UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

KAMILA LÚCIA DOS SANTOS

DESIGUALDADES POR RAÇA/COR NA MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

RECIFE

2021

KAMILA LÚCIA DOS SANTOS

DESIGUALDADES POR RAÇA/COR NA MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/UFPE), como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo

RECIFE

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

SANTOS, KAMILA LUCIA DOS.
DESIGUALDADES POR RAÇA/COR NA MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL / KAMILA LUCIA DOS SANTOS. - Recife, 2021.
69 : il., tab.

Orientador(a): THALIA VELHO BARRETO DE ARAUJO
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.
Inclui referências, anexos.

1. VIOLÊNCIA. 2. MORTALIDADE. 3. BRASIL. 4. RAÇA E SAÚDE. 5. ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS. 6. INIQUIDADE SOCIAL. I. BARRETO DE ARAUJO, THALIA VELHO . (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

KAMILA LÚCIA DOS SANTOS

DESIGUALDADES POR RAÇA/COR NA MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

Aprovada em: 13.01.2021.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/UFPE), como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profª. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo

BANCA EXAMINADORA:

Prof.(a). Dr(a). Emanuelle Freitas Goes

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde/Fiocruz

CIDACS/Fiocruz/Bahia (Examinadora Externa)

Prof.(a). Dr(a). Sandra Valongueiro Alves

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UFPE

(Examinadora Interna)

Prof.(a). Dr(a). Thália Velho Barreto de Araújo

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UFPE (Orientadora)

Dedico esta pesquisa a todos
aqueles que gostariam, mas,
não tiveram condições
de ter acesso ao ensino
escolar e universitário.
Trago-os comigo!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Lúcia, minha mãe que sempre esteve comigo e investiu em mim, muito mais do que posso saber e imaginar, obrigada por sempre acreditar em mim, dedicar tanto tempo a mim, amor, carinho, ajuda e respeito. Obrigada por existir, Mainha.

Agradeço a vida, por todas as oportunidades, obstáculos e todas as experiências que de algum modo contribuíram para que eu possa ser quem estou me tornando hoje.

A todos os profissionais que compõem o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por terem me recebido com tanto carinho, sabedoria e paciência.

A Moreira, por ser um suporte a todos nós, alunos que demandamos tanto dele e ele sempre bem-humorado fazia de tudo para nos ajudar.

A turma 2018.1 do mestrado, turma a qual compomos um grupo de amizade, motivação e companheirismo, foi uma felicidade caminhar esses dois anos ao lado de vocês.

Em especial a Augusto, Fernanda, e Mikael, por terem me apoiado em tantos momentos, sou muito grata ao destino por ter feito nós nos encontrarmos nesse mestrado, com vocês construí e reconstruí o sentido da palavra amizade.

Ao grupo da epidemiologia, formamos uma união em dúvidas, angústias e apoio. Foi muito importante vivenciar o processo de elaboração do projeto, disciplinas e todo o mestrado mais próximo a vocês. Obrigada por me ajudarem tanto.

A minha amiga/irmã Jacqueline, que que entrou na minha vida em um determinado momento, mas nossa amizade floresceu exatamente quando precisava acontecer. Uma amiga potente que me mostrou e vem me mostrando quem sou e quem posso querer ser.

A todos os autores negros que finalmente eu tive a oportunidade de conhecer seus livros, suas obras que não me foram apresentadas ao longo da vida acadêmica. Ter tido a chance de poder lhes estudar e admirar é algo que agradeço a Universidade Federal de Pernambuco por me proporcionar tais encontros. Foi uma honra ter sido aluna desta universidade, mesmo que tão brevemente.

A todos os amigos e familiares que mesmo de longe me fortaleceram, me apoiaram e torceram por mim.

E, de forma muito especial, a minha orientadora, Thália Velho Barreto de Araújo. Talvez, uma das pessoas mais inteligentes que eu já tenha conhecido em minha vida e que, na mesma proporção, traz-nos tanta humildade e desejo de partilhar. Muito obrigada por ter me aceitado como orientanda, por ter paciência comigo e por me ensinar tanto, não apenas academicamente, mas enquanto história de vida. Sem seu empenho e confiança eu não teria conseguido.

Agradeço também enormemente a temática das relações sociais, por ter chegado a mim não quando eu desejava, mas quando eu precisava. Encontrei não apenas um objeto de estudo, mas uma ideologia de vida.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço pelo incentivo.

Apesar de tudo que rasga o peito,

existimos em vida, amor, afeto e sonho.

O negro não apenas vive... Sobrevive, resiste e persiste!

SANTOS, 2020.

RESUMO

A mortalidade por violência constitui um grave problema de saúde pública, estima-se que, anualmente, morrem cerca de 5,8 milhões de pessoas no mundo vítimas de violência. No Brasil, desde a década de 1980, a mortalidade por violência é a segunda causa de óbito, entretanto, quando avaliadas a partir dos anos potenciais de vida perdidos, passam a ocupar a primeira posição. No país, a desigualdade das mortes violentas por raça/cor se tornou mais evidenciada na década de 2006 a 2016, quando o percentual de homicídio de pessoa brancas diminuiu 6,8%, à medida que para a população negra (pardos e pretos) aumentou 23,1%. Percebe-se que a raça negra está fortemente ligada a diversas iniquidades sociais expressas nos mais diversos indicadores de saúde sobre a população brasileira, incluindo entre eles os de mortalidade. Trata-se de um estudo transversal, no qual foram analisados óbitos por violência registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de residentes no Recife, Pernambuco. O objetivo do presente estudo foi descrever e analisar as desigualdades por raça/cor na mortalidade por violência na cidade do Recife, Pernambuco, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017.

Palavras-chave: violência; mortalidade; brasil; anos potenciais de vida perdidos; raça e saúde; iniquidade Social.

ABSTRACT

Mortality from violence is a serious public health problem, it is estimated that about 5.8 million people in the world die every year from violence. In Brazil, since the 1980s, violence mortality has been the second leading cause of death, but when evaluated from the potential years of lost life, it ranks first. In the country, the inequality of violent deaths by race/color became more evident in the decade from 2006 to 2016, when the percentage of homicide of non-black individuals decreased 6.8%, as for the black population (brown and black) it increased 23.1%. It is noticeable that the color of black skin is strongly linked to several social inequities expressed in most of health indicators about the Brazilian population, including mortality. Deaths from violence registered in the Mortality Information System (SIM) of residents in Recife, Pernambuco, were analyzed in this cross-sectional study. The objective of this study was to describe and analyze racial inequalities in mortality due to violence in the city of Recife, Pernambuco, from January 1, 2015 to December 31, 2017.

Keywords: violence; mortality; brazil; lost potential years of life; race and health; social inequity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas, tipo de violência e local de ocorrência do óbito de residentes de Recife-Pernambuco, 2015-2017……...42

Tabela 2 – Proporção de óbitos por violência, taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e Risco relativo segundo sexo e cor da pele de residentes de Recife-Pernambuco, 2015-2017. 44

Tabela 3 – Proporção de óbitos por violência, taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e Risco relativo segundo sexo, cor da pele e tipo de violência de residentes de Recife-Pernambuco, 2015-2017. 45

Tabela 4 – Distribuição proporcional dos óbitos por homicídio e suicídio, segundo faixa etária, cor da pele e sexo de residentes de Recife – Pernambuco, 2015-2017. 47

Tabela 5 – Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por violência, segundo cor da pele e tipo de violência de residentes de Recife – Pernambuco, 2015-2017 48

Tabela 6 – Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e média de idade do óbito por Violência segundo sexo e cor da pele de residentes de Recife – Pernambuco, 2015-2017……...48

Tabela 7 – Coeficientes de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por violência segundo cor da pele em residentes de Recife – Pernambuco, 2015-2017……...49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO…… 13

2 JUSTIFICATIVA…… 19

3 PERGUNTA CONDUTORA/HIPÓTESE…… 20

3.1 PERGUNTA CONDUTORA……. 20

3.2 HIPÓTESE……... 20

4 REFERENCIAL TEÓRICO……..……..... 21

4.1 CONCEITOS E TIPOLOGIAS DA VIOLÊNCIA…….……. 21

4.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA E CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL...…..... 23

4.3 RAÇA ENQUANTO DETERMINANTE DE DESIGUALDADES SOCIAIS E FATOR DE RISCO PARA MORTALIDADE NO BRASIL……. 25

5 OBJETIVOS…….……..... 32

5.1 OBJETIVO GERAL…… 32

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS…….. 32

6. **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS……** 33

6.1 ÁREA DE ESTUDO…… 33

6.2 DESENHO DO ESTUDO..……....…….… 33

6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA…… 34

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO……. 34

6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO…… 34

6.6 FONTE DE DADOS…….. 35

6.7 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS…….. 35

6.8 INDICADOR ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS.....……. 36

6.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS…….…… 37

6.10 LIMITES E VANTAGENS DO ESTUDO...…….…. 38

7 RESULTADOS……. 40

8 DISCUSSÃO……. 49

9 CONCLUSÕES……..… 54

REFERÊNCIAS……..… 57

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ÓBITO……. 66

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP…….. 67

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE……. 68

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade por violência constitui um grave problema de saúde pública, estima-se que, anualmente, morrem cerca de 5,8 milhões de pessoas no mundo vítimas de violência ou lesões não intencionais, representando a quarta causa de morte e cerca de 9% da mortalidade mundial (BRASIL, 2015; WHO, 2008; WHO, 2014).

A Organização Mundial da Saúde define violência como: o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos no mundo. A redução da mortalidade por violência, representa um desafio para todos os países, tanto os em desenvolvimento como também os países desenvolvidos (WHO, 2002).

No ano de 2015, a taxa mundial estimada de mortes por homicídios foi de 6,4 por 100.000 pessoas, correspondendo a 470.000 mil vítimas de homicídio. Tais estatísticas preocupam, por afetarem primordialmente a população jovem, produzindo grande impacto social e econômico. Cerca de 80% desses homicídios acometeram homens, entre 15 a 29 anos de idade. Estudos demonstram que as taxas nos países, ou regiões, com renda elevada são geralmente inferiores as observadas nos países, ou áreas, com renda baixa ou média, a exemplo do Brasil (WHO, 2002; WHO, 2017).

Do total de homicídios registrados no mundo, a maior parcela se concentrou na região das Américas, contabilizando 37% do total dos óbitos. A violência constitui uma das principais causas de morte na América Latina, visto que possui aproximadamente oito por cento da população mundial, mas produz um terço dos homicídios do mundo. Em 2017, a América Central e a América do Sul foram as regiões mais violentas, com os maiores números de homicídios. A taxa global de homicídios, no referido ano, foi de 6,1 a cada 100 mil habitantes, já a América do Sul apresentou 24,2 para cada 100 mil pessoas, quase quatro vezes mais que a média mundial (UNODC, 2019).

Em países como a Colômbia, o homicídio representa a principal causa das mortes por causas externas, tendo acidentes de trânsito o segundo lugar, seguido por suicídios. Padrão que se repete no Brasil, no qual os acidentes de trânsito e os homicídios também representam as principais causas de óbitos dentre as causas externas. Em 2007, na distribuição proporcional da

mortalidade por causas externas, os homicídios corresponderam à 36,4% das mortes, seguidos de mortes relacionadas ao trânsito, com 29,3%. (MELO, SÁ, SOBRINHO, 2017; MISSE, 2019; SEGURA-CARDONA; CARDONA-ARANGO, 2018).

Segundo as mais recentes estimativas da OMS, dentre os países da América, o Brasil aumentou duas posições nos anos de 2015 e 2016, passando a exibir a sétima maior taxa de homicídio da região das Américas, com 31,3 mortes para cada 100.000 habitantes. Ainda, o Brasil se configura como o país com o mais alto número absoluto de homicídios, com registros de 64,9 mil homicídios segundo dados da OMS referente ao ano de 2016. Já no ano de 2017, o aumento nos números sobre violência continuou no país, com taxa de 31,6 mortes por 100 mil habitantes por homicídio e com o número absoluto de 65.602 homicídios no ano (IPEA, 2019; WHO, 2018).

Desde a década de 1980, a mortalidade por causas externas tem se elevado de maneira expressiva no Brasil tornando-se a segunda principal causa de morte no país, entretanto, quando avaliada a partir dos anos potenciais de vida perdidos, passa a equivaler ao primeiro lugar (SOUZA; LIMA, 2007; ARAÚJO et al. 2009). As taxas elevadas de mortalidade relacionadas às violências são decorrentes, principalmente, dos altos números de homicídios no país, no qual perpetradores e vítimas são primordialmente jovens do sexo masculino, negros e com menor grau de escolaridade (REICHENHEIM, et al., 2011; SOUZA; LIMA, 2010).

Faz-se necessário investigar a ocorrência desse grupo de causa de morte diante de sua magnitude, como evidenciada no Atlas da Violência de 2019, produzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com situação mais grave nos estados do Nordeste e Norte do país, onde se situam as taxas de mortalidade com maiores crescimentos no período de 2007 a 2017; Pernambuco apresentando taxa de homicídio de 57,2 por 100 mil habitantes, no último ano do decênio analisado (IPEA, 2019).

Essas violências não afetam a população de uma forma análoga. Elas se distribuem de acordo com as condições sociais, econômicas, políticas e culturais das populações, visto que as mortes violentas no país possuem como marcadores diferenças resultantes dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Um conjunto de fatores sociais, econômicos, raciais, culturais, psicológicos e comportamentais que influenciam nas diferentes formas de acesso aos bens de consumo, oportunidades de ensino, acesso a saúde, entre outros aspectos, os quais demonstram o quanto as condições sociais interferem na saúde e nas condições as quais as populações se

relacionam (BARATA, BARRETO, ALMEIDA, 1999; SOUZA; LIMA, 2007; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A violência é um fenômeno, que no Brasil, se relaciona de forma direta com adensamento populacional das capitais e regiões metropolitanas, em consonância com fatores econômicos e o processo de urbanização dessas regiões, que tem como consequência direta a alta concentração de indivíduos tendo como opção de moradia as periferias, locais estes que têm como características a disparidade social, desigualdade na distribuição de renda e por consequência a exclusão social dessa população, em especial a juventude, fatores que representam alto risco social (MINAYO, 2006; SOUZA, 2013).

Definir violência apenas em termos de ferimento ou morte restringe a compreensão deste fenômeno complexo. Muitas formas de violência que ocorrem, em indivíduos, ou nas comunidades e sociedades em geral não significam necessariamente lesões ou óbito, entretanto, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A forma que a violência tem se manifestado tem mudado, pois se considera não apenas o fenômeno, e o que ele apresenta de forma mais objetiva, mas principalmente as percepções que sobre ele circulam, nas representações que o descrevem (WIEVIORKA, 2012). Posto que, a violência é o resultado de uma complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais que constituem a humanidade, não existe um único fator que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente com outros ou por que a violência é mais comum em algumas sociedades do que em outras (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Segundo Cunha (2003), o processo saúde-doença-morte não é condicionado apenas por fatores biológicos, mas, também, depende dos processos sociais, de determinantes sociais que vão formando grupos populacionais diferenciados quanto às condições de vida, que, por sua vez, geram padrões patológicos particulares que necessitam de estudos específicos e políticas públicas também particulares.

