 anos	1.1	-0.6; 3.0	-0.09	-3.2;3.1	2.8	0.8;4.9	-1.02	-3.3;1.3	0.5	-2.43;3.62	2.2	-0.2;4.8
Mulheres Brancas												
15-49 anos	0.4	-0.1;0.9	-1.07	-3.08;0.98	2.0	1.12;3.02	-0.6	-1.7;0.4	1.6	0.87;2.44	-0.2	-1.0;0.5
15-19 anos	-0.9	-2.1;0.3	-2.43	-5.47;0.70	0.2	-0.96;1.47	-2.2	-4.6;0.08	1.5	0.63;2.54	-1.1	-3.5;1.3
20-29 anos	0.7	0.2;1.2	-0.29	-4.93;4.55	3.3	0.37;6.40	-0.5	-1.8;0.7	2.0	0.93;3.23	-0.3	-1.9;1.1
30-39 anos	0.4	-0.4;1.4	-2.00	-6.66;2.88	2.1	0.84;3.44	-0.4	-1.4;0.4	1.5	1.00;2.16	0.6	-1.6;2.9
40-49 anos	0.9	0.4;1.4	-0.09	-3.25;3.17	1.4	0.09;2.78	0.6	-0.4;1.6	1.8	0.33;3.41	-0.4	-1.7;0.8

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datasis/Tabnet).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram diferenciais na mortalidade por homicídio segundo raça/cor da pele, sexo e idade da vítima. Ao longo da série histórica, os mais atingidos foram jovens, de baixa escolaridade, solteiros e majoritariamente negros. Esse padrão de mortalidade foi observado no Brasil, na maioria das UF e regiões, apenas a região Sul divergiu com uma elevada sobremortalidade por homicídio na população branca. O estudo constatou que os negros morrem mais por homicídio do que os brancos, e só no ano de 2014 para cada homem branco, quatro homens negros morreram por homicídio.

As TMH no Brasil nos anos de 2005 a 2014 mantiveram-se elevadas, a população negra apresentou tendência crescente para ambos os sexos, entretanto, a população branca mostrou uma tendência decrescente para o sexo masculino, e leve crescimento para o sexo feminino. Vale salientar que apesar das mulheres, em geral, terem expressado tendências crescentes, as mortes em negras superaram as de brancas nos dez anos analisados.

As análises evidenciaram tendências e dinâmicas diferenciadas nos grupos, o crescimento da TMH foi observado em todas as regiões do Brasil, com decréscimo apenas para o Sudeste, o qual expressou reduções nas suas taxas independentemente do sexo e raça/cor da pele. Esses achados evidenciam a desigualdade na distribuição dos homicídios entre as macrorregiões do Brasil, indicando, principalmente, uma sobremortalidade da população jovem e adulta jovem negra por esta causa.

Ao analisar os estratos por idade, foi possível observar heterogeneidade na variação das taxas entre as regiões. Foram encontradas elevadas TMH na faixa de 20 a 29 anos para ambos os sexos e raça/cor da pele, não obstante, observou-se que o maior crescimento anual tem atingido jovens em idade cada vez mais precoce, na faixa de 15 a 19 anos.

O Nordeste apresentou maior crescimento anual da mortalidade por homicídio do sexo masculino de 15 a 19 anos, tanto em negros quanto em brancos, e o Centro-Oeste obteve maior crescimento anual em mulheres negras de 15 a 19 anos. Por sua vez, os homicídios em mulheres brancas tiveram um maior crescimento anual no Nordeste, porém isto ocorreu para uma faixa de idade superior (20 a 29 anos). Entretanto, o Sudeste apresentou decréscimo anual em todas as faixas de idade e raça/cor da pele, a única ressalva foi o pequeno crescimento anual dessa mortalidade para as mulheres negras de 20 a 39 anos, e brancas de 40 a 49 anos de idade.

O presente estudo destaca-se em importância no cenário da saúde pública por analisar diferenciais segundo a raça/cor da pele e suas especificidades na mortalidade por homicídio que, conforme está bastante evidenciado na literatura, é causa de óbito, principalmente para a população jovem. Ademais, neste estudo considerou-se a existência da autocorrelação temporal em todas as análises de tendência, e para minimizar a superestimação dos resultados, foi aplicado o teste de Durbin e Watson com correção por Prais-Winsten em todas as etapas da análise, independentemente dos dados indicarem presença, ou ausência da autocorrelação.

Os achados da pesquisa apontam para uma juvenilização dos homicídios no Brasil, assim como visto em outros estudos nacionais (WAISELFISZ, 2013; NEVES; GARCIA, 2015). Inclusive, estudo realizado por Waiselfisz (2011) identificou um acréscimo no índice de vitimização juvenil no Brasil, com incremento de 11%, de 232 em 1998, para 258 em 2008. Na Bahia, nos anos de 1996 a 2010, ocorreu uma evolução crescente das TMH para o grupo infanto-juvenil (MINAYO, 1999), essa tendência crescente pode ser constatada em pesquisas realizadas nas UF como Paraná e Alagoas (ANDRADE,2011; ALVES et al., 2014).

A situação torna-se ainda mais discrepante ao compararmos a vitimização segundo a raça/cor da pele. Em 2002, morriam proporcionalmente 58,8% mais negros do que brancos. Enquanto que, em 2005 o diferencial aumentou para 96,4%, e em 2008, o índice atingiu 134,2% (WAISELFISZ,2011). Reforçando esses achados, pesquisa realizada por Araújo e colaboradores (2009) na cidade de Salvador, observou que áreas com maior proporção de homens negros expressaram maiores riscos para homicídio. Igualmente, estudo realizado no Sul, nas cidades do Paraná e Santa Catarina, apontou risco mais elevado para homicídio em municípios com maior proporção da população negra, e esse achado foi considerado proxy de outros indicadores sociais e econômicos (MANSANO,2013).

Para Souza e Minayo (2009), esses jovens são vitimizados pela violência estrutural, pois vivem à margem do consumo e são estigmatizados por sua origem. Nesse aspecto, Araújo e colaboradores(2009) trazem importante contribuição, ao afirmarem que a questão racial no Brasil já determinaria as desigualdades sociais, pois a forma discriminatória com que a sociedade trata os seus segmentos populacionais gera posições de desvantagens entre eles.

Os resultados convergem na mesma direção de outras pesquisas com abordagens semelhantes, ao apontarem uma sobremortalidade por homicídio em homens negros, de baixa escolaridade, e em idades precoces (WAISELFISZ, 2013; ARAÚJO, et al. 2009; ALVES, et

al. 2014; SOUZA; MINAYO, 2009). Esses achados corroboram com pesquisa liderada pelo IPEA, que ao analisar os anos de 2004 a 2014, constatou um crescimento na taxa de homicídio em negros de 18,2%, enquanto em indivíduos não negros, houve uma redução de 14,6% (CERQUEIRA et al., 2016).

Nos anos de 2000 a 2010, estudo realizado no Brasil (WASELFISZ, 2012) comprovou o crescimento acentuado do homicídio em negros quando comparado aos brancos, em todas as regiões, inclusive no Sul, que, majoritariamente é composta pela população branca, com exceção do Sudeste que já expressava tendências decrescentes. Essas disparidades raciais puderam ser observadas no estudo realizado em Salvador, através da mensuração do indicador de anos potenciais de vida perdidos (APVP), no qual comprovou-se que os negros perdem 30 vezes mais APVP do que brancos (ARAÚJO, et al. 2009). Para esses autores, a situação de pobreza dos negros somadas ao racismo e discriminação geram situações de desvantagem também na mortalidade por causas externas.

A sobremortalidade negra feminina reforça padrões já conhecidos em outros estudos, como na pesquisa realizada entre 2003 a 2007, no Brasil, que registrou uma maior frequência de óbitos em mulheres negras, em idades mais jovens (MENEGHELL; HIRAKATA, 2011). Estudo sobre vitimização no Brasil conduzido por Soares Filho (2011), nos anos de 2000 a 2009, verificou que a TMH nas mulheres negras foi superior as brancas, e para as negras o risco relativo aumentou de 1,6 para 2,7 entre 2000 e 2009. Esse autor concluiu em seu estudo que a expectativa de vida é menor entre homens e mulheres negros, e estes integram os mais pobres, se inserem em posições mais precárias do mercado de trabalho e possuem os menores índices de educação formal.

Nesse aspecto, é preciso ampliar as discussões sobre a escassez de oportunidades na qual se insere a população negra. Pesquisa realizada nos Estados Unidos evidenciou relação entre as mortes em mulheres e espaços onde prevalecem a pobreza, desemprego e população negra (CAMPBELL2007). Além da violência estrutural a que homens e mulheres de raça/cor da pele negra estão submetidos. Outro ponto a ser destacado é que homens sofrem mais por violência comunitária e as mulheres por violência doméstica (REICHENHEIM, et al.2011).

A nítida diferença na distribuição dos homicídios entre homens e mulheres, em parte, são explicados pela desigualdade de gênero. Estudo realizado na Colômbia nos anos de 2000 a 2011 mostrou elevadas taxas de mortalidade por homicídio para ambos os sexos, com menor proporção para as mulheres (CERVANTES; MONTAÑO,2014). A literatura tem

discutido a predominância das mortes violentas por homicídio no sexo masculino, e a maior exposição dessas mortes em homens se comparado as mulheres deve-se ao comportamento mais agressivo e seu envolvimento com a violência urbana (MOURA, 2015).

No Brasil, desde a década de 80 até o ano de 2013, os homicídios em mulheres aumentaram em 252% (WASELFISZ,2015). Todavia, apesar dos dados serem alarmantes, ainda são escassos estudos que abordem essas mortes violentas em mulheres, principalmente tratando diferenciais raciais. Dessa forma, torna-se fundamental a continuidade de estudos na área, a fim de aprimorar as explicações em torno das discrepâncias raciais relacionadas ao gênero.

Os achados deste estudo apontam para mesma direção dos dados divulgados pelo Mapa da Violência 2015, ao constatar tendência crescente das mortes para ambos os sexos, em todas as regiões do Brasil, exceto para o Sudeste que apresentou redução da taxa (WASELFISZ,2015). No ano de 2003, Soares Filho e colaboradores (2007), já destacavam o Norte, Nordeste e Centro-Oeste como regiões de maior ocorrência de homicídio na raça negra. Assim como, achados apresentados por Minayo (2009), nos anos de 1980 a 2005, também indicavam incremento gradual das taxas para o Norte e Nordeste, elevadas taxas para o Sudeste, com ressalva para a redução nos dois últimos anos da série, e por fim, o Centro-Oeste apresentando oscilações, atingindo maior aceleração no ano de 2005.