Autores como Lopes (2005), Noronha (2003), Santos (2000), Jaccoud (2002), afirmam que temos na desigualdade racial, as iniquidades sociais como seu principal determinante. No contexto referente à dimensão social e econômica, entende-se que o processo histórico de formação da sociedade capitalista brasileira implicou no desenvolvimento de uma complexa rede de contradições sociais, criando e recriando critérios de seleção social e gerando

desigualdades sociais que, ao compreender e mesclar-se com diversidades raciais provocaram um efeito duplo de contradições de classe e raça, que inúmeras vezes se compõem.

Autores brasileiros têm apontado preocupações teóricas na abordagem da temática da desigualdade racial a fim de não reduzir tal questão ao problema da criminalidade e da pobreza. Tendo em vista principalmente a necessidade de buscar desconstruir associações causais deterministas entre pobreza e criminalidade, buscando contextualizar com as diversas iniquidades sociais que lhe são transversais, tais como classe, gênero, etnia, raça, regionalidade etc. (DESLANDES, 2001; GUIMARÃES, 2002).

Noronha (2003), traz em sua reflexão três argumentos sobre a associação entre pobreza e criminalidade que vale a pena revisitar. O primeiro, traz-nos que na década de 1990 se intensificaram as dificuldades nas condições de trabalho dos indivíduos, fato que intercruza com a crise econômica vivida na década. Já o segundo argumento, traz o aumento do individualismo como motor norteador dos comportamentos, tendo essa mudança subjetiva refletida na sociedade, observa-se então que os interesses próprios de cada indivíduos se tornam prioridades e o desejo individual se sobressai em relação ao coletivo. E, o terceiro argumento traz o fato da ausência de políticas de segurança pública.

Para elencar o diálogo entre pobreza e violência a autora continua, ao trazer que a pobreza pode ser observada como uma condição de discriminação que perpassa todos os aspectos da vida em sociedade dos indivíduos que a vivenciam, estes que sofrem com o desrespeito aos seus direitos sociais, a precariedade de políticas públicas e de programas eficazes de atenção e prevenção às violências, ou seja, àqueles com o maior risco de serem vítimas de violência social (NORONHA, 2003; SOUZA, PERES, CONSTANTINI, et al., 2013).

Com aumento dos homicídios no país, as violências passaram a ocupar posição importante nas causas das mortes, entretanto, com variações nos riscos de mortes e agressões violentas conforme a renda dos grupos sociais. Assim, ocorre que enquanto temos dados que nos mostram que os pobres são os principais autores dos crimes e violências registradas, em contraponto, temos esta mesma parcela populacional como os principais vitimizados (NORONHA, 2003).

A partir da década de 1990, ocorreu em todo o mundo o aprofundamento da pobreza nas sociedades. Neste período a crise econômica reverberou nos aspectos sociais, culturais e

políticos, contribuindo para a ampliação da pobreza estrutural. A globalização contribuiu para o fenômeno da individualização em detrimento do coletivo, com o qual as diferenças locorregionais são cada vez mais aprofundadas, influenciando diretamente em uma mudança comportamental dos indivíduos com desvalorização das funções sociais que funcionam como reguladores da convivência em sociedade, sensação de maior liberdade dos vínculos sociais, resultando em pessoas cada vez mais incitadas a adoção de comportamentos tidos como violentos, em consonância com a falha das ações de prevenção de violência principalmente nos espaços urbanos e de maiores concentrações de pobreza (SANTOS, 2000).

Deste modo, esses fatores contribuíram para maiores taxas de mortalidade por violência no país, por isso quando analisamos essas taxas em distintos contextos socioeconômicos e em determinados grupos populacionais é necessário observar as diferentes características entre as populações referidas, pois, não se pode desassociar a desigualdade social nos diferentes padrões de condições de vida no país das diversas dimensões de violências existentes (CUNHA, 2003; NORONHA, 2003).

No Brasil, o ***Atlas da Violência de 2018***, mostrou que a desigualdade das mortes violentas por raça/cor se tornou mais evidenciada na década de 2006 a 2016, quando o percentual de variação de homicídio de indivíduos não negros diminuiu 6,8%, à medida que a variação de vitimização da população negra (pardos e pretos) aumentou 23,1%. Deste modo, a pesquisa concluiu também, que, no ano de 2016 foi possível notar uma taxa de homicídios de 40,2 por 100 mil habitantes para a população negra, enquanto o mesmo indicador para o restante da população foi de 16 por 100 mil (CERQUEIRA, 2018).

Ser negro significa estar exposto a um ciclo de desvantagens. Visto que a população brasileira negra vivencia situações de exclusão socioeconômica e marginalidade acumuladas ainda com a discriminação racial (NORONHA, 2003; CUNHA, 2003). As iniquidades produzidas por uma sociedade irão refletir diretamente nas condições de saúde e vida da população. Oliveira & Figueiredo (2005, p. 388) apontam que a criação do Sistema Único de Saúde propiciou expansão do acesso aos serviços de saúde, básicos, de média e alta complexidade, porém teve impacto desigual sobre a saúde da população de brancos e negros no Brasil. Ressaltando, a persistência de “maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas, mortes por causas evitáveis e menor esperança de vida” entre os negros.

Em 2017, as três maiores taxas de homicídios de pessoas negras no Brasil ocorreram na região do Nordeste. Naquele ano, o crescimento da mortalidade por homicídios em Pernambuco foi de 21,0%, em relação à 2007, como também, o estado ocupou o terceiro lugar entre os estados com as maiores taxas de homicídios de pessoas negras, com taxa de 73,2 a cada 100 mil habitantes negros (IPEA, 2019). O Rio Grande do Norte apresentou a taxa mais elevada (87,0) e em segundo lugar ficou o Ceará (75,6), (IPEA, 2019).

No contexto brasileiro há uma escassez de estudos que analisem os anos de vida perdidos pela violência enfocando a desigualdade racial (ARAÚJO, 2007; ARAÚJO, 2009; GOLDBAUM, 1997). Ainda, não foi encontrado na literatura estudo que tenha investigado a relação entre desigualdade racial e a mortalidade por violência e o indicador anos potenciais de vida perdidos na cidade do Recife/PE.

Assim, a escolha pelo objeto de estudo advém da magnitude dos agravos decorrentes da violência, pretendendo o projeto de pesquisa contribuir com a produção de informações epidemiológicas que possam fundamentar discussões acerca das iniquidades sociais que a desigualdade racial promove, vislumbrando minimizar o processo de exclusão histórica que os negros viveram e vivem até hoje no Brasil.

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, apesar do notável número de pesquisas acerca da mortalidade, ainda é reduzido o número de publicações que analisem este agravo na perspectiva das diferenças raciais, ainda que se constituam parte inerente ao processo de desigualdades e iniquidades que condicionam diferenciais de risco no modo de viver e morrer. Pesquisas sobre essa temática são necessárias visto que, a mortalidade por causas externas, entre elas, as violências, representam um dos grandes desafios a serem enfrentados em nossa sociedade.

Nessa perspectiva, o estudo subsidiará o debate entre gestores e profissionais da área de saúde sobre o padrão de mortalidade da população do Recife. E assim, poderá contribuir para o reconhecimento da necessidade de políticas públicas voltadas especificamente à população negra. Pretende, também, fortalecer a discussão dos determinantes sociais da violência, visto que desigualdades no risco e na precocidade de morrer por causa violenta se configuram um grave problema de saúde pública evitável.

3. PERGUNTA CONDUTORA/HIPÓTESE

3.1. Pergunta condutora

Pressupondo a violência como um desafio para a saúde pública e tendo em vista a necessidade de se pensar estratégias de enfrentamento, surge a seguinte questão norteadora:

Há diferenciais por raça/cor da pele na mortalidade por violência (homicídio/agressões, lesões autoprovocadas intencionalmente, e óbitos cuja intenção é indeterminada) na cidade do Recife, Pernambuco, no período entre 2015 a 2017?

3.2. Hipótese

A mortalidade por violência no município de Recife, Pernambuco irá mostrar desigualdade entre os indivíduos de acordo com a classificação raça/cor da pele.

O estudo da mortalidade por violência na cidade do Recife, Pernambuco, irá revelar desigualdades na população de acordo com a classificação de raça/cor da pele.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Conceitos e tipologias da violência

De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro" (Minayo, 2006, p.13). A violência é compreendida como um fenômeno multifacetado, de múltiplas manifestações, naturezas e causas.

É um conceito de extrema importância para a epidemiologia e que necessita de um aprofundamento para melhor compreendê-lo (MINAYO, 2006). Como fenômeno social e histórico, a violência faz parte de toda a experiência dos seres humanos e suas consequências afetam de maneira ampla a sociedade e os indivíduos (PORTO, 2000; MINAYO, 2006).

Apresenta-se como um fato dinâmico, com seus aspectos estruturais e culturais, como um fenômeno específico que se destaca e faz parte da dinâmica social (MINAYO, 2006; DAHLBERG, KRUG, 2007). Não se conhece nenhuma sociedade que tenha existido sem a conviver com a violência nos seus mais diversos moldes. Entretanto, atualmente, já não há mais espaço para percebê-la como decorrente de causas naturais resultante das características biológicas e inatas humanas (DESLANDES, 2001; MINAYO, 1994).

Chesnais (1981) *apud* Minayo (2006) afirma que no imaginário da sociedade existem três manifestações de violências, tanto para o plano individual, como para o coletivo, sendo elas: a "violência física", literalmente, que pode ser compreendida como homicídios, agressões, violações, torturas, roubos; a "violência econômica" que consiste na apropriação indevida e agressiva de bens, e a "violência moral" que diz respeito à dominação cultural e ofensiva do outro. Portanto, pode-se compreender que se há nos traços culturais este sentido negativo tão marcante dado à violência social pela população, no inconsciente popular existe também uma afirmação de que a violência está imbrincada à vida social e suas redes de relações, de vivência e dos conflitos de poder. Este complexo e polissêmico fenômeno sempre esteve presente na forma de organização social, cada uma ao seu modo (MINAYO, 2006).

Nesse contexto, afirma-se que para compreender o fenômeno da violência é preciso refletir sobre a violência urbana e quais aspectos contribuíram para sua evolução, levando a grande vitimização de jovens e concentração de homicídios nesses territórios, considerando o papel da esfera pública como promotora da organização social e a falência de sua própria função (SILVA e colaboradores, 2018).

Segundo Minayo (2006), a violência por si mesma não é uma questão de saúde pública, na verdade, ela se transforma em um importante problema para a área porque atinge a saúde em nível individual e coletivo, deste modo, incorpora-se em um componente subjetivo uma necessidade de prevenção e enfrentamento. A autora aponta que a violência é a expressão comportamental daquilo que não foi elaborado, assim, ela traduz a existência de inúmeros problemas sociais que não são colocados como temas de debate e busca de solução para a sociedade (MINAYO, 2006).

A violência está sendo identificada atualmente para além de seus aspectos concretos e visíveis, pois a mesma ocorre no campo objetivo e subjetivo, nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz, sendo alimentada por interconexões que ainda precisam ser continuamente estudadas (SCHRAIBER, 2006).

A Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua resolução WHA49.25 de 1996, declarou a violência como um dos principais problemas de saúde pública no mundo e requisitou o desenvolvimento de tipologia da violência que caracterizasse os diferentes tipos de violência (DAHLBERG, KRUG, 2002).

A tipologia proposta divide a violência em três grandes categorias: violência dirigida a si mesmo (auto infligida), que pode ser compreendida como a violência que o indivíduo comete em si mesmo, como o suicídio, comportamento suicida e automutilações; violência interpessoal, que seria a violência intrafamiliar ou comunitária; e a violência coletiva, que se remete à violência social, política e econômica, aquela cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. Quanto à natureza dos atos violentos, a OMS classificou o modo como a violência pode ser exercida: física; sexual; psicológica, envolvendo privação ou negligência (DAHLBERG, KRUG, 2002). O que existe em comum entre essas práticas é a ocorrência de um agravo, que pode abranger desde o indivíduo, até grupos, corporações e Estados. Com a implicação de pessoas, ou seja, ao incorporar questões subjetivas, como sentimentos, direitos, diferenças de gênero e de raça/etnia, idade, ética, poder, entre outros elementos constituintes de práticas que podem ser definidas como violentas (MICHAUD, 1989; BONAMIGO, 2008). Deste modo, “[...] não existe violência, mas violências, múltiplas, plurais, em diferentes graus de visibilidade, de abstração e de definição de suas alteridades” (MISSE, 1999, p. 38).

Deslandes (2001), por sua vez, contribui para essa reflexão ao pontuar que as diversas manifestações da violência trazem à tona questões universais como o valor da vida humana. A experiência individual, em sua dimensão e intensidade, é percebida por meio das mais diversas formas das violências, sejam em seu formato estrutural, como nas políticas econômicas, sociais e educacionais, ou de forma coletiva, quando conquistas e direitos sociais são negados, tornando os indivíduos vulneráveis diante de restrições, de doenças e iniquidades.

4.2. Epidemiologia da violência no Brasil

A partir da década de 1980 a violência começou a ser inserida com mais força e visibilidade política e social na agenda das discussões vinculadas à saúde Entretanto, apenas na década de 1990 a OMS, como também, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), iniciaram as discussões oficiais sobre a temática (MINAYO, 2006).

As causas externas compreendem um conjunto de várias formas de violência e acidentes, que tem ocupado posição de destaque no ranking da morbimortalidade, tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, especialmente em grandes áreas urbanas (BRASIL, 2015). Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o grupo de causas de mortes denominado Causas Externas corresponde ao Capítulo XX (VO1-Y98), denominado: causas externas de morbidade e de mortalidade, os quais se incluem os homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, eventos cuja intenção é indeterminada, outros acidentes e outras violências (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2017).

A participação das causas externas na mortalidade geral no Brasil tem aumentado de forma considerável. Na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram vítimas de violência e acidentes no país. Em torno de 400 mil por homicídios, 310 mil em acidentes de trânsito e 65 mil por suicídios, estando o restante distribuído em vários tipos de acidentes. A partir dos anos 2000, o coeficiente geral de mortalidade por causas externas, no país, equivaleu a 26,7 óbitos por 100.000 habitantes, sendo 35,1 para o sexo masculino e 3,1 para o sexo feminino (MINAYO, 2009; SOUZA, LIMA 2007).

O homicídio continua sendo a causa de morte que mais impacta sobre as estatísticas de violência no Brasil. Em 2007, a taxa de mortalidade por homicídios era de 26,8/100 mil habitantes, com importantes diferenças regionais (ORELLANA et al. 2017; REICHENHEIM et al. 2011). Dez anos depois, em 2017, o Brasil atingiu o maior nível de mortalidade por homicídios, com uma taxa de 31,6 mortes por 100.000 habitantes (IPEA, 2019).

Por meio dos registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), foi observado que, entre 1980 e 2017 morreram cerca de 955 mil pessoas, vítimas de disparo de algum tipo de arma de fogo. As vítimas por tal tipo de morte passaram de 8.710, no ano de 1980, para 44.861, em 2014, ou seja, caracterizando um aumento de 415,1%. Considerando o crescimento populacional que ocorreu nesse período estudado, sendo em torno de 65% nesse intervalo, ainda assim, a elevação da mortalidade por armas de fogo, continua sendo expressiva (WAISELFISZ, 2016; IPEA, 2019).

Em 2017, as vítimas de homicídio por arma de fogo chegaram a 47.510 pessoas, sendo o maior número absoluto registrado no Sistema de Informações de Mortalidade, desde 1980. No Nordeste estão concentrados os estados com o maior volume de homicídios por arma de fogo, sendo eles, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Alagoas e Sergipe, os quais agrupam mais de 80% dos homicídios registrados no período com uso de algum tipo de arma de fogo (IPEA, 2019).

Estudos recentes mostram que em todas as capitais do país, a arma de fogo é o instrumento mais utilizado como resolução de conflitos por meio de violência, produzindo cada vez mais dados de mortalidade por homicídio. Estudos da década de 1990, analisados por Peres & Santos (2005), como também, em seguida por Souza & Lima (2007), sugerem que cerca de 60% dos assassinatos ocorridos em áreas urbanas brasileiras foram cometidos com o uso desses dispositivos.

Segundo Minayo (2009) existem diversos tipos de violência cultural que ocorrem no Brasil e que são constituídas por hábitos e costumes de longa duração, enraizados no cotidiano do país, tais quais, violência intrafamiliar, agressões conjugais; abusos físicos, psicológicos e sexuais; negligências; trabalho em idade precoce, na infância e adolescência, entre outros. A autora ainda reflete sobre condutas naturalizadas no comportamento brasileiro, como os castigos físicos e maus tratos a pretexto de um ensinamento pedagógico, sendo articulado a problemas ainda mais complexos, como a fuga de crianças e jovens de seus lares ou das escolas e seu aliciamento para o crime. Tais manifestações da violência cultural atingem a todos, afetando de formas variadas, de acordo com as especificidades de cada faixa etária, da raça/ cor da pele, sexo, gênero e de classe social (MINAYO, 2009).

Assim, a partir do atrelamento de condições sócio-históricas que inter-relacionadas estruturam a violência social no Brasil, observa-se que os adolescentes e jovens são os mais são inseridos na criminalidade, sendo esses também as maiores vítimas da mortalidade por violência, completando um ciclo de falta de acesso e promoção à direitos que resultam em

múltiplas vitimizações, posto que a violência na juventude é um complexo problema de saúde pública que não tem tido a devida atenção necessária (SOUZA, PERES, CONSTANTINI, et al., 2013).

Ferreira & Latorre (2012), afirmam que a desigualdade social pode resultar em problemas psicossociais, pois, as consequências da convivência em uma sociedade desigual pode ser um dos grandes fatores que influenciam em consequências como as altas taxas de mortalidade por violência no país e menor esperança de vida ao nascer. Desta maneira, os níveis elevados de desigualdade que persistem historicamente são a base de diversas formas de expressão da violência, centralizam uma das formas principais e mais contundentes de violência no Brasil, podendo ser denominada como estrutural e "estruturante pelo seu grau de enraizamento" (MINAYO, 2006).

4.3. Raça enquanto determinante de desigualdades sociais e fator de risco para mortalidade no Brasil.

Sabe-se que raça ou a cor de pele pode ser compreendida como uma característica de indivíduos e grupos, definida socialmente e relacionada à distribuição de poder de uma sociedade, tendo variações ao longo do tempo, do espaço e de sua contextualização. Portanto, não podemos percebê-la como uma característica biológica e inata, utilizada em vias explicativas e classificatórias de diferenças comportamentais, habilidades e oferecimento de oportunidades ao longo do ciclo de vida (GUIMARÃES, 2009; SAPERSTEIN 2006).

Dressler (1991), já afirmava que não existem características suficientes que permitam definir, de forma inquestionável, a raça de uma pessoa. Principalmente, observando por vias deterministas e dissociando de aspectos políticos, étnicos e sociais, os quais podem desempenhar papel crucial na definição de raça. Compreender a raça como uma categoria fixa e não como um resultado de status sociais complexos, é problemático para a implementação de políticas públicas e de estudos que utilizam a cor da pele como um demarcador *status quo* das desigualdades sociais (MUNIZ, 2010).

Visto que a raça não é necessariamente o reflexo da cor da pele de uma pessoa, mas sim, o reflexo da relação entre o indivíduo e as pessoas que compõem a sociedade a qual o mesmo está inserido, a identidade racial e as respostas que uma sociedade dá a ela são na verdade uma função da coletividade, do espaço social compartilhado e não de determinadas características

individuais. Assim, tal identidade está relacionada muito mais às respostas dessa sociedade do que à aparência dos indivíduos, ou seja, o que realmente importa é como uma sociedade atende a identificação racial individual que repercute diretamente no indivíduo e na sociedade (GUIMARÃES, 2012; ZUBERI, 2000).

Para Guimarães (2009, p.47) é percebido que na concepção do conceito de raça e cor:

> De fato, não há nada espontaneamente visível na cor da pele, no formato do nariz, na espessura dos lábios ou dos cabelos, ou mais fácil de ser discriminado nesses traços do que em outros, como o tamanho dos pés, a altura, a cor dos olhos ou a largura dos ombros. Tais traços só têm significado no interior de uma ideologia preexistente (para ser preciso: de uma ideologia que cria os fatos, ao relacioná-los uns aos outros), e apenas por causa disso funcionam como critérios e marcas classificatórios.

Essas características se preenchem de significado apenas quando fazem parte de uma ideologia preexistente e que os tornam como marcadores de critérios demarcadores. Um indivíduo apenas pode ser designado e classificado num grupo de cor se houver uma ideologia que aplique significado à cor que as pessoas tenham, que atribuam algum significado a isso (GUIMARÃES, 2009; GUIMARÃES, 2012).

Deste modo, no Brasil, cor reflete em mais questões que apenas a cor da pele. Traços físicos e culturais se incluem nos elementos de definição da cor que alguém se identifica. Como também, a cor se demarca enquanto classificador social, posto que a violência no país tem cor, classe e sexo (GUIMARÃES, 2012; LOPES, 2004; SANTOS, 2000).

A pesquisa Censo Demográfico do Brasil solicita que as pessoas se classifiquem entre as categorias: branco, preto, pardo, indígena ou amarelo (oriental). Pretos e pardos constituem 50.7% de toda população (IBGE, 2010). No Brasil, o conceito de raça está mais relacionado à cor da pele, tipo de cabelo e traços faciais do que a aspectos ancestrais, fato que faz com que diversos estudiosos analisem a classificação racial brasileira não enquanto grupos raciais, mas sim grupos de cor (DEGLER, 1991 *apud* HERINGER, 2002).

Já a categoria denominada como “pardos” colabora para a instabilidade temporal e classificatória, visto que a mistura racial a qual se denomina tal grupo, contribui para a dificuldade em distinções raciais mais claras e objetivas, prejudicando principalmente a implementação de intervenções sociais e políticas direcionadas a categorias de raça específicas (TELLES, 2004; BAILEY, 2008).

A questão “cor ou raça” foi incorporada ao Censo brasileiro desde o primeiro recenseamento em 1872, antes da abolição da escravatura. Eram investigadas as condições econômicas das pessoas, e suas raças, tendo como alternativa a opção “mestiço”, posto que a mestiçagem era a veia central da ideologia do branqueamento racial que se iniciou no Brasil República (GOMES & MARLI, 2018).

Essa tese se baseava na ideia da superioridade da raça branca e na convicção de que com a imigração europeia no país resultaria então na miscigenação da população e progressivo clareamento da população total, pois de acordo com tal ideologia, o sangue da raça branca seria superior, como afirma o escritor José Veríssimo (*apud* Nascimento, 2016) “(...) a mistura de raças é facilitada pela prevalência do elemento superior. Por isso mesmo, mais cedo ou mais tarde, ela vai eliminar a raça negra daqui.” (GOMES & MARLI, 2018; NASCIMENTO, 2016; GOUVEA, 2013)

O Censo Demográfico passou pelo menos três edições sem investigar o quesito racial. Apenas em 1940, a questão “cor” voltou a ser investigada no Censo Demográfico realizado pelo IBGE, as categorias censitárias eram branca, preta e amarela, sem as categorias indígena e parda, assim, essas e outras respostas foram classificadas após análise, como pardos, categoria esta que serviu basicamente como aquela em que se encaixaria tudo aquilo que não cabia nas outras categorias, tais quais, mulatos, *mestiços, índios*, caboclos, cafuzos *etc.* (GOMES & MARLI, 2018; GOUVEA, 2013; ANJOS, 2013; IBGE, 2013; SCHWARCZ, 2012)

Em 1976 o IBGE realizou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, a qual diferente do Censo Demográfico, no qual a cor do indivíduo era respondida via heteroclassificação pelo pesquisador, na PNAD a resposta foi autoclassificatória e aberta, fato que resultou em 136 respostas de cores diferentes, tais quais, *“acastanhada, alva escura, cor de café, cor de canela, morena jambo, etc.”* revelando a complexidade da representação racial no Brasil. Em 1991, o Censo Demográfico instituiu uma questão fechada e autoclassificatória: branca, preta, parda, amarela e indígena (SCHWARCZ, 2012; IBGE, 2018).

Sabemos que, embora o Brasil possua a maior concentração de população negra fora da África (SILVA, 2000), constata-se que os indicadores sociais no país, que marcam as condições de vida dos segmentos sociais, indicam que a população negra expressa pior nível nos dados de saúde, renda, habitação, maiores taxas de adoecimento (incluindo psíquico), residir em áreas com infraestruturas inferiores ao necessário para uma moradia saudável e ter maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (JACCOUD, 2002). Portanto, diferenças nas

condições de vida, nas formas de adoecimento e de morte que variam de acordo com a raça/cor da população. É possível observar esse ao se comparar populações brancas e negras. São os negros brasileiros apresentam maiores taxas de analfabetismo, entre a população geral, sendo 13,6% menos alfabetizados quando em comparação com a população branca (CUNHA, 2012; FAUSTINO, 2012; SANT'ANNA, 2003).

Mulheres e homens negros são duas vezes mais pobres e vivem 2,6 vezes mais em situação de pobreza quando comparados com homens e mulheres brancas. Em 2011, no estado de São Paulo, 14,6% da proporção de negros desempregados era cerca de 50% maior que a de brancos 9,7%. Em relação à inserção no mercado de trabalho a partir da cor dos indivíduos e por nível de renda, observa-se que os homens brancos ganham em média quatro vezes mais do que as mulheres negras. No ano de 2018, a renda mensal das pessoas brancas foi 73,9% maior que a das pessoas negras, reforçando ainda mais a percepção da desigualdade social a partir do recorte racial (FAUSTINO, 2012; SANT'ANNA, 2003; HASENBALG, 1992; IBGE, 2018).

Os dados sobre educação também indicam diferenças significativas, tais quais, do total de pessoas com dez anos ou mais, 38% sem instrução se autodeclaram brancos, percentagem que sobe para 62% no caso dos negros. Quando se analisa a categoria de oito anos ou mais de estudo, as diferenças acentuam-se: 75% são brancos e só 25% da população negra alcança esse nível de instrução (HERINGER, 2002; JACCOUD, 2002).

No Brasil, os brancos em comparação aos negros demonstram vantagens significativas e sistemáticas na mobilidade social intergeracional e no mercado de trabalho. Estatísticas mostram que mesmo quando os negros conseguem ultrapassar os níveis básicos de escolaridade, seus salários são menores e são mínimas as chances de ascensão e mobilidade social. Em 2018, a média de anos estudados dos indivíduos com 25 anos ou mais, foi de 10,3 anos para as pessoas brancas e de 8,4 anos para as negras, refletindo que a desigualdade racial perpassa pela desigualdade na educação (JACCOUD, 2002; INSPPIR, 1999; IBGE, 2019).

As diferenças de renda também são demonstradas a partir de outros ângulos, como, por exemplo, dados que revelam um fenômeno de "embranquecimento" da população brasileira de acordo com o aumento da renda. Pois, nas populações classificadas como pobres, as autodeclaradas como negras são 80%, entretanto quanto maior a renda, a proporção de pessoas autodeclaradas como negras cai para menos de 10% (JACCOUD, 2002).

Na área da saúde pública brasileira, tem sido cada vez maior o número daqueles que ressaltam a importância de se investigar os aspectos determinantes sobre as questões de

morbidade e mortalidade devido à raça/cor de pele. Deste modo, a variável raça/cor vem sendo compreendida nos estudos mais recentes, não a partir do componente biológico, mas como uma variável que remete a construções sociais, históricas e culturais que se embrincam com a concepção de raça/cor da pele (ARAÚJO et al., 2009; MUNIZ, 2010).

Ao analisarmos os padrões de mortalidade por raça/cor da pele, observa-se que em relação à mortalidade infantil, são os filhos de mulheres negras que exibem compõem a mortalidade mais elevada em oposição à de filhos de mulheres brancas. A expectativa de vida entre brancos e negros também apresentam diferenças consideráveis, dado que, em 1995, o percentual de homens brancos com mais de 60 anos era de 8,5% da população masculina branca e, em 2002, passou para 11,7%; já o percentual de homens negros da mesma faixa etária passou de 9,9% para 10,8% da população masculina negra. Em 2011, a expectativa de vida entre negros no país era de 67 anos, ao passo que a das pessoas brancas era de 73 anos. Assim, a violência atrelada às questões raciais que estruturam o país, impactam não apenas nos indicadores sociodemográficos, como também na possibilidade de os indivíduos conseguirem atingir uma maior sobrevida, a fim de completar o ciclo vital esperado ao nascer (CERQUEIRA; MOURA, 2014; JACCOUD, 2002; LAESER, 2011).

Tal disparidade também é demonstrada em um grave quadro discriminatório em relação à saúde feminina no Brasil, visto que as mulheres autodeclaradas como brancas registram probabilidade de 75% de sobrevivência, contra 68% das mulheres negras (JACCOUD, 2002). No Recife, os dados de mortalidade feminina, entre os anos de 2001 e 2003, mostram que a proporção de óbitos observados entre as mulheres negras foi maior do que das mulheres brancas, com exceção da faixa etária de 50-59 anos. Entretanto, em todas as outras faixas estudadas o risco de morte foi maior nas mulheres declaradas como negras do que entre as brancas (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007).

As autoras ainda observaram diferenças na mortalidade por causas externas por raça/cor da pele, que corresponderam a terceira causa de morte de mulheres adultas negras enquanto para as mulheres brancas, que representou a sétima posição. Os homicídios representaram o primeiro lugar como causa específica de óbito entre as mulheres negras mais jovens, como entre o grupo de 20 a 29 anos (para o qual o risco foi 40 vezes maior do que para as brancas). Também nessa mesma faixa etária o risco de morte por suicídio foi quatro vezes maior em relação às mulheres brancas (Ibidem, 2007).