Da mesma forma, os dados dessa pesquisa revelaram uma importante ascensão nas curvas do Norte e Nordeste, a possível justificativa para a curva íngreme nessas regiões pode ter relação com os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde acerca da qualidade das informações e registros oficiais no Brasil. Estudo realizado em 2008, conduzido por Szwarcwald e colaboradores (2011), no Nordeste e Amazônia Legal fez referência à busca ativa de óbitos e aplicação de fatores de correção nessas regiões.

A desaceleração da TMH no Sudeste é corroborada com outros estudos conduzidos por Araújo e colaboradores (2012) e Waiselfiz (2011), ao sinalizarem uma mudança no padrão de mortalidade nesta região desde 2004, demonstrando uma tendência contrária as demais regiões, expressada pela diminuição das taxas nos anos 2000 a 2010 nas duas principais cidades que compõem o Sudeste brasileiro – Rio de Janeiro (-48,6%) e São Paulo (-67,0%).

Alguns estudos apontaram para possíveis causas dessa redução, dentre as quais destacam-se importantes investimentos do governo em segurança pública na cidade do Rio de Janeiro, com a implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) (NEVES; GARCIA,

2015) e na cidade de São Paulo foram realizados investimentos maciços em políticas sociais, em torno de 352% nos campos da educação, saúde, segurança pública e cultura (PERES, et al., 2011).

Alguns estudos nacionais e internacionais apontam possíveis saídas para o enfrentamento do homicídio, como a igualdade de oportunidades, investimentos em segurança pública, saúde e educação, na perspectiva de amenizar as desigualdades sociais que, por vezes, colocam jovens em situações de vulnerabilização (SOUZA et al. 2014; ARAÚJO, 2007, ALVES, et al. 2014). Por outro lado, Pereira e colaboradores (2016) acrescentam que a violência não pode ser explicada por indicadores exclusivamente de ordem econômica e social, mas deve-se levar em consideração variáveis como “raça/cor da pele”, “sexo” e “idade”.

Cumprido salientar que os homicídios no Brasil representam um problema que vem se agravando nos grupos mais vulnerabilizados, em especial na população negra. Esse crescente impacto do homicídio, de forma mais perversa na população negra, tem se traduzido ao que chamamos de uma “morte seletiva” termo utilizado por Jacob Waiselfisz (2013) em uma de suas publicações. Essas mortes violentas ancoram-se em processos sociais desiguais e injustos, e o conhecimento epidemiológico por si só, não é suficiente, por se tratar de um fenômeno complexo, multisetorial que exige mudanças tanto na sociedade quanto investimento estatal.

O estudo possui limitações que merecem ser pontuadas, uma vez que estudos de série temporal sobre mortalidade são passíveis de estimação não verossímil devido a subnotificação e informações incompletas nas declarações de óbitos, também apresenta dificuldades em atribuir em nível individual o que foi observado em nível de agregado.

Neste sentido, é mandatário a realização de novos estudos que busquem analisar a queda brusca na TMH do Sudeste nos últimos anos, na perspectiva de encontrar caminhos viáveis para o enfrentamento da mortalidade violenta de jovens, principalmente de jovens negros, nas demais regiões do país. O aprofundamento do debate sobre as questões raciais no Brasil se faz importante na medida em que tem como perspectiva ampliar novos olhares sobre as iniquidades sociais, minimizar as disparidades em saúde e prevenir a ocorrência de agravos que podem ser evitados. Portanto, torna-se imprescindível estudos com análises mais complexas que incorporem outros preditores capazes de desvelar mais fatores envolvidos na mortalidade por homicídio.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.M. et al. Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, p.1281-1288, 2011.

ANDRADE, L.; MARINHO, A. C. Organização social do território e violência letal na Região Metropolitana de Belo Horizonte: o balanço de uma década. In: ANDRADE, L.; SOUZA, D.; FREIRE, F. H. (Orgs.). **Homicídios nas regiões metropolitanas**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

ANTUNES, J. L.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.565-576, 2015.

AIVES, W.A, et al. Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 23, n.4, 2014.

ARAÚJO, E. M. et al. Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n.1, p.33-39, 2012.

_____. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 405–412, 2009.

_____. Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais. Tese (Doutorado em Saúde Pública). **Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia**, v. 1, p. 204, 2007.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: Causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 5, p. 630–636, 2004.

CAMPBELL, J.C et al. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. **Trauma Violence Abuse**, v.8, n.3, p. 246-69, 2007.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; LIMA, R.S; BUENO.S.; HANASHIRO, O.; BATISTA, F.; NICOLATO, P. Atlas da Violência 2016, Brasília, nº 17, IPEA, 2016. 54p. Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada, **IPEA 2016**. Disponível em: www.ipea.gov.br Acesso em: 20 jan. 2017.

CERVANTES, C.A.D.; MONTAÑO, A.M.P. Magnitud y tendencia de la mortalidad por homicidios en Colombia y México, 2000–2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Colômbia v.36, n.1, 2014.

KRIEGER, N. Epidemiology, racism, and health: the case of low birth weight. **Epidemiology**, v.11, p.237-9, 2000.

MACEDO, A. C; PAIM, J. S; SILVA, L. M. V.; COSTA, M. C . Violência e desigualdade social : mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 515–522, 2001.

MANSANO, N.H. et al. Homicídios em homens jovens de 10 a 24 anos e condições sociais em municípios do Paraná e Santa Catarina, Brasil, 2001 – 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.2, p. 213-214, 2013.

McCALL PL, PARKER KF, MACDONALD JM. The dynamic relationship between homicide rates and social, economic, and political factors from 1970 to 2000. **Social Science Research**, v.37, n.3, p. 721-735, 2008.

MENEGHELL, S.N., HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011.

MINAYO, M.C.S. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira Estado População*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 135-140, 2009.

MINAYO, M.C.S. Violência: termômetro social. *Revista Médicos*, Natal, ano 2, n. 8, p. 68-72, 1999. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Status Report on Violence Prevention 2014. **World**, p. 100, 2014.

MOURA, E.C., et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n. 3, p.779-788, 2015

NEVES, A.C.M., GARCIA, L.P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.4, p. 595-606, 2015.

NERY, F. S. Mortalidade no Estado da Bahia: análise dos diferenciais segundo a raça cor da pele entre 2000 a 2010. **Dissertação (mestrado acadêmico)** -Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Feira de Santana, 2014.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p.57-60, 2004.

OSÓRIO, R.G. O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Texto para discussão, 996, nov. 2003.

PEREIRA, F.N.A; QUEIROZ, B.L. Diferenciais de mortalidade jovem no Brasil: a importância dos fatores socioeconômicos dos domicílios e das condições de vida nos municípios e estados brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.9, 2016.

PERES, M.F.T. et al. Queda dos homicídios no Município de São Paulo: uma análise exploratória de possíveis condicionantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.4, p. 709-21, 2011.

REICHENHEIM, M.E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, v.377, n.9781, 2011.

R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL.

SOARES FILHO, A. M. Homicide victimization according to racial characteristics in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 455–745, 2011.

SOARES FILHO, A. M. ET AL. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 7–18, 2007.

SZWARCWALD, C.L, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do SINASC nos municípios brasileiros. In: Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 79-98, 2011.

SOUZA, E.R., MINAYO M.C.S. Mortalidade de jovens de 15 a 29 anos por violências e acidentes no Brasil: situação atual, tendências e perspectivas. In: **Rede Interagencial de**

informações para a saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS; p. 113-142, 2009.

SOUZA, T.O; SOUZA, E.R; PINTO, L.W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010 **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p. 1889-1900, 2014.

SOUZA, E.R., LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11,p.1211-1222, 2007.

SOUZA, M. D. F. M. DE et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 33 - 44, 2007.

UNICEF. O Direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. **Situação da Adolescência Brasileira**, p. 182, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME-UNODC. **Global study on homicide 2013**. Vienna, 2011. Disponível em: <http://www.unodc.org/>. Acesso em: 9 nov 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011: Os jovens no Brasil**. Brasília, DF. 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2013: Mortes Matadas por Armas de Fogo**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, 55p, 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil**. 1ª ed., Brasília-DF, 2015.

ARTIGO II

FERNANDES, Alessandra Rabelo Gonçalves. Mortalidade por homicídios e desigualdades sociais segundo a raça/cor da pele no Brasil: um estudo ecológico. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

MORTALIDADE POR HOMICÍDIO E DESIGUALDADES SOCIAIS SEGUNDO A RAÇA/COR DA PELE NO BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO

Alessandra Rabelo G. Fernandes
Edna Maria de Araújo

RESUMO

O homicídio é um importante indicador social, se expressa por múltiplas causas, associadas a contextos de desigualdade e desorganização social. O objetivo deste estudo é analisar a associação entre a mortalidade por homicídio e a proporção da população negra masculina de 15 a 49 anos, e indicadores socioeconômicos e demográficos, assim como distribuir espacialmente os homicídios por raça/cor da pele no território brasileiro no período de 2005 a 2014. Trata-se de um estudo ecológico misto e analítico. A unidade de análise compreendeu os 27 estados brasileiros, e os dados de séries temporais referem-se aos anos de 2005 a 2014. Os óbitos foram obtidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, e a base populacional utilizada para o cálculo das taxas foi disponibilizada pelo IBGE, assim como os indicadores socioeconômicos e demográficos. Para análise dos dados foram utilizados o método de análise por Dados em Painel com resposta binomial negativa e modelo de efeitos fixos. Adotou-se a técnica de interpolação linear para os indicadores utilizados. Os achados do estudo evidenciaram uma sobremortalidade masculina negra na maior parte dos estados brasileiros. As áreas com maior proporção da população masculina negra de 15 a 49 anos, apresentaram maiores riscos de morte por homicídio, e ainda quando ajustada para as outras co-variáveis presentes no modelo não perdeu a força da associação e significância estatística. O IDH e taxa de desemprego apresentaram relação direta com os homicídios, enquanto que índice de Gini, taxa de analfabetismo, taxa de urbanização apresentaram relação inversa. Os resultados indicaram um risco de morte por homicídio masculino em estados brasileiros de 47,24%, cuja proporção da população negra é maior que 75,0% ($RR_{ajustado} = 1,47$; $p=0,01$; $IC_{95\%} = 1,18-1,83$). Vale destacar que maior proporção da população masculina negra por estado *per se* não é suficiente para explicar as mortes por homicídio, uma vez que, o homicídio é um fenômeno social complexo, multifacetado, e que ainda necessita ser melhor esclarecido, mas esse é um fator que deve ser considerado nas políticas públicas existentes ou naquelas a serem implementadas.

Palavras-chave: mortalidade, homicídio, raça/cor da pele, indicadores sociais

**Mortality due to homicide and social inequalities according to race/skin color in Brazil:
an ecological study.**

**Alessandra Rabelo G. Fernandes
Edna Maria de Araújo**

ABSTRACT

Homicide is an important social indicator, expressed by multiple causes, associated to contexts of inequality and social disorganization. The objective of this study was to analyze the association between homicide mortality and the proportion of the Black male population aged 15 to 49 years and socioeconomic and demographic indicators, as well as to spatially distribute the homicides by race / skin color in the Brazilian territory in the period of 2005 to 2014. It is an ecological analytical study, the technique of spatial analysis was used to distribute the death rates due to homicide. The analysis unit comprised the 27 Brazilian states, and the time series data refer to the years 2005 to 2014. The death data were obtained from the Mortality Information System, and the population base used to calculate the rates as well as socioeconomic and demographic indicators were obtained from IBGE, To analyze the data, the Panel Data analysis method with negative binomial response and fixed effects model were used. The technique of linear interpolation of the indicators was used to reduce the biases of the research. The findings of the study showed a Black male overmortality in most Brazilian states. The areas with the highest proportion of the black male population aged 15-49 had a higher risk of death due to homicide, and even when adjusted with the other covariables present in the model, the association strength and statistical significance were not lost. The HDI and the unemployment rate were directly related to the homicides, while the Gini Index, illiteracy rate and urbanization rate presented an inverse relation. The results indicated a 47.24% risk of death from male homicide in Brazilian states, whose proportion of the Black population is greater than 75.0% (adjusted RR = 1.47, p = 0.01, 95% CI = 1, 18-1, 83). It is worth noting that a greater proportion of the Black male population per se is not able to explain violent deaths, since, as already mentioned, homicide is a complex social phenomenon, multifaceted, and still needs to be better clarified.

Keywords: mortality, homicide, race/skin color, social indicators

INTRODUÇÃO

O homicídio é considerado um fenômeno social, e para a Saúde Pública, esta causa de morte possui múltiplas determinações, por vezes, associada a contextos macroestruturais de desigualdades (MINAYO, 1994). O homicídio é um indicador social, que pode ser considerado produto da (des)organização social, e sua maior ocorrência localiza-se em grandes centros urbanos (WAILSELFIZ, 2013), cenário de injúrias sociais atrelado a fragilidade de políticas públicas para o enfrentamento da problemática.

Vale destacar que o homicídio integra o grupo das mortes por causas externas, conforme a classificação internacional da doença (CID-10) e também é considerado como lesão provocada a outrem ou intencional (MELLO-JORGE; KOIZUMI; TONO, 2007). Pela definição jurídica, o homicídio é considerado como a “ação de matar o outro”, e este pode ser classificado em: homicídio doloso quando há intencionalidade, e o homicídio culposo quando não há intenção direta, seja por negligência, imprudência ou imperícia (GRECO, 2016).

Aliado a esses conceitos, é importante destacar que as diferenças raciais têm tido seu papel de destaque no estudo sobre homicídio, uma vez que as pesquisas vêm convergindo no entendimento de que os negros são mais expostos as mortes por homicídios, por possuírem os piores indicadores sociais quando comparado aos brancos (ARAÚJO, 2009; BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004; ARAÚJO, 2007; SOARES FILHO, et al. 2007; SILVA, CARNEIRO, 2009).

Estudos no Brasil, conduzidos por Jacob Wailselfiz, demonstram que os homicídios têm sofrido incremento nos últimos anos. No período entre 2000 a 2011 houve um aumento de 15,1% na taxa de homicídios no país. Dessas mortes, o sexo masculino tem ganhado grande destaque, em 2014, 94,4% das mortes por homicídio ocorreram no sexo masculino (WAILSELFIZ, 2014), sendo assim, os homens, principalmente jovens negros são alvos da violência por esta causa de morte no país (PNUD, 2005).

As pesquisas têm mostrado que os homens negros na faixa etária de 15 a 49 anos são os mais vitimizados por causas violentas (ARAÚJO et al., 2010; SOARES FILHO et al., 2011;

ANDRADE et al. 2011, SOUZA, et al., 2007). Em 2012, das 475 mil mortes por homicídios, 60,0% eram do sexo masculino (OMS, 2014).

Nos estados como Rio de Janeiro e São Paulo, em 20 anos, os coeficientes de homicídios sofreram um incremento de 230,0% (ZALUAR; BARCELLOS, 2013). Em contraposição, pesquisas atuais têm demonstrado uma significativa redução das taxas de homicídios nesses estados decorrente de importantes investimentos nas áreas sociais e de segurança pública (PERES, et al, 2011). Dessa forma, é importante destacar o papel dos indicadores sociais no enfrentamento desta problemática.

Nos últimos anos, a literatura tem apontado a relação entre desigualdades socioeconômicas e homicídios. Segundo pesquisa do IPEA (2015), o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) no Brasil sofreu redução nos anos de 2000 a 2010, indicando que o país obteve melhorias nos indicadores de renda e trabalho, muito embora regiões como o Norte e Nordeste destacam-se como de alta vulnerabilidade em relação as demais regiões do país. Assim, os resultados fortalecem o entendimento de que há uma distribuição desigual dos homicídios no território brasileiro, em partes, ancorados pela discrepância socioeconômica do país.

Estudos internacionais e nacionais apontam para a direção de que a melhoria dos indicadores sociais, aliado a investimento em segurança pública são determinantes para a diminuição das taxas dos homicídios (BLUMSTEIN et al, 2000; BRUSH, 2007; PERES, et al. 2001. Para Lima e colaboradores (2005), uma das justificativas para elevadas taxas dos homicídios decorre muitas vezes da posição econômica do indivíduo em relação aos padrões sociais vigentes.

Há uma discussão antiga acerca da interação entre o espaço e a saúde coletiva, inclusive apontando que as relações que se estabelecem com o espaço repercutem no processo saúde-doença do indivíduo (WERNECK, PEREZ, 2009; MACHADO, 1978). Estudos de agregados no Brasil têm aplicado a técnica de análise espacial para pesquisas sobre mortalidade (SANTOS et.al., 2012; ANDRADE et. al.2012; LIMA et al, 2005; ARAÚJO, 2007; DUARTE et al.,2012), a argumentação parte do pressuposto que de alguma forma o espaço social possui interações com a saúde da população.

Dada a complexidade do fenômeno, não há consenso na literatura sobre os reais determinantes para a ocorrência dos homicídios, todavia, as últimas pesquisas relacionadas ao assunto têm apontado uma rede de causas de cunho econômico, demográfico e social.

A hipótese ecológica a ser testada no estudo é que nos estados brasileiros, à medida que aumenta a proporção da população masculina negra aumenta-se o risco na mortalidade por homicídios. O objetivo deste artigo é analisar a associação entre a taxa de mortalidade por homicídios masculina e os indicadores socioeconômicos e demográficos e distribuir espacialmente os homicídios por raça/cor da pele no território brasileiro. e.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico misto, analítico, que buscou analisar a associação entre mortalidade por homicídio e indicadores sociais e distribuir espacialmente as mortes por homicídios segundo raça/cor da pele nos estados brasileiros no período de 2005 a 2014. O estudo adotou uma abordagem ecológica e longitudinal através da utilização dos dados em painel, esse tipo de técnica permite analisar duas dimensões – espacial e temporal. Assim, no presente estudo a unidade de análise compreendeu os 27 estados brasileiros, e os dados de séries temporais referem-se aos anos de 2005 a 2014.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)-órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), no período de 2005 a 2014. Para estimativa populacional dos anos intercensitários utilizou-se os dados disponíveis no Banco Multidimensional de Estatística (BME) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A proporção da população masculina negra (pretos e pardos) com idade de 15 a 49 anos foi considerada como preditor principal, e as co-variáveis foram: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Gini, Taxa de desemprego, Taxa de analfabetismo e Taxa de urbanização. As co-variáveis socioeconômicas e demográficas foram extraídas do censo de 2010. A variável desfecho foram as taxas de óbitos totais por homicídio ocorridos na população masculina de 15 a 49 anos negra (pretos e pardos) e branca. Os critérios de inclusão foram os óbitos masculinos de 15 a 49 anos de idade e raça/cor da pele branca e negra ocorridos no período de 2005 a 2014. Denomina-se negro o somatório das cores ‘preta’ e ‘parda’ (OLIVEIRA, 2004).

Segundo Relatório de Desenvolvimento Humano 2015 (RDH), o Brasil apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,755 para o ano de 2014, e ocupou a septuagésima quinta posição no ranking entre 188 países reconhecidos pela Organização das

Nações Unidas (ONU), sendo classificado como país de IDH elevado, e o quarto país da América do Sul com melhor IDH, perdendo apenas para Argentina, Uruguai e Venezuela (PNUD, 2015).

O IDH mede o desenvolvimento humano de um país, e a sua medida varia de zero a um, quanto mais próximo de 1 (um) maior o desenvolvimento humano de um país (IPEA, 2013). Este desenvolvimento humano representa um processo de ampliação das capacidades humanas e das oportunidades disponíveis para que as pessoas tenham uma vida desejável (IPEA, 2015). Por sua vez, o Índice de Gini é um indicador que mede desigualdade, ou seja, valores próximos a zero significa plena igualdade de renda e se alcançar o número 1 reflete a absoluta desigualdade (IPEA, 2006)

Cumprido salientar que os dados do censo são disponibilizados a cada 10 anos, por sua vez, foi aplicada a técnica de interpolação linear simples para os indicadores sociais na perspectiva de diminuir possíveis vieses e se obter uma maior aproximação com a realidade. O estudo utilizou a classificação genérica de homicídios – *agressão* – código (X85-Y09) conforme a Classificação Internacional da Doença, em sua 10^a revisão (CID-10).

Na análise dos dados utilizou-se a análise de regressão multivariada para dados em painel com resposta binomial negativa e modelos de efeitos fixos. A regressão por dados em painel usa modelos de efeitos fixos ou aleatórios como estimadores a depender do resultado do seu p-valor (AQUINO, et al 2009). O teste de Hausman indica qual o modelo mais adequado, portanto se o teste indicar um p-valor $< 0,05$, rejeita-se a hipótese nula, o que torna obrigatório o uso do modelo de efeito fixo. Portanto, nesse estudo a escolha foi pelo modelo de efeitos fixos, obedecendo-se ao resultado do referido teste.

Parte dos resultados foi disposta por meio de mapas através da distribuição espacial das taxas de mortalidade por homicídio (TMH) por área geográfica, a partir dos dados de óbitos de brancos e negros ocorridos nos estados brasileiros no período estudado. Esses mapas foram construídos considerando-se as taxas média de mortalidade por homicídio de cada grupo racial no período da série histórica. Os anos da série histórica de 2005 a 2014 foram agregados em dois quinquênios (2005 a 2009 e 2010 a 2014), buscando além da comparação em dois momentos do tempo, essa técnica permite suavizar os dados e alcançar maior estabilidade dos indicadores calculados. Ressalta-se que o mapa quantitativo possibilita descrever o quanto a variável de interesse está presente em uma determinada área (BRASIL, 2006).