Deste modo, percebemos que a cor da pele ser negra está fortemente ligada a diversas iniquidades sociais nas estatísticas sobre a população brasileira. Dado que a proporção de

pobres permaneceu estável em 34% entre os anos de 1995 a 2001. No entanto, ao ser analisado por raça/cor de pele, observa-se que a pobreza é maior entre os indivíduos autodeclarados como negros. A probabilidade de um branco estar na faixa de pobreza é em torno de 22%, porém, se a pessoa é autodeclarada como negra, esta probabilidade aumenta para 48% (JACCOUD, 2002).

As desigualdades raciais no país por muito tempo foram e continuam sendo mascarada em termos de desigualdades sociais, ou de classe. Assim, tais dados nos permitem configurar a raça em um panorama geral das desigualdades nos padrões de renda, no acesso e qualidade dos sistemas educativo formal, habitação, saúde etc., e como fator de risco para mortalidade (GUIMARÃES, 2009; TRAVASSOS; WILLIAMS, 2004).

Os dados com recortes raciais no Brasil foram disponibilizados apenas a partir da década de 1990, quando ocorreu a publicação da portaria nº 3.947/GM, a qual instituiu a partir de 1º de janeiro de 1999, a inclusão do campo raça/cor, nos dados dos sistemas de informação do país, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE, possibilitando uma investigação epidemiológica a partir do recorte racial (LAGUARDIA, 2006).

Desta forma, ao refletirmos sobre a importância da inclusão da variável raça/cor da pele na análise em estudos epidemiológicos, percebe-se sua necessidade, pois a partir dela em conjunto com outros marcadores, tais quais, gênero, classe, moradia, educação, é possível observar as diferenças existentes nos mais diversos segmentos estudados e com isso buscar explicações, muito mais do que uma busca por causalidade (MUNIZ, 2010).

Pois, seria imprudente usar tal variável apenas com fins de classificação, visto que a concepção de raça/cor é dinâmica e se constrói socialmente, estruturando-se como um importante marcador social. Ao se analisar a variável raça/cor sem considerar sua concepção social, que circunscreve o indivíduo em sua identidade a partir de outros marcadores sociais, recairíamos numa visão simplista de uma questão complexa intercruzada com diversos atores sociais. Existe um esforço entre diversos estudiosos para evitar que a variável raça seja utilizada de maneira banal, e que esta, seja estudada e analisada a fim de não apenas mensurar os fatores individuais e contextuais que contribuem para mudança das fronteiras raciais, mas também a contribuição que tais informações podem vir a ter sobre o nosso entendimento das desigualdades e como preveni-las (ARAÚJO, 2009; MUNIZ 2010).

Nessa perspectiva, Monteiro (2004) traz a necessidade da criação de um campo específico de pesquisa e intervenção orientado para as condições de saúde da população negra, devido à

dificuldade de conseguir desvendar a realidade da população e de obter dados fidedignos e análises mais próximas da vida dos indivíduos. Assim, a proposta de Monteiro (2004) é a conscientização dos profissionais de saúde para o preenchimento e na análise do campo “cor” quando da identificação dos indivíduos nos serviços de saúde.

Para compreendermos o que move os processos de discriminação e de desigualdades raciais necessitamos continuar utilizando essa categoria de análise, todavia, de forma cuidadosa e criteriosa, pois permite que ela própria seja a fonte e o caminho para a identificação de desigualdades entre indivíduos. Ademais, compreender os modos de violência e suas possíveis causas é fundamental para promover espaço de reflexões visando transformações sociais e redução das desigualdades extremamente enraizadas em nosso país que são as de raça/cor de pele.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral:

Analisar desigualdades por raça/cor na mortalidade por violência na cidade do Recife/Pernambuco, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017.

5.2. Objetivos específicos:

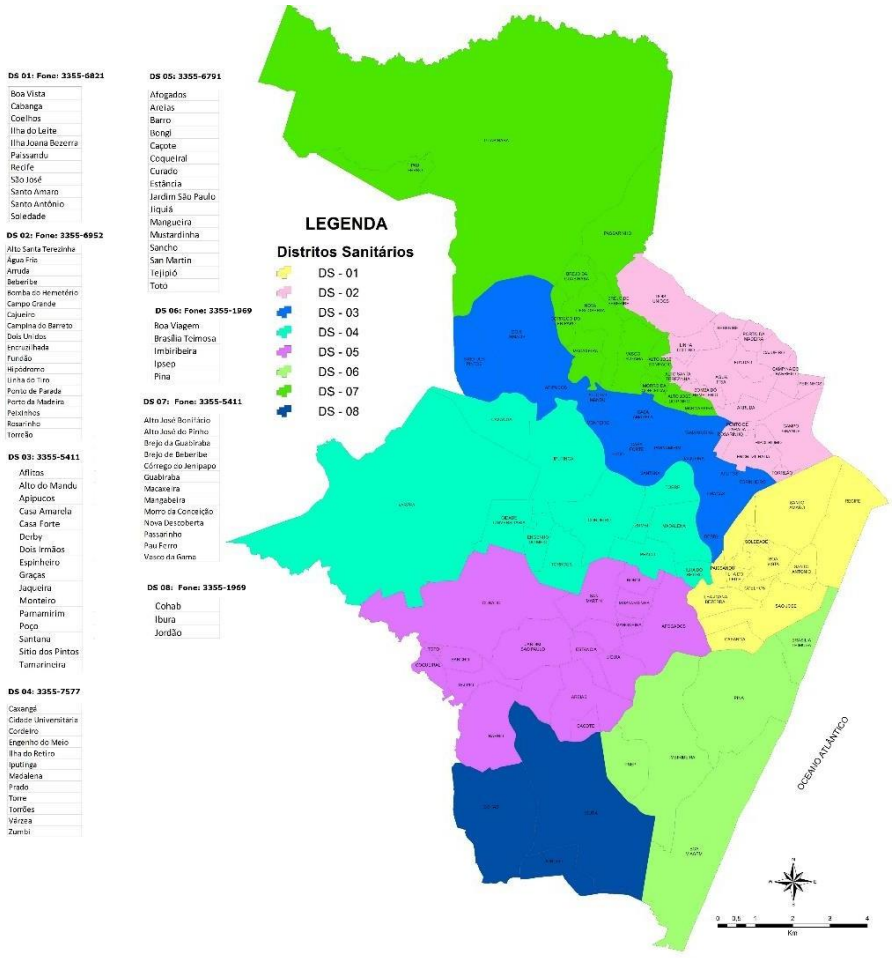
1. Identificar a proporção de mortes por violência dentre as causas externas e sua importância no perfil de mortalidade da população residente na cidade do Recife;
2. Mensurar a proporção de óbitos por violência por raça/cor da pele, considerando o tipo de violência, o sexo e a idade, de residente na cidade do Recife;
3. Estimar o risco de morte por tipo de violência por raça/cor da pele, considerando idade e sexo, de residente na cidade do Recife;
4. Calcular os anos potenciais de vida perdidos para identificar diferenças entre raça/cor da pele, sexo e idade, de residente na cidade do Recife;

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1. Área de estudo

Pernambuco é um dos nove estados da região Nordeste do Brasil. A capital do estado é Recife, considerada a região metropolitana mais rica do Nordeste, sendo o sétimo estado mais populoso do Brasil, como também, ocupa o décimo lugar no PIB brasileiro. Sendo identificado como núcleo da Região Metropolitana, composta por 14 municípios, que possui um território de 218,435 km^2, situado na área litorânea do estado, e que se encontra dividido em seis Regiões Político-Administrativas e oito Distritos Sanitários (Figura 1) (RECIFE, 2014). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apresentou em 2018 uma população estimada de 1.637.834 pessoas, sendo 43% homens e 57% mulheres (IBGE, 2017).

Figura 1 - Mapa de Recife segundo Distritos Sanitários.



Fonte: Prefeitura Municipal do Recife, 2014.

6.2. Desenho do estudo

Este estudo consiste em uma pesquisa epidemiológica do tipo transversal. (CAMPBELL; STANLEY, 1979). Este tipo de estudo consiste em “investigações que produzem ‘instantâneos’ da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo.” (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012, p. 168).

6.3. População do estudo e período de referência

Foram analisados os óbitos por violência registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de indivíduos residentes em Recife/Pernambuco, referentes aos óbitos ocorridos no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017, com a variável da Declaração de Óbito raça/cor preenchida. O ano de 2017 foi escolhido por ser o último ano com o banco de dados considerados definitivos pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife no momento da elaboração deste estudo.

6.4. Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa o universo de óbitos por violência registrados no SIM, no período 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017 de indivíduos residentes da cidade do Recife, PE, incluindo todas as faixas etárias. Foram considerados como óbitos por violência àqueles que estivessem de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, 10ª edição, listados no Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (CID, 10ª, OMS, 2008), correspondente a: lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84); homicídio/agressões (X85-Y09); e os óbitos codificados como eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y84).

6.5. Critérios de Exclusão

Foram excluídos da análise os óbitos codificados como violência sem registros da variável cor da pele na Declaração de Óbito, como também, as mortes por essa causa ocorridas no município, mas de pessoas não residentes no Recife. Foram ainda excluídos os óbitos de

indivíduos declarados na DO como pertencentes a cor da pele amarela (orientais) e os indígenas em razão do reduzido número e em razão do foco desse estudo ser a raça negra (pardos e pretos). Como o objetivo do presente estudo é verificar as violências foi excluído do objeto de análise o item relacionado a mortes por acidentes (V01-X59) que também faz parte do capítulo XX do CID 10º; bem como, aqueles com o tipo de violência classificado como ignorado na DO.

6.6. Fonte de dados

Foram utilizados como fonte de dados os registros Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município mediante aprovação de carta de anuência.

Neste sistema a notificação do óbito ocorre a partir da Declaração de Óbito (DO) (Anexo A). Nas mortes por causas externas, ocorridas em localidade que possuam IML de referência ou equivalente, a DO é, obrigatoriamente, emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente. Esse documento possui 59 variáveis, divididas em 9 blocos, apresentando dados sociodemográficos, clínicos e de assistência (BRASIL, 2011).

Os dados demográficos, denominadores para o cálculo das taxas de mortalidade, foram obtidos a partir dos dados de domínio público disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) continua (Acessados em 12/12/2019).

6.7. Definição de termos e variáveis

A seleção das variáveis sociodemográficas considerou a disponibilidade no banco de dados do SIM. Os registros referentes a raça/cor da pele foram primeiro avaliados categorizados como pretos e pardos e, posteriormente, avaliados conjuntamente, denominados de população negra. Esta categorização teve como objetivo explorar a existência de gradiente indicativo de pior resultado à medida que a cor da pele fosse mais escura. Os óbitos foram classificados segundo tipos de mortes por violência: lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84); homicídio/agressões (X85-Y09); e os óbitos codificados como eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y84) segundo a CID-10, como estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas e referentes às causas básicas dos óbitos

Variável	**Definição**	**Categorização**
Idade em anos	Idade referida na DO	< 1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais.
Raça/Cor	Raça/cor referida na DO	Branca Parda Preta
Local de ocorrência do óbito	Onde ocorreu o óbito registrado	Hospital Outros estabelecimentos de saúde Domicílio Via pública Outros Ignorado
Causa da morte	CID do óbito	Lesões autoprovocadas intencionalmente – (X60-X84) Homicídio/agressões – (X85-Y09) Intenção indeterminada – (Y10 a Y84)

6.8. Indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos – APVD

O estudo da mortalidade por doenças e agravos à saúde de uma população consiste em uma importante forma de avaliar as condições de saúde, pois permite a identificação das principais causas de morte e a definição de prioridades. O tempo de vida perdido por morte em cada idade é um critério importante para redefinir o *ranking* das causas de morte a fim de estabelecer sua importância relativa, por reconhecer a precocidade da morte (PEIXOTO; SOUZA, 1999). O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos consegue tal feito ao estabelecer pesos diferentes para cada causa, de acordo com o número de anos potenciais de vida que elas tolheram de suas vítimas. A mortalidade prematura sendo compreendida como expressão do

valor social da morte aponta para a necessidade de operacionalizar sua medida e análise (REICHENHEIM; WERNECK, 2005).

Compreendendo que tais mortes ocorreram numa etapa em que a vida é vista como potencialmente produtiva, destituindo jovens da oportunidade do vir a ser sujeito na sociedade, como também do seu potencial intelectual e econômico. Deste modo afetando a coletividade como um todo.

Pesquisas têm demonstrado a importância do uso desse indicador APVP que apresenta, ainda, como ponto positivo, a facilidade de cálculo e a possibilidade de ser, desde que conhecido, amplamente utilizado. Resgata-se, desse modo, a função primordial das estatísticas de mortalidade, que podem e devem nortear a tomada de decisões na área da saúde (ALVES, et al., 2012).

6.9. Processamento e análise dos dados

As variáveis sociodemográficas e o tipo de violência foram descritas e analisadas segundo a cor da pele; primeiro, considerando as categorias pretas e pardas e, posteriormente, em conjunto, denominada de população negra. Esta abordagem permitiu explorar na análise a existência de gradiente na ocorrência da morte por violência à medida que a cor da pele fosse mais escura.

Para o cálculo das taxas de mortalidade e do coeficiente de APVP foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) contínua, que no meio do período dos anos estudados contabilizou 1.622.000 habitantes no município do Recife (Acesso em 27/05/2019).

Na análise dos dados foram estimados: número absoluto e o número médio de APVP e a taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, especificados segundo tipo de violência, cor da pele (nas categorias já citadas), também estratificadas por sexo e faixa etária.

O valor absoluto de APVP em cada faixa etária foi calculado multiplicando-se o número de anos remanescentes de vida pelo número de óbitos ocorridos na mesma faixa etária. O valor total de APVP foi obtido pelo somatório das APVP em cada grupo etário, sendo estipulado 0 (zero) e 70 anos de idade, respectivamente, como limites inferior e superior para o cálculo do APVP, foram adotados os critérios propostos por Romeder e McWhinnie apud Almeida e Barreto (2012).

Ainda, foi calculado a mortalidade proporcional e o coeficiente de mortalidade por tipo de violência: lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84); homicídio/agressões (X85-Y09); e os óbitos codificados como eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y84) segundo a CID-10ª, por raça/cor da pele, estratificando por sexo e faixa etária. A análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 22.0 para Windows.

6.10. Limites e vantagens do estudo

Esse estudo apresentou alguns limites, visto que trabalhou com dados secundários. A primeira limitação diz respeito ao não preenchimento adequado da Declaração de Óbito que resultou no não registro da variável tipo de violência em 19,2% (557) das declarações. Entretanto, a variável raça/cor de pele estava preenchida para 100% dos óbitos.