As TMH foram distribuídas espacialmente adotando-se a divisão em quartis no período de 2005 a 2014. As vantagens da divisão em quartis dizem respeito a existência de classes com valores mínimos e máximos que possibilitam a comparação das amostras em outras classes (SLOCUM et al, 2005).

Para a construção dos mapas temáticos foi necessário lançar mãos dos dados cartográficos de cada estado. Ressalta-se que a apresentação cartográfica desses mapas se deu por polígonos, que representa a unidade de análise por área. O programa que foi utilizado é o Arcview GIS 3.2, e como produto final dessa espacialização foram construídos mapas dos homicídios por raça/cor da pele nos estados do Brasil. O pacote estatístico que se utilizou para o processamento e análise dos dados foi o R (R Development Core Team, 2011) e Stata.

Por tratar-se de dados secundários não foi necessário submeter o estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa, já que os dados foram retirados de sistemas de registros públicos e se preservou a identidade dos sujeitos estudados. Dessa forma, não houve prejuízo de qualquer ordem física ou psíquica para o participante da pesquisa, conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

No Brasil, a taxa bruta média anual dos homicídios masculino, independente de raça/cor da pele, na população de 15 a 49 anos, no período entre 2005 a 2014 foi de 77,0 mortes para cada 100 mil habitantes, correspondendo a um total de 395.837 óbitos por esta causa. Para o mesmo período, a taxa bruta média dos homicídios masculino da raça/cor branca foi de 40,0 óbitos para 100 mil habitantes representando um total de 109.948, e para os homicídios masculino da raça/cor negra foi de 121,0 óbitos para cada 100 mil habitantes representando um total de 285.889 óbitos. Esse resultado aponta que para cada morte de 1(um) homem branco, três negros morreram vítimas de homicídio no Brasil nos dez anos analisados pelo estudo. Os números são alarmantes, na medida em que constata-se um percentual de 72,0% de mortes por homicídios ocorridos no país na população negra, do total de óbitos ocorridos no período analisado.

A classificação das TMH por estado foi obtida a partir do cálculo dos quartis no período de 2005 a 2014. Dessa forma, os estados que apresentaram taxa bruta média superior

a 98,3 óbitos por 100 mil habitantes, na população masculina independente de raça/cor da pele, em ordem decrescente, foram: Alagoas, Pernambuco, Espírito Santo, Pará, Rio de Janeiro, Sergipe e Bahia.

Ao estratificar os dados por raça/cor da pele, verificou-se que os estados de Alagoas, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Pará, Distrito Federal, Goiás, expressaram, em ordem decrescente taxa média superior a 122,9 óbitos para cada 100 mil habitantes para a população negra. Enquanto, as maiores taxas observadas na população branca ocorreram nos estados do Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso do Sul, expressando taxas acima de 48,7 óbitos para cada 100 mil habitantes. Esses resultados podem ser visualizados na tabela 01.

Destaca-se também dos estados brasileiros que apresentaram as maiores taxas de homicídio, a mortalidade masculina negra foi superior a branca, como mostrado na tabela 01. Os dados apontam para a direção de que estados com elevadas TMH expressaram indicadores desvantajosos, com elevadas taxas de analfabetismo, desemprego e urbanização.

Além disso, o Índice de Gini foi maior que 0,5 evidenciando que possivelmente há relação entre esse indicador e a mortalidade por homicídio no país (Tabela 01). Embora os indicadores socioeconômicos e demográficos apresentem valores relativamente próximos para os estados classificados com as maiores TMH, ainda assim, a população masculina negra apresenta taxas bem maiores quando comparado a população masculina branca.

A análise das áreas geográficas possibilita afirmar que para estados mais próximos geograficamente, as taxas de homicídios são mais homogêneas, do que estados mais distantes. As áreas mais claras no mapa são representadas pelos estados com as menores taxas de homicídio no período analisado, e a medida que as cores se intensificam as taxas de homicídio aumentam, conforme a distribuição por quartis.

Tabela 01 – Taxa de mortalidade por homicídios masculino de 15 a 49 anos nos estados brasileiros com as maiores taxas segundo raça/cor da pele e seus indicadores sociodemográficos, 2005-2014.

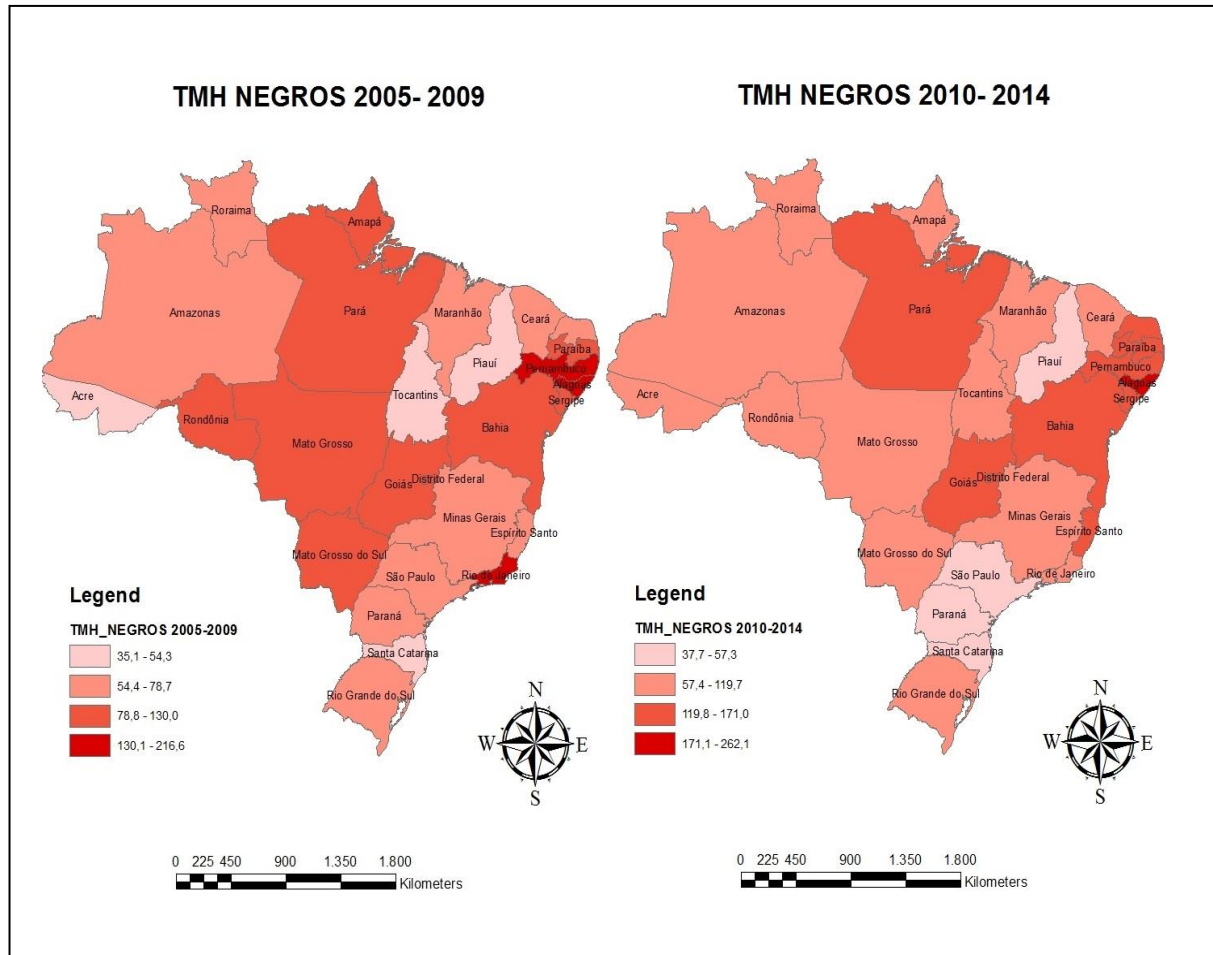
Estados	Indicadores sociodemográficos*					
	TMH	IDH	Gini	Taxa urbanização	Taxa analfabetismo	Taxa desemprego
<i>Negros</i>						
Brasil	121,0	0,9	0,6	0,8	9,4	7,4
Alagoas	225,8	0,6	0,6	0,7	17,4	10,9
Pernambuco	186,4	0,6	0,6	0,8	17,4	10,9
Espírito Santo	169,9	0,7	0,5	0,8	8,0	6,9
Rio de Janeiro	145,8	0,7	0,6	0,9	4,2	8,2
Pará	133,2	0,6	0,6	0,6	11,6	9,0
Distrito Federal	130,7	0,8	0,5	0,9	3,6	7,8
Goiás	124,4	0,8	0,5	0,9	7,6	5,9
<i>Branços</i>						
Brasil	40,0	0,9	0,6	0,8	9,4	7,4
Paraná	104,5	0,7	0,5	0,8	6,1	4,8
Rio de Janeiro	65,9	0,7	0,6	0,9	4,2	8,2
Rio Grande do Sul	59,3	0,7	0,6	0,8	4,4	4,7
Rondônia	59,3	0,6	0,5	0,7	8,8	5,3
Mato Grosso	58,2	0,7	0,5	0,7	8,4	6,0
Goiás	54,8	0,8	0,5	0,9	7,6	5,9
Mato Grosso do Sul	54,1	0,7	0,5	0,8	8,8	5,9

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datusus/Tabnet).

* Todos os indicadores, exceto a TMH, referem-se ao censo 2010.

Nessa perspectiva, a visualização da figura 01 permite afirmar que os estados de maior ocorrência de óbitos para a população masculina negra concentram-se na região Nordeste tanto no primeiro quinquênio (2005-2009), quanto no segundo quinquênio (2010-2015), e Alagoas desponta nos últimos cinco anos (2010-2015) em primeiro lugar como estado de maiores taxas de homicídio para a população masculina negra. Dos estados que compõe o Norte do país, houve redução no Amapá e Rondônia, sendo que o Acre apresentou

incremento. Entretanto, estados como o Rio de Janeiro e São Paulo sofreram decréscimo em suas taxas.

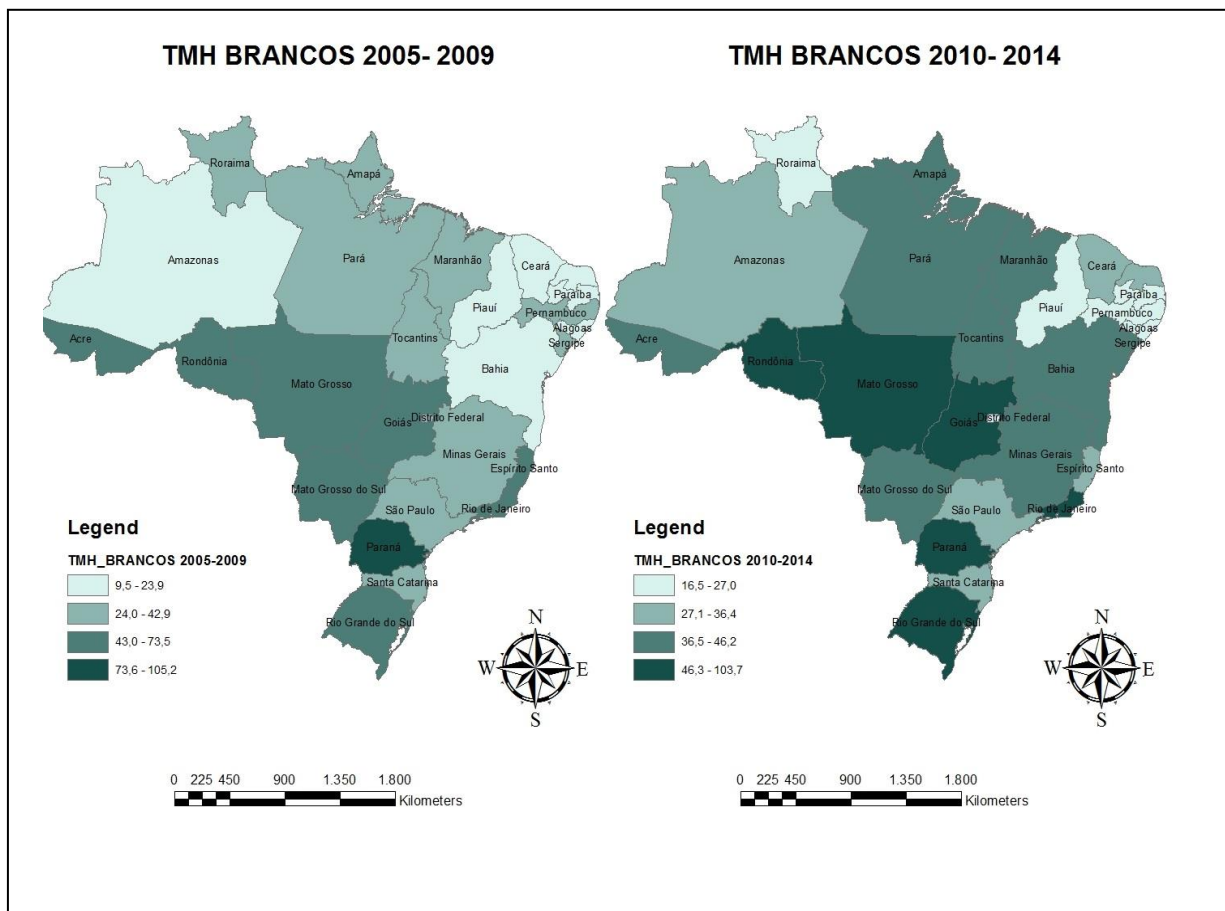


Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datusus/Tabnet).

Figura 01- Taxa bruta média da mortalidade por homicídio para cada 100 mil habitantes da população masculina negra de 15 a 49 anos, segundo raça/cor da pele no Brasil, 2005 a 2014.

Da mesma forma, os estados que apresentaram incremento maior que 50,0% referente as taxas de homicídios para a população masculina negra, quando comparado os dois períodos analisados foram: Espírito Santo (148,5%), Rio Grande do Norte (138,4%), Sergipe (77,5%), Paraíba (62,2%) e Ceará (60,8%), Maranhão (58,6%). Por sua vez, para a população branca os estados que se destacaram foram: Amazonas (82,0%), Paraíba (73,0%), Bahia (62,0%), Ceará (55,8%) e Tocantins (50,9%) (dados não mostrados).

O mapa da figura 02 revela um aumento da taxa média bruta de mortalidade por homicídio para a população branca sendo possível visualizar que essas mortes concentram-se principalmente na região Sul e Centro-Oeste do país. Ao analisar os dois quinquênios, no estado de São Paulo verificou-se um decréscimo desta taxa, o mesmo não ocorreu no Rio de Janeiro, pois este estado sofreu incremento na TMH. Para a região Sul apenas Santa Catarina não sofreu acréscimo significativo em suas taxas, ao passo que Rio Grande do Sul mostrou leve crescimento em suas taxas e o Paraná permaneceu com elevadas taxas.



Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datusus/Tabnet)

Figura 02-Taxa bruta média da mortalidade por homicídio para cada 100 mil habitantes da população masculina branca de 15 a 49 anos, segundo raça/cor da pele no Brasil, 2005 a 2014.

A análise da regressão binomial negativa a partir da modelagem de efeitos fixos para as variáveis independentes foram estatisticamente significantes: o Índice de Gini (0,6) e o IDH (0,08). Em relação a esses indicadores, o IDH obteve relação direta com os homicídios, já o índice de Gini apresentou relação inversa. A taxa de analfabetismo e de urbanização

apontaram coeficientes negativos, ou seja, relação inversa aos homicídios, estes resultados não foram estatisticamente significantes. Em relação a taxa de desemprego, o coeficiente foi positivo indicando uma relação direta entre homicídios e desemprego, muito embora o p-valor (0,059) tenha sido limítrofe. (Tabela 02).

Tabela 02 - Modelo de efeitos fixos para associação bivariada entre a Taxa de mortalidade por homicídio por proporção da população negra e indicadores socioeconômicos no Brasil, 2005 a 2014.

Variáveis	Coefficiente	Erro Padrão	p-valor	IC _{95%}
Proporção da população masculina negra				
≤ 57,0 % (Ref)	1.00			
> 75,0%	0.389	0.111	0.001	(0.16, 0.60)
≤ 75,0% e > 57,0%	0.116	0.055	0.038	(0.00, 0.22)
Índice de Desenvolvimento Humano	0.082	0.031	0.008	(0.21, 0.14)
Índice de Gini	-6.645	1.174	0.000	(-8.94, -4.34)
Taxa urbanização	-1.423	0.960	0.138	(-3.30, 0.45)
Taxa analfabetismo	-0.001	0.007	0.841	(-0.01, 0.01)
Taxa desemprego	0.0003	0.0001	0.059	(-0.00, 0.00)

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datusus/Tabnet).

A associação entre as taxas de homicídio e a *proporção da população masculina negra de 15-49 anos maior que 75,0%* nos estados brasileiros foi positiva e à medida que aumenta esta proporção aumenta também o risco de morte por homicídio e esses resultados foram estatisticamente significantes ($RR_{ajustado} = 1,47$; $p=0,01$; $IC_{95\%} = 1,18-1,83$). Os dados apontam que a variável independente principal agrega mais força quando ajustada pelas outras co-variáveis do modelo, o que faz pressupor que embora haja uma interação entre os indicadores sociodemográficos, não há perda da força da associação principal (Tabela 02). É importante destacar que a proporção masculina negra menor que 57,0% foi adotada como referência para a o estudo.

De outro modo, ao analisar a proporção da população masculina negra entre 57,0% a 75,0%, percebe-se que a variável quando analisada isoladamente perde a significância estatística com $RR_{sem\ ajuste} = 1,09$ ($p\text{-valor} = 0,217$; $IC_{95\%} = 0,94- 1,26$), passando para o RR

ajustado= 1,12 estatisticamente significativa (p-valor=0,03; IC_{95%}= 1,006- 1,25). O dado aponta que a variável independente ganha força na associação quando ajustada para as demais co-variáveis (Tabela 03).

Conclui-se que há um risco de morte por homicídio de 47,24% da população masculina em estados brasileiros cuja proporção da população negra é maior que 75,0%. Já para proporção da população negra masculina entre 57,0% a 75,0%, foi observado um risco de morte por homicídio de 12,3%. Ambos os resultados foram estatisticamente significantes (Tabela 3).

Tabela 03 – Risco Relativo para associação entre a Taxa de mortalidade por homicídio e indicadores socioeconômicos no Brasil, 2005 a 2014.

Variáveis	TMH			
	RR(IC _{95%}) sem ajuste	p-valor	RR (IC _{95%}) Ajustado	p-valor**
Proporção da população masculina negra				
≤ 57,0 % (Ref)*	1.00		1.00	
> 75,0%	1.34 (1.06, 1.68)	0.012	1.474 (1.18, 1.83)	0.001
≤ 75,0% e > 57,0%	1.09 (0.94, 1.26)	0.217	1.123 (1.00, 1.25)	0.038
Índice de Desenvolvimento Humano	-	-	1.086 (1.02, 1.15)	0.008
Índice de Gini	-	-	0.001 (0.00, 0.01)	0.000
Taxa urbanização	-	-	0.240 (0.03, 1.58)	0.138
Taxa desemprego	-	-	0.998 (0.98, 1.01)	0.841
Taxa de analfabetismo	-	-	1.00 (0.99, 1.00)	0.059

Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informação sobre Mortalidades (Datusus/Tabnet).

*Categoria de referência

** Ajustado para as demais variáveis do modelo

Portanto, os achados apresentados neste estudo sustentam a hipótese de que a maior proporção da população masculina negra de 15 a 49 anos nos estados brasileiros, contribui para o aumento do risco da mortalidade por homicídio nesses estados.

DISCUSSÃO

O estudo buscou investigar a associação entre proporção da população masculina negra, IDH, Índice de Gini, taxa de analfabetismo, taxa de urbanização, taxa de desemprego com as mortes por homicídios nos estados brasileiros, no período de 2005 a 2014. O modelo de análise foi construído partindo da hipótese de que a maior proporção da população masculina negra de 15 a 49 anos aumentaria o risco para mortes por homicídio.

Os achados do estudo evidenciaram uma sobremortalidade masculina negra na maior parte dos estados brasileiros. Dentre estes, os que mais se destacaram com elevadas taxas de homicídio foram: Alagoas, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Pará, Distrito Federal, Goiás. De outro modo, os homicídios acometeram a população branca masculina de forma mais contundente nos estados do Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso do Sul. Diversos estudos no Brasil têm apontado altas taxas de homicídios nesses estados (SOARES FILHO, ET AL. 2007; ALVES, et al, 2014; ANDRADE, 2011; ANDRADE, 2013; WAISELFISZ 2013), e apesar dos últimos anos os estados do Rio de Janeiro e São Paulo vivenciarem importante redução dessas mortes violentas (PERES, et al. 2011), ainda apresentam elevados índices de mortalidade por homicídio, principalmente para a população negra masculina.

O estudo evidenciou também que áreas com maior proporção da população masculina negra de 15 a 49 anos apresentaram maior risco de morte por homicídio, e ainda quando ajustada com as outras co-variáveis presentes no modelo não perdeu a força da associação e significância estatística. Em relação aos indicadores analisados, apenas o IDH e taxa de desemprego apresentaram relação direta com os homicídios, enquanto que Índice de Gini, taxa de analfabetismo, taxa de urbanização apresentaram relação inversa.