A raça/cor da pele é uma variável que preferencialmente deve ser autodeclarada (GUIMARÃES, 2012), entretanto, em virtude de o presente estudo estar baseado em informações registradas pelos profissionais de saúde, este fato pode ter implicado no preenchimento incorreto da cor da pele do indivíduo. Estudos evidenciaram que dados coletados com base no preenchimento da DO, podem apresentar falhas na fidedignidade devido à ainda que inadequadas, divisão de responsabilidades no preenchimento desses campos e ao seu processamento em momentos/espaços diferentes dentro das instituições de saúde e, assim, comprometer a qualidade das informações produzidas pelo SIM.

Além disso, os profissionais de saúde podem classificar os indivíduos por raça/cor da pele considerando sua própria cor da pele, visão de mundo, nível social e juízo de valor, o que pode interferir no preenchimento da variável (ARAÚJO, 2009; MENDONÇA, 2011).

A qualidade dos dados de mortalidade do município de Recife tem sido objeto de pesquisa. Um estudo que investigou a incompletude dos registros de óbitos por causas externas do Sistema de Informações sobre Mortalidade no estado de Pernambuco, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010, observou que as variáveis da DO “sexo” e “local de ocorrência” apresentaram menor incompletude nos dois períodos do estudo nas 12 Regiões de Saúde do estado e que houve redução da incompletude para a variável “raça/cor” (MELO; VALONGUEIRO, 2015).

Todavia, apesar dessas limitações, existe amplo consenso em indicar o uso desse sistema em pesquisas científicas, por sua enorme importância. Dahlberg (2007) afirma que existem

diferentes fontes de dados sobre os tipos de violência, todavia, entre todas as fontes existentes, os dados sobre mortalidade são os mais amplamente coletados e os mais disponíveis no Brasil. As estatísticas de mortalidade por causas externas compiladas pelo Ministério da Saúde constituem-se em uma importante fonte para o estudo da violência no Brasil, visto que são dados centralizados e amplamente divulgados (ZALUAR et al., 1994).

7. ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE) obedecendo a resolução n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS. Com objetivo de preservar o sigilo dos dados. Foi aprovado em 01 de setembro de 2019 sob o parecer 3.555.536 (Anexo B). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco (CAE: 17031219.9.0000.5208). Também foi obtida a anuência da Secretaria de Saúde do Recife (Anexo C).

8. RESULTADOS

No período de 2015 a 2017, houve 2.806 mortes por violência, representando 8% do total de óbitos do Recife, representando e 63,7% dos óbitos por causas externas de residentes no município. Do total desses óbitos, 73,7% (2.076) foram por homicídios, 19,4% (545) por eventos de intenção indeterminada, quando desconhecida a intencionalidade da violência e 6,9% (195) por lesões autoprovocadas intencionalmente (Tabela 1).

Do total de óbitos por violência, 83,0% correspondeu à população negra (somatório de pretos e pardos), enquanto 17,0% à população branca, de acordo com a raça/cor da pele registrada na Declaração de Óbitos (DO) sendo, portanto, os negros quase cinco vezes mais frequentes do que os brancos entre essas causas de mortes.

Ainda, entre os óbitos, predominaram os homens (85,6%), os jovens entre 15 e 29 anos de idade (52,1%), os solteiros (83,5%) e aqueles com escolaridade entre 4 a 7 anos (42,8%) Em relação ao local de ocorrência, a maioria das mortes (43,6%) ocorreu em via pública, 32,8% em hospitais ou outra unidade de saúde e 13,8% no domicílio (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, tipo de violência e local de ocorrência do óbito de residentes de Recife - Pernambuco, 2015-2017.

VARIÁVEIS		N	%
Cor da pele		**2806**	**100**
	Parda	2250	80,2
	Preta	78	2,8
	Branca	478	17,0
Sexo		**2806**	**100**
	Masculino	2401	85,6
	Feminino	405	14,4
Faixa etária		**2806**	**100**
	0 a 9 anos	14	0,5
	10 a 14 anos	23	0,8
	15 a 29 anos	1465	52,1

Tabela 1 - Características sociodemográficas, tipo de violência e local de ocorrência do óbito de residentes de

Recife - Pernambuco, 2015-2017.

(continuação)

VARIÁVEIS		N	%
	30 a 39 anos	508	18,1
	40 a 59 anos	449	16,0
	60 anos e mais	347	12,4
Estado Civil (*)		**2772**	**100**
	Solteiro	2316	83,5
	Casado ou união estável	283	10,2
	Viúvo ou divorciado	153	5,5
	Ignorado	20	0,7
Escolaridade (em anos) (**)		**2769**	**100**
	Nenhuma	114	4,2
	1 a 3 anos	703	25,4
	4 a 7 anos	1186	42,8
	8 a 11 anos	579	20,9
	12 anos e mais	133	4,8
	Ignorado	54	2,0
Tipo de violência		**2806**	100
	Homicídio	2068	73,7
	Intenção indeterminada	543	19,4
	Suicídio	195	6,9
Local de ocorrência (***)		**2803**	**100**
	Hospital	909	32,4
	Outros estabelecimentos de saúde	112	4,0
	Domicílio	386	13,8
	Via pública	1221	43,6
	Outros	175	6,2

*****Para trinta e quatro (34) pessoas o estado civil estava ausente no SIM.
******Para trinta e sete (37) pessoas a escolaridade estava ausente no SIM.
******Para três (3) pessoas o local de ocorrência estava ausente no SIM.

No Recife, a taxa de mortalidade por violência foi de 57,88 óbitos por 100 mil habitantes. Quando considerada a raça/cor da pele, a taxa de mortalidade por violência foi de 24,01 por 100 mil habitantes para os brancos, 91,12 para os pardos, 21,48 por 100 mil habitantes para os de cor preta e 82,01 por 100 mil habitantes para aqueles de cor negra. A população negra apresentou risco de morrer por violência mais de três vezes maior do que os declarados brancos (RR=3,42; IC 95%: 2,88-4,05; p=0,0000) (Tabela 2).

O risco de morrer por violência foi sete vezes maior (RR= 7,00; IC 95%: 5,84-8,41; p=0,0000) para os homens em relação às mulheres. Todavia, esse risco variou quando considerada a cor da pele. Entre os brancos, o risco para os homens foi três vezes maior do que para as mulheres (RR=3,30; IC 95%: 2,35-4,72; p=0,0000). Os homens negros apresentaram oito vezes mais risco do que as mulheres negras (RR=8,49; IC95%: 6,82-10,56; p=0,0000) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e proporção de óbitos por violência, taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e risco relativo, segundo sexo e raça/cor da pele, de residentes de Recife - Pernambuco, 2015-2017.

Sexo Raça/cor da pele	BRANCOS			NEGROS			TOTAL		
	% (N)	Taxa/ 100.000	RR (IC95%) (*)	% (N)	Taxa/ 100.000	RR (IC95%) (**)	% (N)	Taxa/ 100.000	RR (IC95%) (***)
Homens	14,4% (346)	39,36	3,30 (2,35-4,72)	85,6% (2055)	153,93	8,49 (6,82-10,56)	100% (2.401)	108,45	7,00 (5,84-8,41)
Mulheres	32,6% (132)	11,86		67,4% (273)	18,13		100% (405)	15,46	
Total	17,0% (478)	24,01	-	83,0% (2.328)	82,01	3,42 (2,88-4,05)	100% (2.806)	57,66	-

(*) (**) (***) p<0,0000

No triênio estudado, considerando o tipo de violência, para a população do Recife, a taxa de mortalidade por homicídios foi de 42,6 óbitos por 100.000 habitantes, por suicídio de 4,0 óbitos e 11,2 óbitos por eventos de intenção indeterminada. Em relação à raça/cor da pele, as pessoas pretas e pardas apresentaram maior risco de morte do que os indivíduos de cor branca, tanto por homicídio (RR= 4,85; IC95%; 3,87-6,07; p=0,0000), quanto por eventos de intenção indeterminada (RR=1,73; IC95%; 1,26-2,40; p=0,0002) (Tabela 3).

Ao considerar o sexo dos indivíduos, na totalidade das violências, os homens negros manifestaram quase quatro vezes maior risco (RR=3,92; IC95%; 3,21-4,77; p=0,0000) de morte que os homens brancos. Do mesmo modo, os homens negros apresentaram risco de morrer por homicídio quase cinco vezes maior (RR= 4,82; IC95%:3,80-6,11; p=0,0000) do que os homens

brancos; como também, quase três vezes mais risco de morrer (RR=2,39; IC95%; 1,55-3,73; p=0,0000) por eventos de intenção indeterminada. O mesmo padrão foi observado em relação risco de morrer por homicídios para as mulheres negras em comparação com as brancas, pois, estas, mostraram risco quase três vezes maior (RR= 2,88; IC95%; 1,43-5,77; p=0,0006) (Tabela 3).

Dentre os homicídios, predominou a morte por arma branca (85,16%), seguida por arma de fogo (12,04%). O risco de morte por homicídio por arma de fogo foi 36,33 óbitos por 100.000 habitantes, sendo 7 vezes mais elevado para pessoas negras (54,4/100.000) do que em brancos (11,09/100.000). O mesmo fato se observa nas mortes por arma branca, as quais se mostraram mais de 6 vezes mais frequente entre as pessoas negras (7,64/100.000) do que entre os brancos (1,65/100.000). As demais formas utilizadas nos tipos de homicídio, representaram 2,8% (58) das mortes. (Dados não exibidos em tabela).

Tabela 3 - Proporção de óbitos por violência, taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e risco relativo segundo sexo, raça/cor da pele e tipo de violência, de residentes de Recife - Pernambuco, 2015-2017.

Sexo/ Tipo de Violência		**% (N)**			**Taxa de Mortalidade por/100.000**		**RR (IC 95%) p-valor**	
		NEGRA	**BRANCA**	**TOTAL**	**NEGRA**	**BRANCA**		
Homens	Suicídio	4,5% (92)	11,3% (39)	5,5% (131)	6,90	4,44	1,51 (0,79-2,91)	0,0849
	Homicídio	82,3% (1691)	67,1% (232)	80,1% (1923)	126,66	26,40	**4,82 (**3,80-6,11)	**0,0000**
	Evento Indeterminado	13,2% (272)	21,7% (75)	14,5% (347)	20,37	8,53	**2,39 (**1,55-3,73)	**0,0000**
	Total	**100% (2055)**	**100% (346)**	**100% (2401)**	153,93	39,36	**3,92 (**3,21-4,77)	**0,0000**
Mulheres	Suicídio	15,4% (42)	16,7% (22)	15,8% (64)	2,79	1,97	1,47 (0,59-3,66)	0,2876
	Homicídio	42,5% (116)	22,0% (29)	35,8% (145)	7,70	2,60	2,88 (1,43-5,77)	**0,0006**
	Evento Indeterminado	42,1% (115)	61,4% (81)	48,4% (196)	7,63	7,28	1,04 (0,63-1,70)	0,4001
	Total	**100% (273)**	**100% (132)**	**100% (405)**	18,13	11,86	1,52 (1,06-2,19)	0,0079
Total	Suicídio	5,8% (134)	12,8% (61)	6,9% (195)	4,72	3,06	1,57 (0,93-2,67)	0,6029
	Homicídio	77,6% (1807)	54,6% (261)	73,7% 2068	63,60	13,10	**4,85** (3,87-6,07)	**0,0000**
	Evento Indeterminado	16,6% (387)	32,6% (156)	19,4% (543)	13,62	7,83	**1,73** (1,26-2,40)	**0,0002**
	Total	**100% (2328)**	**100% (478)**	**100% (2806)**	81,94	23,99	**3,42** (2,88-4,05)	**0,0000**

Dentre os homens mortos por homicídio, 87,94% eram negros e 12,06% brancos, com predomínio dos negros em todas as faixas etárias. Ainda que os números tenham sido mais expressivos para os homens jovens de 15 a 29 anos independentemente da cor da pele, os negros representaram 87,47% dos óbitos, ou seja, a proporção de negros foram sete vezes maior do que de homens brancos (12,53%) entre os óbitos de jovens por homicídio.

Quanto às mulheres mortas por homicídio, 80,0% eram negras e 20% mulheres brancas. Sendo as mulheres negras 4 vezes mais frequente entre os óbitos por homicídio do que as brancas. Das mulheres jovens, àquelas com idade entre 15 e 29 anos, que morreram por homicídio, 20,27% eram brancas e 79,73% eram negras (Tabela 4).

Dentre os óbitos por suicídio, em ambos os sexos e categorias de raça/cor da pele, predominam homens (67,18%) e pessoas na faixa etária de 40 a 59 anos, seguidas dos com 60 anos ou mais. Do total de homens jovens de 15 a 29 anos que morreram por suicídio 30,30% eram brancos, 66,66% pardos e 3,03% pretos, totalizando 69,69% para os negros.

Entre os adultos 40-59, os homens negros representaram 75% dos óbitos por suicídio e os brancos 25%. Entre os idosos, aqueles com 60 anos ou mais, os negros corresponderam a 61,11% e os brancos 38,88% dos óbitos. Entre as mulheres, em ambos os sexos e categorias de cor da pele, o suicídio representou 32,82%, já as mulheres com idade entre 40 e 59 anos, as negras representam 82,14% das mulheres mortas por suicídio, e as brancas 17,86%, sendo a proporção de mulheres negras 4,5 vezes maior que a de mulheres brancas (Tabela 4).

Dentre as mortes classificadas como eventos de intenção indeterminada predominaram os indivíduos do sexo masculino (63,90%) e entre eles, aqueles com idade igual ou superior a 40 anos, de cor de pele parda ou preta; já entre as mulheres, predominam as idosas (60 ou mais) sem diferença quanto à cor da pele.

Tabela 4 - Distribuição proporcional dos óbitos por homicídio e suicídio, segundo cor da pele, faixa etária e sexo, de residentes de Recife - Pernambuco, 2015-2017.