Ainda que descritivamente, boa parte dos estados brasileiros, que despontaram com altas taxas de homicídio independente de raça/cor da pele, figuraram como áreas de desigualdades de renda, altas taxas de analfabetismo, desemprego e elevado grau de urbanização. No que se refere as TMH específicas por raça/cor da pele, mesmo aqueles estados que possui altas taxas de homicídio tanto para homens negros quanto para brancos, a exemplo do Rio de Janeiro, a proporção das mortes da população masculina negra é mais que o dobro em comparação com a população masculina branca.

Este estudo configura-se como de grande importância para a Saúde Pública por possibilitar o reconhecimento de áreas de risco para as mortes por homicídio, e ampliar os diversos olhares sobre os fatores que determinam a ocorrência desse agravo a saúde que pode ser evitável, se implementadas políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da problemática. Nesse aspecto, Udelysses (2008) traz importante contribuição, ao apontar que a utilização de técnicas de análise espacial permite identificar tanto áreas geográficas como as populações que apresentam maior risco de mortes precoces, e evitáveis como é o caso dos homicídios.

Por outro lado, o estudo possui limitações próprias de desenhos ecológicos, uma vez que foi utilizado dados de base secundária, que sofrem interferência da subnotificação. Apesar de grandes avanços nos últimos anos, o sistema de informação em saúde no Brasil ainda enfrenta problemas relacionados a qualidade das informações (FERREIRA, 2011).

Ademais, o estudo utilizou duas bases de dados – IBGE e SIM/DATASUS - o que pode comprometer o cruzamento das informações. Araújo e colaboradores (2010) apontaram dificuldades em relação a estudo de raça/cor da pele que utilizam duas bases de dados, ao afirmarem que o médico legista ou a família da vítima são responsáveis por classificar a raça/cor da vítima enquanto os dados populacionais para o cálculo da TMH são provenientes do IBGE que utiliza o critério da auto-classificação da raça/cor da pele

Os achados da pesquisa são semelhantes aos dados divulgados pelo Mapa da Violência 2015, ao constatar em todas as regiões do Brasil um aumento na TMH, exceto para o Sudeste que sofreu redução (WAISELFISZ, 2015). Assim como, estudos conduzidos por Minayo (2009), nos anos de 1980 a 2005, apontaram crescimento da TMH no Norte e Nordeste do país.

Pesquisa realizada por Soares Filho e colaboradores (2007) concluiu que o Norte, Nordeste e Centro-Oeste expressaram maior ocorrência de homicídio na raça negra. É possível inferir que o aumento das TMH nos estados do Norte e Nordeste do país pode ter sido causado por melhorias na qualidade das informações geradas, fruto da iniciativa de algumas pesquisas e investimentos do Ministério da Saúde (SZWARCOWALD, 2011). Por sua vez, a redução da TMH no Sudeste é justificada por importantes investimentos do governo em segurança pública e em áreas sociais, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (NEVES; GARCIA, 2015; PERES, et al., 2011).

Pesquisas internacionais e nacionais têm chamado à atenção para a associação entre os indicadores socioeconômicos e homicídios (GREENBERG, SCHNEIDER, 1994, MINAYO, 2006; PERES et al. 2012; ARAÚJO et al 2009; MACEDO et al. 2001). No Brasil, diversos estudos, cuja unidade de análise foram os estados brasileiros, indicaram relações entre violência por homicídio e indicadores de desigualdades (BARATA; RIBEIRO, 2000; SZWARCOWALD et al, 1999).

Poucos são os estudos que se propõem a estudar a contribuição da variável raça/cor da pele como determinante das mortes violentas. Na literatura nacional cabe destacar o estudo realizado na cidade de Salvador, conduzido por Araújo e colaboradores (2010), que analisou a relação entre taxas de homicídio e áreas com maior proporção da população masculina negra. Neste estudo, os autores concluíram através de um estudo ecológico no qual utilizou técnicas de análise espacial, que áreas da cidade de Salvador com maior proporção de população negra masculina de 15 a 49 anos apresentaram maior risco para homicídios, e estas áreas apresentaram indicadores socioeconômicos desfavoráveis para a sua população.

Pesquisa realizada por Lima e colaboradores (2005) em Pernambuco encontrou achados semelhantes ao do presente estudo para a relação inversa da taxa de analfabetismo com os homicídios, assim também, Araújo e colaboradores (2010) observaram relação inversa entre esse indicador e as mortes por homicídio. No que se refere ao Índice de Gini, que expressa a desigualdade de renda, outras pesquisas que investigaram este indicador observaram associação negativa (Lima et al. 2005; Araújo, et al. 2010). Inclusive, Winzer (2016), após técnicas de análise de correlação e regressão concluiu que a diminuição do Índice de Gini não necessariamente implica na diminuição nas taxas de homicídio.

Em contraposição, Mansano e colaboradores (2013), identificaram de forma descritiva que municípios brasileiros com maior índice de Gini, ou seja com pior distribuição de renda, expressaram taxas mais elevadas de homicídio, o que levou estes autores a acreditarem que municípios brasileiros com melhor distribuição de renda têm menor risco de ocorrência de homicídios. Da mesma forma, Barata e Ribeiro (2000) corroboraram com estudo de Mansano, ao afirmar que quanto mais desigual a concentração de renda, piores são as taxas de homicídio.

Outros indicadores demográficos como porte populacional e urbanização também são apontados como determinantes para a ocorrência dos homicídios, como no estudo de Peres e colaboradores (2011), que verificou um maior risco entre os municípios de maior

porte e mais urbanizado. Para Greenberg e Scheneider (1994), as altas taxas observadas em grandes centros urbanos são decorrentes da desindustrialização e ocupação precária de áreas de forma desorganizada pelas classes marginalizadas. As observações realizadas por estes pesquisadores, se contrapõem ao observado nesta presente pesquisa que evidenciou uma relação inversa entre taxa de urbanização e os homicídios.

No que se refere ao IDH, pesquisa realizada nos 27 estados brasileiros, por Winzer (2016), não confirmou que o aumento do IDH prediz diminuição da violência, entretanto observou que ao longo dos anos a diminuição dos homicídios resultou em melhores índices de IDH. Outro estudo citado por este autor, realizado em Mato Grosso do Sul, encontrou associação negativa entre esse indicador e o homicídio. Nesse aspecto, o Programa das Nações Unidas acrescenta que o IDH elevado pode impactar no crescimento da violência, e mesmo em países da América que experimentam melhores índices de desenvolvimento humano, ainda assim convivem com elevadas taxas de violência (MALIK, 2014).

Em relação a taxa de desemprego, indicador de renda avaliado na pesquisa, a autora Cecília Minayo (2006) aponta que os jovens das periferias dos grandes centros urbanos são os que mais sofrem com altas taxas de desemprego, e essas condições facilitam a inserção desses jovens em atos violentos. Assim como Lima e outros (2005) acreditam que elevadas taxas de desemprego associada a pobreza, baixa escolaridade são processos capazes de explicar, em parte, o crescimento da violência.

Estudos de Guimarães (2011), utilizando a técnica dos Mínimos Quadrados Ordinário (MQO) estimou que um aumento de 1,0% no percentual de jovens desempregados gera um aumento de 0,74% dos homicídios em jovens. Ainda nesse aspecto, Peres e colaboradores (2012) ao analisar a relação dos homicídios e indicadores de segurança pública (taxa de encarceramento e atividade policial) no estado de São Paulo, observou que esses indicadores perderam efeito explicativo na associação após controlar a taxa de desemprego, reforçando mais a importância dos indicadores socioeconômicos. Esses autores evidenciaram que a redução em um ponto na taxa de desemprego associa-se a uma redução de cerca de 10% no número de óbitos por homicídios em São Paulo.

Desse modo, ainda que empiricamente, diversas pesquisas têm investigado os possíveis determinantes relacionados aos homicídios no Brasil (ARAÚJO et al., 2010; MACEDO, et al, 2001; PERES, et al. 2012, LIMA et al, 2005), entretanto, não é conclusivo quais destes determinantes seriam diretamente responsáveis pela ocorrência deste evento letal.

Pesquisadores da área têm apontado para a multiplicidade de fatores envolvidos nos homicídios, que transitam desde níveis individuais até macroestruturais de uma sociedade (NOBREGA, 2010; LIMA et al, 2005, WINZER, 2016). Nesse aspecto, Araújo e colaboradores (2010) apontam fatores que merecem ser investigados, como tráfico de drogas, desorganização social por atos migratórios, grupos de extermínio, racismo, violência policial e discriminação entre grupos.

Para tanto, embasados na vasta literatura sobre mortes violentas no Brasil, é possível afirmar que a violência sustenta-se em relações desiguais intrinsecamente relacionadas a contextos sociais desfavoráveis. Somam-se que a variável raça/cor da pele tem sido alvo de pesquisas que buscam investigar as diferenças na distribuição da mortalidade e desigualdade sociais e de saúde. Inclusive, alguns estudos descrevem a existência da relação entre condição de vida desfavorável, mortes violentas e raça/cor da pele, em parte, justificado por Chor e Lima (2005) como fruto da discriminação racial herdada historicamente por gerações.

Do mesmo modo, Araújo e colaboradores (2009) apontam situações de desvantagens que a população negra encontra-se frente a população branca, por vezes, revelada na maioria dos indicadores socioeconômicos. Portanto, outras perguntas de investigação devem ser levantadas a fim de dar conta da complexidade do fenômeno das mortes violentas no Brasil. Assim como a aplicação de análises mais robustas, na perspectiva de fortalecer, ou até mesmo refutar os determinantes envolvidos na mortalidade por homicídio.

Vale destacar que a maior proporção da população masculina negra por estado *per se* não é suficiente para explicar as mortes por homicídio, uma vez que, o homicídio é um fenômeno social complexo, multifacetado, e que a sua ocorrência ainda necessita ser melhor esclarecida, mas esse é um fator que deve ser considerado nas políticas públicas existentes ou naquelas a serem implementadas.

REFERÊNCIA

ALVES WA et al. Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. **Epidemiologia Serviços e Saúde**, v.23, n.4,p.731-740, 2014.

ANDRADE, S. M. et al.Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, p.1281-1288, 2011

ANDRADE, L.; MARINHO, A. C. Organização social do território e violência letal na Região Metropolitana de Belo Horizonte: o balanço de uma década. In: ANDRADE, Luciana; SOUZA, Dalva; FREIRE, Flávio Henrique (Orgs.). **Homicídios nas regiões metropolitanas**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

ARAÚJO, EM et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 405–412, 2009.

_____ Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. *Brazilian Review of Epidemiology*, v.13, n.4, 2010.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, NF; BARRETO, ML. Impacto the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n.1, 2009.

BARATA, RB; RIBEIRO, MCSA. **Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996**, Revista Panamericana Salud Publica, v. 7, n. 2, 2000.

BLUMSTEIN A; RIVARA, FP; ROSENFELD R. The rise and decline of homicide – and why. In. **Annu Rev Public Health**, v. 21, p. 505-541, 2000.

CHOR, D.; LIMA, C. R. D. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, 2005.

FERREIRA, J.S.A et al. Avaliação da qualidade da informação: linkage entre SIM e SINASC em Jaboatão dos Guararapes (PE). **Ciência Saúde Coletiva**. 2011.

GUIMARÃES, R. O papel do desemprego nas altas taxas de homicídio entre os jovens no Brasil Metropolitano. In: **Secretaria Nacional de Segurança Pública**. Segurança, justiça e cidadania: o panorama dos homicídios no Brasil, 2011.

GRECO, R. Curso de Direito Penal. Ed. **Impetus**, Niterói, v.1, 2016.

GREENBERG, M.; SCHNEIDER, D. Violence in American cities: young black males is the answer, but what was the question? **Social Science Medicine**, v. 39, n. 2, p. 179-187, 1994.

IPEA 2015 Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : **IPEA**, 2015. 77.

LIMA, et al. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 176-182, 2005.

MACEDO, et al. Violence and social inequalities: mortality rates due to homicides and life conditions in Salvador, Brazil. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n.6, 2001.

MALIK K. Human Development Report 2014: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York: United Nations Development Programme; 2014.

MELLO-JORGE, M. H. P. DE; KOIZUMI, M. S.; TONO, V. L. Causas Externas : O que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção . **Revista Saúde - UnG**, v. 1, n. 1, p. 37–47, 2007.

MINAYO, MCS. Inequality, violence and ecology in Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, p.241-245, 1994.

MINAYO, M.C.S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Revista Brasileira Estado População**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 135-140, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde)

NEVES, A.C.M., GARCIA, L.P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.4, p. 595-606, 2015.

NOBREGA JÚNIOR, J. M. P.; OLIVEIRA, A. Segurança pública em Pernambuco: investimentos e homicídios. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n.87, 2008.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p.57-60, 2004.

PERES, M.F.T. et al. Queda dos homicídios no Município de São Paulo: uma análise exploratória de possíveis condicionantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.14, n.4, p. 709-21, 2011.

_____. Fall in homicides in the city of São Paulo: an exploratory analysis of possible determinants. ***Brazilian Journal of Epidemiology***, v. 14, n. 4, p. 709–21, 2011.

_____. Evolução dos homicídios e indicadores de segurança pública no Município de São Paulo entre 1996 a 2008: um estudo ecológico de séries temporais. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 17, n.12, p. 3249-3257, 2012.

R Development Core Team (2011). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL.

SOARES FILHO, A. M. ET AL. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. ***Epidemiologia e Serviços de Saúde***, v. 16, n. 1, p. 7–18, 2007.

SZWARCWALD, CL et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. ***Caderno de Saúde Pública***, v.15, 1999.

SOARES FILHO, A. M. ET AL. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. ***Epidemiologia e Serviços de Saúde***, v. 16, n. 1, p. 7–18, 2007.

SZWARCWALD, C.L, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do SINASC nos municípios brasileiros. In: Ministério da Saúde, organizador. ***Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde***. Brasília: Ministério da Saúde. p. 79-98, 2011.

UDELYSSES, JVF. Análise espacial da mortalidade por causas externas no município de Maringá, Estado do Paraná, 1999 a 2001. ***Acta Scientiarum Health Sciences***. Maringá, v. 30, n. 2, p. 145-154, 2008.

WASELFISZ, J. J. ***Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil***. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, 2012.

WASELFISZ, J. J. ***Mapa da Violência 2013. Mortes Matadas por Armas de Fogo***. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, p. 55, 2013.

WINZER, L. The relationship between the Municipal Human Development Index and rates of violent death in Brazilian Federal Units. *J Hum Growth Dev.* v. 26, n.2, p. 211-21

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado buscou ampliar discussões acerca dos homicídios no Brasil e suas implicações segundo diferenciais de raça/cor da pele. Nesse aspecto, os resultados produzidos, através das análises aplicadas, pretendeu dar visibilidade a temática, uma vez que, apesar do crescente interesse em se estudar essa variável raça/cor da pele nas pesquisas em saúde, ainda são escassas pesquisas na área.

No período compreendido entre 2005 a 2014, o estudo revelou que a população negra figura com as maiores taxas de mortalidade por homicídio no Brasil. Outro ponto que merece destaque é que a sobremortalidade negra ocorre para ambos os sexos, entretanto nos homens negros essas mortes ocorrem em maior escala. As principais vítimas dessa violência são jovens, solteiros, de baixa escolaridade, faixa etária de 20 a 29 anos. Em relação a idade da vítima, foi observado também uma forte inclinação no crescimento para idades cada vez mais precoces.

O Brasil tem apresentado tendências crescentes na mortalidade por homicídio. Nesse aspecto, as cinco regiões estudadas expressaram maior incidência das mortes por homicídios na população negra. Destas, apenas o Sul apresentou elevada mortalidade para a população branca, com ressalva para o Rio Grande do Sul, estado majoritariamente composto pela população branca, que exibiu maior mortalidade negra. Importante salientar expressiva redução das taxas de homicídios ocorrida na região Sudeste nos últimos anos, com destaque para o estado de São Paulo.

A região Nordeste possui três estados com as maiores taxas média de mortalidade negra do país, são eles: Alagoas, Pernambuco e Espírito Santo. Outro dado identificado na pesquisa foi que estados com a maior proporção da população masculina negra apresentam maior risco para morte por homicídios. Destaca-se também o Norte do país que sofreu incrementos em suas taxas de homicídios, e o Pará ocupou o quinto lugar de maior ocorrência de mortes por homicídios na população negra. Cumpre salientar que esta região passou por importantes melhorias na qualidade das informações de óbitos.

Partindo dos resultados apresentados nesta dissertação, pode-se aventar que a condição de vulnerabilização das áreas de residência da população negra, a coloca em situação de risco por mortes por homicídio. A desigual distribuição da mortalidade entre brancos e negros, que no Brasil expressa-se por elevadas taxas de homicídios, têm vitimizado em sua maioria homens jovens, negros e que vivem em condições desfavoráveis de vida e saúde.

Em síntese, esse fenômeno da mortalidade por homicídio no país demanda ações urgentes, com vistas ao enfrentamento desta problemática. Os achados do estudo pretendem contribuir com estado da arte e formulação de políticas públicas, assim como sinalizar aos gestores as áreas de risco para homicídios no território brasileiro. Portanto, é preciso intensificar políticas que promovam equidade, a fim de minimizar os efeitos desse agravo.

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, p. 84–135, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2014. 699p.

ALVES, M. M. R. et al. Causa externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 283–91, 2013.

AIVES, W.A, et al. Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 23, n.4, 2014.

ANDRADE, S.S.C.A. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.2, n.1,p.21-30, 2012.

ANDRADE, S. M. DE et al. Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1281–1288, 2011.

ANDRADE, L.; MARINHO, A. C. Organização social do território e violência letal na Região Metropolitana de Belo Horizonte: o balanço de uma década. In: ANDRADE, L.; SOUZA, D.; FREIRE, F. H. (Orgs.). **Homicídios nas regiões metropolitanas**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

ANDRADE, S. M. et al. Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, p.1281-1288, 2011

ANTUNES, J. L; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.565-576, 2015.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, NF; BARRETO, ML. Impacto the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v. 99, n.1, 2009.

ARAÚJO, E. M. Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais. Tese(Doutorado em Saúde Pública). **Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia**, v. 1, p. 204, 2007.

_____. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 405–412, 2009.

_____. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. **Revista Brasileira de Epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 13, n. 4, p. 549–560, 2010.

_____. Mortalidade masculina no estado da Bahia, regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2000 a 2009. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n.1, p.33-39, 2012.

BARATA, RB; RIBEIRO, MCSA. **Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996**, Revista Panamericana Salud Publica, v. 7, n. 2, 2000.

BASTOS, M. D. J. R. P. et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 123–132, 2009.

BARCELLOS, C. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.17, n.1, p.59-70, 2008

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: Causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saude Publica**, v. 38, n. 5, p. 630–636, 2004.

BOING, A. F; LUNARDON, C. Tendência na mortalidade e na incidência da AIDS em Itajaí -SC:Análise do período 1990 e 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 38, n. 2, 2009.

BLUMSTEIN A; RIVARA, FP; ROSENFELD R. The rise and decline of homicide – and why. In. *Annu Rev Public Health*, v. 21, p. 505-541, 2000.

BRASIL. Violência: um problema para saúde dos brasileiros. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Secretaria de Vigilância em Saúde**, p. 340, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violência. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de dezembro de 2012 do conselho nacional de Saúde: **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRAZ, R. M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, 2013.

CAMPBELL, J.C et al. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. **Trauma Violence Abuse**, v.8, n.3, p. 246-69, 2007.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; LIMA, R.S; BUENO.S.; HANASHIRO, O.; BATISTA, F.; NICOLATO, P. Atlas da Violência 2016, Brasília, nº 17, IPEA, 2016. 54p. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, **IPEA 2016**. Disponível em: www.ipea.gov.br Acesso em: 20 jan. 2017.

CERVANTES,C.A.D.;MONTAÑO,A.M.P. Magnitud y tendencia de la mortalidad por homicidios en Colombia y México, 2000–2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Colômbia v.36, n.1, 2014.

CHOR, D.; LIMA, C. R. D. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, 2005.

CORREIA, F. L. S. Homicídio e uso de álcool relação com as desigualdades sociais. Dissertação (mestrado). **Instituto de Saúde Coletiva**- Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014

COSTA, F. A. M. M Padrões espaciais dos homicídios associados ao indicador Adaptado a Condição de Vida no município de Itabuna, Bahia Tese (doutorado) **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 223p, 2014

COSTA, N. Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. **Revista Colombiana de Psicología**. Bogotá-Colombia, v. 18, n. 2, p. 135-143, 2009.

CHOR, D.; LIMA, C. R. D. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, 2005.

DESLANDES, S. F. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. 2000. p. 235 Tese (doutorado). **Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública**- Departamento De Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 2000.

DUARTE, E. C. et al. Associação ecológica entre características dos municípios e o risco de homicídios em homens adultos de 20-39 anos de idade no Brasil, 1999-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2259–2268, 2012.

FRAADE-BLANAR, L.; CONCHA-EASTMAN, A.; BAKER, T. Injury in the Americas: the relative burden and challenge TT - Los traumatismos en las Américas: carga relativa y desafíos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 3, p. 254–259, 2007.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. DE. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 995–1003, 2004.