HOMICÍDIO

Faixa etária /sexo	HOMEM								MULHER								TOTAL	
	BRANCO		PARDO		PRETO		NEGRO		BRANCA		PARDA		PRETA		NEGRA			
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
0-14	0,43	1	0,91	15	1,89	1	0,94	16	6,9	2	1,8	2	0	0	1,72	2	1,01	21
15-29	68,98	160	65,88	1079	71,7	38	66,06	1117	51,7	15	50,45	56	60	3	50,86	59	65,33	1351
30-39	15,51	36	21,49	352	16,99	9	21,35	361	27,6	8	24,32	27	20	1	24,14	28	20,94	433
40-59	10,34	24	10,31	169	9,42	5	10,29	174	6,9	2	18,02	20	0	0	17,24	20	10,64	220
60 ou +	4,74	11	1,41	23	0	0	1,36	23	6,9	2	5,41	6	20	1	6,04	7	2,08	43
Total	**100**	**232**	**100**	**1638**	**100**	**53**	**100**	**1691**	**100**	**29**	**100**	**111**	**100**	**5**	**100**	**116**	**100**	**2068**

SUICÍDIO

Faixa etária /sexo	HOMEM								MULHER								TOTAL	
	BRANCO		PARDO		PRETO		NEGRO		BRANCA		PARDA		PRETA		NEGRA			
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
0-14	0	0	1,13	1	0	0	1,09	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,51	1
15-29	25,64	10	24,72	22	33,33	1	25	23	18,19	4	19,5	8	0	0	19,04	8	23,08	45
30-39	10,25	4	14,6	13	0	0	14,13	13	22,72	5	9,75	4	100	1	11,91	5	31,8	62
40-59	28,21	11	35,95	32	33,33	1	35,87	33	22,72	5	56,11	23	0	0	54,76	23	18,97	37
60 ou +	35,9	14	23,6	21	33,34	1	23,91	22	36,37	8	14,64	6	0	0	14,29	6	25,64	50
Total	100	39	100	89	100	3	100	92	100	22	100	41	100	1	100	42	100	195

Quanto aos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), para a população do Recife, os óbitos por violência representaram 98.964 anos potenciais de vidas perdidos no período, sendo 86,37% decorrente de homicídios. O número médio de APVP por violência foi de 38,2 anos, sendo 32 anos a média de idade na ocasião do óbito. Em média o maior número de APVP foi observado para as mortes por homicídio que foi, aproximadamente, de 40 anos, com a menor média de idade na ocasião do óbito, um acima de vinte e cinco anos (Tabela 5).

Entretanto, a média de idade na ocasião do óbito não mostrou diferença com a cor da pele, considerando brancos, pardos e pretos, tanto para os homicídios (Anova, F= 0,881; 2df; p= 0,415), quanto para as mortes por suicídio (Anova, F=0,925; 2df; p= 0,398). De forma

semelhante à média de idade foi semelhante ao comparar brancos e negros (somatório de pardos e pretos) para os homicídios (Anova, F=1,529; 1df; p= 0,216) e para os suicídios (Anova, F=1,850; 1df; p= 0,175).

Tabela 5 - Anos potenciais de vida perdidos (APVP) por violência, segundo raça/cor da pele e tipo de violência, de residentes de Recife - Pernambuco, 2015-2017.

COR DA PELE	TIPO DE VIOLÊNCIA											
	Homicídios (X85-Y09)			Suicídios (X60-X84)			Intenção Indeterminada (X60-X84)			Total		
	APVP	N° médio de APVP	Média de idade (em anos)	APVP	N° médio de APVP	Média de idade (em anos)	APVP	N° médio de APVP	Média de idade (em anos)	APVP	N° médio de APVP	Média de idade (em anos)
Parda	72.365	41,5	28,4	3.277,5	28,0	42,0	7.153,5	25,1	44,9	82.796	38,6	31,4
Preta	2.445	42,1	27,8	107,5	35,8	34,2	292,5	24,3	45,7	2845	39,0	31,0
Branca	10.662,5	41,6	28,4	1.320	26,9	43,1	1.340,5	20,6	49,4	13.323	36,0	34,0
Negra	74.810	41,6	28,4	3.385	28,2	41,8	7.446	25,1	44,9	85.641	38,6	31,4
Total*	**85.472,5**	-	-	**4.705**	-	-	**8.786,5**	-	-	**98.964**	-	-

*Excluído o somatório negro

Houve uma elevada variação nos APVP em relação à raça/cor da pele, e mais acentuadamente entre os sexos. As mulheres da cor negra perderam 3,3 vezes mais anos potenciais de vida perdidos do que as mulheres brancas, enquanto os homens negros perderam 6,9 vezes mais anos potenciais de vida perdidos por violência do que os brancos. (Tabela 6). Os homens negros retrataram 87,47% dos anos potenciais de vida perdidos para violência, enquanto as mulheres negras corresponderam a 77,10% desses APVP. Já, entre os homicídios, a população negra representou 87,52% desses anos de vida perdidos por agressões (dados não mostrados em tabela).

Tabela 6 - Anos Potenciais de Vida Perdidos e Média de idade do óbito por violência segundo sexo e raça/cor da pele. Em Recife - Pernambuco, 2015-2017.

	COR DA PELE								
Sexo	BRANCA		PARDA		PRETA		RAÇA NEGRA		TOTAL
	APVP	N° médio de APVP	APVP	N° médio de APVP	APVP	N° médio de APVP	APVP	N° médio de APVP	APVP
Fem	2.045,5	32,4	6.511,5	31,9	377,5	34,3	6.889	32,0	89.34,5
Masc	11.277,5	36,7	76.284,5	39,3	2.467,5	39,7	78.752	39,5	90.029,5
Total	**13.323**	**34,5**	**82.796**	**35,6**	**2.845**	**37,0**	**85.641**	**35,7**	**98.964,0**

Os coeficientes de APVP por raça/cor da pele e sexo foram de 39,41 por 100.000 para os homens brancos, 171,15 para os pardos, 35,0 para os pretos, e 152,97 para os considerados negros. Para as mulheres, os coeficientes de APVP foram de 6,55 por 100.000 para as pretas, 20,19 para as pardas, 12,23 para as brancas e 18,12 para as mulheres classificadas como negras. Os dados revelam que os coeficientes de APVP para os homens negros foram 3,8 vezes maiores do que para os homens brancos e 1,4 vezes maior para as mulheres negras do que para as mulheres brancas (Tabela 7).

Tabela 7 - Coeficientes de anos potenciais de vida perdidos por violência segundo raça/cor da pele e sexo. Em residentes de Recife, Pernambuco. 2015-2017.

COEFICIENTE DE ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR 100.000				
Sexo	**Raça/Cor da pele**			
	PARDA	**PRETA**	**BRANCA**	**NEGROS**
Masculino	171,15	35,0	39,41	152,97
Feminino	20,19	6,55	12,23	18,12

9. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados tornam evidente que existem marcadas desigualdades na mortalidade por violência segundo raça/ cor da pele no Recife, com grande disparidade entre os óbitos de pessoas classificadas como negras e brancas. A população classificada como negra apresentou maiores taxas de mortalidade, maior proporção dentre os óbitos por violência e maiores números de anos potenciais de vida perdidos.

A morte por violência, neste estudo, se mostrou mais frequente entre os homens do que entre as mulheres, sendo o risco de morte seis vezes maior para os homens. Souza (2006), evidenciou risco de morte doze vezes maior para os homens no conjunto das capitais brasileiras. Todavia, no presente estudo, o risco dos homens e mulheres variou com a cor da pele; entre a população branca, os homens apresentaram risco de morrer por violência três vezes maior do que as mulheres e os homens classificados como negros oito vezes mais risco do que as mulheres negras. Ao considerar apenas as mulheres, a violência foi a causa de morte duas vezes mais comum entre as negras do que entre brancas.

Os homicídios se destacaram no perfil das mortes por violência, tendo o Recife elevada taxa de mortalidade, 42,6 óbitos por 100.000 habitantes no período estudado, valor superior àquele estimado para o Brasil em 2017 (de 31,6 /100.000 habitantes), último ano do triênio analisado (IPEA, 2019). No Recife, nos anos estudados, a frequência de negros foram sete vezes maior do que de brancos dentre os homens que morreram por homicídio, com risco quase cinco vezes maior de morrer por essa causa.

Os diferenciais de mortalidade por violência refletem o intercruzamento entre raça, classe e gênero que resultam em maior mortalidade de homens negros no país, uma vez que o gênero masculino continua sendo o mais vitimado por violências, em especial quando negros, e o mais incentivado culturalmente à prática da violência na resolução de conflitos (BATISTA & PEREIRA, 2004; MOURA *et al.* 2015). No Brasil, o número de homicídios entre a população branca tem diminuído, em contraponto, as mortes de pessoas negras vem aumentando, explicitando o aprofundamento do racismo nas estatísticas de mortalidade do país (IPEA, 2019).

No presente estudo, ao considerar os homicídios em mulheres, a morte entre negras foi quatro vezes mais frequente do que entre as brancas, padrão semelhante ao observado no Brasil em 2019, no qual as mulheres negras predominam entre as mortes por homicídio e representaram 61% das vítimas de feminicídios (BRASIL, 2019). As mulheres negras estão na

base da pirâmide da desigualdade no Brasil, estando a maioria no serviço doméstico remunerado ou no trabalho terceirizado, expressando como a sociedade brasileira continua demarcada por opressões que mostram que pobreza, morte e subalternidade neste país, tem cor (RIBEIRO, 2019; PINHEIRO et al. 2016; PINHEIRO et al. 2019; SILVA, 2013).

A mortalidade por essa causa mostrou algumas particularidades ao agregar a idade à análise das desigualdades raciais no homicídio. Dos mais de mil jovens mortos por homicídio no triênio 2015-2017, no Recife, 94,52% eram do sexo masculino, entre estes, 87,94% eram negros, proporção equivalente à observada no Brasil no ano de 2017, reafirmando que a violência no país é seletiva, atinge corpos e territórios que são marcados pela raça e que são negligenciados em seus direitos (BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004; BRASIL, 2017).

Desde a década de 1980 observa-se tendência de crescimento da mortalidade de homens por homicídio no estado de Pernambuco e no Recife, atingindo prioritariamente a juventude (IPEA, 2019; LIMA, XIMENES, 1998; BORGES *et al.* 2019; LIMA, 2002). No Brasil, em 2017, 75,5% das mortes por essa causa foram de jovens, entre 15 e 29 anos, negros; e um jovem negro foi assassinado a cada 23 minutos, assim, pode-se afirmar que a mortalidade juvenil negra constitui um problema não apenas de segurança pública, mas de saúde pública (IPEA, 2019; BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004; RIBEIRO, 2019; BARROS, BENICIO, BICALHO, 2019; PORTELLA *et al.* 2019).

Guimarães (2012), traz que a violência relacionada aos homens jovens negros no país tem sido associada às desigualdades sociais manifestadas nos diferenciais raciais, tais quais, a disparidade de acesso à educação; inclusive em chegar ao ensino universitário, acesso à saúde, emprego, condições de moradia e bens de consumo, visto que os negros são maioria nos trabalhos subalternizados, vivem nas periferias das metrópoles e estão a margem de inúmeros direitos sociais (IBGE, 2019).

Cabe, ainda, considerar que parte dessas mortes é resultado de ações envolvendo agentes da segurança pública, posto que, a juventude negra faz parte de um grupo social que compõe o imaginário brasileiro de que “o indivíduo negro tem propensão a ser violento e criminoso, por pertencer ao lugar da criminalidade, ou seja, à periferia. Os jovens negros vivem as consequências desse processo no seu cotidiano.” (IPEA, 2019; ANUNCIAÇÃO, LENY, FERREIRA, 2020).

Este mesmo país que assassina e encarcera mais os jovens negros, é o mesmo país que criminaliza a pobreza (BONALUME & JACINTO, 2019). O fato de não ter sido observada

diferença entre as pessoas negras e brancas quanto à média de idade e precocidade da morte por homicídio nos faz pensar que jovens brancos em situação de pobreza estão também sendo vitimados, ainda que em menor proporção do que os negros.

A violência armada é demonstrada na predominância dos homicídios mediante o uso de armas de fogo que reflete a facilidade de acesso a esse tipo de artefato no país. Ainda que tenhamos em Pernambuco e no Brasil, o *Estatuto do Desarmamento* – (2003), e o *Pacto pela Vida* – (Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) (BRASIL, 2006). Pernambuco teve em 2017 a quarta maior taxa de homicídio por arma de fogo por 100.000 habitantes (47,3), ficando atrás apenas do Rio Grande do Norte (54,9), Ceará (52,1) e Sergipe (48,3). No Brasil, a proporção de homicídios por arma de fogo chegou a 72,4% em 2017, sendo o maior número da década, com aumento de 26,9%, tendo como referência o ano de 2007 e 2017 (IPEA, 2019).

A partir do sancionamento do *Estatuto do Desarmamento* (Lei nº. 10.826 de 22 de dezembro de 2003) (BRASIL, 2003), a proporção de homicídios por arma de fogo estacionou em 71%. Percebe-se que o *Estatuto do Desarmamento* se mostra uma ferramenta fundamental e necessária que precisa ser validada de forma consistente para a redução das taxas de mortalidade por homicídio armado, pois estes têm o poder de incrementar os desfechos letais em conflitos, contribuindo para os altos níveis de violência observados no Brasil (RIBEIRO, SOUZA, SOUZA, 2017).

As estimativas dos APVP reafirmaram a precocidade e a desigualdade racial na morte por violência no Recife, como também, revelaram que a morte por violência entre as pessoas negras ocorre em média aos 31,4 anos, sendo desperdiçados em média 38,6 anos de vida por óbito para a população. Na comparação entre os homens, os negros tiveram 6,4 vezes mais anos potenciais de vida perdidos do que os brancos; resultados semelhantes foram observados em outros estudos realizados na região nordeste do Brasil (JESUS, 2019; MOURA et al. 2015; GARCIA, 2017). Entre as mulheres, as negras também tiveram três vezes mais APVP do que as brancas, fato também observado em Feira de Santana e Salvador (ARAÚJO, 2009; JESUS, 2019, IBGE, 2019).

Ainda, dentre as violências, os eventos de intenção indeterminada que se caracterizam por imprecisões na intencionalidade do óbito, representaram proporção ainda importante dos óbitos. Souza, Souza, Pinto (2019), ressaltam que a proporção de morte por essa causa é, em geral, inversa a proporção de homicídios, o que sugere o subregistro das mortes por agressão. No presente estudo, aproximadamente um em cada cinco óbitos por violência foi classificado

como por intenção indeterminada, o que pode sugerir que o peso dos homicídios na mortalidade do Recife pode estar subestimado.

Os eventos de intenção indeterminada resultaram na segunda causa de morte por violência no sexo masculino, ficando apenas atrás dos homicídios, resultados semelhantes foram relatados em estudo no Rio Grande do Norte (MOURA, et al. 2015). Dentre as mulheres e homens jovens que morreram por evento de intenção indeterminada, a proporção de pessoas negras ultrapassou noventa por cento. Entre os adultos com idade entre 40 e 59 anos, os valores permanecem elevados com pessoas negras representando mais de dois terços dos óbitos tanto de mulheres, quanto de homens.

O suicídio constitui importante problema de saúde pública nas Américas, que juntamente com os homicídios constitui uma das três principais causas de morte evitáveis entre os jovens, tendo os jovens homens negros as maiores taxas de mortalidade (PAHO, 2018). No Recife, nos anos investigados, os homens se suicidaram duas vezes mais do que as mulheres. Todavia, o cenário fica ainda mais preocupante para os adultos (de 40 a 59 anos) negros. Os homens negros nessa faixa etária morreram três vezes mais por suicídio do que os brancos. Enquanto as mulheres negras adultas morreram 4,5 vezes mais por suicídio do que as brancas.

À semelhança com outros estudos, identifica-se que o suicídio se apresenta de maneira distintas entre os gêneros, no mundo a mortalidade masculina por lesão autoprovocada é maior do que a encontrada entre as mulheres. As proporções expressivas entre os homens adultos negros, têm sido interpretadas como resultante da pressão para os desempenhos de papéis sociais de gênero e questões econômicas familiares que pesam para os homens nesta nossa cultura patriarcal, do declínio da capacidade cognitiva decorrente do envelhecimento, de altas taxas de divórcio; bem como, do uso e abuso de álcool e outras drogas (BOTEGA, 2015; PALMA, SANTOS, IGNOTTI, 2020).

Dados do Ministério da Saúde revelam que, entre 2012 e 2016, a proporção de suicídios entre a população negra aumentou 55,4% e que a cada dez jovens que se suicidaram no país seis eram da cor negra, para as adolescentes e jovens do sexo feminino foi 36% maior do que para as de cor branca [38]. No Recife, no período estudado, entre os homens jovens (com 30 anos ou menos) a participação dos negros foi duas vezes maior do que a dos homens jovens brancos, sendo diferença semelhante observada entre as mulheres jovens negras e brancas.

É válido salientar que o estudo apresenta limitações, pois trata-se de análise de dados secundários, como também, o fato de a classificação da cor da pele nas declarações de óbitos resultarem de heteroclassificações e dos dados populacionais censitários de autodeclaração, os quais remetem à identidade social do indivíduo. Ainda, na prática médico-legal, assimetrias entre a posição social do médico e da pessoa morta, poderá influenciar no registro da cor da pele na Declaração de Óbito (GONÇALVES, 2017).

Todavia, os resultados do presente estudo reafirmam as disparidades raciais na mortalidade por violência. No Brasil, a desigualdade racial na morte por violência resulta da violência estrutural que nega direitos fundamentais a uma ampla parcela da população e que tem como base dinâmicas racistas que atuam sobre as condições de vida, de adoecimento e de morte da população negra (JESUS, 2019; REICHENHEIM, 2011; SOUZA & LIMA, 2006; CERQUEIRA & MOURA, 2013).

Na perspectiva de garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde dos negros e negras do país, foi instituída no Brasil, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Entretanto, os resultados do presente estudo mostram que o Brasil ainda carece de políticas públicas capazes de efetivamente promover melhorias das condições de vida e saúde da população negra (BRASIL, 2013).

O IPEA (2016), evidenciou que para cada 1% de adolescentes em ensino escolar, a taxa de homicídio nas cidades do país diminui em 2%, evidenciando que a falta de acesso à educação combinada com uma série de outras carências sociais e de direitos de cidadania, concorrem para o encerramento precoce da vida desses jovens. No Brasil, ainda são necessárias políticas públicas e ações afirmativas que perpassem áreas como as de saúde, educação, habitação, economia e cultura, voltadas à população negra, esse enorme contingente populacional marginalizado e excluído, produzindo a reparação histórica que ainda se faz necessária.

É possível observar que os resultados encontrados advêm de mais de quatrocentos anos de exclusão e discriminação racial que a população negra vivencia no Brasil. É preciso investir em políticas específicas para que o país consiga enfrentar e denominar que a desigualdade social existente, perpassa pela desigualdade racial (MUNANGA, 2004) e resulta em uma parcela da população que está sendo impossibilitada de viver em detrimento da violência que os atingem e os reduzem a mais um número nas estatísticas de mortalidade.

10. CONCLUSÕES

No período estudado, o município do Recife apresentou padrão diferenciado para os distintos classificações de grupos raciais analisados, com resultados que apontam para iniquidades em segurança pública, como também a insuficiência das políticas públicas de equidade social no contexto da prevenção da mortalidade por violência. As desigualdades raciais figuradas no risco de morrer por violência revelam as diferenças sociais existentes na capital pernambucana.

Os resultados obtidos, evidenciaram que a população negra está mais exposta a riscos e vulnerabilidades, como as violências. Provavelmente por estarem também submetida a maiores graus de desigualdades sociais. Deste modo, com os resultados alcançados nesse estudo, foi possível perceber que:

- No triênio estudado, de 2015 a 2017, o Recife apresentou 2.806 mortes por violência. Da totalidade destas mortes, 73,7% (2.076) foram por homicídios/agressões, 19,4% (545) por eventos de intenção indeterminada e 6,9% (195) por lesões autoprovocadas intencionalmente;

- Do total de óbitos por violência, 83,0% foram da população negra (somatório de pretos e pardos), enquanto 17,0% da população branca. Ainda, a população negra apresentou risco de morrer por violência quase quatro vezes maior do que a branca;

- A taxa de mortalidade por homicídio foi expressivamente alta, sendo de 42,6 óbitos por 100.000 habitantes, por suicídio de 4,0 óbitos e 11,2 óbitos para os referentes às causas de intenção indeterminada. Ao considerar a raça/cor da pele, as pessoas negras apresentaram maior risco de morte do que os indivíduos de raça/cor pele branca, tanto por homicídio, quanto por eventos de intenção indeterminada;

- Na totalidade das violências, o risco de morrer por violência foi sete vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. Considerando a raça/cor da pele, os homens negros manifestaram risco de morte por violência quase quatro vezes maior que os homens brancos. Como também, os homens negros apresentaram risco de morrer por

homicídio quase cinco vezes maior do que os homens brancos e quase três vezes mais risco de morrer por eventos de intenção indeterminada.

- O mesmo padrão foi observado para as mulheres em relação aos homicídios, com as mulheres negras tendo risco quase três vezes maior do que as brancas. As mulheres negras, também, foram quatro vezes mais frequentes entre os óbitos por homicídio do que as brancas. Dos óbitos, 80,0% foram de mulheres negras e 20% de brancas. Entre as mulheres jovens, àquelas com idade entre 15 e 29 anos que morreram por homicídio, 20,27% eram brancas e 79,73% eram negras;

- Ao observar os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) no triênio estudado, para a população do Recife, os óbitos por violência representaram 98.964 anos potenciais de vidas perdidos. O número médio de APVP por violência foi de 38,2 anos, sendo 32 anos a média de idade na ocasião do óbito. O maior número médio de APVP foi observado por homicídio em indivíduos da cor preta, sendo 42,1 anos, com a média de idade na ocasião do óbito de 27,9 anos;

- Os óbitos femininos da população denominada negros apresentaram 3,3 mais anos potenciais de vida perdidos do que os óbitos da população feminina branca. Enquanto os óbitos da população negra masculina representaram 6,9 mais anos potenciais de vida perdidos do que a população masculina branca.

O racismo é uma questão socialmente e historicamente estruturada no Brasil. São pessoas e suas subjetividades que estão sendo oprimidas nesse cenário assolado por práticas discriminatórias. Atitudes individuais nunca serão o bastante para romper com essa demanda. A raça está no centro do preconceito, caracterizando o racismo que está matando a população negra do país, e, por isso é necessário que se pense e se atue verdadeiramente em ações de políticas públicas de ações de valorização e afirmação da população negra (IBGE, 2018).

A literatura já nos mostrou que o corpo é demarcado pela raça, mas e a morte? E a morte violenta? A raça negra necessita ser objeto de estudo não apenas para apontar as dificuldades, devemos mostrar também as possibilidades, entretanto, para tal, é necessário que a sociedade proporcione oportunidades e perspectivas reais que apenas com ações e medidas de saúde e segurança pública seremos capazes de alcançar. Muito mais do que reparação histórica, é uma

ferida social que precisa ser tratada e cuidada para que talvez em algum futuro, forme-se uma cicatriz possível de ser olhada sem tamanha dor e sofrimento, com esperança, mas mais ainda, atitudes.

Nessa perspectiva, percebe-se que ainda são necessários estudos para ampliar a compreensão dessa disparidade racial violenta, bem como, políticas focadas em melhorar as condições de vida da população negra, a fim de reduzir esse cenário de inúmeras desvantagens e genocídio das pessoas negras. O desenvolvimento de ações que fortaleçam o protagonismo da população negra na cidade pode ser um efetivo passo no processo de contribuição para mudança dessa realidade. O processo investigativo não deve parar por aqui. Ainda há muito ser estudado e informado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA F. N.; BARRETO, M. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. (pp. 165-185) 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ALVES, L. et al. Anos Potenciais de Vida Perdidos por Causas Externas no Rio Grande do Norte , 2003 a 2012 Years of Potential Life Lost due to External Causes in Rio Grande do Norte , 2003 a 2012. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 17, n. 2, p. 101–106, 2012.

ANUNCIAÇÃO, D.T.; LENY, A.B.; FERREIRA, TIAGO. "Mão na cabeça!": abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste. **Saúde e Sociedade.** Marc, v. 29, n 01, 2020.

ARAUJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 31, p. 383-394, Dez. 2009.

ARAUJO, E. M. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 405-412, Jun, 2009.

ARAÚJO, E. M. **Mortalidade por causas externas**: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador, 1998 a 2003. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

BARROS, J. P. P.; BENICIO, L.F.S.; BICALHO, P.P.G. Violências no Brasil: que Problemas e Desafios se Colocam à Psicologia? **Psicol. cienc**. Prof. v. 39 (n.spe 2), pp. 33-44, 2019.

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, 1999-2001. **Rev. Saude Pública**, v.38, n.5, p.630-6, 2004.

BAILEY, S. Unmixing for Race Making in Brazil. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 114, n. 3, p. 577-614, Nov. 2008.

BONALUME, B.C.; JACINTO, A.G. Encarceramento juvenil: o legado histórico de seletividade e criminalização da pobreza. **Rev. Katálysis,** mai, v. 22, n. 01, pp. 160-170, 2019.

BONAMIGO, I. S. Violências e contemporaneidade. Rev. Katál. Florianópolis v. 11 n. 2 p. 204-213 jul./dez. 2008.

BORGES, L.F.; SOUZA, E.R.; RIBEIRO, A.P.; SILVA, G.W.S.; SILVA, C.M.F.P.; SANTOS. J; MEIRA, C.K. Homicídios masculinos em duas regiões brasileiras: análise do efeito da idade, período e coorte. **Cad. Saúde Pública,** 2019; v. 35, n. 12, pp. 1-15.

BOTEGA, N.J. **Crise suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

BRASIL. Anuário brasileiro de segurança pública. Fórum brasileiro de segurança pública, 2019; 13 p.

_____. Lei nº. 10.826 de 22 de dezembro de 2003.

_____. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Ó**bitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 462 p.

_____. Presidência da República. Secretaria de Governo. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017:** desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes / Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. 87 p.

CAMPBELL, D.T.; STANLEY, J.C. **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018.** IPEA e FBSP, p. 93, 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em 09/04/2019.

_____. **Indicadores Multidimensionais de Educação e Homicídios nos Territórios Focalizados pelo Pacto Nacional pela Redução de Homicídios.** Nota técnica, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2016; 52 p.

CERQUEIRA, D.R.C.; MOURA, R.L. **Vidas Perdidas e Racismo no Brasil.** Nota técnica nº 10: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasília, 2013. 25 p.

CUNHA, E. M. G. P. Especificidades da Raça/Etnia nas Questões de Saúde. In. GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. O Clássico e o Novo:

tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p.

CUNHA, E. M. G. P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In. **Saúde da população negra**. Luís EDUARDO BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). -- 2. ed. -- Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. 372p.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163–1178, 2007.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses:** profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & saúde collection, 194 p.

DRESSLER, W. W. Social class, skin color, and arterial blood pressure in two societies. Ethnicity Disease, 1:60-77, 1991.

FAUSTINO, D. M. A equidade racial nas políticas de saúde. In. **Saúde da população negra**. Luís EDUARDO BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). -- 2. ed. -- Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. 372p.
FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. R. D. O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2523-2531, Sept. 2012.

GARCIA, L.A.A.; CAMARGO, F.C.; PEREIRA, G.A.; FERREIRA, L.A; IWAMOTO, H.H.; SANTOS, A.S.; REZENDE, M.P. Anos potenciais de vida perdidos e tendência de mortalidade na população adulta em um município do Triângulo Mineiro, 1996-2013. **Revista Medicina, v.** 50, n 04, pp. 216-226, Ago. 2017.

GOLDBAUM, M. A Epidemiologia em Busca da Eqüidade em Saúde. In. BARATA, R.B., et al., orgs. **Equidade e saúde:** contribuições da epidemiologia [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 260 p.

GONÇALVES, M.M. **Raça e saúde:** concepções, antíteses e antinomia na atenção básica. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio A. **Classes, raças e democracia.** 2.ed. rev. São Paulo: Ed. 34, 2012. 231p.

_____, Antônio Sérgio A. **Racismo e anti-racismo no Brasil.** São Paulo: Ed. 34, 1999. 238 p.

HASENBALG, C. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil : síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas/Racial inequalities in Brazil : a synthesis of social indicators and challenges for public policies. **Cad. Saude Publica**, v. 18, p. 57–65, 2002.

IBGE, Características Étnico-raciais da População: Classificações e identidades, 2013. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>, Acesso em 21/04/2019.

_____. As cores da desigualdade. In. Revista Retratos, maio de 2018. Disponível em:< https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2d1a98c80414c9.pdf>. Acesso em 21/04/2019.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 09/04/2019.
_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Site do IBGE**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em 09/04/2019.

_____. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, 2019; 41. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em 17/11/2020.

_____. Educação 2018. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Informação Demográfica e Socioeconômica, 2019; 311.21:37(81)-E24e.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da violência 2019.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, organizadores. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: 2019. Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

INSPPIR, Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial. **Mapa da população negra no mercado de trabalho no Brasil**. Centro de solidariedade, AFLCIO, outubro. São Paulo – São Paulo, 1999.

JACCOUD, L. B. **Desigualdades raciais no brasil:** um balanço da intervenção governamental. p. 152, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/160706_desigualdades_raciais_brasil.pdf>.

JESUS, S.J.A. **Anos potenciais de vida perdidos por homicídio na Bahia, segundo a raça/cor da pele, 2001-2016:** aspectos epidemiológicos e temporais, 2019. Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Modelagem em Ciências da Terra e do Ambiente.

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Organização mundial de saúde: Genebra, 2002.

LAESER. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010 Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça**, Equipe LAESER/ IE/ UFRJ, 2011.

LAGUARDIA, J. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 197–234, 2006.

LIMA, M.L.C.; SOUZA, E.R; XIMENES, R.; ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; BITOUN, J.; BARROS, M.D. Evolução de homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. **Rev Saúde Pública,** 2002; v. 36, n. 04, pp. 462-469.

LIMA, M.L.C; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. **Cad. Saúde Pública,** 1998; v. 14: p. 829-840.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BATISTA, L.D., KALCKMANN, S., Org. **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo,** 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101.

MELO, G. T.; VALONGUEIRO, S. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 651-660, dez. 2015.

MELO, A.U.C.; SÁ, M.C.; SOBRINHO, J.R.P. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas: uma análise da literatura no Brasil. **Rev. saúde UniAGES**, v. 1, n. 1, p. 9-32, jun./dez. 2016.

MENDONÇA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 2, p. 285–295, 2011.

MICHAUD, Y. A violência. Tradução L. Garcia. São Paulo: Editora Ática, 1989.
MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 135-140, June, 2009.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18, 1994.
MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p.

MISSE, M. **Malandros, marginais e vagabundos e a acumulação social da violência no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado em Sociologia) Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), Rio de Janeiro, 1999.