FERREIRA, Jacyra Salucy Antunes et al. Avaliação da qualidade da informação: linkage entre SIM e SINASC em Jaboatão dos Guararapes (PE). *Ciência Saúde Coletiva*. 2011.

GRANJA, A. C.; ZACARIAS, E.; BERGSTRÖM, S. Violent deaths: the hidden face of maternal mortality. **BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology**, v. 109, n. 1, p. 5–8, 2002.

GOMES, R. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p.779-788, 2015.

GRECO, R. Curso de Direito Penal. Ed. Impetus, Niterói, v.1, 2016.

GREENBERG, M.; SCHNEIDER, D. Violence in American cities: young black males is the answer, but what was the question? *Soc Sci Med*, v. 39, n. 2, p. 179-187, 1994.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça e os estudos de relações raciais no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 54, p. 147–156, 1999.

GUIMARÃES, R. O papel do desemprego nas altas taxas de homicídio entre os jovens no Brasil Metropolitano. In: Secretaria Nacional de Segurança Pública. Segurança, justiça e cidadania: o panorama dos homicídios no Brasil, 2011.

_____. Como trabalhar com “raça” em sociologia. **Educação e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 93–107, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2010). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 02 de fevereiro 2016.

_____. Características Gerais da População, Religião e Pessoa com Deficiência. 2010.

_____. Contas Nacionais Trimestrais Indicadores de Volume e Valores Correntes, 2014. **IBGE**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 05 de julho 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, **IPEA 2011**. Mapeamento de taxas bayesianas, com aplicação ao mapeamento nos municípios brasileiros, 30p. 2011

_____. O Brasil e os demais BRICs – Comércio e Política. Brasília, DF: **CEPAL**. Escritório no Brasil/IPEA, 180p. 2010.

_____. Brasil em desenvolvimento 2015, Brasília : IPEA, 2015. 292 p., 2015.

_____. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77

JORGE, M. H. P. D. M.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. D. R. D. D. O. I - Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 05–25, 1997.

LAGUARDIA, J. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 197–234, 2004.

LAVEIST, T. A. Beyond dummy variables and sample selection: what health services researches ought to know about race as a variable. **Race, Ethnicity and Health: A Public Health Reader**, p. 115–128, 2002.

LEAL, M. D. C.; NOGUEIRA DA GAMA, S. G.; BRAGA DA CUNHA, C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.

LIMA, M. L. C. DE; XIMENES, R. Violence and death: differentials in mortality from external causes in Recife, Pernambuco, Brazil, 1991. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 829–840, 1998.

LIMA, et al. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 176-182, 2005.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005.

LIMA, M.L.C. et. al. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. **Revista Saúde Pública**, v. 39. n.2, p.176-82, 2005.

KRIEGER, N. Epidemiology, racism, and health: the case of low birth weight. **Epidemiology**, v.11, p.237-9, 2000.

MACEDO, A. C. et al. Violência e desigualdade social : mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 515–522, 2001.

MALIK K. Human Development Report 2014: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York: United Nations Development Programme; 2014.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol.serv.saúde**, v. 16, n. 1, p. 45–55, 2007.

MANSANO, N.H. et al. Homicídios em homens jovens de 10 a 24 anos e condições sociais em municípios do Paraná e Santa Catarina, Brasil, 2001 – 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.2, p. 213-214, 2013.

McCALL PL, PARKER KF, MACDONALD JM. The dynamic relationship between homicide rates and social, economic, and political factors from 1970 to 2000. **Social Science Research**, v.37, n.3, p. 721-735, 2008.

MELLO -JORGE, M. H. P. et al. Análise dos dados de mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.4, 1997.

MELLO-JORGE, M. H. P. DE; KOIZUMI, M. S.; TONO, V. L. Causas Externas : O que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção . **Revista Saúde - UnG**, v. 1, n. 1, p. 37–47, 2007.

MENEGHELL, S.N., HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011.

MINAYO, M. C. D. S.; SOUZA, E. R. DE. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, p. 513–531, 1997.

MINAYO, M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: Década de 80. **In: Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80**, p. 87-116, São Paulo: HUCITEC,1999

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4,p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde)

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259–1267, 2007.

MINAYO, M.C.S. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira Estado População*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 135-140, 2009.

MINAYO, M.C.S. Violência: termômetro social. *Revista Médicos*, Natal, ano 2, n. 8, p. 68-72, 1999. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Status Report on Violence Prevention 2014. **World**, p. 100, 2014.

MONTEIRO, S.; LIVIO SANSONE. Racial inequalities and health : questions concerning the racialization process. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 2005, 2005.

MOURA, E. C. DE et al. Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 779–88, 2015.

MOURA, C. L.A. Homicídios no Estado da Bahia: Determinantes socioeconômicos e ambientais no período de 2000 a 2009. **Dissertação (mestrado)**. Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Feira de Santana, 2012.

NERY, F. S. Mortalidade no Estado da Bahia: análise dos diferenciais segundo a raça cor da pele entre 2000 a 2010. **Dissertação (mestrado acadêmico)**-Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Feira de Santana, 2014.

NEVES, A.C.M., GARCIA, L.P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.4, p. 595-606, 2015.

NOBREGA JÚNIOR, J. M. P.; OLIVEIRA, A. Segurança pública em Pernambuco: investimentos e homicídios. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, n.87, 2008.

OLIVEIRA, L. A. P.; SIMÕES, C.C.S. IBGE e as pesquisas populacionais. **Revista Brasileira Estado População**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 291-302, 2005.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p.57-60, 2004.

OLIVEIRA, L. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p.420-430, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE(OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002, p. 380.

_____. World report on road traffic injury prevention. **World**, 2004, p. 244.

_____. Global Status Report on Violence Prevention 2014. **World**, 2014, p. 100.

OPPENHEIMER, G. M. Paradigm lost: Race, ethnicity, and the search for a new population taxonomy. **American Journal of Public Health**, v. 91, p. 1049–1055, 2001.

OSÓRIO, R.G. O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Texto para discussão, 996, nov. 2003.

PEDEN, M; MCGEE, K; SHARMA. G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injury. Geneva: **World Health Organization**; 2002.

PEARCE, N. et al. Genetics, race, ethnicity, and health. **BMJ : British Medical Journal**, v. 328, n. 7447, p. 1070–1072, 2004.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia Teoria e Prática. **Guanabara Koogan**, Rio de Janeiro 1995.

PEREIRA, F.N.A; QUEIROZ, B.L. Diferenciais de mortalidade jovem no Brasil: a importância dos fatores socioeconômicos dos domicílios e das condições de vida nos municípios e estados brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.9, 2016.

PERES, M.F.T. et al. Queda dos homicídios no Município de São Paulo: uma análise exploratória de possíveis condicionantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.4, p. 709-21, 2011.

_____. Fall in homicides in the city of São Paulo: an exploratory analysis of possible determinants. **Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 14, n. 4, p. 709–21, 2011.

_____. Evolução dos homicídios e indicadores de segurança pública no Município de São Paulo entre 1996 a 2008: um estudo ecológico de séries temporais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.12, p. 3249-3257, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 - **Sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência**. Disponível em: www.pnud.org.br. Acesso em: 05 de agosto 2014.

_____. Relatório do Desenvolvimento Humano 2015. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso em: 03 dezembro 2015

REICHENHEIM, M.E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, v.377, n.9781, 2011.

ROTHMAN, K. J. Epidemiologia Moderna. 3ed, **Artmed**, Porto Alegre, 2011,887p.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. **Medsi**. Rio de Janeiro, 2003.

R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL.

SADOVSKY, D. I. et al. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p.1539-1550, 2015.

SOARES FILHO, A. M. Homicide victimization according to racial characteristics in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 455–745, 2011.

SOARES FILHO, A. M. ET AL. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 7–18, 2007.

SOUZA, T.O; SOUZA, E.R; PINTO, L.W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010 **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p. 1889-1900, 2014.

SOUZA, M. D. F. M. DE et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 33 - 44, 2007.

SOUZA, E.R., LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, p.1211-1222, 2007.

SOUZA, C.A.M. Homicídios na Bahia: determinantes socioeconômicos e a mortalidade por violência. Dissertação (mestrado). **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2012, p. 100.

SOUZA, T.O; PINTO, L. W; SOUZA, E. R. Estudo espacial da mortalidade por homicídio, Bahia, 1996- 2010. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.3,p.468-477, 2014.

SOUZA, E.R., MINAYO M.C.S. Mortalidade de jovens de 15 a 29 anos por violências e acidentes no Brasil: situação atual, tendências e perspectivas. In: **Rede Interagencial de informações para a saúde**. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS; p. 113-142, 2009.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 59-70, 2005.

SOARES FILHO, A. M. et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n.1, p. 7 – 18, 2007.

SANTOS, S. M. et al. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio grande do Sul, Brasil, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1141-1141, 2001.

STRIEDER, I. DEMOCRACIA RACIAL - A partir de Gilberta Freyre. **Perspectiva Filosófica**, v. 3, p. 29, 2000.

SZWARCWALD, CL et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v.15, 1999.

SZWARCWALD, C.L, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do SINASC nos municípios brasileiros. In: Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 79-98, 2011.

THOMAS, S. B. The color line: Race matters in the elimination of health disparities. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 7, p. 1046–1048, 2001.

TREVISOL, F. S. Avaliação das mortes por causas externas na cidade de Tubarão (SC) no ano de 2009. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 25–30, 2011.

UDELYSSES, JVF. Análise espacial da mortalidade por causas externas no município de Maringá, Estado do Paraná, 1999 a 2001. **Acta Sci. Health Sci. Maringá**, v. 30, n. 2, p. 145-154, 2008.

UNICEF. O Direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. **Situação da Adolescência Brasileira**, p. 182, 2011.

_____. Homicídios na adolescência no Brasil IHA. **Programa de Redução da Violência Letal**, p. 255, 2012a.

_____. Índice de homicídios na adolescência: **IHA 2009-2010** / organizadores: Doriam Luis Borges de Melo, Ignácio Cano. – Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2012b. 118p.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME-UNODC. **Global study on homicide 2013**. Vienna, 2011. Disponível em: <http://www.unodc.org/>. Acesso em: 9 nov 2015.

VIEIRA, G. O. et al. Violência e mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 48–51, 2003.

VIOLA, E. A política climática global e o Brasil: 2005-2010. **Revista Tempo do Mundo**, v. 2, n. 2, 2010.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2012: **A Cor dos Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2012.

_____. Mapa da Violência 2013. **Mortes Matadas por Armas de Fogo**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2013. 55p.

_____. Mapa da Violência 2014. **Os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2014. 170p.

_____. Mapa da Violência 2015. **Mortes Matadas por Armas de Fogo**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2015. 112p.

WINZER, L. The relationship between the Municipal Human Development Index and rates of violent death in Brazilian Federal Units. *J Hum Growth Dev.* v. 26, n.2, p. 211-21, 2016