MONTEIRO, S. **Desigualdades em saúde, raça e etnicidade**: questões e desafios. In. MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.), **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos (pp. 45-56). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2004.

MOURA, E.C.; GOMES, R.; FALCÃO, M.T.C.; SCHWAR, E.; NEVES, A.C.M.; SANTOS, W. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 03, pp. 779-788, mar. 2015.

MUNANGA, K. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, pp. 51-66, Abr. 2004.

MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev. Sociol. Polít.** Curitiba, v. 18, n. 36, pp. 277-291, jun. 2010.

NORONHA, C. V. Violência, Crime e Pobreza na Região Metropolitana de Salvador: um velho tema revisitado. In. GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A., orgs. **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças vol. 1. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 09/04/2019.

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, N. D. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In: LOPES, F. (Org.). **Saúde da População Negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade [relatório Final –Convênio UNESCO projeto 914BRA3002]. Brasília: Funasa/MS, 2005.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Fatores associados ao homicídio em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 735-746, Dec. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. CID – 10ª Revisão. Classificação estatística internacional de doenças e causas de morte. São Paulo: EDUSP; 2017. 1200 p.

PAHO, Pan American Health Organization. The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Summary Report. Washington, D.C.: PAHO; 2018.

PALMA, D.C.A.; SANTOS, E.S.; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 04, Abr, 2020.

PEIXOTO, H. C. G.; SOUZA, M. L. O indicador anos potenciais de vida perdidos e a ordenação das causas de morte em Santa Catarina, 1995. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 17-25, mar. 1999.

PERES, M.F.T.; SANTOS, P.C. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. **Rev Saúde Publica,** 2005; 39: 58-66.

PINHEIRO, L.S.; LIMA, A.T.J.; FONTOURA, N.L.; SILVA, R. **Mulheres e trabalho:** breve análise do período 2004-2014. Nota técnica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2016; 24, 28 p.

PINHEIRO, L.; LIRA, F.; REZENDE, M.; FONTOURA, N. **Os desafios do passado no trabalho doméstico do século XXI:** reflexões para o caso brasileiro a partir dos dados da PNAD contínua. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2019: Brasília: Rio de Janeiro, 2528, 52 p.

PORTELLA, D.D.A.; ARAÚJO, E.M.; OLIVEIRA, E.F.; CHAVES, J.M.; ROCHA, W.J.S.F. Homicídios dolosos, tráfico de drogas e indicadores sociais em Salvador, Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 24, n. 02, pp. 631-639, 2019.

PORTO, M. S. G. **A violência entre a inclusão e a exclusão social**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 12(1): 187-200, maio de 2000.

REICHENHEIM, M.E, et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet, v.** 377, n. 9781, pp.1962-75, Jun, 2011.

REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. suppl 1, p. S188–S198, 2005.

RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; SOUSA, C.A.M. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 09, pp. 2851-2860, 2017.

RIBEIRO, D. Lugar de fala. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 112 p.

RECIFE, 2014. Site da prefeitura SUS SAÚDE. Disponível em: <http://dados.recife.pe.gov.br/dataset/unidades-de-saude>. Acesso em 09/04/2019.

SANT'ANNA, W. **Dossiê assimetrias raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2003.

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000, 188p.

SANTOS, S. M.; GUIMARAES, M. J. B.; ARAUJO, T. V. B. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 87-102, Aug. 2007.

SAPERSTEIN, A. Double-Checking the Race Box: Examining Inconsistency between Survey Measures and Observed and Self- Reported Race. **Social Forces**, Chapel Hill, v. 85, n. 1, p. 57-74, Sept. 2006.

SEGURA-CARDONA, A.; CARDONA-ARANGO, D. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por causas externas : Resumen Introducción El estudio del riesgo de morir evidencia sus diferentes raíces del cambio , con el objeto de eliminar esta lesiones no intencionales , que comprenden los en : e La C. **Univ. Salud.**, v. 20, n. 2, p. 149–159, 2018.

SILVA, N. V. Cor e mobilidade ocupacional. In: SILVA, N.V.; PASTORE, J. (Orgs.). **Mobilidade social no Brasil**. São Paulo: Makron Books, p.85-98. 2000.

SILVA, B. F. A. et al. Violência urbana e política pública de prevenção: avaliação do Programa Fica Vivo! no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 35, n. 2, e0059, 2018.

SILVA, T.D. **Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda** in. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil/ organizadoras: Marcondes, M.M. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2013. 160 p.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P L; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2006; v. 40, n. spe, p. 112-120, Aug. 2006.

SOUZA, E.R.; Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2006; v. 10, n. 1, pp. 59-70.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência no Brasil e suas capitais. **Cien Saude Coletiva**, v. 11, n. suppl, pp. 1211-1222, Dez, 2007.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C.; BEZERRA, E.A.D. Homicides in Brazil: evolution and impacts. In: LOVISI G.; MARI, J.; VALENCIA, E. eds. Psychological Impact of living under violence and poverty in Brazil (Psychology Research Progress). Hauppauge, NY: **Nova Science Publishers Inc**, 2010: p. 1–14.

SOUZA, E. R.; PERES, M. F. T.; CONSTANTINI, P. et al. J**ovens em risco social.** Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves; São Paulo: Hucitec, 2013, 166 p.

SOUZA, T.O.; SOUZA, E.R.; PINTO, L.W. Análise da qualidade da informação sobre mortalidade por homicídio a partir dos óbitos com intenção indeterminada. Bahia, Brasil, 2002-2013. **Rev. bras. epidemiol.** v. 22, n. e190005, Mar. 2019.

TELLES, E. E. Race in Another America: The Significance of Skin Color in Brazil. **Princeton:** Princeton University. 2004.

TRAVASSOS, C.; WILLIAMS, D. R. O conceito e mensuração de raça em relação à saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 660–678, 2004.

UNODC. Global Study on Homicide 2019. Vienna, 2019.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2016. **Mapa da violência**, p. 71, 2016. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf>. Acesso em 09/04/2019.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social**, v. 9, n. 1, p. 5–41, 2012.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Injuries and violence: the facts 2014. Geneva: WHO; 2014.

_____. The Global Burden of Disease: 2004 update. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Genebra; 2008.

_____. WORLD HEALTH STATISTICS 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, 2018.

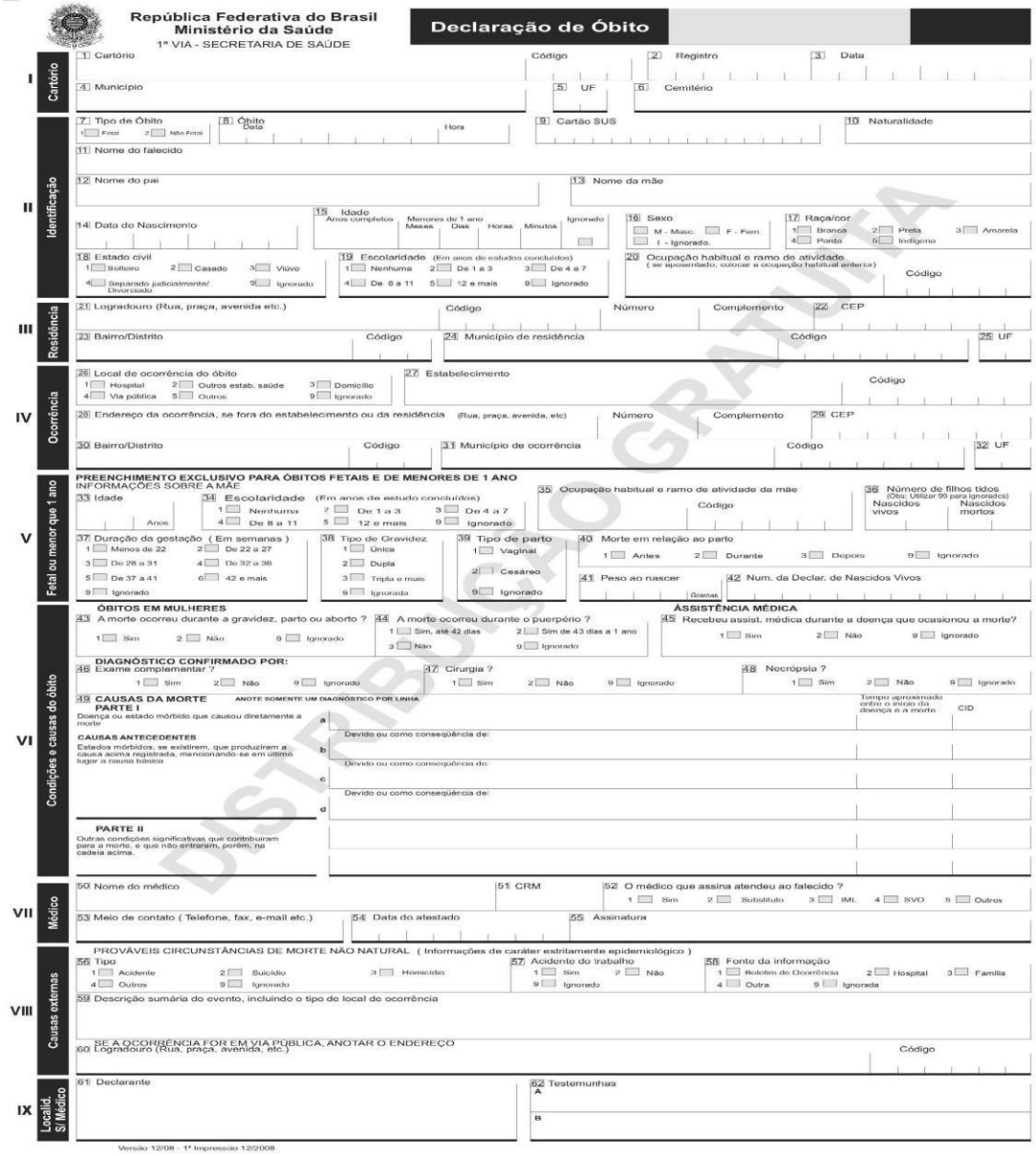
_____. WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. Geneva, World Health Organization, 2002.

ZALUAR, A. et al. Violência: Pobreza ou Fraqueza Institucional? **Cad. Saúde Públ**, v. 10, n.

1, p. 213–217, 1994.

ZUBERI, T. Deracializing Social Statistics: Problems in the Quantification of Race. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 568, n. March, p. 171–185, 2000.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ÓBITO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Cartório
1 Cartório | Código | 2 Registro | 3 Data
4 Município | 5 UF | 6 Cemitério

II Identificação
7 Tipo de Óbito (1 Fetal 2 Não Fetal) | 8 Óbito Data / Hora | 9 Cartão SUS | 10 Naturalidade
11 Nome do falecido
12 Nome do pai | 13 Nome da mãe
14 Data do Nascimento | 15 Idade (Anos completos / Menores de 1 ano: Meses, Dias, Horas, Minutos / Ignorado) | 16 Sexo (M - Masc. F - Fem. I - Ignorado.) | 17 Raça/cor (1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena)
18 Estado civil (1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/ Divorciado 9 Ignorado) | 19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) (1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 9 Ignorado) | 20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código

III Residência
21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) | Código | Número | Complemento | 22 CEP
23 Bairro/Distrito | Código | 24 Município de residência | Código | 25 UF

IV Ocorrência
26 Local de ocorrência do óbito (1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros 9 Ignorado) | 27 Estabelecimento | Código
28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc) | Número | Complemento | 29 CEP
30 Bairro/Distrito | Código | 31 Município de ocorrência | Código | 32 UF

V Fetal ou menor que 1 ano
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE
33 Idade (Anos) | 34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) (1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 9 Ignorado) | 35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código | 36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos / Nascidos mortos
37 Duração da gestação (Em semanas) (1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 9 Ignorado) | 38 Tipo de Gravidez (1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorada) | 39 Tipo de parto (1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado) | 40 Morte em relação ao parto (1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado)
41 Peso ao nascer (Gramas) | 42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos

VI Condições e causas do óbito
ÓBITOS EM MULHERES
43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ? (1 Sim 2 Não 9 Ignorado)
44 A morte ocorreu durante o puerpério ? (1 Sim, até 42 dias 2 Sim de 43 dias a 1 ano 3 Não 9 Ignorado)
ASSISTÊNCIA MÉDICA
45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? (1 Sim 2 Não 9 Ignorado)
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
46 Exame complementar ? (1 Sim 2 Não 9 Ignorado)
47 Cirurgia ? (1 Sim 2 Não 9 Ignorado)
48 Necrópsia ? (1 Sim 2 Não 9 Ignorado)
49 CAUSAS DA MORTE — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte — a | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte | CID
CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica
b Devido ou como conseqüência de:
c Devido ou como conseqüência de:
d Devido ou como conseqüência de:
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

VII Médico
50 Nome do médico | 51 CRM | 52 O médico que assina atendeu ao falecido ? (1 Sim 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outros)
53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) | 54 Data do atestado | 55 Assinatura

VIII Causas externas
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)
56 Tipo (1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 9 Ignorado)
57 Acidente do trabalho (1 Sim 2 Não 9 Ignorado)
58 Fonte da informação (1 Boletim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 9 Ignorada)
59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) | Código

IX Localid. S/ Médico
61 Declarante
62 Testemunhas
A
B

Versão 12/08 - 1ª Impressão 12/2008

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE - UFPE/RECIFE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: DIFERENCIAIS POR RAÇA/COR DA PELE EM ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

Pesquisador: KAMILA LUCIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17031219.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.555.536

Apresentação do Projeto:

O Projeto intitulado DIFERENCIAIS POR RAÇA/COR DA PELE EM ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR VIOLÊNCIA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL, trata-se de uma pesquisa com a finalidade de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, sob a responsabilidade da mestranda KAMILA LÚCIA DOS SANTOS sob a orientação da Profa. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é descrever e analisar as desigualdades raciais na mortalidade por violência na cidade do Recife/Pernambuco, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017. Os objetivos específicos apresentados são: identificar a proporção da mortalidade por violência dentre as causas externas; mensurar a proporção de óbitos por violência por raça/cor da pele; estimar o risco de morte por tipo de violência por raça/cor da pele, e, calcular os anos potenciais de vida perdidos para identificar diferenças entre raça/cor da pele, sexo e grupos etários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários não será necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os pesquisadores asseguram o total anonimato dos dados e a não violação de direitos individuais e coletivos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI nº. 231 / 2019 – DES/UFES/DEGTES/SESAU

Recife, 06 de setembro de 2019.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Kamila Lucia dos Santos,** pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, **está autorizada** a desenvolver pesquisa neste serviço (Setor de Informação em Saúde da Vigilância – SISV), sob o título "**Diferenciais por raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por violência em uma capital do nordeste do Brasil**".

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período estimado para coleta de dados: 01 mês.

Cordialmente,

[redacted]

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

[redacted]

Ilma. Sra.
Conceição Oliveira
DEVS / Setor de Informações em Saúde da Vigilância